



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

KARINA STAGLIANO DE CAMPOS

**A MÃE DO BEBÊ PREMATURO:
UM OLHAR PSICANALÍTICO**

Londrina
2019

KARINA STAGLIANO DE CAMPOS

**A MÃE DO BEBÊ PREMATURO:
UM OLHAR PSICANALÍTICO**

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- Avaliação Psicologia e Processos Clínicos.

Orientadora: Profa. Dra. Sílvia Nogueira Cordeiro

Londrina
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Campos, Karina Stagliano de.

A mãe do bebê prematuro : um olhar psicanalítico / Karina Stagliano de Campos. - Londrina, 2019.
143 f.

Orientador: Silvia Nogueira Cordeiro.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2019.
Inclui bibliografia.

1. Psicanálise - Tese. 2. Nascimento prematuro - Tese. 3. Maternidade - Tese. 4. Pesquisa clínico-qualitativa. - Tese. I. Cordeiro, Silvia Nogueira. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

KARINA STAGLIANO DE CAMPOS

**A MÃE DO BEBÊ PREMATURO:
UM OLHAR PSICANALÍTICO**

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- Avaliação Psicológica e Processos Clínicos.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Sílvia Nogueira Cordeiro
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Profa. Dra. Maria Elizabeth Barreto Tavares dos
Reis
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Profa. Dra. Maria Virgínia Filomena Cremasco
Universidade Federal do Paraná – UFPR

Londrina, 01 de julho de 2019.

Dedico este trabalho aos bebês prematuros,
que tanto lutam por suas vidas, e às suas
mães.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente, nessa trajetória, aos meus amados pais, Antonio Carlos e Irene, pois sem seu suporte, educação, conselhos e amor nada disso seria possível.

Ao meu amado esposo, Vitor, por seu carinho, suporte, incentivo, paciência, dedicação e amor.

À minha irmã, Déborah, por toda ajuda e paciência na construção deste trabalho.

À minha orientadora, que desde minha graduação, sempre foi um exemplo de profissional a ser seguido. Agradeço todo seu apoio, aposta, orientação e dedicação durante todo esse tempo.

Agradeço ao Hospital Universitário de Londrina (HU/UEL) por ter aberto as portas para a execução da pesquisa e ainda à Ana Paula, psicóloga deste hospital, cujo auxílio foi de fundamental importância.

Às participantes dessa pesquisa, por toda sua disponibilidade e colaboração.

Aos colegas que dividiram dúvidas, anseios, angústias e cujas trocas de opiniões foram grandiosamente relevantes.

Aos professores membros das bancas de qualificação e defesa, que contribuíram sobremaneira com este trabalho.

Gostaria de agradecer ainda a todos os amigos que fizeram parte dessa caminhada, cujo acolhimento foi fundamental.

A todos, meu muito obrigada.

“Ser mãe de prematuro é ser pega pela surpresa e o despreparo. É não segurar seu filho nos braços quando nasce. É olhar pela incubadora. É sentir sua cria pela ponta dos dedos esterilizados em álcool gel. Ser mãe de prematuro é ser viciada no monitor. E ver seu filho respirando por aparelhos com sensores medindo o que há de vida na sua criança. São os benditos 88% de saturação. É tirar leite na máquina. É ver o leite entrando pela sonda. E torcer para a quantidade aumentar todo dia. É ter paranoia com o processo ganha/perde de peso diário. Num dia ganha 10 gramas e no seguinte perde 15. Isso é um desespero. É se incomodar com as aspirações e manobras, mas saber que é um mal necessário. É ver picadas e mais picadas para exames e não respirar enquanto o resultado não aparece. É chegar ao hospital com o estômago em cambalhotas com medo do que vai ouvir do pediatra. Para ser mãe de UTI tem que virar pedinte e mendigar todo dia uma boa notícia. Mesmo que seja a bendita palavrinha “estável” - significa que não melhorou, mas também não piorou. E não se esquecer de agradecer o cocô e o xixi de cada dia. Sinal de que não tem infecção. Mãe de prematuro também tem rotina. UTI-casa-UTI de segunda a segunda. Sem descanso. E como é possível descansar? Para ser mãe de prematuro é preciso muita fé. Porque na hora do desespero é você e Deus. É joelho no chão do banheiro da UTI para pedir milagre, ou pedir que acabe o sofrimento. Haja fé. E só com fé. É ser a Rainha da Impotência, por ver o sofrimento e a dor do seu bebê e simplesmente não poder fazer nada. Só confiar. É bater papo com seu filho através da incubadora. E ter lágrima escorrendo pelo rosto todo dia por não poder sentir seu cheirinho e beijar seus cabelos. Mas, ser mãe de prematuro é superação, é ter história para contar. É entender de um monte de doenças que ninguém nem imagina que existe. É contar o tempo de um jeito diferente. Idade cronológica e idade corrigida. É difícil de entender. É sair da UTI com festa e palmas. E deixar por lá amigos eternos e preciosos. Ser mãe de prematuro é ter medo do vento, da bronquiolite, do inverno e do hospital. Toda mãe é um ser guerreiro por natureza. Mas a mãe de prematuro precisa ser guerreira em dobro. E isso nos difere e ao mesmo tempo nos iguala. Lutadoras, perseverantes, resilientes, frágeis a ponto de desabar a qualquer momento, mas com uma força absurda. Uma força que talvez venha de um útero vazio antes do tempo. Assim são as mães dos bebês que nascem antes...”

