



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

LARISSA OSETE SOUZA

**MÃES DE GÊMEOS PREMATUROS:
A ESCUTA PSICANALÍTICA NA UTI NEONATAL**

Londrina
2023

LARISSA OSETE SOUZA

**MÃES DE GÊMEOS PREMATUROS:
A ESCUTA PSICANALÍTICA NA UTI NEONATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha 1.

Orientador: Profa. Dra. Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis

Londrina
2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do programa de geração automática do sistema de bibliotecas da UEL

S729m Souza, Larissa Osete .

Mães de gêmeos prematuros : a escuta psicanalítica na UTI neonatal / Larissa Osete Souza. - Londrina, 2023. 124 f.

Orientador: Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2023.

Inclui bibliografia.

1. Gêmeos - Tese. 2. Psicanálise - Tese. 3. parentalidade - Tese. 4. psicologia hospitalar - Tese. I. Barreto Tavares dos Reis, Maria Elizabeth . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Mães de gêmeos prematuros : a escuta psicanalítica na UTI neonatal.

CDU 159.9

LARISSA OSETE SOUZA

**MÃES DE GÊMEOS PREMATUROS:
A ESCUTA PSICANALITICA NA UTI NEONATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha 1.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Profa. Dra. Maria Elizabeth Barreto
Tavares dos Reis
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Amanda Lays Monteiro Inácio
Componente da Banca Externo
UNESP - Assis

Prof. Dr. Marcos Leandro Klipan
Componente da Banca Externo
Universidade Estadual de Maringá – UEM

Londrina, 13 de dezembro de 2023.

Dedico este trabalho a Rubens e Luciléia

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis, que com maestria me guiou durante este percurso. Não esquecerei do meu espanto quando ela me propôs estudar gêmeos prematuros em uma UTIN e, depois, da escuta atenta e cuidadosa em cada etapa.

Às mães e suas famílias, por me ensinarem tanto e permitirem que cada encontro se realizasse mesmo diante do sofrimento e da dor da perda.

À equipe de saúde e aos profissionais que tornaram possível minha entrada no Hospital.

Aos colegas de profissão, alunos, professores e amigos, por inspirar, apoiar e tolerar, em especial, à Prof^ª Dr^ª Patrícia Lessa, que ajudou a resgatar o sonho de poder entregar este trabalho.

Aos colaboradores de pesquisa do projeto realizado na Universidade Estadual de Londrina, por lerem com tanto afinco inúmeras páginas de relatório, se debruçarem sobre o meu material e terem contribuído para a conclusão desta pesquisa.

À Andrea Cristina Maçura pelo apoio e escuta atenta.

À Juliana Chueire Lyra, por ter me apresentado à psicologia

À Gisele Bueno por ouvir e acolher.

À minha família por todo suporte dado ao longo dos anos, por sempre terem acreditado e me permitido olhar para além das dificuldades. Em especial, àquela que primeiro me ensinou a ouvir, a dar aulas, a esperar, a escutar e não deixar de buscar meus objetivos: Luciléia Osete Basso.

As histórias são balsâmos medicinais. Achei as histórias interessantes desde que ouvi a primeira. Elas têm força! Não exigem que se faça nada, que se seja nada, que se aja de nenhum modo - basta que prestemos atenção. A cura para qualquer dano ou para resgatar algum impulso psíquico está nas histórias. Elas suscitam interesse, tristeza, perguntas, anseios e compreensões (...)" (Pinkola, Estés, p.29).

Souza, Larissa Osete (2023). Mães de gêmeos prematuros: a escuta psicanalítica na UTI neonatal.(Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

RESUMO

A formação da parentalidade diante de uma gestação gemelar é permeada por especificidades, levando em conta a necessidade de a família se haver com o cuidado de dois bebês, que embora fisicamente semelhantes, precisam ser reconhecidos em sua singularidade. Em vista disso, a descoberta de uma gravidez de múltiplos implica em sentimentos ambivalentes e exige uma reorganização da rotina familiar. As mudanças provocadas pela chegada de dois bebês são ainda maiores diante do parto prematuro e a hospitalização das crianças em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) – situação recorrente no nascimento de gêmeos – de modo que a relação materno-infantil passa a ser atravessada pela equipe de saúde e podem surgir entraves no processo de vinculação mãe-bebê, uma vez que o bebê prematuro é pouco responsivo ao contato, há a presença constante dos profissionais de saúde e a possibilidade de óbito infantil, o que pode contribuir para a família não investir afetivamente seus bebês. Assim, é primordial refletir sobre as vivências emocionais das famílias de bebês gêmeos que passaram pela UTIN, para que se construam intervenções psicológicas atentas às especificidades dessa relação e possa, com isso, prevenir potenciais complicações na saúde materno-infantil. Tendo em vista o interesse por estudar a relação materno-infantil diante da gemelaridade e nascimento prematuro, o presente estudo tem por objetivo investigar as experiências emocionais de puérperas, mães de gêmeos prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). A coleta de dados ocorreu através de atendimentos em psicoterapia breve, às puérperas com bebês internados na UTIN do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. Os dados foram analisados a partir da construção de fatos clínicos psicanalíticos, sendo estabelecidas duas categorias de análise: luto no puerpério e sobreviverei à essa monstania russa? Na primeira verificou-se que em mães de gêmeos prematuros, acrescido ao processo elaborativo esperado no puerpério, há a necessidade de lidar com o luto pela perda do ideal construindo em torno da maternidade e dos bebês durante a gestação, tendo em vista o nascimento prematuro e a presença do hospital como terceiro na relação com os lactentes. Ademais, em situações onde ocorre óbito de um dos bebês, pode o cogêmeo ser colocado no lugar do gêmeo perdido pela mãe e/ou pais. No segundo eixo de análise, foram discutidos os sentimentos vivenciados pelas mães de UTIN e pela própria pesquisadora, os quais são marcados pela angústia diante da incerteza e instabilidade do ambiente hospitalar e o uso de defesas primitivas como a projeção da raiva na equipe de saúde. Tais fatos demandam uma escuta qualificada para que os conteúdos afetivos possam ser acolhidos, de modo que tanto o psicólogo como os demais profissionais de saúde ao exercer a função de *rêverie* possam contribuir para que as experiências emocionais sejam ressignificadas e compreendidas.

Palavras-chave: Gêmeos. Psicanálise. Parentalidade. Psicologia hospitalar. Nascimento prematuro.

Souza, Larissa Osete (2023). Mothers of premature twins: psychoanalytic listening in the neonatal ICU. Xx sheets. (Masters Dissertation in Psychology). State University of Londrina, Londrina.

ABSTRACT

The formation of parenthood in the face of a twin pregnancy is permeated by specificities, taking into account the need for the family to take care of two babies, who, although physically similar, need to be recognized in their uniqueness. In view of this, the discovery of a multiple pregnancy implies ambivalent feelings and requires a reorganization of the family routine. The changes caused by the arrival of two babies are even greater in the face of premature birth and the hospitalization of children in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) – a recurring situation in the birth of twins – so that the mother-child relationship becomes crossed by health team and obstacles may arise in the mother-baby bonding process, since the premature baby is not very responsive to contact, there is the constant presence of health professionals and the possibility of infant death, which can contribute to the family not being able to affectively invest your babies. Therefore, it is essential to reflect on the emotional experiences of families of twin babies who have passed through the NICU, so that psychological interventions can be constructed that are attentive to the specifics of this relationship and can, therefore, prevent potential complications in maternal and child health. Given the interest in studying the mother-child relationship in the face of twinning and premature birth, the present study aims to investigate the emotional experiences of postpartum women, mothers of premature twins admitted to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). Data collection occurred through brief psychotherapy sessions for postpartum women with babies admitted to the NICU of the University Hospital of the State University of Londrina. The data were analyzed based on the construction of psychoanalytic clinical facts, establishing two categories of analysis: mourning in the postpartum period and will I survive this Russian mountain? In the first one, it was found that in mothers of premature twins, in addition to the elaborative process expected in the puerperium, there is a need to deal with the mourning for the loss of the ideal building around motherhood and babies during pregnancy, taking into account premature birth. and the presence of the hospital as a third party in the relationship with infants. Furthermore, in situations where one of the babies dies, the co-twin can be placed in the place of the lost twin by the mother and/or parents. In the second axis of analysis, the feelings experienced by NICU mothers and by the researcher herself were discussed, which are marked by anguish in the face of the uncertainty and instability of the hospital environment and the use of primitive defenses such as projecting anger onto the health team. Such facts demand qualified listening so that the affective contents can be welcomed, so that both the psychologist and other health professionals, when exercising the role of reverie, can contribute to the emotional experiences being given new meaning and understood.

Keywords: Twins. Psychoanalysis. Parenting. Hospital psychology. Premature birth.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Participantes da pesquisa	85
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UTIN Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

HU/UEL Hospital Universitário de Londrina/ Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	DESENVOLVIMENTO	16
2.1	CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL	16
2.1.1	A Relação Mãe-Bêbe Na Perspectiva De Klein, Bion e Winnicott	30
2.1.1.1	A relação mãe-gêmeos	45
2.1.1.1.1	<i>O que pode o psicólogo na UTIN?</i>	63
2.1.1.1.1	<i>Possibilidades de intervenção no contexto da prematuridade</i>	69
3	OBJETIVOS	80
3.1	OBJETIVO GERAL	80
3.1.1	Objetivos Específicos	80
4	METODOLOGIA	81
4.1	PARTICIPANTES	84
4.1.1	Aspectos Éticos	85
4.1.1.1	Coleta de dados	86
2.1.1.1.1	<i>Análise dos dados</i>	86
5	RESULTADO E DISCUSSÃO	88
5.1	LUTO NO PUERPÉRIO	89
5.1.1	Sobreviverei À Essa Montanha-Russa?	98
6	CONCLUSÃO	111
	REFERÊNCIAS	113

1 INTRODUÇÃO

A escuta psicanalítica em *settings* ampliados desde a graduação despertou meu interesse. Havia o desejo de compreender como seria possível realizar a psicanálise para além de um belo divã e de uma sala bem mobiliada. Com a experiência de atuar em uma instituição de saúde mental, como estagiária e depois como psicóloga, foi possível entender que naquele espaço, permeado por remédios, prescrições e uma linguagem médica, haveria alguma brecha para se aproximar dos sentidos que os delírios, as adicções e tantos outros sintomas poderiam trazer a partir da história de vida de quem ali estava. Esta aposta encontrou inúmeras resistências da instituição, da equipe de saúde e em alguns momentos a minha: como pensar a psicanálise em um contexto tão diferente? Como compreender psicanaliticamente tais sintomas?

Na busca por responder a tais questionamentos fui conhecendo leituras, profissionais e recursos que me ajudaram a atuar e a pensar psicanaliticamente em contextos ampliados. Contudo, essas indagações permearam a minha formação, afinal: a pesquisa e a clínica, em seus múltiplos significados, só podem se enriquecer a partir das incertezas.

Ao longo do meu percurso fui compreendendo que o grande desafio era justamente tolerar a ausência de respostas e sentidos, para que deste lugar pudessem emergir novos saberes. Consonante a isso, tive a oportunidade de coordenar grupos terapêuticos em uma instituição de ensino e no âmbito das políticas públicas. Assim, fui tecendo práticas, olhares e saberes para aquilo que é do singular, do imprevisto e que se delineia em cada encontro. Neste ponto, recordo-me da teoria da criatividade de Winnicott (1967), de que uma vida criativa é sentida como algo que vale a pena ser vivida, de modo que podemos perceber a realidade objetiva de modo subjetivo, sem, contudo, perder de vista o enriquecimento que o contato com o mundo externo pode nos trazer. Em certa medida, as vivências aqui descritas perpassaram a minha realidade subjetiva, o modo como fui e estou construindo minha prática

a partir da busca por um estilo pessoal, facilitando também a vivência criativa daqueles que compuseram esta pesquisa, dos meus alunos e pacientes.

É notório que aqui as resistências à psicanálise encontram os mais diversos desfechos, como o que ouvi certa vez com a afirmativa categórica de que psicanálise não tinha qualquer validação científica para aquele contexto que me propus a atuar, tratava-se de um trabalho em uma instituição de saúde mental. Em certa medida, esta pesquisa procura reafirmar que a psicanálise pode se fazer em múltiplos espaços, nos quais não necessariamente teremos um divã ou um consultório privado e bem arejado.

O presente estudo, portanto, veio ao encontro destas inquietações e ao entrar pela primeira vez em uma em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), conhecer os inúmeros corredores, profissionais e familiares que fizeram parte desta pesquisa, compreendi que havia muitas perguntas a serem pensadas, repensadas e quem sabe, em certa medida, respondidas, sem a pretensão de esgotá-las ou de oferecer respostas definitivas. Inclusive considerando que a ciência, conforme fui descobrindo, requer criatividade, coragem e inventividade.

Neste sentido, espero que a presente pesquisa possa contribuir para as discussões acerca das experiências emocionais de puérperas, mães de gêmeos prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), auxiliando na atuação de profissionais da área da saúde que atuam em UTIN, no sentido de viabilizar uma escuta atenta ao sofrimento emocional das mães de bebês gêmeos prematuros e, a partir disso, favorecer a prevenção e promoção da saúde emocional materno-infantil.

No primeiro capítulo, “Ciclo gravídico-puerperal”, são apresentadas reflexões sobre o ciclo gravídico-puerperal, especialmente no caso da gemelaridade, e abordado os primórdios da relação mãe-bebê pela égide da psicanálise das relações objetais, com enfoque nos estudos de Klein, Bion e Winnicott e de modo específico a interação materno-infantil no caso de

bebês múltiplos. Outrossim, procuramos discutir a importância do ambiente familiar, para além dos papéis atribuídos aos cuidados iniciais com os bebês tão somente às mães.

No segundo capítulo, “o que pode o psicólogo na UTIN?”, são levantadas possibilidades de intervenções em settings ampliados, em especial no contexto de uma UTIN. De modo específico, discorremos sobre a prematuridade, na seção intitulada “possibilidades de intervenção no contexto da prematuridade: o psicólogo na UTIN.

Na sequência, no terceiro capítulo, são apresentados os objetivos do estudo. Em seguida, no quarto capítulo a metodologia, considerando o método psicanalítico de pesquisa e, de modo mais específico, a construção de fatos clínicos psicanalíticos. A partir disso, no quinto capítulo, análise dos dados, são discutidos e analisados os casos atendidos, tendo como eixos de análise: O luto no puerpério de mães gemelares e o mecanismo de defesa projetivo, bem como a função de rêverie no trabalho clínico em uma UTIN. Desenvolve-se, por fim, a conclusão, apontando as considerações finais do trabalho realizado e suas limitações e são apresentadas as referências.

2 DESENVOLVIMENTO

A vivência do puerpério e dos primeiros vínculos entre a mãe e seu bebê são primordiais para o desenvolvimento humano. De forma que Winnicott (1958) considera que não existe um bebê sem a sua mãe, tal é a dependência dos cuidados dela, nestes tempos inaugurais. Para tratar desta temática, sem a pretensão de esgotá-la, optou-se por abordar inicialmente a vivência do ciclo gravídico-puerperal especialmente nas mulheres gestantes de gêmeos.

2.1 CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

A vivência da gestação e do parto influenciam nas experiências emocionais maternas durante o puerpério, tendo em vista que durante o período gestacional ocorre uma preparação para aquilo que a mulher irá experienciar posteriormente como mãe. Nesse sentido, considera-se que há uma mobilização de intensas expectativas e a reelaboração dos relacionamentos anteriores, na busca pelo reconhecimento da nova realidade (Ferrari et al., 2007).

Em consonância com Ferreira et al. (2007), Rocha e Fuks (2019) ressaltam que as experiências emocionais desse período – gestação, parto e puerpério – são de difícil elaboração. Ademais, embora seja um momento de ambivalência afetiva e que pode mobilizar intenso sofrimento na lactante, culturalmente ainda é predominante a visão de que a mulher terá tão somente sentimentos nobres para com seu filho e que conseguirá dispor de “todo o amor possível que uma mãe pode dar” (Rocha & Fuks, 2019, p.726). Outrossim, faz parte do senso comum a ideia de que a mãe, só pelo fato de desejar um filho e passar pelos nove meses gestacionais, estaria preparada para a maternidade (Rocha & Fuks, 2019). Destoando da visão socialmente compartilhada, o que as autoras observam é que “o parto e pós-parto são

momentos que a ocorrência de um traumatismo reatualiza, de acordo com a teoria psicanalítica, traumas vividos no passado” (Rocha & Fuks, 2019, p.727).

Em vista disso, Soifer (1984) considera que com a descoberta da gravidez a mulher vivencia conflitos ambivalentes, os quais decorrem da “intensificação das vivências persecutórias” (Soifer, 1984, p.24) devido aos “sentimentos de culpa infantil tanto pelos ataques fantasiados à própria mãe como pelos desejos de ocupar seu lugar” (Soifer, 1984, p.24). A persecutoriedade pode surgir na mulher em fantasias de que alguém possa tomar seu filho, comprovando não se tratar de uma gestação real ou que ocorra a perda de sua mãe, “por se haver com a fantasia infantil invejosa: ter o filho pela destruição da mãe” (Soifer, 1984, p.24). Ademais, a ambivalência pode se relacionar com uma mudança do lugar que a mulher ocupa na família, “de filha para mãe” (Ferrari et al, 2007, p.306), sendo necessário “um luto da posição infantil” (p.306).

Do segundo ao terceiro mês de gestação a mulher ingressa em um período conhecido como “perigo do aborto” (Soifer,1984, p.28), no qual pode haver uma sensação de ser esvaziada por um monstro que representa o aborto e quanto ao bebê, subjacente a este temor persecutório, ocorre um processo orgânico - a placentação. É esperado que fisicamente, a gestante apresente náuseas e vômitos, contudo, o excesso de vômito e defecação pode sinalizar a rejeição ao feto e a busca por dar vazão a isto por meio do sintoma, caracterizado pela tentativa de expulsar o mau e ficar com o bom, que é o filho.

Dos três meses em diante, já é perceptível a movimentação do bebê, a partir da qual emergem mecanismos de projeção, com a transferência para o bebê de “imagens terroríficas” (Soifer, 1984, p.29), pois os movimentos bruscos do feto são sentidos como ataques, que podem provocar um dano físico ao corpo materno. Essa defesa surge frente à ansiedade diante do temor do filho desconhecido, do qual pouco se sabe. Ademais, com o crescimento da barriga a criança adquire uma concretude para a mãe, que passa a temer a responsabilidade

com o filho. Tais temores se associam à percepção de dar a vida, o que equivale a ceder parte da sua própria vida, neste sentido, aparece também o medo de morrer no parto.

A partir do sexto mês, a movimentação do bebê já é sentida com mais intensidade, atenuando-se as ansiedades já existentes. No sétimo mês, a criança costuma encaixar-se no canal vaginal, fato que pode gerar “intensas crises de ansiedade” (Soifer, 1984, p.35), “em geral esses movimentos despertam a sensação de perda e a fantasia do parto prematuro a nível consciente” (p.38). Aos nove meses ocorrem mudanças fisiológicas significativas, dentre elas: o ganho de peso, o aumento do tamanho do feto e das contrações. Agora, a mulher precisará se haver com a proximidade do nascimento do bebê, de modo que se tornam mais intensos os temores de morrer durante o parto. Contra tal estado é comum o uso de defesas decorrentes do narcisismo infantil, como “o pensamento mágico e da onipotência de ideias” (p.42), contudo a gravidez continua avançando e a chegada antecipada da criança pode ser sentida como uma saída para acabar com a espera e incertezas.

Maldonado (1991) corrobora com Soifer (1984) ao apontar a intensificação da ansiedade no terceiro trimestre de gestação, devido à proximidade do parto e conseqüente mudança de rotina. Podem aparecer sentimentos contraditórios diante da vontade de ter o filho e ao mesmo tempo prolongar a gestação, para adiar a necessidade das adaptações com a chegada do bebê. Além do temor da morte, Maldonado (1991) acrescenta o medo da vagina ficar alargada, de não ter leite suficiente e ter que modificar todos os projetos de vida.

No tocante à gestação gemelar, Soifer (1984) sugere a manifestação de fantasias inconscientes de "multiplicidade de estímulos e objetos, com vivências terríficas de invasão" (p. 49). As gestantes, em alguns casos, fantasiam conscientemente uma gestação gemelar, em contrapartida, o fato de ter tido contato com mães de gêmeos pode levar ao medo de que aconteça o mesmo. Quando há uma idealização, pode estar em curso “a fantasia narcisista inconsciente de um vínculo perfeito com outro ser idêntico à própria paciente” (p.

49). Já o terror de ter mais de um bebê pode surgir diante da dificuldade de cuidar de múltiplos, bem como a sensação de perseguição por um “inimigo oculto e sinistro”, representado pela sombra de “cada gêmeo em relação ao outro” (p. 49).

Vale salientar que a gestação gemelar é considerada de alto risco, tanto para a mãe quanto para os bebês, com a probabilidade de natimortalidade cinco vezes maior quando compara a gestação singular e sete vezes maior o risco de mortalidade neonatal, sendo acentuada quando ocorre a prematuridade (Soares et al, 2019). Em 2022, o Ministério da Saúde lançou um manual sobre a gestação de alto risco, informando diretrizes para os profissionais da área da saúde, incluindo a gestação múltipla como uma das condições que levam ao alto risco tanto para a mãe quanto para o feto. Quanto a isso, define-se que:

A gestação gemelar, independentemente da presença ou da ausência de complicações, é considerada de alto risco, e o obstetra deve atentar para os cuidados e o seguimento necessários no pré-natal e no parto, a fim de obter os melhores resultados para a mãe e os conceptos. As principais complicações maternas são: anemia, hipertensão, diabetes gestacional, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta e hemorragia pós-parto. Entre as complicações fetais, a prematuridade e o baixo peso são as mais frequentes e as que mais impactam o prognóstico neonatal. Além disso, as gestações múltiplas se associam a maiores complicações intraparto (Ministério da saúde, 2022, p.201)

Neste sentido, além das mães precisarem se haver com a tarefa de elaborar psiquicamente a presença de dois bebês, há a possibilidade de complicações durante a gestação e no parto, fato que intensifica ainda mais o estado regressivo que é esperado em uma gestação. É durante a gestação que a mãe começa a representar o bebê psiquicamente. Iniciando a construção de uma imagem idealizada que contribui para o investimento libidinal, contudo “a imagem do bebê sonhado não encaixa no bebê real nos braços da mãe, pois a

primeira é passível de existência apenas no inconsciente” (Reis & Santos, 2022, p.42), sendo, portanto, necessário estabelecer uma identificação com o bebê real, ligando a imagem construída em torno do bebê idealizado, portanto, será necessário elaborar a perda do bebê idealizado para aceitar o bebê real (Maldonado, 1991).

A identificação com o bebê é essencial para que a mãe desenvolva a preocupação materna primária, definida por Winnicott (1956, p. 401) como uma “condição organizada (que seria uma doença no caso de não existir uma gravidez)”, que favorece a vivência de um “estado de sensibilidade exacerbada” (p.401), por meio do qual a mãe poderá sentir-se no lugar do bebê”, conseguindo atender suas necessidades. Vale sinalizar, em consonância com Felice (2000), que esse fenômeno começa a se desenvolver já na gestação, quando a lactante passa a identificar-se com o bebê como um objeto interno e, a partir disso, desenvolve a capacidade de direcionar seu interesse para o bebê ao invés do seu próprio *self* (Winnicott, 1956). Nesta condição, segundo Felice (2000), ocorre um isolamento parcial da mulher com relação ao mundo externo, o qual está “associado ao seu estado regressivo temporário e ao estado de “Preocupação Materna Primária”, envolve um movimento introversivo” (Felice, 2000, p.63).

Para exemplificar a preocupação materna primária, Felice (2000) cita a experiência de uma puérpera que ao se ver sozinha no quarto da maternidade, sentiu-se abandonada e desamparada, chorando copiosamente. Tal experiência remete a:

Intensidade de uma vivência regressiva, que pode ser considerada operativa e adaptativa, na medida em que implica o contato com emoções primitivas, que possivelmente permitiam a Carolina à identificação e empatia com o bebê em seu estado de dependência absoluta (Felice, 2000, p. 59).

Nas mães gemelares, Tchernoukha e Wendland (2015) consideram que a representação psíquica de dois bebês é dificultada tanto que, durante as entrevistas realizadas

pelos autores, as mães referiam-se aos gêmeos no singular. Em contrapartida, as gestantes de bebês de sexo diferente relataram maior facilidade em representá-los de forma individualizada, identificando as diferentes características entre seus fetos nos movimentos no útero e nas ultrassonografias. Ademais, as mulheres grávidas de gêmeos de sexo iguais verbalizaram o temor de não encontrarem espaço como mães, diante de um vínculo de muita proximidade entre os gêmeos. Sendo assim, considerando a necessidade de a mãe identificar-se com o seu bebê para vivenciar a preocupação materna primária, em uma gravidez gemelar este fenômeno é mais intenso quando comparado às mães singulares (Reis & Santos, 2022). Todavia, Ribeiro et al (2016, p.47) afirmam que:

De alguma forma, parece que as mães conseguem se entregar a esse processo de preocupação materna primária simultaneamente com dois bebês. Pode-se levantar a hipótese de que um dos grandes segredos para que essa entrega se torne possível seja a construção de relações distintas com cada um dos sujeitos, percebidos como singulares e reconhecidos em suas individualidades, despertando, assim, na mãe, expectativas e projeções diferenciadas.

À vista disso, a construção da relação mãe-bebês pode ser dificultada quando a mulher não consegue elaborar psiquicamente a presença de mais de um bebê. Assim, a disposição afetiva do casal para lidar com o inesperado de uma gestação gemelar é essencial para o desenvolvimento dos bebês e para a formação da parentalidade. Vale salientar que são preocupações recorrentes das famílias as questões financeiras e a exigência de cuidados com dois bebês (Nunes, 2021; Barbeta & Panhoca, 2008). Como explica Reis (2015, p.27):

. . . convém lembrarmos que, ao engravidar, o casal se prepara para receber um bebê; no entanto, ao conceberem gêmeos, ambas as crianças poderão ser colocadas no mesmo locus afetivo e serem consideradas como se fossem partes da mesma pessoa.

Há também casais que não suportam a ideia de ter tantos bebês de uma só vez, podendo ocasionar danos futuros profundos e talvez até irreversíveis aos filhos . . .

Partindo deste pressuposto, considera-se que as mães gemelares se veem com a difícil tarefa de, já no período gestacional, lidar com a multiplicidade de bebês. Winnicott (1982) considerou que quase todas as mães não teriam realmente escolhido gêmeos. Reis e Santos (2022) entrevistaram cinco mães gemelares e perceberam que, diante da notícia de uma gestação múltipla, as reações foram diversas, dentre elas o medo de uma gestação de risco e a percepção de ser premiada com mais de um bebê, sendo que em todos os casos houve um processo gradativo de aceitação da gravidez gemelar.