Autora desconhecida

RESUMO

Essa dissertação é um trabalho produzido na Linha 1- Avaliação Psicológica e Processos Clínicos do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina. Em razão do alto índice de nascimentos prematuros no Brasil, a prematuridade é um evento bastante preocupante. Somam-se a isso as especificidades orgânicas e psíquicas que fazem parte dos bebês que nascem muito prematuros e/ou prematuros extremos, visto que são bebês extremamente frágeis que necessitam de longas e significativas intervenções médicas. O nascimento desse bebê prematuro, devido ao momento gestacional em que ocorre, promove uma mudança das transformações no psiquismo materno, as quais são responsáveis, não somente pela organização psíquica da maternidade, como também para a articulação do “berço psíquico” no qual se acomodará o bebê. Irrompe-se, diante desse quadro, uma mãe cujo lugar materno, em construção, foi antecipado em virtude de um corte. Dessa maneira, a partir da experiência psicanalítica da clínica com bebês em Estimulação Precoce, surgiu o questionamento a respeito dos sentimentos das mulheres cujos filhos nasceram bastante prematuros. Isto posto, o objetivo deste estudo foi investigar os sentimentos e as vivências das mães de bebês muito prematuros e/ou prematuros extremos ainda hospitalizados. Ocorreu por meio de pesquisa clínico-qualitativa cujos participantes foram mães de bebês, muito prematuros e/ou prematuros extremos, internados sob os cuidados das respectivas unidades de terapia neonatal. A técnica para coleta dos dados foi a amostragem intencional com fechamento da amostra por saturação teórica, cujo instrumento foi a entrevista semidirigida. A técnica utilizada para a lapidação dos achados foi a análise temática de conteúdo, com a estipulação de cinco categorias *a posteriori*, analisadas segundo o referencial teórico da psicanálise: “*Eu entrei em choque, falei ‘e agora como vai ser?’*”: O encontro com o Real e a vivência traumática; Encontro com o bebê: o bebê sonhado e o bebê real; A vivência do luto da gestação idealizada e seus desdobramentos; Ser mãe de um bebê muito prematuro e suas vicissitudes e Considerações sobre a relação entre as mães e a equipe hospitalar. Constatou-se que as mães desses bebês passam por uma vivência traumática com a antecipação do parto. Somam-se a isso, o difícil encontro com o bebê que se mostra na realidade, o processo de enlutamento da gestação idealizada, o medo da morte iminente do bebê e o difícil exercício da função materna, a qual se mostra limitada nessa fase de internamento. Por fim, destacou-se a importância do acompanhamento psicológico materno, com o objetivo da ressignificação dos acontecimentos relacionados a essa problemática, de forma a melhor elaborar o encontro com o bebê real e o exercício da função materna, além de destacar a relevância do trabalho com a equipe de saúde e do acolhimento psicológico também desses profissionais.

Palavras-chave: Maternidade. Nascimento prematuro. Psicanálise. Pesquisa clínico-qualitativa.

Campos, K.S. **The mother of premature baby: a psychoanalytic view.** 142 p. Dissertation (Master's Degree in Psychology) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2019.