Quanto ao parto de gêmeos, Reis e Santos (2022) identificaram no relato das mães que comumente considera-se difícil a realização de parto vaginal. Ademais, percebe-se pouca participação das mulheres na decisão quanto ao melhor meio para realizá-lo, fato que influencia a percepção da mãe quanto a sua capacidade para gerar e parir os filhos. Deste modo, as mães relataram não terem seus desejos respeitados pelo médico, como é o caso do parto normal, manifestaram medo e insegurança quanto ao parto, bem como a falta de informações consistentes.

Para Maldonado (1991), a insegurança da parturiente é um fenômeno comum, principalmente quanto ao medo de não reconhecer os sinais de que está entrando em trabalho de parto. Trata-se de um momento crítico por ser uma passagem de um estado para outro, irreversível e do qual a mulher não tem controle. Outrossim, a forma como o parto e o bebê são simbolizados interferem na evolução deste. Vale ressaltar que além de ser um fenômeno individual, o contexto sociocultural afeta como a parturiente irá sentir e interpretar as sensações físicas que irá experimentar durante o trabalho de parto. Ademais, a qualidade da assistência médica tem grande relevância na vivência do parto, sendo reconhecidos os

sentimentos de pânico da mulher decorrente de uma assistência que “não protege, não acolhe e até mesmo negligencia e maltrata a parturiente” (Maldonado, 1991, p.50).

Durante o parto tanto a dor quanto a ansiedade contribuem para uma experiência negativa, sendo que um exerce influência recíproca sobre o outro. Diante da dor são reativadas experiências de punição, levando a uma regressão da libido a nível narcísico, aumentando o investimento no próprio corpo, além de acentuar o medo da morte. Todavia a dor é justificada pela recompensa que a mãe receberá por seu esforço, o nascimento de um bebê (Lopes et al., 2005).

Conde et al. (2005) afirmam que dentre os aspectos que influem na percepção que a mulher tem do parto, o tipo de parto tem fundamental importância, sendo que as grávidas sujeitas à cesariana perceberam sua experiência como mais negativa, interferindo também “o modo como recebem a informação fornecida pelos médicos, ao envolvimento no processo de tomada de decisões, à satisfação que sentem com a experiência de parto e aos sentimentos de eficácia pessoal no modo de lidar com a experiência” (p.50). Considerar a experiência da mulher no parto é importante por afetar a qualidade dos cuidados prestados aos bebês, mães que tiveram experiências negativas podem ter dificuldades na amamentação e na interação com o bebê.

Neste sentido, para Lopes et al (2005), o parto pode repercutir durante toda a vida da mulher, de modo que as memórias desse momento continuam vivas em nível cognitivo e psicológico. Desse modo, o parto faz parte tanto da gestação quanto do puerpério, na gravidez pelas expectativas e após seu término “na forma de lembranças e sentimentos que acompanham a mãe, fazendo parte de sua história” (p.248). Ademais, os autores apontam que o parto faz com que a mulher reviva seu próprio nascimento, agora nascendo como mãe. Segundo Soifer (1984), diante da experiência da mulher de se ver como mãe é necessária uma readaptação, o que pode provocar uma despersonalização, bem como a ansiedade diante da

mudança, que pode se apresentar de duas formas, como o medo da perda ou o terror de ser atacada pelo desconhecido.

Assim, após o nascimento do bebê, a mulher vivencia o puerpério, enquanto uma experiência de delimitação de sua nova condição, já que por um lado é perdida a condição da gravidez e por outro adquirido um filho. O puerpério ocorre de seis a oito semanas após o parto, sendo dividido em três períodos: imediato, 1º dia após o parto até o 10º; tardio, 11º ao 45º dia e remoto, a partir do 45º dia após o parto (Andrade et al., 2015). Contudo, Strapasson e Nedel (2010) ressaltam que o término do puerpério não é previsível, já que está associado à amamentação. Assim, pode ser compreendido como “o período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher retornam ao seu estado pré-gravídico” (p.522), tendo seu início marcado pela expulsão da placenta. Nesse período, espera-se que a mulher vivencie marcantes transformações e há a necessidade de adaptações de ordem “psico-orgânicas” (Strapasson & Nedel, 2010, p. 522), destacando-se a “involução dos órgãos reprodutivos à situação pré-gravídica, o estabelecimento da lactação e ocorrência de intensas alterações emocionais” (p.522).

A puérpera precisa se haver também com a delimitação de seus devaneios e fantasias inconscientes sobre o parto, a criança e à reação ambiental e o que foi experienciado na realidade. Para Soifer (1984, p.64) “só se pode realizar essa múltipla delimitação graças a um lento e gradual processo elaborativo, única maneira de incorporar a nova situação”. Neste processo, ocorrem ora períodos depressivos devido a não concretização das ilusões, ora persecutórias em função “dos elementos difíceis apresentados pela realidade”. (Soifer, 1984, p.64). Dentre os desafios encontrados pela mãe, encontra-se a pouca ligação com o bebê recém-nascido, despertando “ansiedades de esvaziamento e castração” (p.65). Desta forma, no puerpério imediato são comuns vivências regressivas, devido a identificação da mulher com o bebê e a fragilidade que esta vivencia, já que ela também é recém-nascida enquanto mãe.

Assim, emoções intensas e sintomas depressivos são esperados no puerpério (Sarmiento & Setúbal, 2003; Campos & Féres-Carneiro, 2021), sendo “mais brando, transitório, que aparece em geral no terceiro dia do pós-parto e tem duração aproximada de duas semanas, chamado na literatura americana de Baby blues” (Sarmiento & Setúbal, 2003, p.265). Esses sentimentos decorrem da necessidade de elaboração de uma série de lutos que são despertados com o nascimento do bebê, a saber:

. . . perda do corpo gravídico; o não retorno imediato do corpo original; a separação mãe/bebê; o bebê deixa de ser idealizado e passa a ser vivenciado como um ser real e diferente da mãe; e as necessidades próprias são postergadas em função das necessidades do bebê (Sarmiento & Setúbal, 2003, p.265).

Nas primeiras horas após o parto, ocorre um período de fadiga e consequente recuperação. É comum que a mulher sinta uma labilidade emocional na primeira semana pós-parto, com alternância de estados de depressão e euforia, um dos fatores que contribui para essa condição é a queda dos níveis de hormônio, além das questões emocionais, como a monotonia da internação, a nova realidade que impõem satisfações com a maternidade, mas também a responsabilidade de assumir o cuidado com o recém-nascido. Vale destacar que durante a gravidez, o bebê é sentido como uma parte do corpo materno, de modo que o nascimento pode ser representado como uma amputação.

Devido a emergência de sintomas depressivos, torna-se difícil diferenciar a patologia e a “normalidade”, por exemplo no caso da depressão pós-parto. Quando ocorre a permanência e intensificação dos sintomas depressivos por semanas, pode estar em curso um quadro de depressão. Além disso, se houver uma quebra de expectativa muito significativa com relação ao bebê o quadro costuma ser mais grave, pois o desaparecimento da imagem idealizada leva a sensação de desânimo, frustração e incapacidade de enfrentamento da nova situação. Outro quadro que a mulher pode manifestar é a psicose puerperal, caracterizada por episódios

psicóticos. O surto psicótico pode acontecer após o parto ou meses depois, sendo de difícil percepção quando associado a aspectos simbióticos, comum nos primeiros meses de vida do bebê, contudo quando têm início a separação mãe-bebê, a mulher começa a manifestar dificuldade de reconhecer o filho como diferente de si mesma (Maldonado, 1991).

Embora Sarmiento e Setúbal (2003) considerem que a depressão pós-parto é uma condição rara, sendo associada a mulheres com fragilidade psíquica, na qual ocorre a manifestação de sintomas tais como “perturbação do apetite, do sono, decréscimo de energia, sentimento de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimento de inadequação e rejeição ao bebê” (p.265), um estudo mais recente, realizado por Thelma Filha et al. (2016), apontou que 26,3% de uma amostra de 23.894 mulheres brasileiras apresentaram depressão pós-parto. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas e aplicada a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS). Foram apontados como fatores de risco para a depressão pós-parto (DPP): a classe econômica (mulheres de classe social mais baixa tem maior probabilidade de desenvolver DPP), etnia (mães pardas e indígenas tiveram maior incidência de DPP), problemas de saúde mental e uso de álcool, ser múltipara, gravidez não planejada e assistência hospitalar precária durante o parto e com o recém-nascido.

No tocante a relação familiar durante o puerpério, vale destacar a necessidade de rearranjos, como é o caso de casais com filhos, em que pode ser comum a emergência de ciúmes, sensação de traição e medo de ser abandonado, com a recorrência de comportamentos agressivos. O parceiro também precisará se habituar com a nova condição da família, sendo conhecido o “puerpério do companheiro: ele pode se sentir participante ativo ou completamente excluído” (Sarmiento & Setúbal, 2003, p.265). Ademais, a vivência da sexualidade também será alterada, especialmente na mulher em decorrência das mudanças

físicas do parto e da amamentação. Há, portanto, a necessidade de reorganização da vida sexual do casal, considerando também as exigências do bebê.

Embora o foco dos cuidados no puerpério seja muitas vezes o bebê, Sarmiento e Setúbal (2003) consideram a importância do cuidado com a mulher devido a todas as mudanças físicas, emocionais e familiares que está vivenciado, de modo que sintomas que destoam daquilo que é esperado no puerpério precisam ser acompanhados com cuidado pela equipe de saúde. Tais cuidados são ainda maiores quando ocorrem complicações no parto, como é o caso do nascimento prematuro. O nascimento prematuro ocorre quando a criança nasce com idade gestacional menor que trinta e sete semanas, contados a partir do primeiro dia do último período menstrual. Nos recém-nascidos prematuros, podem ocorrer intercorrências clínicas graves durante a internação, como: alterações respiratórias, alterações neurológicas e infecções, dentre outras complicações (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019; Howson, 2013). Na maternidade gemelar, a prematuridade é recorrente, sendo a principal complicação no parto de múltiplos (Nunes, 2021).

Tendo em vista o interesse em melhor conhecer os estudos sobre a vivência do ciclo grávido-puerperal nas mães de gêmeos prematuros na contemporaneidade, foi realizada uma busca por artigos publicados utilizando os descritores puerpério (AND) gêmeos (AND) psicanálise (OR) psicologia (AND) prematuridade nos seguintes bancos de dados: Biblioteca Nacional de Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), Indexpsi e Scopus. A pesquisa foi realizada em janeiro de 2023.

Na literatura nacional não foram encontradas pesquisas que abordassem o tema. Por outro lado, na literatura internacional, foram localizados quatro estudos que abordam sintomas das mães e dos pais de gêmeos comparados aos pais de bebês singulares, sem fazer menção ao nascimento prematuro dos bebês. Ademais trata-se de pesquisas quantitativas, sem articulação com os fundamentos psicanalíticos.

Neste sentido, vale ressaltar a pesquisa de Bradshaw et al (2022), que realizaram um estudo transversal com uma amostra populacional de um milhão de mulheres de 138 países para avaliar a relação entre sintomas depressivos pós-parto, idade materna, mulheres primíparas e com filhos anteriores, nascimento de singulares ou múltiplos, utilizando o autorrelato das mães quanto à emergência dos sintomas depressivos por meio de um aplicativo. Os resultados demonstram que as mães de gemelares relataram mais sintomas depressivos do que as mães de singulares, além disso, a idade da mulher também foi um fator associado à depressão pós-parto. Verificou-se que as mães de múltiplos com 40 anos ou mais queixaram-se de mais sintomas em comparação com as mães na faixa dos 30 anos de idade.

Tendais e Figueiredo (2016) também observaram maior prevalência de sintomas de depressão nas mães de gemelares em um estudo longitudinal com 267 casais que realizaram tratamento para infertilidade e conceberam gêmeos e singulares, bem como casais que conceberam espontaneamente. No estudo foram avaliados sintomas de ansiedade e depressão por meio das escalas *The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*, que é composta por um questionário de autorrelato de depressão pós-parto, e a *State-Trait Anxiety Inventory Form Y (STAI)*, a qual mensura os sintomas de ansiedade. Observou-se que, dentre os casais que realizaram tratamento para infertilidade, os pais de gemelares queixaram-se de maiores sintomas de ansiedade e depressão no meio da gravidez e 3 meses após o parto, quando comparados com os pais de singulares. Além disso, as mães de gêmeos apresentaram maior prevalência de depressão após o parto do que as de bebês singulares. Os resultados do estudo demonstram que a expectativa dos pais de gêmeos em relação aos dois bebês e as preocupações quanto a suas capacidades para cuidar dos recém-nascidos estão associadas aos sintomas de depressão e ansiedade.

Rose et al. (2018) investigaram o estresse parental em cento e uma mães de gêmeos e cento e cinquenta e uma mães de bebês singulares até um ano após o parto, considerando a

coparentalidade, apoio social, características pessoais (idade materna, nível educacional e condições de trabalho) e fatores obstétricos. Os resultados demonstram que a coparentalidade, percebida pela mãe como satisfatória, pode reduzir os níveis de estresse parental, tanto em mães de gemelares quanto de singulares, independente das características pessoais e obstétricas. Compreende-se a coparentalidade como o apoio mútuo entre os pais no cuidado com o filho. A partir dos resultados encontrados, os autores indicam a importância de os profissionais de saúde reconhecerem e apoiarem uma relação de coparentalidade satisfatória nas intervenções para redução do estresse parental pós-parto.

No tocante a intervenção, Wenzel et al (2020) avaliaram o interesse de puérperas de gêmeos em intervenções tradicionais ou mediadas por tecnologias da informação e comunicação destinadas ao cuidado com a saúde mental. Realizaram grupos focais, de modo remoto, com 28 mães de gemelares e concluíram alta prevalência de interesse em intervenções prestadas pela internet. Ademais, o estudo aponta a necessidade de atender às especificidades do puerpério gemelar, o qual está associado a riscos maiores à saúde materno-infantil quando comparado ao puerpério de mães de singulares. Nesse sentido, a oferta de cuidados domiciliares e o uso de abordagens de e-saúde parecem atender de forma mais significativa às demandas das mães gemelares.

Vale ressaltar a ausência de estudos na literatura nacional sobre a experiência afetiva de mães gemelares com bebês prematuros, demonstrando a necessidade de pesquisas que contemplem as especificidades desse público, tendo em vista que as vivências emocionais no ciclo gravídico-puerperal são mais intensas nas mães de gêmeos (Reis & Santos, 2022). Fato que exige “maior atenção e cuidados por parte dos profissionais, especialmente psicólogos, que as atendem nos diversos níveis de atenção à saúde” (p.56).

A partir disso, cabe refletir sobre a relação estabelecida entre a mãe e seu bebê, principalmente ao considerar a parentalidade de múltiplos, a qual como vimos já começa a se

estabelecer antes mesmo do nascimento, nas expectativas da família quanto a esse(s) bebê(s), nas idealizações em torno dele e posteriormente na experiência real da mãe ao vê-lo separado de seu corpo e se defrontar com sua imagem real. Como bem descreve Szejer (2016), o feto já estabelece uma relação primitiva com o ambiente, reagindo aos sons e as influências do corpo materno.

Por esta via compreende-se que existe desde a vida intrauterina um “compromisso entre duas pessoas, o feto e sua mãe, que lhe transmite por seu corpo as influências de seu inconsciente como aquelas de todo seu ambiente ecológico e social” (Szejer, 2016, p.17). Após o nascimento, Szejer (2016, 1999) aponta que o bebê é sensível a voz materna e das pessoas que o acompanharam durante o período gestacional, de modo que a autora considera a importância de falar com o bebê, uma linguagem que é recebida “não através de seus ouvidos, mas de seus tecidos e de seus ossos” (p.15). Ou seja, não se trata de uma linguagem verbal como a do adulto, mas de uma relação que se inscreve no corpo e no psiquismo da criança.

Mesmo em prematuros extremos é observado uma reação peculiar diante do contato com pessoas conhecidas, tanto por palavras quanto pelo toque (Szejer, 2016). Sendo assim, refletir sobre o vínculo materno infantil no início da vida é essencial para o entendimento acerca da constituição do psiquismo e para promoção de ações na área da saúde que previnam possíveis riscos ao desenvolvimento, constituindo-se um campo de cuidado para com as relações inaugurais entre os bebês e suas mães, ou quem exerça essa função.

2.1.1 A Relação Mãe-Bebê Na Perspectiva De Klein, Bion E Winnicott

Para abordar uma possível compreensão acerca das características do início do desenvolvimento afetivo-emocional dos bebês são apresentados alguns pressupostos de psicanalistas que abordam as relações objetais, especialmente: Klein, Bion e Winnicott. Os

quais lançam luz sobre estas questões, investigando as complexas relações afetivas que se estabelecem no início da vida.

Klein, psicanalista pioneira na análise de crianças pequenas (Zimmerman, 1999), discorre a respeito de importantes fenômenos sobre a vida emocional precoce dos bebês e as nuances dos primeiros vínculos com o ambiente (Klein, 1952). Embora os bebês não tenham uma linguagem verbal, é possível perceber e estudar o início do desenvolvimento emocional de outras formas, como por meio da observação e da técnica do brincar fundamentando-se na existência de fenômenos inconscientes arcaicos (Klein, 1959). Os quais também são considerados por Szejer (2016), que propõe uma clínica psicanalítica com bebês e suas famílias, apostando na importância das vivências emocionais primitivas.

Todavia, o psiquismo do bebê é ainda incipiente no início da vida, no sentido de não existir uma compreensão intelectual (Klein, 1959), de forma que predominam ansiedades persecutórias, mobilizadas pelo nascimento e pela perda do ambiente intrauterino. Os desconfortos sentidos pelo recém-nascido não são entendidos por uma via cognitiva, assim, inconscientemente, ele sente que foram causados por forças hostis. São as experiências de calor do corpo materno, o conforto despertado pela forma como a mãe o segura e o alimenta, que aliviam as ansiedades persecutórias e possibilitam a gratificação, fonte das primeiras relações “de amor do bebê com uma pessoa ou, como um psicanalista diria, com um objeto” (Klein, 1959, p.282). Diante da satisfação sentida pela alimentação, o objeto amado, o seio bom que nutre e gratifica, bem como sua ausência torna-se parte fundamental da vida emocional dos bebês (Klein, 1952; Klein, 1959).

A atitude do bebê com relação ao seio está intimamente relacionada com as ansiedades vivenciadas nesse momento inicial e com a qualidade dos cuidados ambientais ofertados. Tanto a recusa pelo alimento quanto a voracidade excessiva podem indicar perturbações no desenvolvimento. Klein (1952) explica que a dificuldade do lactente para mamar expressa

uma inibição dos impulsos agressivos que dirige ao seio da mãe, o qual devido a sua voracidade é sentido como um objeto devorador, um seio mau. Portanto, desde momentos primitivos da vida, o bebê busca lidar com o seio mau, mantendo uma relação boa. Neste sentido, cabe mencionar que não se trata somente do alimento, mas de todas as trocas afetivas entre a dupla mãe-bebê durante a amamentação, como observa Klein (1952, p. 122) “vi bebês de apenas três semanas interromperem suas mamadas por um breve momento para brincar com o seio da mãe ou para olhar para o rosto dela (...) era como uma conversa amorosa entre mãe e bebê”. Logo, Klein (1959) considera a existência de uma relação com a figura materna já nos primeiros dias de vida, ainda que de forma primitiva. Esta relação seria possível pela atividade mental do ego, que embora ainda frágil, seria capaz de operar por meio da introjeção e da projeção.

No início da vida do bebê, a mãe representa o mundo externo, tanto em sua esfera boa, quando sente conforto e gratificação, quanto má, diante da dor, desconforto e frustração. Situações que mobilizam uma relação de duplicidade, a qual colabora de forma profunda para o desenvolvimento da capacidade de amar e do sentimento de perseguição (Klein, 1959). A destrutividade e seus desdobramentos, tais como “o ressentimento devido à frustração, o ódio provocado por ela, a incapacidade de reconciliar-se e a inveja do objeto todo-poderoso, a mãe, de quem dependem sua vida e seu bem-estar -, essas diversas emoções despertam ansiedade persecutória no bebê” (p.283). Trata-se da luta travada entre amor e ódio, manifestada desde muito cedo na vida emocional dos bebês e que pode ser facilmente perceptível quando, após um ressentimento, o bebê recusa o seio e como consequência a gratificação oferecida pela mãe. Em contrapartida, quando a criança aceita facilmente o alimento e o amor do ambiente, sugere-se que foi possível a recuperação dos sentimentos de amor e gratificação, mesmo diante da frustração.

Por esta razão, a relação entre objetos internos e externos é indissociável, pois os bebês introjetam as experiências externas como fazendo parte de seu *self*. A criança pequena percebe o mundo em termos de bom ou mau, gratificante ou frustrante, e a depender dos cuidados que o ambiente lhe ofereça, essas percepções serão introjetadas e povoarão seu mundo interno. Quando predominam objetos bons, o bebê projeta nas pessoas ao seu redor sentimentos positivos, de amor, e sente que os recebe de volta. Se, pelo contrário, são despertadas intensas ansiedades persecutórias, tanto pela voracidade e hostilidade do bebê quanto do meio, são os sentimentos hostis que farão parte de sua mente e, concomitantemente, os objetos externos serão percebidos como maus e perigosos. Destarte, projeção e introjeção são atividades mentais que ocorrem simultaneamente e para Klein (1959) povoam as fantasias do bebê, constituindo seu psiquismo.

Embora Klein (1959) reconheça a presença de atividades mentais ligadas ao ego desde o início da vida, convém esclarecer que se trata de um funcionamento arcaico, no qual opera a cisão de impulsos e objetos. Deste modo, para manter a confiança na mãe, a criança separa o objeto amado, do objeto perigoso, o amor do ódio e percebe, assim, duas figuras distintas: uma que é boa, a alimenta, dá calor, conforto e proteção e outra má, responsável pelo seu desprazer, pela sua dor e desconforto. “Através da cisão de dois aspectos e de agarrar-se ao bom ele (o bebê) preserva sua crença em um objeto bom e sua capacidade de amá-lo, sendo esta uma condição essencial para manter-se vivo” (Klein, 1959, p. 287).

O funcionamento mental marcado pelo uso maciço de cisão, e dos mecanismos de projeção e introjeção, bem como a mobilização de intensas ansiedades persecutórias, foram chamadas por Klein (1952) de posição esquizoparanóide. Na medida que o desenvolvimento segue seu curso, a criança gradualmente consegue integrar a mãe boa e má em uma única figura, despertando intensos sentimentos de culpa, pois percebe que tanto seus ataques vorazes quanto seus gestos de amor foram dirigidos para a mesma pessoa, diante disso, surge

a busca pela reparação, marcando um novo momento da vida emocional das crianças, a posição depressiva (Klein, 1952).

Todavia, este modo de operar primitivo, caracterizado pela cisão e pelo interjogo entre projeção e introjeção irá mediar em grande medida a relação de cada pessoa com o mundo, como é o caso da atribuição de sentimentos próprios a outras pessoas, isto é, a projeção, que contribui para aquilo que se convencionou chamar de empatia ou como nomeou Klein (1959) a capacidade de se colocar na pele do outro. Em contrapartida, um funcionamento psíquico excessivamente projetivo impede um “juízo objetivo” (p.287), assim a percepção do outro como amistoso ou hostil depende do quão “equilibrados ou perseguidos estamos” (p.286). A relação com o mundo, portanto, é enriquecida quando não há o uso maciço de introjeção e projeção. Por conseguinte, evidencia-se que é no mundo interno dos bebês que Klein (1952; 1959) situou as bases para o funcionamento mental do indivíduo, na medida que o prazer e o amor sentido pelo bebê, mais tarde serão transferidos nas relações com as pessoas, no trabalho e em outras causas pelas quais acredita-se que “vale a pena lutar” (Klein, 1959, p.292).

Os primeiros meses de vida e a constituição do psiquismo também foi objeto de estudo de Bion que, em diversos momentos de sua obra, dialoga com as descobertas de Melanie Klein, a qual foi sua analista. Todavia, embora ele tenha como ponto de partida as teorias de Freud e Klein, “Bion tem um olhar próprio, um outro vértice para pensar os fenômenos psíquicos descritos por esses autores seminais, além de ter feito acréscimos originais à compreensão psicanalítica da mente” (Braga, 2017, p.132).

No que concerne ao desenvolvimento psíquico, Bion (1962) ressalta a capacidade para pensar, enquanto uma atividade mental que depende especialmente das relações estabelecidas entre o bebê e o seu ambiente. A formação de conceitos, por exemplo, depende de uma experiência de satisfação. Isto porque embora existam concepções, ou seja, expectativas a

priori antes de o indivíduo entrar em contato com a realidade, é somente quando essa preconcepção se une a uma experiência real que se forma uma concepção. Assim, quando o bebê se relaciona com o seio, há uma expectativa a priori, tendo em vista que para Bion (1962) assim como postulou Klein (1952) existiria um conhecimento inato do bebê acerca do seio. Todavia, trata-se de um “pensamento vazio” (Bion, 1962, p.129) que só será preenchido pela experiência real de entrar em contato com o seio materno, a partir disso forma-se uma concepção.

O pensamento, nesta perspectiva, surgiria para lidar com a frustração, pois ao não ser satisfeito com o seio, o bebê entra em contato com a sua ausência. Segundo Bion (1994), essa ausência é experienciada pelo bebê como um não-seio que está dentro dele e, a partir disso, transforma-se em um pensamento, caso haja a capacidade de suportar a frustração. Todavia, “... se a capacidade para tolerar a frustração for insuficiente, o não seio mau interno - que uma personalidade capaz de maturidade termina por reconhecer como um pensamento - leva a que a psique se defronte com a necessidade de decifrar se foge a frustração ou a modifica” (Bion, 1994 p. 129). A partir disso o autor considera que no lugar do pensamento, como meio para lidar com a ausência da satisfação, passam a existir objetos maus, culminando com o excesso de identificação projetiva e, com isso, o desenvolvimento do aparelho psíquico e da capacidade para pensar ficam prejudicados. Esse mesmo fenômeno foi descrito por Klein (1952) como o uso maciço da atividade mental de projeção e cisão no início da vida.

Assim como Klein (1952), Bion (1994) percebeu que o bebê projeta na mãe sentimentos que lhes são intoleráveis. Neste sentido, convém distinguir o uso excessivo da identificação projetiva, que leva a uma relação onipotente e persecutória com o mundo externo, de seu uso “de modo realista” (p.132). No último caso, a mãe consegue perceber os sentimentos projetados nela pelo bebê e agir "terapeuticamente, isto é, de modo a fazer com

que o bebê sinta estar recebendo de volta a sua própria personalidade amedrontada de modo tolerável” (p.132).

Essa capacidade da mãe foi nomeada por Bion (1994) como *rêverie*, isto é, de atuar como “um órgão receptor” (p.133) das sensações que o bebê deposita nela. A função de *rêverie* materna permite que as sensações inicialmente de origem somática possam adquirir um significado, convertendo-se em elementos *alfa*. É essa atividade que permite ao bebê saber sobre si mesmo a partir das experiências com seu próprio *self*. Assim, embora a consciência rudimentar do bebê produza elementos sensoriais concernentes ao *self*, é a função alfa que irá “convertê-los em elementos alfa e, assim, possibilitar a capacidade de estar consciente ou inconsciente a respeito do *self*” (Bion, 1994, p.133). Desse modo, é a mãe, ou quem cuide do bebê, que irá transformar suas sensações em algo suportável, atribuindo significado às experiências sentidas, as quais no início da vida são sensoriais.

Naffah Neto (2011) explica que para Bion as primeiras experiências do bebê são sensoriais, denominadas elementos beta, e para tornarem-se elementos mentais, precisam passar por um processo “de elaboração, análogo à digestão, que ele designa como função alfa (função alfa)” (p.120). Sendo assim, é por meio da capacidade da mãe de manejar a personalidade do bebê e o seu entorno que os temores passam a ser toleráveis para o psiquismo, na medida que são elaborados psiquicamente. Portanto, “*rêverie* designa, pois, o exercício da função α . sobre os produtos das identificações projetivas recebidas do objeto amado” (Bion, 1994, p.63), o oposto disso, isto é, a incapacidade da mãe de tolerar as projeções da criança, levaria ao uso maciço da identificação projetiva e a reintrojeção de objetos internos capazes de retirar aquilo que é bom, “deixando apenas objetos degenerados” (p.133). Nas palavras de Bion (1994, p.135):

Dá-se um desenvolvimento normal se a relação entre o bebê e o seio permitir que o bebê projete na mãe, a sensação, digamos, de ele estar morrendo; e que o bebê

reintrojete essa sensação, após a permanência no seio ter feito com que ela se torne suportável para sua psique. Se a projeção não for aceita pela mãe, o bebê sente que se retirou da sensação dele, de estar morrendo, o significado que possui. Consequentemente, isso colabora para que reintrojete não um medo de morrer, agora tolerável, mas um pavor indefinível, sem nome.

Portanto, diante da do colapso da função de *rêverie* materna, ao invés do bebê receber um objeto com significado, compreensível, fica com “um objeto-que-não-entende-propositadamente” (Bion, 1994, p.134), levando a um colapso na consciência rudimentar, que “não consegue suportar a carga nela depositada” (p.134). Esses objetos não passíveis de significação, chamado por Bion (1991) de elementos beta, pela ausência de representação mental, têm como destino a evacuação pela identificação projetiva ou são usados em um pensar que necessita “manipular coisas em si, quando manipular substitui palavras ou ideias” (p.26). Os elementos beta (β) não são armazenados enquanto memórias, mas como “fatos indigestíveis” (p.26), se diferenciando dos elementos alfa (α), que podem ser representados e utilizados no pensar.

Assim, a mãe ao exercer a função de *rêverie* e tornar as sensações do bebê compreensíveis, convertendo-as de elementos beta para elementos alfa, permite que ele as reintrojete (Naffah Neto, 2011), todavia:

. . . sob forma depurada, desmaterializada, capaz - por isso mesmo - de propiciar-lhe, gradativamente, a possibilidade de sonhar, armazenar memórias e ir criando um aparelho de pensamento, já que somente os elementos α . possuem capacidade de relação e podem criar elos, formar estruturas. Serão eles que também garantirão, mais adiante, a distinção entre consciente e inconsciente e capacitarão a criança no uso da função simbólica nos seus mais diferentes níveis (Naffah Neto, 2011, p. 121).

Portanto, é através das complexas relações entre o bebê e seu entorno que poderá ocorrer o desenvolvimento das capacidades humanas, tais como a simbolização. Neste sentido, o psicanalista e pediatra inglês Donald Woods Winnicott endossa, assim como Klein e Bion, a importância das vivências emocionais primitivas para a constituição do psiquismo. O olhar de Winnicott para o desenvolvimento infantil desenvolveu-se ao longo de décadas de trabalho como pediatra e psicanalista, atendendo “cerca de 60.000 bebês, crianças, mães, pais e avós” (Khan, 2000, p.18).

Embora Winnicott tenha sido influenciado pelas ideias de Klein, ele diverge em diversos pontos das concepções da autora, como é o caso da existência de uma pulsão de morte inata. Outrossim, enquanto a ênfase dos estudos da psicanalista recai sobre o mundo interno dos bebês, Winnicott ressalta a relevância do mundo externo para o desenvolvimento emocional, considerando a importância dos cuidados oferecidos ao bebê pela mãe real (Zimmerman, 1999). Podemos observar a importância que Winnicott concede ao ambiente em diversos momentos de sua obra, exemplificados nos trechos a seguir: “(...) nos primeiros estágios do desenvolvimento emocional do bebê humano, um papel fundamental é desempenhado pelo ambiente, que o bebê ainda não separou de si” (Winnicott, 1967, p.177). Em outro momento ele diz: “na psicologia do desenvolvimento emocional os processos de maturação do indivíduo precisam de um ambiente de facilitação para que possam concretizar-se” (1999, p.32). Destaca-se, ainda, que para Winnicott (1966, p.189):

No início, o bebê precisa da atenção completa da mãe, e normalmente recebe exatamente isso; e neste período é estabelecida a base da saúde mental. Esta base, em todos os seus detalhes, é estabelecida pelo constante reforço através da continuação de um padrão de cuidados que contém os elementos essenciais.

O que fica evidente nas palavras de Winnicott (1967, 1999, 1966) é que o desenvolvimento só será possível se existir a presença de um ambiente que ofereça cuidados

satisfatórios. Assim, mesmo reconhecendo uma tendência inata ao amadurecimento, entendido em termos de um potencial para a integração, segundo Winnicott (1945) ele só se realizará se existirem cuidados ambientais favoráveis, principalmente nos primeiros meses de vidas, quando ocorre uma dependência absoluta do ambiente. De tal forma que, neste momento “não podemos descrever o bebê sem descrever o meio ambiente” (Winnicott, 1969, p.197).

Convém ressaltar que o ambiente precisa ser suficientemente bom, ou seja, não será perfeito, mas capaz de atender as necessidades do bebê, fornecendo, assim, as bases para a saúde mental. O que o bebê precisa não é de uma mãe perfeita, mas capaz de uma adaptação suficientemente boa às suas necessidades, a qual “faz parte de uma relação viva em que a mãe temporariamente se identifica com o seu bebê” (Winnicott,1994, p.37). Neste sentido, a capacidade da mãe de se identificar com o bebê é possível, dentre outros fatores, graças à preocupação materna primária, que permite uma sensibilidade especial às necessidades do bebê (Winnicott, 1945; 1970).

A mãe suficientemente boa é capaz de realizar três funções básicas: segurar (*holding*), manusear (*handling*) e apresentar objetos (Winnicott, 1967). O *holding* refere-se ao segurar ou sustentar o bebê e congrega várias tarefas, como: a de proteger a criança de desconfortos fisiológicos; considerar a excessiva sensibilidade do bebê aos estímulos sensoriais e seu desconhecimento de um ambiente externo; a rotina integral de cuidados, que deve considerar a singularidade de cada criança; a capacidade de levar em conta as mudanças cotidianas que acontecem em função do amadurecimento do bebê, em termos físicos e psicológicos (Winnicott, 1960).

Para Naffah Neto (2011), a melhor maneira para entender o *holding* seria reportando-se à função de ego-auxiliar da mãe, enquanto a capacidade de sustentar o bebê no tempo e no

espaço, mantendo sua continuidade de ser, através da previsibilidade de cuidados que são oferecidos. Nas palavras de Winnicott (1999, p. 31-32):

É possível dizer que, na experiência comum de segurar adequadamente o bebê, a mãe foi capaz de atuar como um ego auxiliar, de tal forma que o bebê teve um ego desde o primeiro instante, um ego muito frágil e pessoal, mas impulsionado pela adaptação sensível da mãe, e pela capacidade desta em identificar-se com seu bebê, no que diz respeito às suas necessidades básicas.

Nesse sentido, Winnicott menciona dois importantes conceitos: *handling* que refere aos cuidados físicos da mãe com o bebê e faz parte do *holding*, enquanto um manejo específico (Dias, 2003), abrangendo um conjunto de experiências, como a forma que a mãe “mantém a criança aquecida, segura-a e dá-lhe banho” (Winnicott, 1945, p.224); *handling* que torna possível uma integração psicossomática, assim, a criança pode sentir seu funcionamento corporal, o que contribui para um senso de realidade (Winnicott, 1997).

Por fim, a apresentação de objetos propicia o contato com os objetos externos, na medida que a mãe vai, gradativamente, apresentando o mundo ao bebê “dando-lhe continuamente aquele pedacinho simplificado do mundo que ele, através dela, passa a conhecer” (1945, p.228). Assim, a “apresentação de objetos ou “realização” (isto é, o tornar real o impulso criativo da criança) dá início à capacidade do bebê de relacionar-se com objetos” (Winnicott, 1997, p.27).

Essas funções realizadas pela mãe, possibilitam o desenvolvimento emocional primitivo a partir de três processos básicos: a integração, a personalização e a realização. (Winnicott, 1945; 1999). Dias (2003) explica que a integração está associada à capacidade materna de realizar um *holding* satisfatório; a personalização envolve o *handling* e a realização depende da apresentação de objetos. Portanto, é a mãe, ou quem exerça essa função, que torna possível o êxito nas tarefas iniciais do bebê rumo ao amadurecimento

emocional e a maiores níveis de autonomia, passando ao estágio de independência relativa (Winnicott, 1945; 1997).

É importante compreender que, para Winnicott (1945), o desenvolvimento parte de um estado de não-integração primária, isto é, o bebê não tem ainda um senso de unidade. Dias (2003) explica que a integração refere tanto ao desenvolvimento de uma unidade, quanto às integrações parciais que acontecem, tendo como ponto de partida um estado de não-integração. Destaca-se, neste sentido, a integração no tempo e no espaço, como a mais básica no amadurecimento emocional. A temporalização e espacialização referem inicialmente a uma vivência subjetiva, já que o bebê não percebe ainda o mundo objetivamente, assim sendo, “iniciá-lo no sentido do tempo e do espaço significa cuidar para que o tempo e o espaço que regem esse mundo sejam também subjetivos” (Dias, 2003, p.197). Isso só é possível através da continuidade da presença materna, que marca o primeiro sentido do tempo, através disso é mantida a continuidade do ser do bebê.

No que tange à personalização, Winnicott (1945) explica que se refere a percepção de habitar o próprio corpo, que depende da “experiência instintiva e a repetida e silenciosa experiência de estar sendo cuidado fisicamente” (p. 225), associando-se como dito anteriormente à função materna do manuseio ou *handling*. Vale pontuar que subjacente a ideia de uma integração psicossomática, existe a concepção de que no início corpo e psique não são uma unidade, de modo que só existirá uma coesão psicossomática com “a participação ativa de um ser humano que segure o bebê e cuide dele, reunindo-o nos braços e no olhar” (Dias, 2003, p. 209).

Ainda com relação aos processos básicos do amadurecimento emocional, encontramos na realização o início das relações objetais do bebê, primeiramente com objetos subjetivos. Nas etapas precoces do desenvolvimento, a criança se relaciona com objetos parciais, por exemplo: ao se relacionar com seio, o bebê não consegue formar uma figura da mãe enquanto

pessoa inteira, é somente a partir da integração da personalidade que os objetos parciais podem vir a ser entendidos como fazendo parte de uma pessoa inteira (Winnicott, 1997). Ademais, ao nascer e nos primeiros meses de vida o bebê não tem uma percepção da realidade externa, o mundo é percebido subjetivamente, o que fornece o substrato para que um sentido de realidade externa possa existir (Dias, 2003). Neste sentido, a ilusão da onipotência faz parte da realidade subjetiva do bebê, na medida em que ele acredita poder criar aquilo que necessita, como explica Winnicott (1945, p.227):

. . . o bebê vem ao seio, quando faminto, pronto para alucinar alguma coisa que pode ser atacada. Nesse momento aparece o bico real, ele pode então sentir que esse bico era exatamente o que ele estava alucinando. Assim, suas ideias são enriquecidas por detalhes reais de visão, sensação, cheiro . . .

Assim, o bebê só pode criar a partir de uma experiência real de satisfação, é preciso, portanto, que alguém esteja presente para apresentar o mundo ao bebê (Winnicott, 1945) e estabeleça, assim, a confiabilidade no ambiente, por meio da qual poderão ser criados objetos subjetivos, cujo bebê acredita ter total controle, marcando uma relação mágica com o mundo, sem a inscrição ainda do mundo objetivo. Somente a partir da adaptação absoluta da mãe, oferecendo aquilo que o bebê precisa, é que será possível manter a ilusão de onipotência, “sendo aí - e apenas aí - que ele pode começar a ser” (Dias, 2003, p.216).

Ao manter a ilusão da onipotência, a mãe evita que o bebê se surpreenda com um senso de realidade que ainda não está preparado. É preciso respeitar o tempo do bebê em reconhecer a existência de um mundo externo, a qual se fundará em uma relação inaugural criativa e subjetiva, fornecendo um senso de personalidade às experiências vividas. Embora o mundo já estivesse presente, é a ilusão primitiva de poder criá-lo que possibilita o viver criativo (Dias, 2003).

Cabe ressaltar que neste início do desenvolvimento não há ainda um eu formado. É gradualmente, a partir de uma tendência integrativa e de um ambiente suficientemente bom, que poderá formar-se um si mesmo unitário, capaz de diferenciar o eu do não-eu e, por conseguinte, estabelecer relações com objetos externos (Dias, 2003). Assim, “através da experiência da maternagem suficientemente boa, o bebê passa para a percepção objetiva, havendo herdado a tendência a fazer isso e tendo-lhe sido dados a aparelhagem perceptual e a oportunidade” (Winnicott, 1994, p.197).

Para finalizar esta seção, sem a pretensão de esgotá-la, tendo em vista a complexidade e riqueza da obra de Klein, Bion e Winnicott, é importante considerar que para Winnicott (1997, p.27):

O desenvolvimento, em poucas palavras, é uma função da herança de um processo de maturação, e da acumulação de experiências de vida; mas esse desenvolvimento só pode ocorrer num ambiente propiciador. A importância deste ambiente propiciador é absoluta no início, e a seguir relativa; o processo de desenvolvimento pode ser descrito em termos de dependência absoluta, dependência relativa e um caminhar rumo à independência.

Winnicott (1997) evidencia que no estágio de desenvolvimento inicial, o ser humano requer um ambiente que se ocupe integralmente de seus cuidados, de modo que somente a partir dessa relação inaugural serão possíveis a independência e o amadurecimento. Assim, na teoria do amadurecimento, o ambiente precisa se adaptar quase que completamente às demandas do bebê no estágio de dependência absoluta e, gradualmente, vai tornando-se “menos completo, de acordo com a crescente capacidade de ele lidar com o seu fracasso”, passando ao estágio de dependência relativa. No qual a criança consegue ter recursos para tolerar a ausência materna, demonstrando “um senso de processo, o início da atividade

mental, o emprego de satisfações autoeróticas” e a capacidade para “relembrar, reviver, fantasiar, sonhar e integrar passado presente e futuro” (Winnicott, 1953 p.28).

Dias (2003) explica que a “desadaptação gradual da mãe com relação às necessidades do bebê” caracteriza o estágio de dependência relativa e é a partir dessas experiências de desadaptação que a criança pode começar a se perceber como diferenciada do ambiente, assim, tem início a formação de um senso de identidade unitário, que permite ao bebê “ver o mundo e a si mesmo a partir de uma nova posição, o eu” (Dias, 2003, p.228). Em vista disso, Dias (2008) considera que na teoria do amadurecimento os estágios iniciais são fundamentais, já que é neste momento que se constituem as bases da personalidade e da saúde. As tarefas que marcam o início do desenvolvimento são “a integração no tempo e no espaço, a habitação da psique no corpo, o início das relações objetais e a quarta tarefa, constituição do si-mesmo” (Dias, 2008, p.34). Embora seja de fundamental importância a resolução satisfatória das tarefas de cada estágio, elas “jamais se completam e continuam a ser as tarefas fundamentais de toda a vida” (p.34).

Tendo em vista a relevância do desenvolvimento emocional primitivo para a saúde psíquica, cabe o questionamento de como se dá o desenvolvimento afetivo-emocional em bebês gemelares, já que os cuidadores terão de atender as necessidades precoces de mais de uma criança no mesmo período. Ademais, há o risco de complicações durante a gestação e o parto que levem a hospitalização tanto dos bebês quanto da mãe, tendo em vista o fato de a gravidez gemelar ser de alto risco (Ministério da Saúde, 2022). A partir disso, a próxima seção propõe discutir as nuances da relação mãe-gêmeos no início do desenvolvimento.

2.1.1.1 A relação mãe-gêmeos

Quando o ovário libera dois óvulos ou quando as células fecundadas se desenvolvem separadamente, a fecundação, que seria de apenas um bebê, torna-se uma concepção de gêmeos ou múltiplos, os quais podem ser: dizigóticos ou fraternos ou monozigóticos. No

primeiro caso, dizigóticos, são liberados dois óvulos e fecundados por espermatozoides diferentes, sendo nomeados como fraternos por apresentarem os mesmos padrões genéticos de irmãos não gêmeos (Barbeta & Panhoca, 2019). Nessa situação “apresentam duas placentas e sempre serão diamnióticas, ou seja, cada feto com sua placenta e bolsa amniótica” (Ministério da Saúde, 2022, p.201). Por outro lado, podem ser monozigóticos quando um óvulo é fecundado por um único espermatozoide e durante a divisão celular tornam-se dois embriões, possuindo as mesmas características genéticas e, portanto, com aparência física idêntica; há neste segundo caso o compartilhamento de uma mesma placenta, e a bolsa amniótica pode ser a mesma para os dois fetos ou separada (Barbeta & Panhoca, 2016; Ministério da Saúde, 2022).

É importante diferenciar as características biológicas na concepção de gêmeos fraternos e idênticos, pois esse fato poderá colaborar para implicações nas relações emocionais com os cuidadores e entre a dupla de bebês, considerando que no primeiro caso, dizigóticos, haveria diferenças físicas e no segundo não. Assim, a diferenciação e individuação de gêmeos idênticos parecem ser mais difíceis quando comparadas aos gêmeos fraternos, o que contribui para que a mãe ou quem cuide dos bebês possa confundir-los, tratando-os como uma dupla e não individualmente. Outrossim, a gestação gemelar monozigótica apresenta mais riscos para os bebês e para a mãe, sendo recorrente o óbito fetal.

Uma das grandes implicações da relação materno-infantil, no caso da gemelaridade, é o quanto os bebês podem e/ou puderam ser cuidados em sua singularidade, não ocupando, com isso, um mesmo lócus afetivo. Neste sentido, destaca-se o trabalho pioneiro da médica e psicanalista italiana Alessandra Piontelli (1995), que realizou um estudo observacional de fetos através de imagens de ultrassonografia e após o nascimento até completarem a idade de cinco anos. A pesquisadora constatou que muitos padrões de comportamento observados na vida fetal eram muito semelhantes aos apresentados pelos gêmeos após o nascimento e o

modo como a relação parental se estabelecia, desde o período fetal, poderia contribuir para complicações no desenvolvimento infantil posterior. Dentre as observações realizadas, encontram-se quatro duplas de gêmeos, nas quais três são dizigóticos (DZ) e um é monozigótico (MZ).

Ao descrever como se deu a observação, Piontelli (1995) ressalta o cuidado ao expor os pais à visualização da ultrassonografia - ela esperou que se completasse vinte semanas de gestação - tendo em vista o risco de óbito fetal, especialmente em gêmeos MZ. Isso por considerar que o fato de visualizar o feto pode contribuir para o vínculo afetivo e provocar mais sofrimento nos genitores caso haja óbito fetal. A observação ultrassonográfica dos gêmeos acontecia em periodicidade mensal até o final da gestação.

Piontelli (1995) percebeu durante as observações das ultrassonografias que as condições intrauterinas não são iguais para ambos os fetos, um gêmeo é frequentemente mais desenvolvido que o outro, crescendo graças ao subdesenvolvimento do cogêmeo, o que, em casos mais graves, pode levar à morte do outro gêmeo. Além disso, havia padrões de temperamento da dupla que se repetiam desde os estágios mais precoces, tais como um dos gêmeos ser mais ativo ao contato e o outro ser totalmente não responsivo aos socos e pontapés. Esses padrões relacionais mantiveram-se presentes na vida pós-natal. Como bem pontua Piontelli (1995, p. 118):

Muitas são as diferenças ambientais na permanência intrauterina de gêmeos: sua posição é diferente, ocupam lados diferentes, sua placenta é com frequência diferente, seu cordão costuma ser bastante diferente e a maioria dos gêmeos está separada por uma membrana divisória e por isso habitando sacos amnióticos diferentes. Pode-se presumir, portanto, que sensações tais como ruídos, sons, pulsações ou sensações proprioceptivas e táteis e, assim por diante, que alcançam cada gêmeo são também bastante diferentes. Por essa razão, é viável postular que todos os gêmeos, incluindo os

idênticos, possuem de fato, desde o início, experiências diferentes que poderiam influir no seu desenvolvimento futuro, tanto mental como físico.

Para ilustrar as constatações de Piontelli (1995), seguem algumas considerações sobre a observação de uma das duplas: Marco e Délia. Desde as primeiras ultrassonografias a autora relata que Marco era pouco responsivo ao contato da irmã, não tinha muitos movimentos, pelo contrário, utilizava o cordão umbilical como um travesseiro, ora para se esconder dos ávidos contatos de Délia, ora para se encolher e dormir. Délia, por sua vez, tinha peso e tamanho inferior ao do irmão, mas mantinha-se mais ativa, buscando o contato com Marco, ao qual ele rejeitava, encolhendo-se na placenta.

Após o nascimento dos bebês, foi realizada uma nova observação do trio, mãe-gêmeos, e os bebês mantinham características semelhantes às observadas nas imagens de ultrassonografia. Marco não procurava o seio, parecia se incomodar com o menor contato, seja tátil ou visual, seu aspecto era de um bebê “cansado e velho. Escondia o rosto permanentemente com as mãos e mantinha-se completamente imóvel” (Piontelli, 1995, p.126). A mãe demonstrava um grande apreço pela figura masculina e se regozijava com o fato de ter um filho, excluindo ou rechaçando a postura ativa de Délia, a ponto de na primeira visita nem sequer mencioná-la. Quando completaram quatro anos de idade, foi realizada uma nova visita, e novamente verifica-se o mesmo padrão de desenvolvimento, Délia segue vivaz, explorando os brinquedos e o ambiente, aberta ao contato, enquanto Marco mostra um tênue interesse pela vida, não raro quer aquilo que a irmã tem, reivindica mais espaço e diz ter apenas dois anos. A mãe, mantém seu embaraço com a vivacidade de Délia e demonstra uma atenção especial pelo menino:

Marco, apesar de indubitavelmente ter recebido mais de sua mãe desde o seu passado pré-natal, parecia muito mais invejoso e cheio de ódio em relação a irmã do que ela em relação a ele. Délia, apesar do apinhado espaço intrauterino, tentava movimentos

de aproximação em relação a ele e continua querendo tocá-lo ainda agora, apesar dele continuar a repeli-la (Piontelli, 1995, p.132).

Szejer (2016) explica que o trabalho de Piontelli (1995) e de outras psicanalistas como Esther Bick e Romana Negri permitiram o aperfeiçoamento da técnica de observação tanto da vida intrauterina quanto após o nascimento, graças ao trabalho pioneiro dessas autoras foi possível constatar que já na vida fetal acontecem fenômenos importantes para a constituição do indivíduo, no caso dos gêmeos a falta de solidão e de espaço parece se fazer presente na vida pré-natal e também posteriormente. A relação entre os gêmeos, para Szejer (2016), geralmente é marcada pela presença de um dominador e outro dominado, contudo, a depender de como irá se desenrolar o amadurecimento da dupla torna-se possível a negociação desses papéis e a emergência de novos padrões relacionais.

Com isso, a primeira relação dos gêmeos não se dará com a mãe, mas com o cogêmeo, a ponto de vários autores (Mauer, 2021; Gallo et al. 2020; Szejer, 2016; Reis, 2015) considerarem a intensidade desse vínculo enquanto um primeiro objeto de amor, que diferente das crianças singulares, não será com a genitora, mas com o cogêmeo. Reis (2015, p.89) esclarece que a relação entre a dupla “ ... É tão intensa que pode ser que o cogêmeo seja, de fato, o primeiro objeto de amor de cada bebê gêmeo. Entretanto, poderia ser um amor narcísico, considerando o cogêmeo como um espelho ou extensão de si mesmo ...”

Neste sentido, considera-se que os gêmeos vivenciam uma experiência de duplicidade ao se ver refletido no cogêmeo. Para Mauer (2021), coletivamente, a experiência com o idêntico atrai a atenção e a curiosidade, todavia, quando essa homogeneidade se faz presente na realidade não é raro causar espanto, pois “nada mais angustiante do que não ser único” (p. 170). Freud (1919, como citado em Mauer, 2021, p.170) descreve essa experiência de ver sua própria imagem refletida, relata o sentimento de espanto diante daquilo que lhe é tão familiar:

Estava eu sentado sozinho no meu compartimento no carro-leito, quando um solavanco do trem, mais violento que o habitual, fez girar a porta da toaleta anexo, e um senhor de idade, de roupão e boné de viagem, entrou. Presumi que ao deixar o toaleta, que ficava entre os dois compartimentos, houvesse tomado a direção errada e entrado no meu compartimento por engano. Levantando-me com a intenção de fazer-lhe ver o equívoco, compreendi imediatamente, para espanto meu, que o intruso não era senão o meu próprio reflexo no espelho da porta aberta. Recordo-me ainda que antipatizei -relata Freud- totalmente com sua aparência.

O fato de os gêmeos se perceberem refletidos no outro desde o início da vida, trata de uma experiência semelhante à descrita por Freud (1919, como citado em Mauer, 2021), de duplicidade. Essa vivência, de dois em um, pode trazer implicações para o desenvolvimento da criança quando os cuidadores não conseguem tratar os bebês em sua singularidade, mas como iguais. Situações tais como vesti-los de forma idênticas e nomeá-los com apelidos que homogeneízam a dupla (eles, os bebês, os gêmeos) podem contribuir para que os próprios genitores apresentem dificuldades em diferenciar um bebê do outro. Reiteradas vezes, essa fusão entre os bebês, pode gerar prejuízos no processo de individualização e formação da identidade (Reis, 2015).