ABSTRACT

This dissertation is a work produced in line 1- psychological evaluation and clinical processes of the graduate program in psychology of the state university of Londrina. In the reason of the rate of preterm births in Brazil, prematurity is a very worrying event. Added to this are the organic and psychic specificities that are part of very premature and/or premature infants, since they are extremely fragile infants who require long and significant medical interventions. The birth of this premature baby, due to the gestational moment in which it occurs, promotes a change of the transformations in the maternal psyche, which are responsible, not only for the psychic organization of motherhood, but also for the articulation of the "psychic cradle" in which it will accommodate the baby. In the face of this picture, a mother breaks out, whose maternal place, under construction, was anticipated by virtue of a cut. Thus, from the psychoanalytic experience of the clinic with infants in early stimulation, the question about the feelings of the women whose children were born prematurely arose. Therefore, the objective of this study was to investigate the feelings and experiences of the mothers of extremely premature and/or premature infants who are still hospitalized. It occurred through clinical-qualitative research whose participants were mothers of babies, very premature and/or extremely premature, hospitalized under the care of the respective units of neonatal therapy. The technique for data collection was the intentional sampling with closure of the sample by theoretical saturation, whose instrument was the semi-directed interview. The technique used for the stoning of the findings was the thematic analysis of content, with the stipulation of five categories a posteriori, analyzed according to the theoretical reference of psychoanalysis: "I went into shock, I said 'and now how will it be?'" Encounter with the real and the traumatic experience; Encounter with the baby: the dreamed baby and the real baby; The experience of the mourning of the idealized gestation and its unfolding; Being a mother of a very premature baby and its vicissitudes and Considerations about the relationship between mothers and hospital staff. It was verified that the mothers of these babies go through a traumatic experience with the anticipation of childbirth. Added to this are the difficult encounters with the baby that are shown in reality, the idealized gestation process, the fear of the imminent death of the baby and the difficult exercise of the maternal function, which is limited at this stage of hospitalization. Finally, the importance of maternal psychological monitoring was emphasized, aiming at the re-signification of the events related to this problem, in order to better elaborate the encounter with the real baby and the exercise of the maternal function, besides highlighting the relevance of the work with the health team and the psychological reception of these professionals.

Keywords: Maternity. Premature birth. Psychoanalysis. Clinical-qualitative research.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição das características das participantes.....	75
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UN	Unidade Neonatal
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
RN	Recém-Nascido
OMS	Organização Mundial de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
ESNP	Escola Nacional de Saúde Pública
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
UEL	Universidade Estadual de Londrina
HU	Hospital Universitário
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
LEPPSI	Laboratório de Estudo e Pesquisa em Psicanálise da UEL

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	O BEBÊ PREMATURO	16
3	MATERNIDADE: UMA CONSTRUÇÃO HISTÓRICA	19
3.1	DA ANTIGUIDADE À IDADE MÉDIA: ENTRE A DEUSA E A SANTA	20
3.2	PARA UMA CRIANÇA, UMA MÃE: O SURGIMENTO DA INFÂNCIA E DA FAMÍLIA	22
4	REFLETINDO SOBRE A MATERNIDADE: O PROCESSO DA GESTAÇÃO E O TORNAR-SE MÃE	29
4.1	ASPECTOS PSÍQUICOS DA GESTAÇÃO	29
4.2	A CONSTRUÇÃO DO BEBÊ IMAGINÁRIO	39
5	A MATERNIDADE NA UTI NEONATAL	43
5.1	A MÃE DO BEBÊ PREMATURO	43
5.2	NASCIMENTO PREMATURO: O ENCONTRO COM O TRAUMA	47
5.3	O ENCONTRO COM O BEBÊ DA REALIDADE	56
6	OBJETIVOS	63
6.1	OBJETIVO GERAL	63
6.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	63
7	MÉTODO	64
7.1	O MÉTODO CLÍNICO-QUALITATIVO	64
7.2	CONSTRUÇÃO DA AMOSTRA E PARTICIPANTES	66
7.3	TÉCNICA DE ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA DE QUESTÕES ABERTAS	67
7.4	LOCAL DA COLETA	68
7.5	COLETA DOS DADOS	68
7.5.1	Ambientação e Aculturação	69
7.5.2	Descrição Geral Sobre as Entrevistas Realizadas	70
7.6	TÉCNICA DE TRATAMENTO DOS DADOS	71
7.7	VALIDAÇÃO EXTERNA – REUNIÃO E REVISÃO COM OS PARES	73
7.8	CUIDADOS ÉTICOS	73