Todavia, de alguma forma, as mães conseguem se ocupar dos cuidados com mais de um bebê, pois não há evidências de que gêmeos tenham problemas psíquicos maiores do que filhos singulares (Ribeiro et al., 2016). Cabe, portanto, diferenciar o desenvolvimento esperado em crianças gemelares - as quais apresentam características diferentes das singulares, como o fato de ter que dividir a mãe com o cogêmeo e a possibilidade de se estabelecer uma comunicação própria entre os irmãos (Reis, 2015) - de um comprometimento na constituição psíquica decorrente de falhas nos cuidados ambientais, como é o caso de não serem reconhecidos em sua singularidade.

As implicações de os genitores cuidarem dos bebês gemelares como iguais e não de forma individual, foi observada nos estudos de Piontelli (1995) e Reis (2015). Piontelli (1995) observa uma dupla de bebês, Giorgio e Fabrizio, gêmeos monozigóticos, em que os pais se referiam a eles desde o período fetal como uma dupla, diziam que se mexiam juntos, ficavam juntos, não percebiam qual era qual. Além disso, a mãe parecia demonstrar pouco interesse nos filhos, verbalizando que não conseguia perceber nada nas imagens de ultrassonografia ou que os bebês não estavam nos planos do casal. Devido a complicações na gestação, foi realizado o parto prematuro e os bebês precisaram ser hospitalizados. Piontelli (1995) relata que ao vê-los na incubadora sentiu que sofriam com a prematuridade do nascimento e a exposição precoce às dificuldades da vida, ademais eram magros e pequenos, além de estarem com sondas e agulhas pelo corpo.

Com um mês de idade, ambos os bebês foram para casa e neste momento a autora refere que “iniciou-se uma observação de bebês que mais se parecia com um pesadelo” (p.171). Os pais deixavam os bebês por longos períodos em um quarto escuro. De acordo com a mãe, eles tinham que se acostumar a ficar sozinhos e lhes era oferecido somente o “estritamente necessário” (p. 171). Outrossim, a mãe mostrava para a pesquisadora apenas um bebê, afirmando que ver um já era suficiente, tendo em vista que eram iguais. Com seis meses de vida, era possível observar um atraso no desenvolvimento cognitivo dos bebês e seus movimentos eram monótonos; aos 4 anos de idade é realizada uma nova observação e os irmãos mostram-se “impressionantemente parecidos e cada um traz uma expressão cruel em seu rosto” (Piontelli, 1995, p. 180). Nos desenhos, Fabrizio e Giorgio expressam o terror das experiências que viveram e o quanto estão fundidos um com o outro, chegam a repetir as mesmas frases e a desejar os mesmos objetos.

Em um estudo mais recente, Reis (2015) observou cinco pares de gêmeos durante o primeiro ano de vida e percebeu que os pais “tentavam igualar os gêmeos e tratá-los como

partes do mesmo ser” (p.86). Sendo que, até mesmo em gêmeos fraternos os cuidadores buscavam deixá-los mais parecidos, adotando nomes similares. Relata em um dos casos observados, que o pai chegou a mencionar que um dos bebês estava no hospitalizado e sem que ele soubesse ao certo qual era. A mãe não os chamava pelo nome, mas sim com apelidos: “meu bebê, bebezinho da mamãe, esse e aquele” (p.91), fato que levou a pesquisadora a pensar que a mãe os colocava em um “mesmo locus afetivo, provavelmente favorecendo uma confusão de identidades entre eles futuramente” (p.91). É relevante pontuar que os pais procuraram a referida pesquisadora (Reis, 2015) quando as crianças completaram quatro anos de idade para psicoterapia, pois não conseguiam falar os seus próprios nomes no singular, referiam-se a si mesmos como “os gêmeos” (p.91) e quando era questionado o nome de cada um, falavam como se possuíssem um nome duplo.

Ribeiro et al. (2016) consideram que na maternidade gemelar, mesmo a mãe conseguindo viver a experiência com cada bebê de modo singular, sempre haverá outro à sua espera e neste ponto reside o risco de ocorrer uma aglutinação dos bebês na psique materna. Assim, considera-se que as mães de gêmeos precisam passar por um árduo processo psíquico de elaboração de sua condição, permitindo, com isso, a “percepção objetiva de cada um dos filhos” (Ribeiro et al., 2016, p.51) e, por conseguinte, a capacidade de reconhecer a individualidade e a singularidade de seus bebês.

Para compreender as nuances da relação mãe-gêmeos e suas possíveis implicações no desenvolvimento durante os primeiros anos de vida, Machado et al. (2022) realizaram uma pesquisa com nove mães de gêmeos desde o período gestacional até os bebês completarem dois anos de vida por meio de um questionário sociodemográfico e de entrevistas. Os resultados do estudo indicam emoções negativas associadas à descoberta da gravidez de múltiplos, tais como: medo, angústia e insegurança. Das nove mães entrevistadas, apenas três

relataram emoções positivas, indicando a ambivalência dos pais com a surpresa de uma gravidez gemelar.

Diferente dos estudos anteriores (Ribeiro et al., 2016; Reis, 2015, Piontelli, 1995), Machado et al. (2022) identificaram que as mães participantes da pesquisa buscavam diferenciar os bebês desde os primeiros meses de vida, atribuindo-lhes características diferentes, sendo frequente no relato dos genitores o ritmo diferente no desenvolvimento dos bebês. Dentre os fatores que contribuem para o desenvolvimento dos filhos, as mães destacaram a importância de uma rede de apoio, a afetividade dos pais e a dedicação materna.

Em estudo semelhante, Lucion e Escoteguy (2011) investigaram os fatores que interferem no desenvolvimento dos gêmeos durante o primeiro ano de vida, para isso, observaram quatro gestantes durante o período gestacional e no puerpério. Perceberam reações diferentes dos cuidadores diante dos bebês, como o investimento afetivo desigual do casal parental nos filhos. Uma das mães observadas demonstrou poucos momentos de interação com os bebês e um discurso empobrecido ao se referir a eles, em contrapartida, o pai buscava ativamente a interação com os gêmeos, estimulava-os e estes respondiam ao seu contato.

Em outro caso, Lucion e Escoteguy (2011) relatam que os bebês - duas meninas - precisaram ficar hospitalizadas por uma semana devido o nascimento prematuro. A mãe que durante a gestação mostrou pouco interesse e investimento afetivo nas gêmeas, mudou o seu comportamento diante do internamento, relatando estar alegre e satisfeita com as filhas, referindo-se a elas de forma carinhosa, além de passar grande parte do tempo acompanhando-as no hospital. Devido a problemas gastrofágicos a segunda bebê a nascer (B2) demandou um cuidado diferenciado na alimentação, exigindo da mãe uma rotina alimentar cuidadosa, ao qual ela se empenhou com afinco. Aos seis meses, a bebê que mais recebeu cuidados maternos era mais responsiva às falas da mãe e ao contato visual. Em contrapartida, as

pesquisadoras identificaram pouca interação afetiva entre a mãe e a outra filha (A2). No caso de B2, mesmo recebendo menos colo, tinha uma riqueza de interações com o ambiente. As autoras concluem que “o cuidado físico materno também a alimentava psiquicamente, B2 parecia poder permanecer sozinha por estar bem nutrida afetivamente” (Lucion & Escoteguy, 2011, p.313).

No tocante à relação entre os gêmeos, foi observado por Lucion e Escoteguy (2011) uma busca mais significativa de contato com o cogêmeo em situações que faltaram o investimento afetivo e cuidado dos adultos. Em uma das observações, um bebê chupava o dedo do outro, mas sem demonstrar que percebia o cogêmeo, corroborando a constatação de Reis (2015) de que no início da vida as interações entre os bebês são autoeróticas, com objetos narcísicos. Os genitores, neste estudo, também demonstraram uma busca por diferenciar os bebês, sendo que um dos pais relata que a experiência com a gemelaridade era positiva, tendo em vista que havia um bebê para cada genitor, fenômeno observado em todas as famílias. Ou seja, nesse par, ocorreu uma divisão dos cogêmeos entre os cuidadores, de modo que um se ocupava mais dos cuidados de um gêmeo do que do outro, isso possivelmente é um indicativo da dificuldade de cuidar dos dois bebês, sendo necessário que cada cuidador se ocupasse integralmente de apenas um bebê.

Nas famílias observadas por Lucion e Escoteguy (2011), apenas uma criança apresentou complicações no desenvolvimento, seus genitores eram adolescentes e a mãe não conseguia cuidar adequadamente dos bebês, função exercida pelos avós, “isso novamente reforça a necessidade da criança pelo adulto e a maior exigência sobre os cuidadores no caso de gêmeos” (p.317). Essa constatação de Lucion e Escoteguy (2011) coaduna com as pesquisas de Ribeiro et al. (2016), ao postular que não há indicadores de maiores problemas emocionais em gêmeos, contudo há uma exigência mais intensa para com os adultos cuidadores.

Destarte, as mães gemelares frequentemente avaliam sua experiência com a maternidade como desgastante e negativa, sendo associada a maiores estressores, devido ao cuidado com dois bebês, o que não raro exige das mulheres o abandono do trabalho (Andrade et al., 2014). Outrossim, o nascimento prematuro dos bebês e experiências negativas durante o ciclo gravídico-puerperal contribuem para sintomas de depressão na mãe com a chegada dos bebês. Mais uma vez, Andrade et al. (2014), apontam a presença de uma rede de apoio e de suporte financeiro como fatores protetivos para o bem-estar materno.

Em estudo mais recente, Gallo et al. (2020) identificaram na literatura brasileira resultados semelhantes aos de Andrade et al. (2014), referindo-se às dificuldades enfrentadas pelo casal parental na vivência da gemelaridade, os quais não sabem como agir com a chegada dos bebês, de modo que os mitos e desinformações contribuem para isso. Salientam também a possibilidade de competição entre os gêmeos e o risco de não ocorrer uma diferenciação, comprometendo a formação da identidade. A vivência de uma triangulação é enfatizada no desenvolvimento dos gêmeos, já que desde muito cedo a atenção da mãe precisará ser dividida com o cogêmeo, embora um bebê possa momentaneamente satisfazer a necessidade do outro, a presença do adulto, a mãe ou quem cuide dos bebês, é a principal figura que provê conforto (Gallo et al. 2020).

Cangueiro (2019) analisou a relação de uma mãe com as filhas gêmeas, por meio de entrevistas e observação livre da rotina familiar. Os resultados da pesquisa apontam o susto com a notícia de uma gestação gemelar, entraves no exercício da parentalidade, como as mensagens paradoxais dos genitores, dificuldade de a mãe reconhecer individualmente os bebês e um ambiente de agitação, que ao mesmo tempo atendia as necessidades das crianças, mas, falhava. A mãe se apresentou de forma diferente para as filhas e revelou a dificuldade em satisfazer a necessidade de dois bebês, contudo, ainda assim, Cangueiro (2019) afirma que a família conseguiu exercer a parentalidade suficientemente bem. Observou-se, de acordo

com Canguero (2019), uma sintonia da mãe com os bebês durante o período de dependência absoluta, fato que para a autora contribuiu para a vivência da fantasia de onipotência. Em contrapartida, com mais de um ano de idade as crianças não conseguiam identificar seus nomes e mantinham uma relação de apego e dependência. Vale mencionar que a mãe era estudante quando engravidou, aos 19 anos de idade, e não estava inserida no mercado de trabalho formal, embora tivesse sido apoiada pelo seu núcleo familiar e pelo pai das crianças.

Schmidt (2016), ao realizar um estudo a partir do atendimento clínico psicanalítico a uma adolescente gemelar, destaca que tal experiência contrasta com a ideia de incompletude e aponta que a percepção de ser completo traz implicações para a vida emocional de gêmeos. Considera que sair do estágio de completude e narcisismo faz parte do desenvolvimento de todos os indivíduos, todavia, se questiona sobre a individuação de gêmeos, especialmente em gêmeos idênticos. Assim, o estudo aponta que há um trabalho elaborativo árduo na gemelaridade que implica: em separar-se não somente da mãe, mas também do cogêmeo; na ambivalência emocional tanto da dupla quanto da família em ter dois indivíduos idênticos, mesmo que apresentem características de personalidade diferentes, marca esse processo.

Neste sentido, Scalco e Donelli (2014) observam que a gemelaridade pode ser um fator de risco para sintomas psicofuncionais, cuja natureza é somática, sem uma aparente causa orgânica. Concluem, através de um estudo de caso único, que ambos os bebês participantes da pesquisa (uma menina e um menino), apresentaram nos primeiros meses de vida queixas psicofuncionais, como crises respiratórias. Consideraram a insuficiência de cuidados ambientais como provável causa para os sintomas das crianças, indicando inclusive que a mãe não tinha o auxílio do pai dos bebês. Além disso mencionou que, em uma consulta pediátrica, foi observado que a mãe deixa o filho em crise respiratória do lado de fora do consultório, demonstra pouco contato afetivo com o menino e queixa-se da árdua rotina e da falta de sono. Para as autoras essa situação revela que a mãe dificilmente se colocará no lugar

de dois bebês, sendo esperada uma falha materna no desenvolvimento de bebês gêmeos. Outrossim, ponderam que não se trata de culpabilizar a mãe, mas de fornecer às famílias de gêmeos elementos protetivos para o desenvolvimento saudável dos bebês e para a promoção da saúde materna, de modo que no caso estudado a ausência do pai foi um dos fatores associados aos sintomas psicofuncionais do bebê e a sobrecarga da mãe.

O papel materno é enfatizado em todos os textos referenciados até o momento. Em vista disso cabe pontuar que, conforme Collin e Laborie (2009), a partir do século XVIII ocorre uma mudança ideológica, na qual a mulher passa a ser vista pelo ideal de boa mãe, atribuindo-lhe um novo valor, o amor materno. Na atualidade, os textos feministas ainda atrelam “a maternidade a condutas e valores positivos” (Collin & Laborie, 2009, p.137), identificando “os interesses das mulheres como o das mães” (p.137). Essa concepção reforça os critérios biológicos na noção das relações de filiação.

Neste contexto, é estabelecida uma relação assimétrica, em que cabe à mãe um espaço definido pela biologia, o parto, e ao pai é aplicado um critério social, o de exercer a função de esposo ou companheiro da mãe. Contudo, Collin e Laborie (2009) consideram que têm sido repensado o lugar da mulher na experiência da maternidade, com a emergência de uma nova lógica: “a de viver-para-si-com-as-crianças” (p.137), a partir da qual é possível redistribuir os trabalhos e responsabilidades domésticas de forma mais igualitária entre pai e mãe. Outrossim, para além da divisão do trabalho, as autoras chamam a atenção para a ascensão da geração simbólica, que contrapõe às concepções biológicas, possibilitando às mulheres que “falem em seu próprio nome e escolham seus modos de parentesco e de filiação” (p.138).

A discussão acerca das questões de gênero que atravessam a vivência da maternidade é essencial ao se considerar o nascimento de gêmeos, tendo em vista que os desafios psicológicos e práticos para os pais e familiares são ainda maiores. Posto isto, evidencia-se que o suporte social para as mães é de grande importância (Ramos, 2021; Canguieiro, 2019;

Scalco e Donelli, 2014). Todavia, embora sejam reconhecidos a importância da presença e suporte do cônjuge na maternidade, principalmente ao se tratar de dois bebês, a literatura enfatiza o papel exercido pela mulher, salientando o vínculo mãe-bebê e as funções atribuídas a mãe no cuidado com os filhos. Ademais, parece naturalizar o fato de a mulher ser a maior responsável pelo desenvolvimento saudável dos bebês.

À vista disso, em uma pesquisa recente, Ramos (2021) sugere que os autores que discutem as vivências gemelares adotam dois eixos de análise: o primeiro, considera os impasses na formação identitária dos gêmeos, condição que levaria a necessidade de sair de “um narcisismo mortífero” (p.13) , no segundo caso é indicado que os profissionais, referindo-se aos psicanalistas clínicos, deveriam atentar-se para aquilo que é próprio da experiência de gêmeos, não os tratando da mesma forma que os filhos únicos, contrastando com a primeira posição e atribuindo grande importância às vivências da dupla e suas implicações para a constituição do psiquismo.

A gestação de bebês múltiplos, nesta perspectiva, é considerada por Nunes (2019) um evento não normativo, por romper com aquilo que é esperado e embora não haja concordância na literatura quanto às implicações da experiência gemelar para a subjetividade (Ramos, 2021), é reconhecido que deixará impressões no psiquismo tanto dos bebês, quanto da família, mesmo diante do falecimento de um dos bebês (Szejer, 2016; Reis, 2015). No que se refere ao nascimento prematuro dos bebês gêmeos e as nuances da formação da parentalidade nestes casos, há uma escassez de estudos (Nunes, 2019) todavia é recorrente o nascimento prematuro de gêmeos, por se tratar de uma gestação de alto risco.

Um nascimento prematuro, de acordo com o ministério da saúde (2022), ocorre quando há o “parto pré-termo em até 36 semanas e 6 dias de idade gestacional, excluindo o período considerado como de abortamento” (p.103). A ocorrência de partos prematuros é grande ao redor do mundo, no Brasil chega a 11%. Estudos indicam que a prematuridade está

associada a maiores riscos de atrasos no desenvolvimento motor, cognitivo e afetivo (Thomaz et al., 2005; Setúbal, 2009; Schiavo et al., 2020). A formação da parentalidade em casos de nascimento prematuro também é dificultada, há uma quebra na expectativa dos pais e diante da possibilidade de perder os bebês podem não os investir afetivamente (Thomaz et al., 2005).

Conforme orientações técnicas do Ministério da Saúde (2017), as intervenções dos profissionais da saúde no contexto hospitalar precisam considerar a humanização no cuidado e a promoção do vínculo materno-infantil diante do nascimento prematuro. Nesse sentido, convém mencionar, que dada a importância da relação da família com o bebê, esta é um fator associado a uma melhora no quadro geral de saúde (Tabaczinski et al., 2018), de modo que no Brasil o método Canguru vem sendo utilizado para estimular o contato pele a pele dos pais com o recém-nascido pré-termo (Ministério da Saúde, 2017).

No âmbito do nascimento prematuro de gêmeos, Nunes (2019) realizou um estudo interessante: a partir da sua experiência como mãe de gêmeos prematuros propôs uma pesquisa autoetnográfica para discutir aspectos emocionais, sociais e culturais atrelados a formação da maternidade de gêmeos prematuros diante da rotina hospitalar. A autora relata:

A sensação quando relembro essa experiência é de que, especialmente no momento em que estava imersa naquele contexto da UTIneo e nos primeiros meses em casa, estava vivendo no “piloto automático”. O foco era cuidar delas, estar com elas, olhar, entender, analisar, agir sobre o que estava acontecendo com elas: quanto cada uma tomou de leite, quanto foi leite materno, contar as gramas ganhas/perdidas, o tempo sem apneia, separar as roupinhas delas para levar para a UTIneo, lanches para comer durante o dia todo no hospital, tirar leite várias vezes ao dia, todos os dias (Nunes, 2019, p.103)

A gestação das filhas de Nunes (2019) se deu após fertilização in vitro, de modo que ela se preparou para receber as gêmeas e para um possível parto prematuro, fato que, segundo

a autora, contribuiu para que tivesse mais recursos para lidar com a situação após o nascimento dos bebês. Contudo, ela reconhece que essa era uma condição privilegiada, distante da maior parte das mulheres brasileiras. Pode, por exemplo, visitar a UTIN e conversar antecipadamente com os médicos. Todavia, ainda assim, ela relata uma ruptura diante da constatação de que não conseguiria chegar às trinta e quatro semanas gestacionais como esperava. O parto foi necessário em função das complicações de uma das bebês, a qual apresentava subdesenvolvimento e a perda de líquido amniótico.

A vivência da autora, Nunes (2019), na UTIN é narrada com riqueza de detalhes e expressa o conflito e ambivalência das mães de bebês prematuros, relata o desejo de tocar as filhas e amamentá-las e, ao mesmo tempo, o medo diante da queda de batimentos cardíacos e da frequência respiratória devido às estimulações; a dor ao realizar a ordenha do leite, conflitando com o desejo de oferecer aos bebês o leite materno. Com a alta dos bebês, após quarenta e cinco dias de internamento, Nunes (2019) passa a narrar as exigências de cuidados de dois bebês nascidos pré-termo, em suas palavras:

Quem já vivenciou os cuidados com um recém-nascido ou conviveu proximamente a uma família que estava passando por esse momento inicial da vida de um ser humano, sabe como é insana a rotina de uma mãe com um bebê, nos primeiros meses de vida. Se mães de um bebê apenas, nascido a termo, sem nenhum problema de saúde, já relatam extremo cansaço, noites em claro, trabalho, atenção e preocupação constantes, quase que 24hrs, imaginem uma mãe com dois recém-nascidos prematuros, saídos de uma UTIneo! (Nunes, 2019, p.129).

Em outro momento, Nunes (2019), relata como os bebês podem interferir na rotina um do outro e demandar dos cuidadores uma atenção maior, corrobora, portanto, com estudos anteriores (Reis, 2015; Scalco e Donelli, 2014; Canguero, 2019) que associam a gemelaridade com maiores índices de estresse parental e desgaste físico e emocional:

... é comum acontecer de um bebê interferir na rotina do outro, acordando-o com um choro, por exemplo. Então, pode até ser que o desgaste dessa rotina intensa dos primeiros meses com múltiplos seja um só, mas que ele é muito mais intenso, não tem como negar. E o trabalho, com certeza, não diminui, ele multiplica, exponencialmente (Nunes, 2019, p.130).

Neste sentido, Reis (2015) observou que, frequentemente, os bebês gemelares vivenciavam um revezamento do ciclo sono-vigília. Isto é, quando um acordava o outro dormia. Isso levou a autora a pensar que havia a busca por receber cuidados integrais da mãe, todavia, se esta começasse a acariciar um dos bebês, o cogêmeo acordava, demandando a atenção materna.

A prematuridade, para Nunes (2009), constituiu um desafio ainda maior no cuidado com os bebês, tendo em vista que uma de suas filhas, Dora, havia nascido com baixo peso e exigia uma rotina de cuidados mais intensa. A exigência para cuidar de dois bebês fez com que, em diversos momentos, Nunes (2009, p.130) relatasse não saber ao certo qual bebê havia amamentado ou dado a medicação, como narra no trecho a seguir:

Essa rotina pode ser muito confusa, especialmente em meio a noites muito mal dormidas. Eu não acreditara que aconteceria comigo (porque minhas filhas não são idênticas e sempre foram muito diferentes) quando a mãe de uma amiga que tinha filhos gêmeos (já adultos) me contou que acontecia muito dela ficar sem saber quem já havia mamado e quem não tinha, ou de dar o mesmo remédio duas vezes para o mesmo filho. Mas, já na UTIneo, eu percebi que isso iria acontecer muito comigo sim. Eu não as confundia, não importava que elas não se parecessem, o que acontecia era que, às vezes, simplesmente, entre colocar uma delas no berço após ter dado uma mamadeira a ela e ir preparar o leite da outra, quando voltava não conseguia ter certeza de quem eu havia acabado de alimentar.

Em outro estudo, Frantz e Donelli (2005) acompanharam quatro bebês prematuros e seus pais na UTIN e até completarem um ano de vida a fim de observar e favorecer a formação da parentalidade, bem como prevenir possíveis riscos ao desenvolvimento infantil. Dois bebês eram gemelares, sendo que em ambos os casos houve o óbito do cogêmeo. Antônio, um dos bebês participantes da pesquisa, começou a ser acompanhado pela autora quando completou cinco dias de vida, seu irmão faleceu no 7º dia. Os pais, de acordo com o relato de Frantz e Donelli (2005), falavam pouco do filho que perderam e após a alta de Antônio relatam a necessidade de estimulá-lo para compensar um possível déficit no desenvolvimento. No outro caso, uma menina, a perda da cogêmea se deu quando completaram três dias de vida, a mãe tinha pouco suporte social e frequentemente expressava sua tentativa em dar um lugar para a filha falecida, trocando o nome da gêmea com o da cogêmea que veio a óbito. Após a alta da UTIN, a mãe apresentou sintomas depressivos, “falando sobre a perda da outra filha e revivendo um episódio traumático na gestação” (p.344).

Nesta perspectiva, Iaconelli (2007) considera que socialmente há uma negação do sofrimento vivenciado pelos pais que perderam seus bebês, cujo efeito é a impossibilidade de representação. A mãe enlutada não é compreendida em sua dor, dificultando, com isso, a elaboração do luto. “Estas mães por vezes ouvem: "Calma. Você é jovem e poderá ter outros filhos"; "Volte para casa e desmanche o quartinho"; "Foi melhor assim... (p.615). Iaconelli (2007) destaca ainda que o luto perinatal é atravessado pela ausência da escuta do desejo dos pais quanto aos rituais fúnebres, o que pode impossibilitar a percepção de que a morte do bebê corresponde a morte de um filho. Deste modo, ressalta:

O luto de um bebê recém-nascido carrega em si um aspecto de inerente incomunicabilidade e atrai, por sua vez, olhares de incompreensão. A morte de filho inverte as expectativas das perdas pressupostas na vida – morte dos pais, dos mais

velhos – deixando os pais sem referências temporais. Algo de urgência busca preencher este lapso cronológico. O tempo que a experiência traumática exige para ser elaborada passa a ser subtraído numa tentativa desesperada de negar a especificidade do objeto. Coloca-se outro bebê no lugar do que foi perdido, ou seja, do mesmo. Operação de risco, uma vez que a face mortífera do bebê maravilhoso já foi vislumbrada, sem que o bebê de “carne e osso” pudesse ter dado suporte para a perda narcísica. Não há como compartilhar deste luto no senso comum da modernidade, ficando a mãe duplamente desamparada: pelo bebê e pelos adultos (Iaconelli, 2007, p.620)

Assim é possível conjecturar que o nascimento pré-termo e a gemelaridade terão, sim, implicações para a formação da parentalidade e conseqüentemente para o desenvolvimento do infante. Como bem pontuam Mauer (2021), Sezejer (2016) e Reis (2015), mesmo quando um dos bebês vem a óbito, este ocupará um lugar no psiquismo da família e do cogêmeo.

Neste sentido, Mauer (2021) relata que as experiências neonatais mostram a intensidade do vínculo fraterno entre bebês gêmeos, de modo que fazê-los compartilhar uma mesma incubadora têm sido um recurso terapêutico. Uma menina recém-nascida e prematura apresentava risco de vida devido complicações cardíacas, diante disso, decidiu-se por colocá-la ao lado da cogêmea na incubadora. O resultado foi surpreendente, de acordo com Mauer (2021), o nível de oxigenação sanguínea subiu em poucos minutos, houve uma estabilização dos batimentos cardíacos. A cogêmea estendeu os braços, envolvendo o corpo da irmã, aumentando, com isso, sua temperatura corporal.

Tendo em vista a intensidade do vínculo fraterno gemelar (Mauer, 2021; Reis, 2015; Szejer, 2016) e considerando os desafios para os cuidadores diante do nascimento prematuro de bebês gemelares, com a possibilidade de os bebês virem a óbito, é reconhecida a importância da presença do psicólogo, na medida que contribui para o acolhimento das

angústias destas famílias e para a identificação de possíveis riscos à saúde materno-infantil. A partir disso, construímos a próxima seção, na qual são discutidas as possibilidades de atuação do psicólogo, sobre o enfoque psicanalítico, em uma UTIN.

2.1.1.1.1 O que pode o Psicólogo na UTIN?

Parafraseando Moretto (2019) que refletiu sobre “o que pode o psicanalista no hospital?”, o presente capítulo aborda algumas questões relativas ao trabalho do psicólogo/psicanalista no hospital e a seguir, de forma mais específica: o que pode o psicólogo/psicanalista na UTI neonatal?

Moretto (2019) demarca uma diferença primordial entre o discurso médico e o psicanalítico no que tange à “posição que cada um ocupa para operar na sua clínica e do discurso que sustenta cada uma dessas ordens” (p.61). Enquanto o primeiro exclui a subjetividade ao procurar no paciente tão somente uma doença e uma terapêutica para ela, colaborando para o apagamento do indivíduo - tanto do doente quanto o médico - diante da doença, a psicanálise traz de volta à cena o sujeito. Assim propõe escutar o sujeito do inconsciente e neste processo rompe com o modelo médico, pois o psicanalista (ou o psicólogo, sob enfoque psicanalítico) não se coloca na posição de saber sobre a verdade do sujeito, pelo contrário, o paciente é quem fala sobre a sua verdade. Por essa via não se busca vencer os sintomas, mas interpretá-los, decifrando seu sentido e sua função na vida do indivíduo.

Contudo, cabe um questionamento: se há uma posição divergente entre o médico e o psicanalista, por que este é chamado? Entende-se que “a entrada do psicanalista (...) é a constatação de uma determinada dose de subjetividade, que, enquanto não for eliminada, funciona como obstáculo às ordens médicas”. É quando o paciente se recusa a fazer o

tratamento instituído pelo médico, quando apresenta ataques de agressividade com a equipe, que é chamado o psicanalista, com o intuito de fazê-lo calar (Moretto, 2019, p.83). Contudo, o psicanalista não busca uma adaptação do paciente ao saber médico, embora ao se propor escutá-lo passa a vivenciar a transferência de um saber que estava colocado no médico, assim, “... por poder falar de si num lugar onde é escutado, ele passa a ser, de alguma forma mais coerente e adequado ao desempenhar o papel que lhe cabe na cena médica da qual participa” (p.85).

Moretto (2019) endossa a ideia de uma psicanálise fora do setting tradicional, ao reafirmar que o fazer psicanalítico não se situa em um setting ideal, pois “ultrapassa as fronteiras de um consultório bem mobiliado para descobrir que o inconsciente não está dentro nem fora, ele está aí onde o sujeito fala” (p.101). Contudo, não é sem desconforto que o psicanalista se insere no hospital, onde o que vigora é a ordem médica. Assim, para sustentar seu lugar precisa estar muito bem fundamentado teórica e tecnicamente, demarcando um espaço desconsiderado pela equipe médica, que é a subjetividade. Convém esclarecer que não se trata de negar ou se opor ao saber médico, mas considerar uma diferença primordial na posição de cada um, médico e psicanalista, trabalhando com a equipe o reconhecimento das diferenças e a importância de ambos.

O trabalho no ambiente hospitalar requer uma mudança no setting, trata-se, assim, de uma ampliação do trabalho psicanalítico clássico, isto é, aquele praticado em consultório particular (Moretto, 2019). Neste sentido, é a ética psicanalítica que sustenta seu fazer, a qual independe do lugar em que é praticada. Pinheiro e Maia (2011) localizam no próprio percurso freudiano a flexibilização da técnica psicanalítica, quando este realiza recomendações aos psicanalistas, abrindo a possibilidade de adaptação daquilo que postulou, ademais, mencionam os atendimentos que Freud realizou nos jardins de Viena.

Em consonância com Pinheiro e Maia (2011), Costa e Costa-Rosa (2021) sustentam

que na clínica psicanalítica ampliada “a configuração espaço-tempo do dispositivo psicanalítico é modificada, porém sua estrutura é mantida; o “método” teórico-clínico e a ética que visa o sujeito na fala sob transferência são os mesmos” (pp. 3-4). As transformações no espaço-tempo referem-se à ausência do divã, de uma mobília e em muitos casos de uma sala para os atendimentos, bem como o não estabelecimento de um horário fixo.

Ademais, vale mencionar que nos contextos institucionais, o psicólogo irá trabalhar também com a equipe, de modo que é necessário conviver com olhares diferentes sobre o sofrimento humano, à vista de "instrumentalizar posições dos trabalhadores que possam ser intercessoras junto aos sujeitos em tratamento, em seus processos de lidar com o sofrimento e a doença” (Costa & Costa-Rosa, p.4).

Neste trabalho, que se propõe psicanalítico em contextos ampliados, Maia e Pinheiro (2011) ponderam que nem sempre diante de um pedido de ajuda se fará um processo analítico. Assim, compreende-se que um psicanalista não se define apenas por um trabalho psicanalítico clássico. Como explica Winnicott (1962), é necessário avaliar se os pacientes desejam ingressar em uma análise, logo se “necessitam e podem tolerá-la” (p.154). Quando não há a possibilidade de aplicar a técnica psicanalítica clássica, Winnicott (1962, p. 155) pontua que “somos analistas praticando outra coisa que acreditamos ser apropriada para a ocasião”. Todavia, Maia e Pinheiro (2011) consideram que não se deve renunciar ao referencial psicanalítico, tomando-o como direção para as possibilidades de intervenção relativa a cada paciente e em cada contexto. Deste modo adota-se a “aceitação de uma postura diferenciada no sentido de assumirmos, a partir do referencial da psicanálise, um lugar de escuta, de contenção, de organização, de diálogo com outros profissionais, com outros personagens da vida do paciente” (p.662).

A intervenção com bebês prematuros pode situar-se neste contexto de um psicanalista fazendo outra coisa, na medida em que o psicólogo atuará com as famílias, os bebês e a

equipe no contexto de uma UTIN. Partindo desse pressuposto, o psicólogo precisará se haver com novas condições e dispositivos de trabalho. Druon (1997) identifica que um desses instrumentos de trabalho é o toque pelo olhar e pela voz, em detrimento do gesto, pelo fato de já ocorrer uma superestimulação com a rotina de cuidados da UTIN.

Ao propor observar o bebê prematuro e suas relações com a equipe e a família, conforme o método idealizado por Ester Bick, Druon (1997) percebe que, mesmo diante da fragilidade do lactente prematuro, a vida psíquica e os primeiros vínculos já existem. Cita, por exemplo, as expressões de relaxamento do bebê ao receber a enfermeira para observá-lo sem realizar procedimentos, incluindo a redução do ritmo cardíaco quando a profissional verbaliza que está se aproximando; além disso, menciona a recusa do olhar após a realização de intervenções dolorosas.

Druon (1997) defende que, embora o ambiente de uma UTIN seja altamente técnico, a equipe pode funcionar como continente para a vida psíquica do bebê doente e de suas famílias, atuando tal qual os avós, com uma “presença de fundo” (p.141). Assim, pode ofertar cuidados que amenizem o sofrimento da criança e dos pais. Neste sentido, Cresti e Lapi (1997) observam que o hospital se insere como terceiro elemento na relação entre a díade mãe-bebê, “influindo assim, de forma direta ou indireta, na qualidade da relação que está se estabelecendo entre mãe e filho”.

Em uma relação que contribui para a formação da parentalidade e do desenvolvimento dos bebês prematuros, a equipe apoia a relação entre a díade mãe-bebê, “facilitando sua ativação e colaborando em favor de uma aproximação recíproca e de coupling” (Cresti e Lapi, 1997, p.152). Todavia, quando os profissionais reagem às projeções da mãe sobre o hospital e às do próprio bebê, é possível que se estabeleçam entraves na formação vincular. Isso pode acontecer diante das solicitações emocionais intensas devido aos problemas físicos da criança, cujo “encontro entre a patologia da criança e as situações emocionais não contidas nem

elaboradas pelos adultos, podem nascer, na tríade, círculos comunicativos carregados de angústia e de agressividade” (p. 159).

Para exemplificar a função do hospital enquanto terceiro na relação mãe-bebê, Cresti e Lapi (1997) citam uma mãe de gêmeos prematuros, que nos primeiros contatos com os gêmeos fica insegura com a qualidade dos cuidados médicos, além de não demonstrar preocupação em diferenciar os bebês, vestindo-os com roupas de cores iguais embora fossem de sexo diferentes. Na medida que a enfermeira permite à mãe tocar os bebês, dar-lhes a mamadeira e incentivar a amamentação, a mãe começa a buscar diferenças nos filhos, gesto acompanhado pelo esforço da equipe em vesti-los também de modo diferente.

Neste caso, a equipe assume uma função de envelope, no sentido de conter e proteger a dupla, fornecendo “um apoio físico e psicológico comparável ao que a mãe deve, por sua vez, dar ao recém-nascido, para permitir que viva e se desenvolva” (Cresti & Lapi, 1997, p.155). Deste modo, é possível “oferecer tanto às mães como aos bebês as condições favoráveis para a identificação primária com um objeto-suporte, pelo qual sentem-se sustentados” (p.155). Neste sentido, cabe pontuar que, de acordo com Winnicott (1963), para o bebê existem duas mães, a mãe objeto que satisfaz às “necessidades urgentes do lactente” (p.72) e a mãe ambiente, sentida pelo bebê como “a pessoa que evita imprevistos e que ativamente provê o cuidado de sustentar e do manejo global” (p.72). Na vivência do puerpério em uma UTIN, tais funções são exercidas também pela equipe de saúde.

Machado (1999) compreende que o atendimento às puérperas é uma ação preventiva, “pois aproxima-se mais do cuidar do que do tratar” (p.62). Partindo deste pressuposto, o acolhimento às mulheres neste momento resgata elementos não elaborados do parto, configurando-se como “um trabalho de acabamento do parto” (p.63). Assim, tal qual o filho, os pais também precisam da confiança dos profissionais para que possam amadurecer e isto é possível na medida que o tempo da gestante e do pai de buscarem soluções próprias é

respeitado, promovendo a autonomia e a construção da maternidade e da paternidade (Szejer,1999).

Neste sentido, Beaumord (2016) estabelece dois objetivos principais para o trabalho do psicólogo hospitalar na clínica obstétrica, são eles: a profilaxia, que visa proporcionar o reconhecimento e expressão das vivências próprias do estado gravídico-puerperal, além de evitar o agravamento do estado psicológico em função da hospitalização e a minimização do sofrimento. Compreende-se que gestantes e puérperas estão mais suscetíveis à estímulos externos, o que contribui para a intensificação da vulnerabilidade diante do internamento. Como recurso interventivo neste cenário, Beaumord (2016) acredita que psicoterapia breve e focal é a mais indicada em função do tempo de permanência da mulher no hospital, que pode ser curto, das situações de caráter de urgência e das demandas emergentes em função da hospitalização.

No trabalho com os pais de bebês prematuros, Santos (2016) os incentiva a “falarem de sua história e sobre o bebê, podendo dizer como o filho entra na história deles” (p.256), com o objetivo de saber quais as marcas foram mobilizadas em função dos desencontros de um parto prematuro e, a partir dessa narrativa, potencializar a entrada da criança na história da família e no discurso dos pais. Deste modo, é reconhecido o lugar que os pais concedem ao filho, questão que, não raramente, mostra-se como mais emergente na intervenção do que as implicações da patologia orgânica. Isto porque é necessário um lugar vazio como condição para a constituição do sujeito, caso contrário forma-se um terreno propício para casos de autismo e psicose, nos quais a criança se vê na posição de assumir “ao lugar ao qual foram convocados pelo Outro” (Santos, 2016, p.256).

Dentre as posições que a criança pode ser colocada pelos pais, Santos (2016) identifica que a depender da dimensão imaginária que a patologia alcança, é possível que não se encontre outras possibilidades para o filho para além do lugar de “doente, deficiente, incapaz,

fixado e definido em sua patologia” (p.223). Há, com isso, o risco dos pais se fixarem no presente do traumatismo. Por essa via, compreende-se que a função do psicólogo é possibilitar a emergência do desejo, rompendo o olhar tão somente para o corpo doente, “uma vez que a circulação do desejo entre as crianças e seus pais é fundamental na constituição de um sujeito” (p.261). Opera-se, assim, no campo da escuta das singularidades, no sentido de qual respostas cada família e cada bebê pode construir diante da experiência vivida.

Portanto, a intervenção precoce no contexto da neonatologia pode contribuir para a construção das bases que sustentam a constituição psíquica. Questiona-se, a partir disso, como intervém o psicólogo sob orientação psicanalítica em uma UTIN? E, quais são as possibilidades de trabalho apontadas na literatura psicanalítica atual? Na tentativa de trazer contribuições a estas questões, delinea-se a próxima seção.

2.1.1.1.1 Possibilidades de intervenção no contexto da prematuridade

Para compreender o que tem sido produzido na literatura acerca do trabalho do psicólogo na UTIN, foi realizada uma pesquisa entre os meses de julho a agosto de 2022 nos bancos de dados: Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) , Index Psi (Index Psi Periódicos) , Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), considerando as publicações realizadas nos últimos 5 anos. Utilizou-se os seguintes descritores: clínica psicanalítica ampliada (OR) psicanálise ampliada; clínica psicanalítica ampliada (AND) hospital; clínica psicanalítica ampliada (AND) UTI neonatal; psicanálise (AND) puerpério; psicanálise (AND) bebês prematuros.

Foram adotados como critério de inclusão para seleção dos artigos: tratar do puerpério na prematuridade; pesquisas de cunho empírico e/ou teórica sobre prematuridade; estudos que

versem sobre a atuação do psicólogo em UTI neonatal; ter como fundamentação teórica a psicanálise, independente da vertente psicanalítica utilizada. Definiu-se como critérios de exclusão: estudos sobre a clínica ampliada exclusivamente em serviços de saúde mental; artigos que não estabeleçam relação entre a clínica ampliada e a promoção da saúde de famílias e bebês prematuros e/ou gemelares, artigos que não estabeleçam um diálogo com a psicanálise.

Foi encontrado um total de 19 artigos, sendo 14 na CAPES, dois no Index Psi e três no Lilacs. Os resultados foram submetidos aos critérios de inclusão e exclusão, obtendo-se após este refinamento dez artigos. Para análise do material obtido, optou-se por descrever inicialmente a clínica psicanalítica ampliada, com foco no contexto hospitalar, para na sequência apresentar as possibilidades de intervenções do psicólogo sob o enfoque psicanalítico na UTIN encontradas na literatura.

Os estudos apontam para a possibilidade de uma intervenção psicanalítica no contexto da UTIN, contudo a presença do psicólogo sob orientação psicanalítica neste espaço é considerada diferente de um trabalho realizado em consultório particular. Embora a escuta psicanalítica guie as intervenções, o setting é alterado, como observam Schaefer e Donelli (2017, p.34):

Ainda que o *setting* psicanalítico seja formado pelo ambiente e pela postura do terapeuta e este tenha se configurado através da constância da pesquisadora frente ao cumprimento das combinações prévias, é preciso adaptações ativas às necessidades dos pacientes que estão intimamente ligadas à abertura ao inusitado, representadas aqui pelas peculiaridades de uma UTIN.

Schaefer e Donelli (2017) citam as constantes invasões da equipe médica durante os atendimentos realizados com as puérperas na UTIN. Além da relação com a equipe, o espaço físico também impõe ao trabalho do psicólogo uma adaptação, na medida que:

. . . um desafio é criar condições de escuta ao lado da incubadora, nos corredores, nas enfermarias, no jardim do Hospital, na Sala de Parto, além de conciliar essa prática com a rotina e as urgências desse contexto. Em geral, no primeiro momento de acolhida, às famílias encontram-se sideradas, desorganizadas diante do evento repentino. Por vezes, a primeira acolhida trata de apresentar a UTIN, expor que, naquele ambiente, os pais são bem-vindos, ou seja, não são visitas, mas sim presença junto aos filhos (Mendes et al, 2020, p. 5).

No tocante à prematuridade, de modo geral os autores consideram que esta gera uma descontinuidade no processo esperado de uma gestação, interferindo na relação entre a família e o bebê. A mãe pode apresentar sentimento de frustração por não conseguir ter o bebê idealizado. Além disso, os constantes cuidados médicos geram nos pais uma percepção de incompetência para cuidar do lactente, cuidado este que vai sendo permeado pelo saber médico, o bebê, por sua vez, devido à prematuridade, é pouco responsivo às interações com o meio (Prata & Cintra, 2019; Cavaggioni, Tomaz & Benincasa, 2017; Donelli, Henrich & Schaefer, 2017; Fernandes & Silva, 2019; Freitas & Lazzarini, 2020, Baseggio et al, 2017).

Diante da possibilidade de comprometimento da vinculação pais-bebê, a prematuridade pode configurar-se como um fator de risco para a constituição psíquica, de modo que há implicações na subjetividade tanto do bebê quanto dos familiares. Ademais, considera-se a importância das vivências e relações afetivas estabelecidas durante os primeiros meses de vida na constituição psíquica. Assim, a presença de um suporte psicológico se faz necessária, ao proporcionar um espaço de escuta para os pais e bebês, frente às angústias mobilizadas em função do nascimento prematuro e internação na UTIN (Cavaggioni et al., 2017; Fernandes & Silva, 2019).

Outrossim, ao intervir no contexto da prematuridade, o psicólogo se defrontará com as angústias da família e, ao se colocar como facilitador para a vinculação desta com o bebê

premature, precisará ser continente às angústias dos pais, os quais são atravessados pelo inusitado de uma UTIN. Realiza-se, neste sentido, uma maternagem com os pais para que estes possam maternar o seu bebê. É o que propõem Prata e Cintra (2017, p.40) em relação a um caso citado:

O pequeno Pedro, nome que é sinônimo de rochedo ou pedra fundamental, precisou apenas de duas semanas para a reabilitação total. Durante esse período, o trabalho de escuta e orientação foi intenso com Betânia. Em alguns dias foram feitos três ou quatro atendimentos, alguns durando dez ou 15 minutos, outros em torno de uma hora. Estabelecemos, assim, um parâmetro de “livre demanda”, termo comumente utilizado por pediatras para aconselhar as mães a oferecerem o peito apenas quando o bebê solicitar, ou seja, sem uma rotina rígida que possa angustiar tanto a mãe quanto o bebê. Pois foi assim que também “maternei” Betânia: por livre demanda. Sempre que entendíamos necessário o encontro, o fazíamos sem pressão de tempo ou rotina.

Deste modo, ao amparar os pais, é ofertada uma escuta que torna possível a “expressão de sentimentos reprimidos ou ofuscados pela emergência da situação de risco”. (Prata e Cintra, 2017, p.44). Cavaggioni et al. (2017) corroboram com Prata e Cintra (2017) ao postular que o psicólogo na UTIN precisa promover um espaço de continência, tanto físico quanto psíquico, para os pais, tendo em vista que estes podem ficar identificados com a fragilidade do recém-nascido. No processo de formação da parentalidade é primordial devolver aos pais o saber sobre seu bebê, o qual, como dito anteriormente, acaba por ser permeado pelo saber médico, despotencializando a capacidade da família de cuidar do seu bebê. Isso seria possível quando o psicólogo constrói pontes entre a criança e sua família, “devolvendo-lhes o saber sobre seu bebê e conferindo a este o lugar de sujeito” (Prata & Cintra, p.103).

Convém mencionar que devido a prematuridade, o bebê não emite sinais de

comunicação nítidos, além de ser pouco responsivo aos estímulos do meio, frente a isso fica dificultada a possibilidade de reconhecimento de um sujeito, interferindo na interação com a família. Assim, cabe ao psicólogo auxiliar a família a reconhecer no bebê recém-nascido um sujeito (Cavaggioni et al., 2017).

É justamente na aposta de um sujeito que uma escuta psicanalítica pode se fazer, já que:

Se há um caminho para o trabalho com algo que remonte à subjetividade do bebê, é a partir da fala que gira em torno dele e das manifestações que ele, o infans, pode expressar. A via é uma aposta de que aquele bebê na incubadora ou berço aquecido pode vir a se tornar um sujeito” (Espíndola & Carvalho, 2020, p. 83).

Portanto, para além de um corpo frágil, que demanda intervenções médicas, há um olhar para os investimentos no psiquismo, em um corpo simbólico.

As autoras acima citadas, defendem que embora seja necessário considerar a família na intervenção, os bebês também precisam ser incluídos, tendo em vista a aposta em um sujeito em constituição. Contudo, o bebê não fala, pelo contrário falam por ele, de modo que a escuta não se dá pela via verbal, assim “a escuta dos bebês, a possibilidade de uma clínica com bebês não se encerra em palavras, mas deve levar em conta uma linguagem de outra ordem, muitas vezes especificamente corporal” (Espíndola & Carvalho, 2020, p.88). Para ilustrar como se dá essa escuta, cita-se uma vinheta clínica:

Certo dia, à beira do seu berço aquecido, a residente acompanhava-a, enquanto uma técnica de enfermagem realizava alguns procedimentos. Após sua saída, ela ficou a sós com o bebê. Chamou-a pelo nome Vitória, o qual no momento era como a equipe se referia a ela, disse-lhe que deveria ser dolorido aquele tubo enfiado em sua garganta. Ela a olhou e fez uma expressão de dor, levando a mão ao tubo e o retirando. Imediatamente, o aparelho apitou e ela teve uma crise de apneia (Espíndola &

Carvalho, 2020, p.88).

Observa-se que a residente pode considerar a dimensão subjetiva do bebê, para além dos aparatos tecnológicos que a mantinham viva, nomeou o desconforto que a criança poderia sentir, remetendo-se para isso a leitura do corpo, a expressão de um corpo que não se define tão somente pela via biológica. Para que isto seja possível, o psicólogo precisa estar sensível ao encontro com o bebê, ao olhar para as pequenas expressões visíveis no corpo, de modo que “falar com uma criança e estar à sua escuta passa pela atenção dada a seu corpo e às emoções que ela provoca em nós” (Espíndola & Carvalho, 2020, p.87).

Nesta perspectiva, ao supor um sujeito, mesmo diante da fragilidade do bebê prematuro, o psicólogo pode colaborar para que os pais também o façam. Assim, entende-se que a equipe é facilitadora na formação do vínculo entre o bebê prematuro e os pais, trata-se de “um auxílio por parte da equipe que acompanha esse tempo, para que os pais superem os momentos de angústia iniciais e possam ver seu bebê além da incubadora e dos tubos” (Fernandes & Silva, 2019, p. 14). Deste modo, o trabalho do psicólogo se direciona para potencializar a capacidade do casal parental “acionar o seu saber inconsciente sobre o bebê, autorizando-se a supor ali um sujeito, e reconstituindo os laços familiares possivelmente rompidos pela situação inesperada que os envolveu” (p. 11).

No tocante à intervenção com as mães, Freitas e Lazzarini (2020) propõem que se realizem atendimentos grupais ou individuais para “ressignificação do trauma vivido, através da potência da verdade e da fala daqueles que foram diretamente afetados pelo nascimento antecipado”. Como recurso terapêutico, os autores citam uma oficina de criatividade, na qual as mães constroem objetos que remetem ao recém-nascido, como enfeites para as incubadoras. Utiliza-se o referencial winnicottiano e por meio das oficinas abre-se espaço com o intuito de possibilitar “às mães narrarem de forma genuína e criativa a história do nascimento de seus bebês, facilitando a elaboração da experiência de interrupção abrupta da

gestação vivenciada por elas” (p.147).

A partir da intervenção proposta por Freitas e Lazzarini (2020) compreende-se a importância da construção de um espaço para expressão do trauma vivido, que remonte ao processo criativo de construção de uma narrativa e de novos sentidos para a experiência de vivenciar o puerpério em uma UTIN. Ademais, as oficinas e processos grupais com outras mães podem possibilitar o acolhimento e compartilhamento das vivências das puérperas, que embora singulares, assemelham-se na interrupção do curso esperado de uma gestação, assim, forma-se um espaço que tem como potencialidade ser continente às angústias e incertezas das mães.

A prática grupal com as puérperas de bebês prematuros também foi citada no estudo de Marciano et al. (2019), que identificaram nas narrativas das mulheres queixas com relação a falta de atenção da equipe de saúde para com os bebês, uma vez que a mãe se vê impotente e incompetente em sua função, os autores acreditam que ela projetaria esse sentimento nos profissionais, citam, ademais “a separação precoce, a longa permanência hospitalar, a instabilidade orgânica do filho e os retrocessos em sua evolução clínica” (Marciano et al., 2019, p.63) como fatores que associaram-se negativamente a experiência das mães e comprometeram o vínculo com o recém-nascido. Cabe destacar os conflitos identificados no estudo entre as mães e a equipe, expressando a dificuldade dessa em compreender as atitudes agressivas da mãe como “sinais de desespero” (p.64).

Logo, a equipe pode ser afetada pelo evento traumático de um nascimento prematuro, considerando a missão de entregar o bebê saudável e vivo para os pais, o que em alguns casos não acontece, de modo que “enfrentam os primeiros contatos traumáticos, seja sustentando os pais para o reencontro com o filho ou, em alguns casos, tendo que prepará-los para a morte da criança” (Freitas & Lazzarini, 2020, p.145). À vista disso, o psicólogo deve pensar em possibilidades de intervenções com a equipe de saúde, possibilitando formas menos

defensivas de lidar com as emoções inerentes ao trabalho em uma UTIN. O medo da morte ronda tanto os familiares quanto os profissionais em uma UTIN, contudo, pouco espaço é destinado para que os profissionais possam “falar sobre a dor e o investimento emocional dedicado aos bebês que faleceram” (p. 145).

No âmbito das possibilidades de intervenção com os familiares, Frantz e Donelli (2022) sustentam que aconteçam pautadas nas operações fundamentais do sujeito, a saber: suposição do sujeito, estabelecimento da demanda e alternância presença-ausência, as quais privilegiam o reconhecimento do bebê como um sujeito, incluindo-o no discurso parental e estimulando os pais a identificar os pequenos sinais do bebê como reconhecimento de sua presença ou ausência, bem como o desejo de ser incluído na relação.

Na suposição do sujeito, há uma antecipação ao considerar a existência de um sujeito nos atos reflexos do bebê. Orientada por este pressuposto, a psicóloga buscava auxiliar os pais na atribuição de sentidos às manifestações dos bebês prematuros, como se vê no trecho a seguir:

Quando acorda, a mãe continua em silêncio, então, falo-lhe: “Como você tá grande e bonito Gabriel, que bom que agora podemos te vê de pertinho”. A mãe sorri e o bebê nos olha rapidamente. Em alguns momentos, procura o rosto da mãe, nomeio isso falando por ele: “Deixa eu te vê mamãe, agora posso te vê de pertinho”, etc. Tenta amamentá-lo no seio, porém ele cansa e não suga. Qualquer movimento do bebê é interpretado pela mãe como fome, oferecendo-lhe o seio sem dizer nada e ele recusa chorando. Questiono o bebê: “O que o bebê qué, hein? ”, ele olha e continuo: “Qué mamá ou só aproveitá a mamãe? ”. Surpreende-nos sugando e parando de chorar. (Frantz & Donelli, 2022, p.9).