8	RESULTADOS E DISCUSSÃO	74
8.1	DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO.....	74
8.2	CATEGORIAS	75
8.2.1	“ <i>EU ENTREI EM CHOQUE, FALEI ‘E AGORA COMO VAI SER’?</i> ”: O ENCONTRO COM O <i>REAL</i> E A VIVÊNCIA TRAUMÁTICA	76
8.2.1.1	Parto prematuro: A vivência de uma situação traumática.....	76
8.2.1.2	As intercorrências cotidianas da UTI Neonatal.....	79
8.8.1.3	O apoio da religião para recobrir o Real	82
8.2.2	ENCONTRO COM O BEBÊ: O BEBÊ SONHADO E O BEBÊ REAL	85
8.2.2.1	O bebê imaginário	86
8.2.2.2	O encontro com o bebê real.....	88
8.2.2.3	A negação do estado de saúde do bebê prematuro.....	91
8.2.3	A VIVÊNCIA DO LUTO DA GESTAÇÃO IDEALIZADA E SEUS DESDOBRAMENTOS	93
8.2.3.1	O luto pela gestação e parto idealizados	93
8.2.3.2	O luto pelos planejamentos para a chegada do bebê.....	95
8.2.3.3	O medo frente ao risco iminente de morte do bebê.....	96
8.2.4	SER MÃE DE UM BEBÊ MUITO PREMATURO E SUAS VICISSITUDES.....	98
8.2.4.1	O sentimento de culpa	99
8.2.4.2	Sair do hospital sem os bebês nos braços.....	100
8.2.4.3	A impossibilidade de dar colo e de amamentar.....	101
8.2.4.4	O deslocamento do saber materno e a dificuldade no exercício da função materna	102
8.2.4.5	A “preocupação médico-primária”.....	108
8.2.4.6	Ser mãe de um bebê prematuro	109
8.2.5	CONSIDERAÇÕES SOBRE A RELAÇÃO ENTRE AS MÃES E A EQUIPE HOSPITALAR.....	113
9	CONCLUSÃO	121
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
	REFERÊNCIAS	128

APÊNDICES	139
APÊNDICE A	140
APÊNDICE B	141

1 INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho é um acontecimento de significativa importância na vida de uma pessoa e de sua família, uma vez que há o surgimento de diversos tipos de sentimentos, até então nunca experienciados, em especial, na vida de uma mulher. Diversas mudanças acontecem durante o processo de tornar-se mãe, não só em seu corpo, mas também em seu psiquismo.

No entanto, o nascimento de um bebê prematuro, seja ele prematuro moderado ou não, devido ao momento gestacional em que ocorre, promove uma mudança dessas transformações no psiquismo materno, as quais são responsáveis não somente pela organização da maternidade, como também pela articulação do “berço psíquico” (Iaconelli, 2007) em que se acomodará o bebê.

Junta-se a isso, diversos sentimentos demonstrados e enfrentados por essas mulheres, em especial pelas mães de bebês muito prematuros e/ou prematuros extremos, tendo em vista a gravidade do quadro de saúde dessas crianças, em virtude de sua pouca idade gestacional e por encontrarem-se no limiar, de maneira mais intensa, entre a vida e a morte.

Logo, debruçar-se a olhar de perto os sentimentos presentes nas mães quando seus bebês ainda se encontram hospitalizados, entender essa situação dolorosa e compreender a vivência da interrupção da gestação são meus questionamentos.

Em meu trabalho cotidiano na clínica com bebês em Estimulação Precoce no serviço público, deparo-me, muitas vezes, com bebês que nasceram muito prematuros e prematuros extremos; entretanto, estes chegam até mim quando já estão no ambiente familiar.

Nesses atendimentos, principalmente com as mães dos bebês prematuros extremos, noto o impacto que as semanas e, muitas vezes, os meses de internamento de seus filhos, causaram em seu psiquismo, uma vez que elas contam e recontam diversas vezes os

acontecimentos, desde a notícia da necessidade de interromper a gestação, bem como as situações desorganizadoras e complicadas vivenciadas com seus bebês no setor de neonatologia.

Nessa ocasião, quando a criança está no atendimento em Estimulação Precoce comigo, ela já recebeu alta hospitalar, ou seja, não está mais em risco de morte iminente; no entanto, o relato da maior parte das mães mostra-se como se ainda estivesse vivenciando o internamento de seu bebê.

Esse fato me fez questionar sobre o quão marcante é esse momento na vida dessa mãe, quão dificultoso foi passar por esse período e elaborar psiquicamente esses acontecimentos.