No que se refere ao estabelecimento da demanda, diante das reações involuntárias do bebê, a mãe consegue reconhecer um apelo dirigido a ela, ao qual se vê implicada a

responder. Devido a prematuridade, os bebês apresentam poucas respostas físicas, exigindo maior investimento dos pais para supor alguma demanda por parte do bebê. Neste sentido, a psicóloga buscava auxiliar “os pais a antever nas manifestações reflexas dos bebês atos volitivos dirigidos a eles, atribuindo ao choro, por exemplo, estatuto de apelo” (Frantz & Donelli, 2022, p.11).

Por fim, na alternância presença-ausência é esperado que ocorra um “intervalo entre a demanda do bebê e a sua satisfação, que implica que a mãe não responda a ele somente com sua presença ou ausência (principalmente simbólica), mas que alterne” (Frantz & Donelli, 2022, p. 12). No caso da prematuridade, os pais muitas vezes não acreditam que o bebê os perceba e reconheça sua presença ou ausência, assim, as intervenções almejam construir um espaço relacional entre o bebê e os pais, incluindo-o no diálogo parental. Por meio disso, “espera-se que se abra uma brecha para as produções do bebê, ainda que incipientes, considerando-as como respostas, e, ao mesmo tempo, espera-se que ele comece, por exemplo, a acalmar-se com as palavras dirigidas” (p. 12).

Partindo desse pressuposto, de que é necessário apostar na relação entre o bebê e a família, Schaefer e Donelli (2017) identificam a potencialidade da Psicoterapia Breve Pais-Bebê na promoção dessa interação. Trata-se de uma intervenção que visa melhorar a relação pais-bebê por meio do apego seguro do bebê, ao promover a capacidade de os pais atribuírem significados ao comportamento da criança. A técnica foi adaptada ao contexto da UTIN, onde:

... a mãe, acompanhada do olhar atento e interessado da pesquisadora, deveria permanecer o mais próximo possível do bebê, observando-o e interagindo quando este a procurasse. Nos 15 minutos finais, ainda junto ao bebê, mãe e pesquisadora (especialista em psicoterapia, com mais de 10 anos de prática em psicoterapia pais-bebê, foi a terapeuta e aplicou os demais instrumentos) conversariam sobre a vivência daquela experiência (Schaefer & Donelli, 2017, p.37).

Após a intervenção, os resultados indicaram que as mães valorizaram o trabalho realizado, sugerindo sua necessidade de receber apoio e participar dos cuidados com o bebê, o que promove um espaço favorável ao processo de vinculação. Ademais, “através de uma postura ativa, questionadora e curiosa da pesquisadora frente aos estados mentais maternos, foi possível experimentar um processo mútuo de se encontrar, modificar e ser modificado na mente do outro” (Schaefer & Donelli, 2017, p. 45). Tal fato se relaciona com outros estudos que apontam para a necessidade de ser continente às angústias da família, para que esta possa cuidar do seu bebê (Fernandes & Silva, 2019; Cavaggioni et al., 2017).

Vale mencionar que as autoras Schaefer & Donelli (2017) encontraram dificuldades para realizar as intervenções, diante das constantes interrupções por parte da equipe, ressaltando os desafios de um trabalho que considere a subjetividade, tanto do bebê quanto da mãe, frente à rotina de cuidados médicos da UTIN.

Todavia, mesmo em meio aos entraves de uma escuta psicanalítica no hospital, reitera-se que o psicólogo tem um lugar na UTIN, lugar este que é atravessado pelas angústias dos pais e da equipe de saúde, pelo inusitado de uma UTIN e pela linha tênue entre vida e morte (Freitas & Lazzarini, 2020). Demarca-se um espaço quando há abertura para escuta da subjetividade tanto dos pais como dos bebês, potencializando o saber familiar. O olhar do psicólogo sob orientação psicanalítica orienta-se para a aposta de que no corpo frágil do recém-nascido pré-termo há um sujeito em constituição. Trata-se de uma intervenção precoce, continente ao sofrimento dos pais e que favoreça o processo de vinculação com o bebê (Frantz & Donelli, 2022).

Neste sentido, a psicanálise ocupa-se com a escuta da experiência subjetiva dos familiares e do bebê diante do traumático de estar em um contexto não esperado, como o de uma UTIN, e a partir disso “proporcionar uma terapêutica que abra possibilidades para o sujeito dar sentido à sua vida e às vicissitudes de sua existência” (Prata e Cintra, 2017, p. 35)

Por conseguinte, ao se propor ouvir a experiência real, a escuta psicanalítica torna possível a elaboração da experiência emocional.

Vale salientar que não foram encontradas pesquisas que abordassem o atendimento à mãe de gêmeos na UTIN. Logo, diante da escassez de artigos foram incluídos, também, os textos com uma compreensão fundamentada na vertente lacaniana, por possibilitarem uma discussão relevante sobre as implicações do nascimento prematuro para os bebês e suas famílias, além de discutirem as possibilidades de intervenção do psicólogo e o lugar da equipe de saúde, como é o caso da pesquisa realizada por Frantz e Donelli (2022). Ressaltamos, ademais, a necessidade e a importância de estudos relativos aos cuidados precoces às mães e gêmeos, considerando o nascimento prematuro e as implicações emocionais para os bebês e suas famílias. À vista disso, foi elaborado o presente estudo, cujos objetivos serão apresentados a seguir.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar as experiências emocionais de puérperas, mães de gêmeos prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

3.1.1 Objetivos Específicos

Descrever os fatos clínicos identificados nos atendimentos psicológicos às puérperas, mães de gêmeos internados em UTIN.

Analisar os fatos clínicos, a partir dos fundamentos da psicanálise.

Refletir sobre as especificidades das questões emocionais relatadas pelas puérperas de gêmeos.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com o método psicanalítico. A psicanálise como método de pesquisa possibilita a articulação com o saber acadêmico, na medida que há uma liberdade para rejeitar velhas ideias diante da emergência de novos conhecimentos (Silva & Macedo, 2016). Como destaca Pinheiro et al. (2019) é possível tomar o percurso trilhado por Freud na construção da psicanálise como paradigma para pesquisas acadêmicas em psicanálise, posto que assim como Freud foi reformulando a teoria e a técnica psicanalítica diante dos impasses suscitados na prática clínica, de modo análogo o psicanalista-pesquisador ao se deparar com indagações em sua *práxis* necessita, se disposto a sanar tal problema, voltar-se à teoria e, caso essa não lhe possibilite um modelo satisfatório para as questões postas poderá ser reformulada. Logo, “a solução do problema teórico se torna possível por meio do desenvolvimento de uma pesquisa nas universidades” (Pinheiro et al., p.7, 2019)., tal reformulação irá reverberar em uma nova construção clínica, agora ampliada por meio dos conhecimentos adquiridos.

Sanchez et al. (2015) endossam a proposta de que a psicanálise está em constante construção, sendo primordial que não se perca de vista as características técnicas e teóricas que sustentam a prática psicanalítica. As autoras explicam que ao realizar uma pesquisa empírica sobre as psicoterapias, independente da abordagem empregada, pode-se distinguir a pesquisa de resultado, na qual o pesquisador busca responder se houve mudanças ao término da psicoterapia e em razão desta, e a pesquisa de processo, que tem como enfoque a compreensão das mudanças ao longo de um tratamento psicoterapêutico. Em vista disso, uma pesquisa de resultado pode avaliar a eficácia do tratamento, apontando resultados em condições controladas de observação e sistematizadas ou ainda a efetividade, quando a

pesquisa ocorre no *setting* real, sendo este “mais flexível, menos controlado e representativo da prática clínica” (Sanchez et al., 2015, p.44).

Todavia, vale salientar que, como aponta Freire e Pereira (2011), avaliar os resultados da prática clínica em psicanálise tem sido um desafio emblemático para os trabalhadores da saúde mental, tendo em vista as “críticas do meio acadêmico, no que tange à apresentação empírica de resultados da psicoterapia psicanalítica” (Freire & Pereira, 2011, p.156). Tais críticas precisam ser examinadas com o devido cuidado, já que, de fato, há pouca inserção das pesquisas com o método psicanalítico no meio acadêmico, fora do círculo de psicanalistas. Neste sentido, toma corpo a discussão acerca daquilo que epistemologicamente pode ser considerado um saber científico. Como bem pontuam Freire e Pereira (2011) o objeto de estudo proposto pela psicanálise não é abarcado pela ciência experimental, pois “o território da ciência empírica da pesquisa psicanalítica é o da experiência subjetiva”.

Ao discutir a emergência de um novo modelo paradigmático na ciência, Vasconcellos (2002) aponta para a impossibilidade da construção de um conhecimento científico objetivo, pois “nenhum observador pode fazer referência a algo real, que exista independente dele, para validar sua experiência” (p.140). Sendo assim, a subjetividade tem um espaço reconhecido no fazer científico, deixando de ser colocada dentro de parênteses, como o fez a ciência tradicional. Contudo, a aposta na subjetividade não deve levar ao solipsismo, o que implica na criação de “espaços consensuais” (p.140), que permitam o desenvolvimento da ciência.

Assim, compreende-se que os critérios para validar uma experiência científica deve ser uma “co-construção dos diversos cientistas implicados” (Vasconcellos, 2002, p.141). Por conseguinte, as teorias são pensadas enquanto “espaço de coerências” (p.141) que podem congrega diferentes modelos explicativos a depender do espaço de coerências que ocupam e das perguntas elaboradas pelo pesquisador.

No que tange a psicanálise, encontramos um espaço de coerências constituído por “um corpo epistemológico que lhe é próprio – metapsicológico” (Freire & Pereira, 2011, p.166) e que permite o diálogo com o diferente, possibilitando, com isso, uma abertura as outras ciências, fato que contribui para a psicanálise não ser dogmática, sem, contudo, “perder seus próprios parâmetros, os quais delimitam a construção contínua de sua episteme, o que implica pensar a verdade em psicanálise” (p.166).

Coelho e Santos (2012) explicam que quando o pesquisador se propõe a utilizar o método psicanalítico deve manter as exigências clínicas da psicanálise, a saber: a associação livre e a escuta flutuante, atravessadas pelo fenômeno transferencial. De modo que:

. . . devemos considerar que o método psicanalítico, ao contrário do que possa parecer, pelo que chamamos de ausência de procedimentos, tem sua rigurosidade apoiada exatamente nos pilares da fala (associação livre) e da escuta (flutuante) e regulada pelo impacto transferencial. Tal rigurosidade, no entanto, implica num deslocamento do lugar do saber (que está sempre com aquele que fala, ainda que ele não saiba nada sobre isso), portanto, numa relação de dependência do que se produz como saber teórico ao que se coloca como saber daquele que fala (ou seja, à própria experiência do inconsciente) (Coelho & Santos, 2012, p.93).

Partindo desse pressuposto, é a implicação do pesquisador diante de seu objeto de estudo que torna a pesquisa com o método psicanalítico potente, pois tal intento exige uma posição ativa do cientista diante de seu estudo e ao deixar-se guiar pelo “livre fluxo das ideias” pode alcançar “novas contribuições” (Coelho & Santos, 2012, p.98).

À vista disso, no presente estudo o uso do método psicanalítico ocorreu *será* através da construção de fatos clínicos psicanalíticos. Quinodoz (1994) explica que o fato clínico psicanalítico se caracteriza por ser um acontecimento psíquico que ocorre na relação transferencial e contratransferencial entre o psicanalista (ou o psicoterapeuta sob o enfoque

psicanalítico) e o paciente. Entende-se que os fatos clínicos psicanalíticos são observáveis, repetitivos e refletem a estrutura psíquica do paciente. É importante diferenciar o fato clínico, termo que surge na medicina para especificar um fato que o médico observa no paciente, do fato clínico psicanalítico propriamente dito, o qual requer a relação da díade paciente-psicanalista e a interpretação do conteúdo sob a ótica psicanalítica (Quinodoz, 1994). Recomenda-se que a construção dos fatos clínicos psicanalíticos se dê a posteriori, isto é, após o encerramento do atendimento. Na pesquisa, são apresentados fragmentos do caso clínico, selecionados a partir da subjetividade do pesquisador psicanalista. Assim, uma das vantagens desse método é não expor a história de vida do paciente (Iwashima et al., 2018).

Para a seleção dos fatos clínicos, Quinodoz (1994, p. 625) sugere que se considere a repetição de conteúdos psíquicos, os quais possuem “uma constância relativamente grande e mais ou menos regularmente”. Realizada a seleção dos fatos clínicos, estes são transformados em fatos clínicos psicanalíticos, aos serem submetidos à análise, a partir dos fundamentos da psicanálise.

4.1 PARTICIPANTES

Participaram do estudo quatro mães de gêmeos prematuros internados na UTIN do Hospital Universitário (HU), da Universidade Estadual de Londrina (UEL). O tamanho da amostra não foi definida a priori, mas somente a partir da entrada da pesquisadora em campo, considerando: o interesse e disponibilidade das mães em participar da pesquisa, a quantidade de mães gemelares com bebês internados na UTIN do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina durante a realização da pesquisa.

Foram utilizados nomes fictícios tanto para as mães quanto para os bebês e omitidos dados que pudessem identificar as participantes. A seguir consta a figura 1 que apresenta as participantes do estudo e dados socioculturais e obstétricos.

Figura 1
Participantes da pesquisa

Nome	Idade	Estado civil	Escolaridade	Tempo gestacional
Adélia	26 anos	Casada	Superior completo	24 semanas
Ana	35 anos	Casada	Ensino médio incompleto	28 semanas
Laura	26 anos	Casada	Ensino fundamental completo	31 semanas
Luana	32 anos	Casada	Ensino médio completo	28 semanas

4.1.1 Aspectos Éticos

O presente estudo faz parte de um projeto de pesquisa maior, intitulado Clínica psicanalítica ampliada: atendimento a gêmeos e familiares, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Humanos da referida universidade (Parecer 5.626.302; CAAE: 61222322.1.0000.5231).

4.1.1.1 Coleta de dados

As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética.

As mães foram atendidas em psicoterapia breve, fundamentada na psicanálise. As sessões foram realizadas no HU/UEL, durante a permanência das mães no ambiente hospitalar e, em um dos casos, após a alta da mãe também na modalidade on-line. Após cada atendimento, foi elaborado um relatório clínico para posterior análise.

A psicoterapia psicanalítica breve foi adotada como uma técnica capaz de construir um espaço terapêutico em um curto período. Trata-se de uma Psicoterapia com objetivos limitados “por ter metas mais reduzidas, objetivas, claras e modestas que as psicoterapias convencionais e tradicionais” (Menezes et al., 2021, p. 115). A qual pode ser adotada diante de necessidades imediatas, possibilitando obter “em curto prazo uma melhora na qualidade de vida, elegendo uma queixa principal e focando o empenho na sua resolução” (p. 115).

De acordo com Schoueri et al. (2021) a psicoterapia psicodinâmica breve pode ser ofertada em duas categorias: de apoio, quando direcionada para um conflito específico, atrelado à queixa do paciente e interpretativa em casos mais graves, como diante de transtornos psíquicos. Para os autores esta modalidade de atendimento pode ocorrer entre 12 à 24 sessões, as quais podem contemplar ambas as condutas terapêuticas, a interpretativa e de apoio.

4.1.1.1.1 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada através da leitura, com atenção flutuante, dos relatórios clínicos. A seguir a psicóloga-pesquisadora identificou os fatos clínicos vivenciados em cada sessão realizada com as respectivas mães.

Posteriormente, os fatos clínicos foram disponibilizados para pesquisadores integrantes do projeto de pesquisa maior, do qual a pesquisa realizada na presente dissertação faz parte. Os quais realizaram a leitura e discussão visando identificar os fatos clínicos vinculados às questões emocionais relativas à maternidade gemelar. Foram selecionados os fatos clínicos validados por pelo menos três pesquisadores. Os relatórios clínicos foram lidos, de forma individualizada, pelos auxiliares de pesquisa, para posterior análise e discussão dos dados no grupo de pesquisa do referido projeto.

Foram selecionadas duas categorias temáticas, considerando: a repetição e relevância dos eixos de análise no momento da discussão de dados, bem como sua articulação com os objetivos do presente estudo, visando, assim, melhor explicitar as questões emocionais vivenciadas por mães de gêmeos prematuros internados na UTIN.

Posto isto, os fatos clínicos foram analisados sob a égide psicanalítica, especialmente a partir da fundamentação teórica de Klein e Bion, tornando-se, portanto, fatos clínicos psicanalíticos, a posteriori (Quinodoz, 1994; Vollmer Filho, 1994; Reis, 2021).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tendo em vista a análise dos relatórios clínicos e a relevância e repetição dos fatos clínicos, foram estabelecidas duas categorias: Luto no puerpério e a projeção e reverie no trabalho clínico na UTIN, o segundo eixo foi intitulado como: “sobreviverei a essa montanha russa”?, o qual alude a uma metáfora utilizadas pelas mães para descrever a experiência afetiva de vivenciar a rotina de um UTIN.

5.1 LUTO NO PUERPÉRIO

A partir da análise dos fatos clínicos, verificou-se a recorrência e a relevância da categoria “luto” na discussão dos dados, tendo em vista que a vivência do luto ocorreu ao longo dos atendimentos às puérperas em decorrência do nascimento prematuro dos bebês, devido à perda de um dos gêmeos ou de ambos.

Para Freud (1917/2010) o luto se caracteriza como uma reação à perda de uma pessoa ou de ideais, que embora não seja considerado uma condição patológica provoca grande sofrimento psíquico, com a inibição de outros interesses que não se relacionam com as memórias atreladas a perda, portanto “as lembranças e expectativas que vinculavam a libido ao objeto é trazida à tona e recebe uma nova camada de carga, isto é, de sobreinvestimento” (p.104). Assim, diante do contato com a realidade da ausência do objeto amado, é esperado que a libido antes investida nessa relação seja dela retirada. Contudo, Freud (1917/2010) ressalta que o abandono de uma posição libidinal impõe intensas exigências ao indivíduo, que pode tentar manter essa conexão através do afastamento da realidade e, também, de uma psicose alucinatória.

Outrossim, Freud (1917/2010) explica que diante das mesmas circunstâncias, a perda de um objeto amado, algumas pessoas apresentam um quadro de melancolia ao invés do luto. Na melancolia, o investimento libidinal em outros objetos, é dificultada, prevalece um estado

de desinteresse por qualquer atividade, a incapacidade de estabelecer vínculos e uma acentuada diminuição da autoestima, na qual a pessoa se autorecrimina e se pune. No luto, é claro aquilo que se perdeu, enquanto na melancolia, embora a pessoa saiba quem ou o que perdeu, não consegue definir ao certo o que foi perdido no outro.

Sendo assim, “no luto, é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia é o próprio eu” (Freud 1917/2010, p.176). Dentre as causas para o quadro de melancolia, é apontada a identificação narcísica com o objeto perdido, na qual “a perda do objeto se transformou numa perda do eu” (p.181) e a predisposição à neurose obsessiva, de modo que há a presença de uma ambivalência afetiva, levando a ideia de que o enlutado teria desejado ou provocado a morte de seu ente querido e, em decorrência disso, se autorecrimina.

No tocante ao luto perinatal, observa-se a negação social e a falta de compreensão do entorno acerca da perda do recém-nascido, o que dificulta uma representação psíquica do sofrimento vivenciado pelas mães (Iaconelli, 2007). Assim, não há a possibilidade de percepção do que foi perdido no e com o objeto.

Se Freud (1917/2010) considera a importância do tempo, do teste da realidade, do reconhecimento social da dor do enlutado e da elaboração das ambivalências como importantes fatores para a elaboração do luto, então fica evidente o quanto o luto perinatal é dificultado, tendo em vista a falta de reconhecimento social acerca do bebê perdido, principalmente em casos de malformações, e do incentivo dado aos pais para acelerarem a elaboração do luto, ao serem estimulados a ter outro bebê (Iaconelli, 2007).

Em puérperas de gêmeares, a elaboração do luto devido a perda de um dos bebês ou de ambos, apresenta outros complicadores além dos descritos por Iaconelli (2007), como a dor da perda de dois filhos e a possibilidade de o gêmeo ser colocado no lugar do gêmeo perdido. Nos atendimentos clínicos realizados com Adélia, tais fatores são evidenciados nos fatos clínicos que se seguem:

Disse que foi muito estranho pegar o filho sem vida, começou a chorar, era um choro contido, abafado. Disse que tentou gravar o máximo possível de seus traços, olhava sua sobrancelha, seu rosto, seu cabelo. Pensava em como ele seria se crescesse, que cor seriam seus olhos. Adélia falava e chorava.

Eu sentia um aperto no peito, como se fosse algo que me comprimia, embora Adélia dissesse estar bem, a sessão era intensa para mim, penso que contratransferencialmente ela me mobilizava esses sentimentos, que até o momento não se permitia sentir.

No relato da mãe, parece haver a necessidade de reconhecimento do filho perdido, ao tentar torná-lo concreto a partir de seus traços físicos. Para Iaconelli (2007) para que se estabeleça um vínculo com o bebê, a imagem do filho sonhado precisa vir acompanhada de sua chegada. Ademais, como sugere Maldonado (1991), é necessário ligar o bebê idealizado durante a gestação ao bebê real.

No caso de Adélia, ela se defronta com a imagem de bebês prematuros extremos e Caio com dois dias de vida vem a óbito. Assim, ao descrever e memorizar os traços físicos do filho, bem como imaginar tudo aquilo que não poderia viver, havia a busca por dar um lugar psíquico ao filho perdido. Outrossim, a intensa dor que atravessa a relação entre a paciente e a terapeuta neste momento, pode remontar à ausência de uma imagem real para a qual a mãe pudesse destinar sua libido, trazendo à tona às idealizações que foram construídas durante a gestação e que não puderem encontrar destino na imagem do bebê morto. Há, portanto, a dor da perda do objeto amado, devido à abrupta quebra de expectativa entre o bebê idealizado e o bebê real.

Neste sentido, mesmo diante do óbito do recém-nascido com poucos dias de vida, ficará uma marca no psiquismo da família e do cogêneo (Reis, 2015; Mauer, 2021), com o

risco de o filho sobrevivente ser colocado no lugar do bebê perdido (Iaconelli, 2007). Algo que se percebe nos fatos clínicos a seguir:

No outro dia que foram ao hospital, Mateus estava com um problema nos rins devido ao antibiótico que estava tomando. Adélia foi informada de que era normal e que tinha motivos para se preocupar. Adélia disse que ficou desesperada, pois com Caio foi a mesma coisa, disseram que ela poderia pegá-lo e no outro dia ele teve problemas nos rins. Afirmou ter pensado que aconteceria o mesmo com Mateus, também o perderia.

Em outras situações, Adélia reafirma a comparação entre os irmãos:

Contou que quando olhava para Mateus via Caio, era muito estranho. Disse que a enfermeira a acalmou explicando que ele estava fazendo xixi. Perguntei se ela pensava que tê-lo pegado no colo poderia ter de alguma forma contribuído para o problema nos rins, Adélia afirmou que não, disse que sentia medo, pois parecia estar vivendo tudo de novo com Mateus. Percebi que internamente o filho vivo e o filho morto eram uma coisa só para Adélia, ela ainda não conseguia diferenciar as experiências.

Disse que quando soube que Caio (nesse momento cometeu um ato falho e chamou Mateus pelo nome de Caio) havia partido, pensou que não sentia mais dor. O ato falho de Adélia me fez pensar que Caio e Mateus ainda estavam em um mesmo *locus* afetivo, não havia diferenciado um do outro, se relacionava com o filho vivo, mas ao mesmo tempo com o morto.

Adélia recorre também à cena do aniversário de Mateus, para representar o medo de vê-lo sempre a partir da imagem do filho que havia falecido:

Lembrou que naquela semana Mateus tinha completado um mês de vida, disse ter ficado feliz, mas ao mesmo tempo triste, porque era para Caio também estar completando um mês. Contou que a equipe da UTIN fez uma festinha para Mateus, colocaram bexigas na incubadora e cantaram parabéns. Adélia disse que quando viu a

surpresa ficou emocionada, pois não esperava que lembrassem. Disse que se sentiu feliz, acolhida, mas não conseguia deixar de pensar em Caio, falou do medo de Mateus ficar em segundo plano, preocupando-se com o fato de ter ficado triste. Algo que, de acordo com ela, “ofuscaria” o dia de Mateus. Disse que pensava se seria sempre assim em seus aniversários.

A ambivalência afetiva de Adélia também aparece com a chegada de uma plaquinha com o nome dos dois filhos:

Havia chegado uma plaquinha com os nomes de Caio e Mateus, que ela havia encomendado antes de Caio falecer. Disse que ficou mal quando viu, mas decidiu colocá-la na porta do quarto, contudo não conseguia olhar para a plaquinha nos primeiros dias, mas nos últimos dias se acostumou. Falou que conversou com o esposo, se deixariam ou não a plaquinha e decidiram deixar. Perguntei para Adélia o que os fez tomar essa decisão, ela disse que eram pais de Caio e Mateus, mas pensava que quando Mateus crescesse ela retiraria a plaquinha, para que ele não sentisse que davam mais importância ao irmão. Tem medo de ficar comparando os dois, contou que o marido troca os nomes com frequência e ela teme que Mateus não se sinta amado, ficando na sombra do irmão.

A ideia de Mateus ficar à sombra do irmão, parece denotar o medo de Adélia de não conseguir investir afetivamente no filho que sobreviveu, mas na sombra do bebê morto representada pelo cogêmeo. Neste sentido, vale destacar que a descoberta de uma gestação gemelar por si só já mobiliza na mãe e na família uma ambivalência afetiva e a necessidade de elaborar o fato de que terão que se haver com a presença de dois bebês. Este processo, nomeado por Nunes (2019) de um evento não normativo, pode dificultar a formação da parentalidade e há o risco da aglutinação dos bebês na psique materna. Diante da prematuridade e da perda dos bebês tais sentimentos são ainda mais intensos e a construção da

parentalidade passa a exigir dos pais um intenso trabalho de elaboração psíquica. O fato clínico retirado de um dos atendimentos à Adélia coaduna esta constatação:

Adélia segue falando que, quando descobriu que estava grávida, não pensou que seriam dois e se acostumou com a ideia de um. Depois, quando soube que eram dois, precisou de tempo para lidar com isso. Disse que ficava preocupada sobre como seria cuidar de dois ao mesmo tempo, ainda mais sendo seus primeiros filhos.