O bebê muito prematuro e/ou prematuro extremo mostra-se mais fragilizado que o bebê a termo, com riscos graves para seu desenvolvimento posterior, posto que grandes são as intervenções pelas quais passa após o nascimento, visto que não houve a totalidade de seu desenvolvimento orgânico dentro do ventre materno. Logo, o risco de óbito é potencializado, bem como o período de internação, que pode se estender por meses.

O parto prematuro geralmente ocorre em condições de urgência, no qual há o risco da morte iminente, tanto para as mães, como para seus frágeis bebês. Essa circunstância de grande potencial traumático atravessa o psiquismo materno, deixando a mãe em estado de choque, apenas acatando as ordens médicas para salvar a vida de seu filho (Mathelin, 1997a/1999).

Trata-se de nascimentos de risco, nos quais, na maioria das vezes, há uma passagem delicada do bebê próximo à morte, quando somente os cuidados altamente técnicos de uma Unidade de Terapia Intensiva poderão salvá-lo.

A UTI Neonatal possui uma atmosfera de urgência. É o lugar que recebe esses graves bebês que lutam pela vida, como também onde acontecessem diversas intercorrências que podem levá-los a óbito.

Ao considerar esse cenário, onde a figura materna se encontra com o *Real* de difícil simbolização, de interrupção da gestação, como também modificações dos aspectos psíquicos inerentes a esse processo do constituir-se mãe, torna-se mister olhar de maneira mais aprofundada para essa mulher.

Diante do exposto, a pretensão da presente pesquisa é investigar os sentimentos e as vivências das mães que tiveram bebês muito prematuros e/ou prematuros extremos quando se encontram hospitalizados.

Para tanto, a primeira seção deste estudo expõe uma breve explicação sobre a prematuridade e sua definição, a fim de melhor compreensão do objeto de estudo. Atualmente, o Brasil possui uma taxa de cerca de 340 mil nascimentos prematuros anualmente, ocupando o 10º lugar entre os países em que mais nascem crianças prematuras (Motta, 2017). Caracteriza-se, portanto, por uma questão de saúde pública.

A segunda seção, por conseguinte, aborda uma contextualização histórica da construção da maternidade e do amor materno, colocando em xeque o instinto maternal, construído no século XVIII e considerado até os dias de hoje. Aponta que parte da caracterização da mulher é oriunda da Mitologia Grega e da Idade Média, com o mesmo pano de fundo da questão enigmática do feminino, motivo pelo qual a mulher passou, historicamente, da posição de deusa à santa; esta última se mostra submissa à ordem social e patriarcal. Realizou-se, deste modo, uma discussão sobre o surgimento da maternidade, enquanto um constructo sociocultural, sustentado tanto pelo discurso médico como pela própria psicanálise em seus primórdios.

Esse procedimento torna-se importante para o entendimento da maternidade pela psicanálise, tendo em vista que suas primeiras formulações teóricas sobre a feminilidade datam do final do século XIX e início do século XX, período histórico quando a maternidade era o equivalente da mulher, ou seja, ser mulher era ser mãe.

Em seguida, articulam-se as questões a respeito do processo da gestação e do tornar-se mãe. Nesse momento, discorre-se sobre as transformações psíquicas experienciadas pelas gestantes; considerando, para tanto, a presença da transparência psíquica, das questões emocionais muitas vezes presentes nos trimestres gestacionais, bem como do desenvolvimento da sexualidade e da maternidade no psiquismo materno em Freud e Lacan. Nessa parte do trabalho serão apresentadas as questões referentes à construção do bebê imaginário, o qual confere suporte psíquico para o bebê que se apresenta no nascimento.

Posteriormente, faz-se uma reflexão sobre a maternidade na UTI Neonatal, com o objetivo de detalhar as questões psíquicas trazidas pela literatura em relação à mãe do bebê prematuro, com todas as consequências para ela, a qual se vê frente a um evento traumático, o parto prematuro, e ao encontro com o bebê real, o qual estava sendo imaginariamente gestado.

Com este estudo, ao final, espera-se contribuir para uma melhor compreensão dos sentimentos e dos processos psíquicos vivenciados pelas mães desses bebês prematuros, com o propósito, subsequente, de colaborar com as futuras intervenções psicológicas no campo da neonatologia.

2 O BEBÊ PREMATURO

Para melhor entendimento do objeto de estudo desta pesquisa, os sentimentos e as vivências de mães de bebês prematuros extremos e muito prematuros, é necessário, primeiramente, explicitar acerca dos neonatos prematuros, ou recém-nascidos (RN) pré-termo.