Neste sentido, vale destacar que como propõe Winnicott (1982) não é possível para as mães cuidar de dois bebês ao mesmo tempo. A fala de Adélia parece vir ao encontro do que foi postulado pelo autor, na medida que denota o temor de não conseguir atender as necessidades precoces de duas crianças. Entretanto, relata que:

Depois, conseguiu assimilar a ideia. Acreditava que seriam diferentes, quando soube que eram iguais, começou a pensar em como faria para diferenciá-los. Disse que não queriam que usassem as mesmas roupas, então começaram a comprar as roupinhas e já iam pensando de quem seria. Disse que, quando Caio faleceu, teve que se reorganizar para ser mãe de um novamente. Me parecia que Adélia tentava construir sua maternidade, entender como cuidar de um, mas sabendo que foram dois. O nome de Caio na plaquinha parecia ter a função de lembrá-la disso, de que teve dois filhos. Senti que a plaquinha representava, de algum modo, um meio de lidar com o luto pela perda de Caio, pela perda do ideal que construiu em torno de ser mãe de dois.

Assim, além do luto pela perda do bebê idealizado (Maldonado, 1991), parece haver também o luto pela perda do ideal construído em torno da maternidade e da dura realidade de ter bebês prematuros, bem como de ser mãe de um bebê falecido. Diante disso, pode existir a sensação de incapacidade enquanto mulher e como mãe. Como se vê no fato clínico retirado do atendimento a outra mãe:

Ana se sentia incapaz de gerar bebês saudáveis, de ser capaz de “ser mãe de menino”, era uma ferida narcísica para ela, parecia-me dizer o quanto se via impotente, despotencializada.

Disse ainda que viu sua mãe chorando, enquanto a mulher falava, e pensou “imagine como deve ser triste para uma avó perder a sua mãe (ato falho), quer dizer seus netos”.

A fala da paciente, Ana, me fez pensar que:

A troca de palavras não era sem sentido, havia algo ali relacionado ao ser mãe, perguntei para Ana como ela se vê enquanto mãe. Ana começou a chorar. Disse que quando perdeu seus bebês se sentia péssima, incapaz. Novamente lembrou do falecimento dos filhos. Percebi o quanto ser mãe de bebês “mortos” tinha um significado de incompetência para ela, era algo delicado, de certa forma ela perdeu sua função como mãe quando seus bebês morreram, não a toa trocou as palavras de perder o “neto” para perder a “mãe”.

Em vista disso, o superinvestimento no objeto perdido esperado no luto normal vem acompanhado da dificuldade em se haver com o teste de realidade (Freud, 1917/2010), a perda do filho idealizado, colocando o filho sobrevivente no lugar do filho perdido. Observa-se, ademais, que a percepção de incompetência descrita pela mãe dificulta o investimento libidinal em outros objetos:

Ana verbalizou que a filha lembrava muito os irmãos e que quando a abraçava parecia estar abraçando os bebês. Perguntou até quando iria se sentir assim, que queria sua vida de volta. Preocupou-me o fato de Ana colocar a filha no mesmo lugar que os bebês mortos.

No tocante a inibição dos interesses por outros objetos, tal como proposto por Freud (1917/2010), Ana recorreu à metáfora de um filme, em que a protagonista tenta descer de uma torre e conta com a ajuda de amigos, perdendo-os ao longo do percurso, embora no filme

retratado por Ana a morte seja recorrente, a personagem principal consegue chegar em solo firme, mesmo com ferimentos. Ela relaciona a descida da torre com o processo de luto que vivia. Remonta, com isso, ao árduo processo elaborativo descrito por Freud (1917/2010), tendo em vista que a torre faz alusão ao afastamento de Ana de seus interesses, da vida que tinha antes da perda dos bebês.

Neste sentido, o luto vivenciado por Ana se aproximou mais da descrição de um quadro de melancolia, como descrito por Freud (1917/2010), haja visto que houve um significativo comprometimento da autoestima, além das autorrecriminações e a dificuldade de representação psíquica do objeto perdido, como é possível perceber nos fatos clínicos que se seguem:

Disse que não estava dormindo e que durante a noite sentia muito medo, tinha momentos que pensava que estava morrendo, precisava sentir seu coração bater para ter certeza de que estava viva. Contou um episódio em que o seu esposo viu pelas câmeras da casa, durante a noite, que tinha um objeto com luzes para fora da casa e entrou em contato com Ana para que ela fosse pegá-lo, dizendo que era um brinquedo de sua filha. Ana disse que sentiu muito medo, falou para o esposo que poderia ser o espírito dos filhos, depois viu que era somente um gato. Perguntei por que achava que os filhos viriam vê-la depois de mortos, ela disse que poderiam culpá-la por morrerem.

Ana faz referência ao quanto se sentia culpada e se autorecriminava pela morte dos filhos, de modo que projetava esse medo na figura dos bebês mortos que viriam para puni-la. Vale salientar que a projeção é um mecanismo de defesa primitivo (Klein, 1954) e, diante da vivência do luto, a alternância a estados primitivos do desenvolvimento foi recorrente. Destarte, cabe salientar que a vivência do puerpério mobiliza na mulher um processo regressivo, pois há uma identificação com a fragilidade do bebê (Soifer, 1984) e também o luto pela perda da condição anterior à gestação (Ferrari et al., 2007). Sendo assim, para além

do luto esperado no puerpério, a perda do bebê parece mobilizar um intenso sofrimento, acrescido às reações afetivas esperadas no pós-parto. No caso de Ana, a projeção dos objetos maus, tal qual propostos por Klein (1954), aparecem quando verbalizava sobre a raiva que sentia na raiva do hospital e, em alguns momentos, da própria pesquisadora:

Não entendia o motivo de lhe darem esperanças e depois falarem que seus filhos haviam morrido e, depois de tudo isso, terem lhe entregue somente recordações de Pedro, como se Miguel não tivesse existido. Ana chorava copiosamente. Percebi que eu não poderia de forma alguma falar qualquer coisa que lhe parecesse que eu defendia o hospital, isso romperia nosso vínculo.

Perguntei o que Ana sentiu nesse momento. Respondeu que muita raiva, ódio da médica. Disse que não entendia por que não o entubaram quando nasceu, já que tinha risco, pensou que a médica era uma incompetente.

Disse que sentiu muito ódio da equipe. Nesse momento parou de falar e me pediu desculpas por saber que eu trabalhava lá. Ana externalizava uma raiva, que de certa forma era projetada em mim, desconsiderava minhas falas, mostrava raiva de si mesma por não conseguir lidar com a sua dor, pelo hospital e de forma extensa a mim também.

Ana não havia conseguido segurar Miguel nos braços quando o viu morto, a imagem terrorífica do filho falecido, a culpa por não o ter pego e por não ter conseguido gerar filhos saudáveis era projetada na médica e no hospital. De modo que os objetos maus que povoavam seu mundo interno geraram intensas ansiedades persecutórias (Klein, 1954), como fica evidente nos fatos clínicos a seguir:

Perguntei por que achava que os filhos viriam vê-la depois de mortos, ela disse que poderiam culpá-la por morrerem.

Contou que estava dormindo e sonhou que os filhos estavam na incubadora, com os olhos estalados, olhando para ela. Quando acordou, viu a imagem da médica na porta do seu quarto, dizendo: “o estado do bebê 1 é muito grave”, olhou novamente e a imagem continuava lá, aos poucos foi se desfazendo.

Assim podemos compreender que, diante da perda de seus bebês, Ana vivencia a posição esquizoparanóide, com a cisão entre bom e mau (Klein, 1954). Percebe a si mesma como um objeto mau, incapaz de gerar e cuidar dos próprios filhos e para lidar com as ansiedades decorrentes dessa percepção recorre ao uso maciço da projeção, na imagem dos filhos mortos, do hospital e da médica.

Neste sentido, é importante considerar que a equipe de saúde, frequentemente, recebe as projeções maciças dos conteúdos emocionais não passíveis de elaboração, que por sua natureza traumática, só consegue vir à tona nos ataques dirigidos aos profissionais. Em vista disso, o ambiente hospitalar pode ser visto, tanto pela puérpera, quanto por seus familiares, não como aquele que mantém vivo o bebê, mas como o enunciador da morte e, de sua incapacidade para manter seus filhos saudáveis. Compreende-se, por esta via, que como forma de preservar os objetivos bons internos, os aspectos maus são projetados na equipe de saúde.

Sendo assim, cabe retomar os pressupostos apresentados por Cresti & Lapi (1997) de que o hospital atua como um terceiro elemento na interação entre a criança e os pais, fato que repercute na formação da parentalidade e na relação transferencial com os profissionais que se ocupam dos cuidados destinados aos bebês e suas famílias na UTIN. Durante os atendimentos realizados, a projeção na psicoterapeuta de conteúdos afetivos referente ao hospital foi recorrente e a possibilidade de abordá-los no *setting* terapêutico, revivendo-os de outro modo e em uma nova relação pode trazer à tona novos recursos elaborativos.

Sem a pretensão de esgotar a discussão acerca do luto em puérperas gemelares, haja vista a complexidade do tema e a insuficiência de estudos que abordem tais temáticas e,

considerando, ademais que um estudo de cunho qualitativo não se propõe generalizações, encerro a seção com um fato clínico decorrido do atendimento clínico à Adélia:

Precisei ir ao HU por questões pessoais, decidi ir até a UTIN para ver se Mateus estava lá. Quando cheguei o encontrei na incubadora como de costume, estava sozinho, ele havia crescido, em nada me lembrava aquele bebê minúsculo. Ainda estava cheio de fios, dormia. Perguntei para a enfermeira sobre sua condição de saúde, ela me respondeu rindo “ah, boa não é né, além de prematuro extremo, é cardíaco e passou por duas cirurgias”. Fiquei surpresa dela achar engraçada a situação.

Perguntei pela mãe, ela disse que logo chegaria, afirmou que continuava vindo todos os dias para vê-lo junto com o pai. Pensei em esperar pela sua chegada, mas eu não podia. Me despedi, olhei para Mateus, senti um desejo imenso que ele pudesse sobreviver. Naquele momento, tive a sensação de trabalho encerrado.

5.1.1 Sobreviverei A Essa Montanha-Russa?

Dizer dos sentimentos experimentados ao longo dos atendimentos clínicos às mães de UTIN é percorrer um terreno instável, incerto e marcado por experiências limites. A ideia de “estar em uma montanha russa” foi utilizada mais de uma vez pelas puérperas que tinham seus bebês internados, para fazer alusão aos vastos sentimentos e mudanças que viviam cotidianamente. De modo análogo, a psicóloga-pesquisadora vivenciou essa sensação ao deparar com os desencontros de uma rotina de UTIN, não raro acompanhando a mudança abrupta no quadro clínico dos bebês, no estado de humor das mães, que precisavam lidar diariamente com notícias boas, ruins e as angústias que delas surgiam. Tais desencontros foram palco para intensas projeções de conteúdos afetivos (Klein, 1952), que, em alguns casos, se expressaram na recusa expressa de ser atendida por uma psicoterapeuta que também remontava às memórias da UTIN.

Sendo assim, a seguir são apontados alguns aspectos da relação transferencial entre a psicoterapeuta, a puérpera e o hospital, como um segundo eixo de análise dos fatos clínicos. Para isso, são relatadas as experiências afetivas vivenciadas pela psicoterapeuta e reflexões sobre os aspectos que podem ter possibilitado ou não a evolução do processo terapêutico relativo ao atendimento às mães. Cabe ressaltar que se compreende como transferência no presente estudo, os conteúdos afetivos projetados na psicoterapeuta (Klein, 1952), enquanto um mecanismo de defesa primitivo.

Adélia, uma das mães atendidas, ao expressar como se sentia diante da instabilidade clínica de seu bebê utilizou a metáfora de “estar em uma montanha russa”:

Disse que agora que Mateus está maior, suas reações são mais visíveis, ela percebe quando ele faz carinha de choro e quando está incomodado. Disse que fica agitado em alguns momentos, devido a sonda, e precisa de sedação. Perguntei como ela lidava com isso, Adélia contou que tenta acalmá-lo, faz carinho, canta a música que cantava quando grávida e tenta conversar com ele. Indaguei como Mateus respondia a isso, Adélia disse que quando ele não está muito agitado se acalma, abre o olho, afirmou que percebe que mesmo pequenininho ele sente a sua presença. Falou também do medo de deixá-lo sozinho, dele ficar muito agitado e a equipe não perceber, de que algo ruim aconteça sem a sua presença. Falou que sente tudo muito instável, como em uma montanha russa, cada dia é de um jeito diferente.

O fato clínico narrado ocorreu algum tempo depois de Adélia ter perdido um dos bebês, que apresentou em curto período de tempo uma melhora em seu estado de saúde, seguida de complicações renais, que culminaram no seu falecimento. Assim, ela dizia de uma experiência já conhecida, a de viver a incerteza e a instabilidade de ser mãe estando em uma UTIN. Tais experiências, também repercutiram na psicoterapeuta ao ser tomada pelo susto da mudança de incubadora de um dos bebês:

Entrei na UTIN e fui até a incubadora de Mateus, ele não estava lá, levei um susto, de imediato me ocorreu que poderia ter acontecido alguma coisa. Quando me virei para perguntar à enfermeira, vi Adélia sentada ao lado de Mateus, que dormia na incubadora fiquei aliviada. Pensei que essa sensação de susto, de não saber o que eu iria encontrar quando chegasse, era um pouco do que Adélia vivia e que ela havia me relatado referindo-se a se sentir em uma montanha russa. Ela estava sozinha com Mateus, que dormia e em alguns momentos se movimentava, perguntei como Mateus estava, Adélia disse que ele havia dado um susto nela, pois estava com infecção, mas que já estava tomando antibiótico e melhorou.

O susto vivenciado pela psicoterapeuta e mais tarde também descrito pela mãe, mesmo que em situações diferentes, faz alusão aos desencontros da rotina hospitalar. Compreende-se que a antecipação do sentimento depois verbalizado por Adélia, pode se configurar como uma imagem pictórica (Ribeiro, 2023), elementos beta, ainda não significados pela paciente, mas que encontraram no susto da psicoterapeuta uma possibilidade de serem pensados. De forma similar ao que ocorre na relação entre o bebê e sua mãe, que empresta ao filho o seu aparelho para pensar enquanto ele ainda não tem condições para tal, conforme mencionado por Bion (1994). Nesse sentido, a mãe recebe as projeções dos elementos beta considerando aqueles elementos ainda impensáveis pelo bebê e os transforma em elementos alfa e pode devolvê-los de forma pensável. Funcionando assim de forma continente.

Assim, amparado nas conceituações de Bion (1994) sobre a reverie materna e a possibilidade de o psicoterapeuta funcionar de forma similar, seguem outras experiências emocionais vivenciadas ao longo dos atendimentos. Como a vivenciada por Ana, que diante da impossibilidade de significar a dor da perda dos bebês, faz uso de algo concreto:

Enviou a foto dos bebês, primeiro eles vivos, no hospital e, na sequência, mandou a foto deles já mortos. Estavam em um caixão com flores. Quando vi as fotos fiquei

profundamente impactada, ver os bebês no caixão era uma imagem terrível, senti um aperto no peito, uma vontade de chorar e de apagar as fotos, o que fiz posteriormente. Liguei para Ana por chamada de vídeo, ela me atendeu chorando, perguntou se eu havia visto as fotos. Respondi que sim e perguntei por que ela pensou em me enviar. Ana disse que para que eu entendesse melhor o que ela passou, que eu sabia o que ela tinha vivido e queria compartilhar isso comigo. Pensei que ela precisava me mostrar de forma concreta o tamanho da sua dor.

Neste sentido, as ideias de Bion (1991) contribuem para a discussão do fato clínico narrado, ao postular que diante da ausência de significado para os objetos com os quais o indivíduo se relaciona, há a manipulação de coisas ao invés do uso de palavras ou pode-se recorrer a identificação projetiva. No caso de Ana, a foto dos bebês mortos parece ocupar o lugar de coisas em si, diante da ausência de uma capacidade de pensar e significar a experiência vivida. Ademais, Ana deposita na psicoterapeuta-pesquisadora suas sensações. Entretanto, é possível hipotetizar que a visão das fotos desencadeou na psicoterapeuta emoções outras, de cunho contratransferencial, motivadas até pela identificação projetiva decorrente das projeções estabelecidas entre a dupla mãe-psicoterapeuta a partir da relação transferencial.

Neste ponto, a psicoterapeuta-pesquisadora precisou perceber os sentimentos nela depositados e devolvê-los para a paciente, porém de modo tolerável, assim, a conduta terapêutica se aproximou da função de *rêverie* exercida pela mãe, no sentido de devolver para Ana objetos com significado. Com isso, buscou-se transformar os elementos beta (β), que não podem ser representados, em elementos alfa (α), os quais podem ser representados e utilizados no pensar (Bion, 1991).

A capacidade de *rêverie* do analista é abordada por Ribeiro (2023) quando relata que durante um atendimento clínico, ao ver os sapatos de um paciente, emerge a imagem dos

sapatos de um morto, retrato trágico de uma história igualmente permeada pela brutalidade. Antes mesmo de ter acesso ao relato verbal, a analista consegue, ao se colocar em um estado de receptividade e abertura para o outro, captar o conteúdo não pensado e não representável, na medida que pode “sonhar a brutalidade da realidade: uma filha que nascera com malformações e faleceu em poucos anos” (Ribeiro, 2023, p.118). Tal experiência parece se aproximar da imagem compartilhada por Ana dos filhos mortos e, por sua vez, os sentimentos de morbidez e imobilidade que tomam a terapeuta, denotam a sua capacidade receptiva, de dar algum significado à imagem terrorífica, inominável.

Os sentimentos mobilizados na psicoterapeuta diante da foto dos filhos mortos de Ana, a angústia, o desespero, a morbidez da imagem, depois a ajudaram a compreender que ela dizia não somente da morte dos seus bebês, mas a dela própria:

Ana falou que o dia das mães se aproximava e já tinha decidido que iria ao cemitério, sabia que não estavam mais lá, mas ali tinha a memória deles e ela queria se lembrar, porque agora só poderiam existir em suas lembranças. Afirmou que aquele “pedaço de terra” também era dela, pagaram por ele, então ela tinha o direito de ir até lá. Momentaneamente tive a sensação de que ela falava do “pedaço de terra” como se ela também estivesse enterrada com os filhos, agora (quando escrevia o relatório) tenho a percepção de que parte do que ela era, das suas expectativas e sonhos haviam de fato sido enterradas junto com os filhos.

Depois, tais percepções puderam ser comunicadas à Ana, expressando as vivências da psicoterapeuta-pesquisadora naquele contexto de certa forma captadas, contidas e transformadas em elementos alfa:

Disse a Ana que além da morte real, havia uma outra, de tudo que ela esperou, desejou viver com seus filhos e havia perdido, era como se a mãe que ela imaginou ser tivesse

morrido. Afirmei também que fiquei pensando na certidão de óbito com o seu nome, algo que dizia sobre sua morte. Perguntei como ela se sentiu com isso.

Ana disse ter se sentido um “lixo”, que foi dada como morta estando viva, que era assim que ela se sentia, que ela foi tratada, como um “lixo”, como nada.

Em outro momento, Ana relata ter sentido fortes “coceiras” (sic) durante a noite, a impedindo de dormir:

Sinalizei que então, a coceira a impedia de dormir e de “morrer dormindo” tal qual seus bebês. Ana começou a chorar novamente.

Relembrou o dia em que o esposo viu uma luz na câmara da casa e ela ficou com medo que fossem os bebês, disse que não poderia sentir isso por eles, que eram anjos.

Perguntei por que ela pensava que eles poderiam voltar, Ana disse não saber.

Senti nesse momento que Ana ainda tinha muita culpa pela morte dos filhos e a culpa e a raiva que sentia eram projetadas nessa figura dos filhos mortos que a atormentavam, tentei comunicar isso a ela.

Por conseguinte, pode-se compreender que a imagem da paciente enterrada junto com os filhos e os sentimentos mobilizados na terapeuta diante da foto possibilitaram colocar “uma certa ordem nos elementos, tornando apreensível aquilo que inicialmente era uma experiência desorganizada” (Ribeiro, 2023, p.135) e aproximaram a terapeuta da realidade psíquica da paciente. Trata-se da intuição do analista, um fato selecionado, que permite a transformação do conteúdo afetivo: “da posição esquizoparanóide para a depressiva; do elemento não contido para o contido; e da preconcepção à concepção” (p.136).

Para que seja possível a intuição psicanalítica, é necessário tolerar um estado de ausência de sentido, em que o analista é convocado a ser afetado pelo “enigmático da experiência e construir um pensamento, a reverie” (Ribeiro, 2023, p.140). Trata-se de um estado de capacidade negativa na mente do analista, que atua “sem memória, sem desejo e

sem compreensão prévia” (p.143), sendo que deste lugar poderá existir “algum sentido”, “um conhecimento do sofrimento psíquico do paciente, por meio de uma imagem pictográfica, a reverie” (p.143). Tais imagens fundamentam as interpretações e a construção da sessão por parte do analista.

No fato clínico a seguir a tolerância da analista aos sentimentos contratransferenciais, favoreceu, posteriormente, a integração dos conteúdos afetivos e a possibilidade de a paciente pensar sobre eles:

Sentia certo cansaço com a fala de Ana, algo que mais tarde ela verbalizou, era sempre o mesmo discurso e a mesma lamentação, uma repetição, mas eu sabia que ela precisava de alguém que tolerasse a sua fala repetida, a sua dor e desesperança. Embora eu estivesse ali, presente e viva, confesso que nesta sessão me senti cansada.

Em outro momento, Ana fala do seu próprio cansaço:

Ela seguiu falando de como se sente cansada, percebe que já está chato, maçante ficar batendo sempre na mesma tecla, falando e sentindo as mesmas coisas. Ana confirmara o meu sentimento do início da sessão, o cansaço que senti, contratransferencialmente remetia aquilo que ela estava sentindo.

No final da sessão, utiliza a metáfora do filme, descrita anteriormente:

Ana afirmou que se viu nesse filme, era essa mulher que subiu pensando que daria tudo certo e que agora não consegue, descer, não consegue voltar para o chão, disse que tinha a opção de pular, mas se arrebentaria e quer viver, então vai precisar ir descendo aos poucos.

A analogia de Ana me levou a pontuar que:

(...) para que a personagem conseguisse descer, ela precisou de ajuda. Ana disse que não iria tomar remédio forte, achei curioso ela ter pensado já no remédio. Respondi que não me referia ao remédio, que essa era uma escolha dela, se quisesse e achasse

que poderia ajudá-la era uma opção, mas caso contrário ninguém a forçaria a nada, disse que me referia a ter apoio, ajuda, tanto em nosso espaço quanto fora dele, das pessoas que a cercavam. Ana assentiu com a cabeça, disse que fica pensando quando vai conseguir descer, quando vai voltar, mas sabe que não dá pra pular, quer viver. Senti que havia nessa fala um indício de ideação suicida, mas ao mesmo tempo era uma busca por se ver livre do sofrimento e havia o desejo por viver. Pontuei que poderíamos pensar que nesse momento o que era possível era suportar e sobreviver a essa descida e que eu estaria com ela nesse processo.

Diante da minha fala, a paciente relata que:

tinha pensando que queria me falar coisas boas, para que eu pensasse que ela estava bem, mas não consegue, é verdadeira comigo, e não estava boa. Disse que se acha chata, cansativa, falando as mesmas coisas. Ana agradeceu, disse que as pessoas de fora não a entendem, querem animá-la, evitam falar sobre o assunto, se esquivam quando ela menciona o que aconteceu e comigo era o único lugar onde podia, de fato, falar o que sentia.

As falas de Ana, bem como os sentimentos mobilizados a partir da relação transferencial e contratransferencial, favoreceram a percepção de que a sensação inicial da terapeuta se relacionava com os conteúdos afetivos abordados pela paciente:

Percebi que minha sensação no início do atendimento se confirmava mais uma vez, e que tal qual Ana fazia um grande esforço para sobreviver a “descida da torre” eu também precisaria fazê-lo para estar inteira, presente e viva com ela.

Assim, compreende-se que a imagem de Ana enterrada com os filhos e os sentimentos contratransferenciais da psicoterapeuta puderam funcionar, enquanto intuição psicanalítica (Ribeiro, 2023) e possibilitaram a integração de experiências afetivas, antes dissociadas:

Falou que antes achava que era tudo culpa do hospital, mas agora tem começado a pensar que ela também se sentia culpada por não ter conseguido segurar Miguel depois que ele faleceu. Disse que gostaria muito de ter tido mais recordações de Miguel, que o hospital deveria ter feito isso, mas pensa de outra forma, poderiam não ter tido tempo, ter acontecido outras coisas...

A fala de Ana me levou a questionar sobre os motivos de se sentir culpada, ao que ela respondeu:

(...) explicou que por não ter segurado Miguel, disse que ele sempre foi mais frágil que Pedro, na ultrassonografia não conseguiram ver o seu sexo de imediato, depois ele nasceu pelos pés e era menor. Percebi que pela primeira vez Ana conseguia referir-se a ela e não somente ao hospital, parecia começar a entrar em contato com a raiva e a culpa que sentia, sem projetar tanto no hospital. Ana disse que não segurou Miguel por não ter mais forças, era o segundo filho que perdia, não conseguia segurar mais um filho morto, suas pernas pareciam não ter forças; pediu ao esposo que o fizesse. Pontuei que então ela não segurou Miguel porque não tinha condições de fazê-lo. Ana começou a chorar. Disse que agora entende que ela se sente culpada.

Assim, é possível perceber que Ana consegue representar a raiva que sentia do hospital, como a raiva de si própria, tornando-a um elemento contido. Como explica Cintra (2023), no funcionamento mental característico da posição esquizoparanóide o indivíduo busca livrar-se do modo mais imediato possível da dor e do desconforto, não havendo a possibilidade de um “trabalho psíquico para lidar com a angústia, o medo e a dor psíquica” (p.155). Neste sentido, há uma “transformação da angústia e da experiência de frustração e de dor, criando uma capacidade de pensar e sentir a dor” (p.155), sendo que a partir disso é possível conviver com a realidade tanto interna, quanto externa.

No caso de Ana, no início dos atendimentos havia um funcionamento mental mais regredido, em que toda a culpa e a dor que sentia era projetada no hospital, aos poucos, provavelmente a partir da capacidade de a psicoterapeuta ser continente aos conteúdos afetivos da paciente, passa a existir a possibilidade de pensar e de dar um novo significado para a experiência vivida. De modo que ao final do atendimento Ana pôde se ver novamente enquanto mãe, assim as partes psíquicas antes desvitalizadas e cindidas puderam ser integradas, fornecendo o substrato para novas possibilidades elaborativas:

Foi explicando que sentia que a vida seguia seu curso, as coisas voltavam ao normal e que ela ainda poderia ser mãe, cuidar das filhas que tinha.

Todavia, houve situações em que a transferência na psicoterapeuta dos conteúdos afetivos relativos a experiência com o hospital, constituíram-se como entraves no curso das sessões, como pode ser observado no fato clínico a seguir:

Fiz novo contato com a mãe, por mensagem, disse a ela que vi Clarice e que fui informada que ela ia ao hospital às quartas-feiras, dia em que eu não poderia ir. Coloquei-me à disposição, caso quisesse agendar o atendimento *online*. Luana respondeu que estava bem, que Clarice estava com alta prevista e não queria relembrar o que viveu no hospital. Pensei que, de certa forma, eu representava o hospital, o que ela queria esquecer.

Assim, a psicoterapeuta era percebida pela mãe como se estivesse fusionada com o hospital (Moretto, 2019), logo como a representante do hospital e de todo o sofrimento a ele relacionado, algo que a mãe naquele momento não conseguia entrar em contato.

Em outro caso, verificou-se a dificuldade de a mãe tratar das experiências vivenciadas com os filhos internados, bem como a brusca ruptura de vínculo com a psicoterapeuta. Como observado no fato clínico a seguir:

Senti muito incômodo e disse que me dava a impressão de que ela passou por tantas coisas que ainda era difícil falar sobre isso, ela negou, disse que na verdade não era de falar muito e que não gostava de ficar falando sobre isso, que evitava falar com a família por ficarem perguntando toda hora. Disse a ela que então deveria ser desconfortável falar disso para mim, ela se limitou a dizer que fazia parte.

Um dos bebês de Laura, apresentava um estado clínico grave. Ao longo dos atendimentos ela pouco falava sobre o filho adoecido, inclusive delegando ao pai maior atenção com esse bebê. Laura parecia não conseguir verbalizar seus sentimentos, tão pouco entrar em contato com a dura realidade que vivia na UTIN. Contratransferencialmente provocava desconforto na psicoterapeuta-pesquisadora, que se sentia uma psicoterapeuta má, incapaz de facilitar o vínculo com ela. Como relatado nos fatos clínicos abaixo:

Contou que ela ficava mais com Carlos e o marido com João. Pensei que talvez Laura não ficava tanto tempo com João como uma defesa diante da possibilidade de perdê-lo. Perguntei como era para ela dividir a atenção com os dois, Laura afirmou ser normal, só não poderia desistir. Indaguei o que seria desistir, ela explicou que seria deixar os filhos, não ir ao hospital como via algumas mães fazendo.

Pontuei que eu tinha a sensação de que poderia ser difícil para ela entrar em contato com o que estava sentindo, porque não poderia desistir, teria que estar sempre forte e se desdobrando para cuidar dos dois filhos. Novamente ela não concordou, voltou a dizer que estava bem e que na verdade ela não era de falar mesmo.

Ela parecia feliz por Carlos ter ganhado peso e estar próximo da alta, mas afetivamente parecia não considerar que João também estava ali.

No último dia que a vi ela estava com um semblante alegre, como nunca a tinha visto antes, embora me dissesse que João havia passado por outra cirurgia. Naquele dia, ao ver o estado de João senti desamparo e fragilidade...

Na outra semana quando a psicoterapeuta retornou à UTIN, Laura não estava, Carlos havia saído de alta e João havia feito uma cirurgia, sendo transferido para a UTI pediátrica:

Expliquei para a outra enfermeira que eu estava acompanhando Laura e os bebês, e me informaram que João havia sido transferido. Ela disse que João estava na UTI, mas Laura não veio visitá-lo. Explicou que no dia anterior o pai quem veio vê-lo, que ficou pouco tempo e foi embora. Disse ainda que Laura não tinha visitado João nos últimos dois dias. Acredito que ela percebeu meu olhar de decepção, disse que provavelmente ela estava ocupada com o outro bebê. Não pedi para ver João, nem perguntei pelo seu estado. Acho que tive receio de receber uma má notícia, ou de me colocar numa posição que seria a da mãe. Mas será que, em alguns momentos, esse não era o papel do psicoterapeuta? Parece que repeti o funcionamento da mãe, não consegui entrar em contato com a fragilidade de João. E será que, ao entrar em contato com a fragilidade do bebê, eu também não estaria acessando a fragilidade da mãe?

Depois desse acontecimento, a psicoterapeuta tentou encontrar a mãe outras vezes no hospital, mas sem êxito e acabou não insistindo mais no contato. Neste sentido, a rotina dos cuidados médicos e a dificuldade afetiva da família, em função do agravamento do estado de saúde do bebê, dificultaram o encerramento do caso. Assim para a psicoterapeuta-pesquisadora permaneceu a sensação de um trabalho inacabado. Tais vivências emocionais remetem às dificuldades enfrentadas pelo psicanalista no contexto da clínica psicanalítica, dentre elas a de impotência, frente à resistência do paciente (Moretto, 2019).

Convém recordar que a prática da clínica psicanalítica ampliada é permeada por tais situações, especialmente no contexto hospitalar (Moretto, 2019) e que, nestes casos, falamos de um psicanalista fazendo outra coisa, que não uma análise clássica (Pinheiro et al., 2019), contudo ainda assim sustentada pela ética, técnica e teoria psicanalítica (Moretto, 2019).

Em vista disso, nota-se que a “montanha russa de emoções” vivenciada pelas mães de certa forma foi captada e, também, vivenciada pela psicoterapeuta a partir da relação transferencial e contratransferencial. Outrossim, ao longo dos atendimentos foi possível fazer uso dos recursos de continência, compreensão dos elementos beta e a transformação e devolução às mães como elementos alfa, os quais colaboraram para minimizar as dores psíquicas vivenciadas em cada processo.

3 CONCLUSÃO

A partir do estudo realizado, são apontadas as especificidades na formação da parentalidade no caso de bebês e especialmente em gêmeos prematuros. Além das demandas emocionais extremas vivenciadas pelas mães de bebês singulares que nascem prematuramente, as puérperas, mães de gêmeos prematuros internados em UTIN, precisam se haver com as necessidades precoces de dois bebês ao mesmo tempo. Os quais, embora possam ser fisicamente parecidos, precisam ser reconhecidos em sua individualidade.

Ademais, com a possibilidade de nascimento prematuro em gêmeos e a hospitalização, as demandas dos cuidadores são ainda maiores, pois podem surgir dificuldades na formação do vínculo materno-infantil, devido ao temor pela perda de um ou ambos bebês e à pouca responsividade do recém-nascido pré-termo ao contato. Nesse contexto, além da impotência que pode ser sentida pela mulher e sua família, há a necessidade de cada mãe lidar com as emoções vivenciadas em função do atravessamento dos cuidados hospitalares no trato com os seus respectivos bebês.

Em vista disso, é salientada a importância de uma escuta psicológica qualificada e atenta às singularidades de famílias com bebês gemelares. Uma vez que a atenção aos vínculos iniciais entre os cuidadores e a criança pode constituir-se como fator protetivo para saúde materno-infantil, prevenindo possíveis entraves no desenvolvimento afetivo-emocional.

A equipe de saúde, em especial, o psicoterapeuta sob o enfoque psicanalítico, pode contribuir com o cuidado às questões psíquicas vivenciadas pela puérpera gemelar, contribuindo para a formação da parentalidade. A escuta atenta às demandas das mães de gêmeos, principalmente daquelas que perdem seus bebês prematuros seja no momento parto e/ou no puerpério, parece contribuir para a prevenção de dificuldades no vínculo mãe-bebê considerando o cogêmeo sobrevivente. Além disso, há também a possibilidade de colaborar

com reflexões a respeito da função materna, considerando as futuras gestações que aquela mulher possa vir a ter.

Por fim, ressaltamos como limitações do estudo realizado que todas as mães participantes da pesquisa eram casadas e possuíam, em certa medida, uma rede de apoio familiar, de modo que sugerimos futuras pesquisas com outras amostras populacionais. Assim apontamos a necessidade de mais pesquisas sobre a relação mãe-gêmeos prematuros, principalmente no contexto hospitalar, considerando tanto o método de pesquisa psicanalítico, quanto o rigor científico exigido à pesquisa acadêmica.

REFERÊNCIAS

- Andrade, R. D., Santos, J. S., Maia, M. A. C., & Mello, D. F. de. (2015). Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Escola Anna Nery*, 19(Esc. Anna Nery, 2015 19(1)). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.2015002>
- Barbetta, N. L., & Panhoca, I. (2019). Desenvolvimento de gêmeos monozigóticos: linguagem e outras especificidades (Development of monozygotic twins: language and other specificities). *Estudos Da Língua(gem)*, 17(1), 93-107.
<https://doi.org/10.22481/el.v17i1.5315>
- Baseggio, D. B., Dias, M. P. S., Brusque, S. R., Donelli, T. M. S., & Mendes, P. (2017). Vivências de mães e bebês prematuros durante a internação neonatal. *Temas em Psicologia*, 25(1), 153-167. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-10>.
- Beaumord, F. S. (2016). Obstetrícia: uma clínica para além do nascimento. In *Psicologia, saúde e hospital: contribuições para a prática profissional* (pp. 223-246). Belo Horizonte: Artesã.
- Bion, W. R. (1994). Uma teoria sobre o pensar. In *Estudo psicanalítico revisado* (pp. 127–139). Imago.
- Bradshaw, H., Riddle, JN, Salimgaraev, R., Zhaunova, L., & Payne, JL (2022). Risk factors associated with postpartum depressive symptoms: A multinational study . *Journal of Affective Disorders*, 301, 345–351. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.121>
- Braga, João Carlos. (2017). O legado de Bion: um novo paradigma para pensar a psicanálise. *Jornal de Psicanálise*, 50(92), 180-193. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S0103-58352017000100014 & lng=pt tlng=pt.
- Caçapava, D. X. de S. C., de Medeiros, A. R., dos Santos L. N., Vieira, M. S. da C., de Souza N. C. R., Silvestre M. de A., & Mendonça A. K. M. S. (2021). Complicações materno-

- fetais em gestações gemelares: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(2), e6013. <https://doi.org/10.25248/reas.e6013.2021>
- Campos, P. A., & Féres-Carneiro, T.. (2021). Sou mãe: e agora? Vivências do puerpério. *Psicologia USP*, 32, e200211. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e200211>
- Cavaggioni, A. P. M., Tomaz, M. C., & Benincasa, M. (2018). Intervenções psicológicas com famílias de bebês prematuros em Unidade de Terapia Intensiva neonatal. *Revista De Ciências Médicas*, 26(3), 93–106. <https://doi.org/10.24220/2318-0897v26n3a3873>.
- Conde, A., Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, Á. (2007). Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8(1), 49-66
- Costa, M. F., & Costa-Rosa, A. da. (2021). Considerações sobre a Ampliação da Intensão da Psicanálise numa Unidade de Pronto Atendimento. *Psicologia Ciência e Profissão*, 41(spe2). <https://doi.org/10.1590/1982-3703003219208>
- Cresti, L., & Lapi, I. (1997). O esboço da relação mãe/bebê e a instituição hospitalar: díade ou tríade. In *A observação de bebês: os laços do encantamento* (pp. 139–148). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Donelli, T. M., Henrich, S. M., & Schaefer, M. P. (2017). Vivências da maternidade e da relação mãe-bebê no primeiro ano de vida do bebê prematuro. *Barbarói*, (49), 71 - 93. <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i49.7376>
- Dorneles, C. P., & Schimdt, V. Z. (2015). Relação Materna na Construção da Identidade de Gêmeos. *Revista de Psicologia Da IMED*, 7(2), 48–57. <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v7n2p48-57>
- Druon, C. (1997). Como o espírito vem ao corpo das crianças, em UTI neonatal. In *A observação de bebês: os laços do encantamento* (pp. 139–148). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Espíndola, V. B., & Carvalho, I. S. (2020). O ato de nomear o bebê internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma aposta no advento do sujeito? *Ágora Estudos Em Teoria Psicanalítica*, 23(2), 81–89. <https://doi.org/10.1590/1809-44142020002010>
- Felice, E. M. (2000). Preocupação materna primária e vivências regressivas. In *A psicodinâmica do puerpério* (pp. 56–63). Vetor.
- Fernandes, Paula, de, Paula, Silva, Milena, da, Rosa. (2019). Função materna no contexto da prematuridade: uma revisão da literatura psicanalítica. *Psicologia em Revista*, 25(1), 1-18. <https://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2019v25n1p1-18>
- Ferrari, A. G., Piccinini, C. A., & Lopes, R. S.. (2007). O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia Em Estudo*, 12(Psicol. Estud., 2007 12(2)). <https://doi.org/10.1590/S1413-7372200700020001>
- Figueiredo, Luís Claudio, & Minerbo, Marion. (2006). Pesquisa em psicanálise: algumas idéias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 257-278. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010358352006000100017&lng=pt&tlng=pt
- Frantz, M. F., & Donelli, T. M. S. (2022). Intervenção psicanalítica pais-bebê orientada pelas operações fundamentais da constituição psíquica: experiência em uma UTI neonatal. *Estilos Da Clinica*, 27(1), 3-20. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v27i1p3-20>
- Freire, Joyce M. Gonçalves, & Pereira, Mário Eduardo Costa. (2011). A avaliação de resultados em psicanálise: Bambi sobreviverá a Godzilla?. *Tempo psicanalitico*, 43(1), 155-172. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382011000100009&lng=pt&tlng=pt.
- Freud, S. (2010). *Luto e melancolia* (Obras Completas de Sigmund Freud, vol.12). Companhia das Letras. (Trabalho originalmente publicado em 1917).

- Gallo, Beatriz Cristina, Reis, Maria Elizabeth Barreto Tavares dos, & Cordeiro, Silvia Nogueira. (2020). Individualização em Gêmeos: uma Revisão Integrativa. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 13(1), 1-10. <https://dx.doi.org/10.36298/gerais2020130101>
- Howson, C. P., the Born Too Soon Preterm Birth Action Group, Kinney, M. V., McDougall, L., & Lawn, J. E. (2013). Born Too Soon: Preterm birth matters. *Reproductive Health*, 10(S1). <https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-s1-s1>
- Iaconelli, V.. (2007). Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latinoamericana De Psicopatologia Fundamental*, 10(4), 614–623. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142007000400004>
- Iwashima, D., Barreto Tavares dos Reis, M. E., & de Souza Santiago, T. (2019). Emoções vivenciadas pelo psicoterapeuta aprendiz na clínica psicanalítica com adolescentes: um estudo exploratório. *Revista De Psicologia*, 10(2), 37 – 50. <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/33090>
- Klein, M. (1952). Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê. In *Inveja e gratidão e outros trabalhos* (4th ed., pp. 86–118). Imago.
- Klein, M. (1959). Nosso mundo adulto e suas raízes na infância. In *Inveja e gratidão e outros trabalhos* (pp. 281–297). Imago.
- Lopes, R. de CS, Donelli, TS, Lima, CM, & Piccinini, CA (2005). O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia*, 18 (2), 247–254. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722005000200013>
- Lucion, Marta Knijnik, & Escosteguy, Norma. (2011). Relação mãe-cuidadores de gemelares no primeiro ano após o nascimento. *Journal of Human Growth and Development*, 21(2), 307-318.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822011000200013&lng=pt&tlng=pt.

- Machado, G. M. A., Nunes, L. D. L., & Aquino, F. D. S. B. (2022). Gestação e Desenvolvimento Inicial de Gêmeos: Um Estudo a partir de Relatos Maternos. *Estudos e Pesquisas Em Psicologia*, 22(2), 752–772.
<https://doi.org/10.12957/epp.2022.68651>
- Machado, S. P. (1999). O atendimento psicológico pós-parto: uma ação preventiva. In C. Berliner & M. L. A. Gutierrez (Trans.), *A escuta psicanalítica de bebês em maternidade* (pp.62-66). Casa do Psicólogo.
- Maia, M. V. C. M., & Pinheiro, N. N. B. (2011). Um psicanalista fazendo outra coisa: reflexões sobre setting na psicanálise extramuros. *Psicologia Ciência e Profissão*, 31(3), 656–667. <https://doi.org/10.1590/s1414-98932011000300016>
- Maldonado, M. T. P. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Vozes, 1991.
- Marciano, R. P., Evangelista, P. G., & Amaral, W. N. do. (2019). Grupo de mães em UTI neonatal: um espaço de escuta e intervenção precoce em psicanálise. *Revista Da Sociedade Brasileira De Psicologia Hospitalar*, 22(2), 48–67.
<https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.22.206>
- Martins, M. M., Angelo, M., Martinho, J., & Andrade, L. (2014). A saúde mental na parentalidade de filhos gêmeos – revisão da literatura. *Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental, Especial*(1), 109–116.
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/36821>
- Mauer, S. K. (2021). Configurações gemelares: Tensões entre o semelhante, o diferente e o alheio. *Revista PsiRelacional*, 169–199.
- Mendes, Ana Beatriz Correia, Martins, Karla Patrícia Holanda, & Melo, Eleonora Pereira. (2020). "Ciência da mãe": modos de cuidados clínicos com bebês prematuros à luz da

teoria psicanalítica. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(1), 03-16.

<https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v12i1.713>

Menezes Coelho, Daniel, & Oliveira Santos, Marcus Vinicius. (2012). Apontamentos sobre o método na pesquisa psicanalítica. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 1(1), 90-105.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972012000100006&lng=pt&tlng=pt.

Menezes, R.A., Casanova, P. F., & Batista, E.C. (2021). Psicoterapia Breve: Contexto

Histórico, Técnicas e Modalidades. *Rev Enfermagem e Saúde Coletiva*, 6(2), 114-121.

https://www.researchgate.net/publication/357226955_Psicoterapia_Breve_Contexto_Historico_Tecnicas_e_Modalidades_Brief_Psychotherapy_Historical_Context_Techniques_and_Modalities

Ministério da Saúde. 2017. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido: Método Canguru (3ª

ed.). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.

Ministério da Saúde. 2022. Manual da gestação de alto risco. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (2022). Departamento de Ações

Programáticas Estratégicas. Manual de Gestação de Alto Risco [recurso eletrônico] /

High-risk pregnancy manual. 1ª edição – 2022 – *versão preliminar*. Brasília:

Ministério da Saúde.

Moretto, M. L. T. (2019). *O que pode um psicanalista no hospital?* Artesã.

- Naffah Neto, Alfredo. (2011). A função básica da mãe (e do analista) em bion e Winnicott, com foco nos conceitos de rêverie e holding. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 45(3), 119-131. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2011000300014&lng=pt&tlng=pt.
- Nunes, A. (2021). *Tornando-se mãe de gêmeas prematuras: uma perspectiva autoetnográfica* [UFBA]. <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/33965>
- Pinheiro, Nadja Nara Barbosa, Lustoza, Rosane Zétola, & Pinheiro, Débora Patrícia Nemer. (2019). Pesquisa em Psicanálise na Universidade: seguindo o método freudiano. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 8(15). http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972019000200003&lng=pt&tlng=pt.
- Piontelli, A. (1995). Gestações gemelares. In *Do feto a criança: um estudo observacional e psicanalítico* (pp. 115–183). Imago.
- Prata, A. K. A. V., & Cintra, E. M. de U. (2017). Apoio e acolhimento à mulher que se torna mãe: uma escuta psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 20(1), 34–50. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2017v20n1p34.3>
- Quinodoz, Jean-Michel. (1994). Fatos clínicos ou fatos clínicos psicanalíticos? *Rev. Bras. Psicanal.*(Vol. XXVIII, pp. 613-634).
- Reis, M.E.B.T., & Santos, M.F. (2022). Mães de Gêmeos: Vivências Emocionais no Puerpério Mediato. *Natureza Humana*, 40-61.
- Reis, M.E.B.T., & Santos, M.F. (2022). Mães de Gêmeos: Vivências Emocionais no Puerpério Mediato. *Natureza Humana*, 40-61.
- Reis, M.E.T (2015). *Bebês gêmeos: relacionamento afetivo e cuidados parentais*. Juruá.
- Ribeiro, F.S., Santos, N. de T.G. dos, & Zornig, S.M.A.-J. (2016). Dividida em dois?: A experiência materna nos casos gemelares. *Natureza Humana*, 18 (1), 37–54.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302016000100003

Ribeiro, Fernanda Schmitt, Santos, Natália de Toni Guimarães dos, & Zornig, Silvia Maria

Abu-Jamra. (2016). Dividida em dois?: A experiência materna nos casos gemelares. *Natureza humana*, 18(1), 37-54

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302016000100003&lng=pt&tlng=pt.

Rocha, P. M. M. da ., & Fuks, B. B.. (2019). Vivências traumáticas no ciclo gravídico- puerperal. *Revista Latinoamericana De Psicopatologia Fundamental*, 22(4), 725–748.

<https://doi.org/10.1590/1415-4714.2019v22n4p725.5>

Roose, M., Beeckman, D., Eggermont, K., Vanhouche, E., Van Hecke, A., & Verhaeghe, S.

(2018). Level of parenting stress in mothers of singletons and mothers of twins until one year postpartum: A cross-sectional study. *Women and Birth. Journal of the Australian College of Midwives*, 31(3), e197–e203.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.09.003>

Sanchez, L.F.; Nunes, M. L. T.; Cassel, P.A.; Campezzato, P. V. M. (2015) Pesquisa em psicoterapia psicanalítica: contribuição para a formação teórico-clínica de psicoterapeutas. *Rev. Bras. Psicoter.*, 17 (1), 41-43.

Santos, L. C. (2016). Psicologia e assistência neonatal: intervenções possíveis e necessárias. In *Psicologia, saúde e hospital: contribuições para a prática profissional* (pp. 247-263). Artesã.

Sarmiento, R., & Setúbal, M. S. V. (2003). Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Revista de Ciências Médicas*, 12(3).

<https://periodicos.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/1260>

- Scalco, Mariléia Orn, & Donelli, Tagma Marina Schneider. (2014). Os sintomas psicofuncionais e a relação mãe-bebês gêmeos aos nove meses de idade. *Temas em Psicologia*, 22(1), 55-66. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2014.1-05>
- Schaefer, M.P., & Donelli, T. M. S.. (2017). Psicoterapia mãe-bebê: uma intervenção no contexto da prematuridade. *Contextos Clínicos*, 10(1), 33-47. <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2017.101.03>
- Schiavo, R. A., Rodrigues, O. M. P. R., Santos, J. S. dos, Antonucci, J. M., Mormanno, C., & Pereira, V. A. (2021). Fatores materno-infantis associados ao desenvolvimento de bebês prematuros e a termo. *Revista Psicologia e Saúde*. <https://doi.org/10.20435/pssa.vi.1031>
- Silva, C. M. da ., & Macedo, M. M. K.. (2016). O Método Psicanalítico de Pesquisa e a Potencialidade dos Fatos Clínicos. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 36(3), 520–533. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001012014>
- Sociedade Brasileira de Pediatria (2019). *Novembro: mês de prevenção da prematuridade*. https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Nota_Tecnica_2019_Prematuridade
- Soifer, Raquel. (1984). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Artes Médicas.
- Strapasson, M. R., & Nedel, M. N. B.. (2010). Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 31(Rev. Gaúcha Enferm., 2010 31(3)). <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000300016>
- Szejer, M. (1999). O bebê e a exclusão da palavra. In C. Berliner & M. L. A. Gutierrez (Trans.), *A escuta psicanalítica de bebês em maternidade* (pp. 67-79). Casa do Psicólogo.
- Schoueri, Patrícia de C. L. (2021). In: Manole (Ed.). *Clínica psiquiátrica: a terapêutica psiquiátrica* (pp-pp).

- Szejer, M. (2016). *Se os bebês falassem*. Instituto Langage.
- Ribeiro, Marina (2023). A intuição psicanalítica e o devaneio: captando fatos ainda não sonhados. In: Blucher (Ed.), *Vastas emoções e pensamentos imperfeitos: diálogos bionianos* (pp. 281–292).
- Cintra, Elisa Maria de Ulhôa Cintra. (2023). A questão do ódio à realidade em Bion: uma reflexão. In: Blucher (Ed.), *Vastas emoções e pensamentos imperfeitos: diálogos bionianos* (pp. 151–170).
- Tabaczinski, C., Bortolin, D., & De Oliveira, L. R. F. (2018). Intervenção Hospitalar Multiprofissional com Prematuros: uma Revisão Sistemática. *PSI UNISC*, 2(2), 149. <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v2i2.11907>
- Tchernoukha, Marie-Anne, & Wendland, Jaqueline. (2015). Etude comparative du vécu psychique de femmes vivant une grossesse gémellaire ou unique. *Aletheia*, (47-48), 9-21. Recuperado em 22 de novembro de 2022, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942015000200002&lng=pt&tlng=fr
- Tendais, I., & Figueiredo, B. (2016). Parents' anxiety and depression symptoms after successful infertility treatment and spontaneous conception: does singleton/twin pregnancy matter? *Human Reproduction (Oxford, England)*, 31(10), 2303–2312. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew212>
- Thomaz, A. C. P., Lima, M. R. T. de, Tavares, C. H. F., & Oliveira, C. G. de. (2005). Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. *Estudos de Psicologia*, 10(1), 139–146. <https://doi.org/10.1590/s1413-294x2005000100016>.
- Vasconcellos, Maria José Esteves. (2002) Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência. Papyrus.

- Vollmer Filho, G. (1994). A conceitualização do fato clínico psicanalítico. *Revista Brasileira de Psicanálise* (Vol.XXVIII, pp. 673-685).
- Wenze, S. J., Miers, Q. A., & Battle, C. L. (2020). Postpartum mental health care for mothers of multiples: A qualitative study of new mothers' treatment preferences. *Journal of Psychiatric Practice*, 26(3), 201–214. <https://doi.org/10.1097/prs.0000000000000469>
- Winnicott, D. W. (1994). Idéias e definições. In *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott* (pp. 36–37). Artmed.
- Winnicott D. W. (1982). Gêmeos: A criança e seu mundo. Rio de Janeiro, RJ: Koogan. (Original publicado em 1964).
- Winnicott, D. W. (1967). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In Ubu (Ed.), *O brincar e a realidade* (pp. 177–188). Ubu.
- Winnicott, D. W. . (1966). Autismo. In *Pensando sobre crianças* (pp. 179–192). Artmed.
- Winnicott, D. W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In *Da Pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 218–232). Imago.
- Winnicott, D. W. (1956). A preocupação materna primária. In *Da Pediatria à psicanálise* (pp. 399–405). Imago.
- Winnicott, D. W. (1958). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 31-37). Trad.: I. C. Ortiz. Artes Médicas, 1990.
- Winnicott, D. W. (1962). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 70–78). Artmed
- Winnicott, D. W. (1963). O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. In *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 70–78). Artmed.
- Winnicott, D. W. (1970). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In , *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott* (pp. 195–202). Artmed.

Winnicott, D. W. (1997). O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In *A família e o desenvolvimento individual* (pp. 21–28).

Winnicott, D. W. (1999). O recém-nascido e sua mãe. In *Os bebês e suas mães* (pp. 29–42).

Martins Fontes.

Winnicott, D.W. (1960). A teoria do relacionamento. A teoria da relação pais-bebê. In *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 37-55). Artmed

Zimmerman, D. E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos*. Artmed.