Para a Classificação Internacional das Doenças – CID 10 (OMS, 2017a), o bebê recém-nascido apresenta as seguintes classificações:

P07 Transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer não classificados em outra parte:

P07.2 Imaturidade extrema: aqueles bebês que apresentam idade gestacional inferior a 28 semanas completas, ou seja, menos que 196 dias completos.

P07.3 Outros recém-nascidos de pré-termo: aqueles que apresentam idade gestacional de 28 semanas completas ou mais, porém menos que 37 semanas de gestação, ou seja, idade gestacional entre 196 e 259 dias completos.

Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) especifica que a prematuridade pode ser compreendida observando-se a idade gestacional e o peso do bebê ao nascer. Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) são considerados prematuros os bebês que nascem antes de completar 37 semanas de gestação e se subdividem em três categorias (OMS, 2017b):

- Prematuros extremos (<28 semanas);
- Muito prematuros (28 a <32 semanas);
- Prematuros moderados (32 a <37 semanas).

Segundo o Ministério da Saúde, o alto número de nascimentos de bebês prematuros extremos constitui um grave problema de saúde pública, uma vez que a prematuridade está presente em 47% dos óbitos infantis (Fonseca & Scochi, 2009).

O estudo “Prematuridade e suas possíveis causas”, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), mostra que a prevalência de partos de crianças prematuras no Brasil chega em de 11,7%, segundo os últimos dados epidemiológicos divulgados em 2013 (Caparelli & Amorim, 2013).

Isso coloca o país na décima posição entre os países onde mais nascem bebês prematuros. Esse montante soma, em média, 340 mil bebês anualmente. Estimativas

realizadas no ano de 2010, ao compilar dados de 184 países, ressaltam que há em média 14,9 milhões de nascimentos prematuros no mundo (Motta, 2017). Segundo o Ministério da Saúde, a prematuridade está entre as principais causas de morte no primeiro mês de vida (Caparelli & Amorim, 2013).

Uma pesquisa realizada em 2016, pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz) revela que a taxa atual de prematuridade brasileira permanece em 11,5%, sendo que é quase duas vezes maior que a dos países europeus (Ensp/Fiocruz, 2016).

Somente em Londrina e Região, a taxa de recém-nascidos prematuros gira em torno de 42,63%, uma taxa que, apesar de toda a tecnologia médica, encontra-se elevada (Ogawa, 2016). A prematuridade caracteriza-se, portanto, como uma questão de saúde pública.

As causas para um parto prematuro são multifatoriais, dentre as quais é possível citar: condições sócio-econômicas, comportamentos aditivos (álcool e tabagismo); ruptura de membrana, hipertensão crônica, pré-eclâmpsia (pressão alta durante a gestação), descolamento prematuro da placenta, infecções uterinas, gestação múltipla, fertilização *in vitro*, alimentação durante o período gestacional, tabagismo, uso de substâncias psicoativas, adolescência, dentre vários outros fatores (Rades, Bittar & Zugaib, 2004; Motta, 2017).

Importa salientar que a saúde emocional da mãe, durante o período gestacional, pode influenciar na prematuridade, como a depressão, estresse, nervosismo, entre outros (Conde & Figueiredo, 2005).

Com o acesso e avanço da tecnologia, há um aumento da sobrevivência desses frágeis bebês. Para tanto, quando se dá o parto prematuro, principalmente em casos dos prematuros extremos e/ou dos muito prematuros, o bebê é separado de sua mãe e recebe cuidados de uma equipe especializada junto à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Esta, apesar de ser necessária para o recém-nascido prematuro, apresenta um ambiente de ruídos intensos, iluminação excessiva, superestimulação, manipulação constante do bebê com procedimentos muitas vezes invasivos e dolorosos (Reichert, Lins & Collet, 2007).

Os bebês prematuros severos necessitam de cuidados muito maiores, visto que seus órgãos não estão completamente formados, sendo fundamental a estadia de um período maior dentro da incubadora, a fim de obter peso e para que haja o desenvolvimento dos pulmões (Piccoli; Soares; Costa; Silveira; Fiatt, & da Cunha 2012).

Apesar de todos os avanços tecnológicos, diversos são os problemas que esses bebês podem apresentar, como insuficiência cardíaca e respiratória, hemorragias cerebrais, infecções, entre outros; logo, o comprometimento do desenvolvimento neurológico é uma das principais preocupações da equipe médica, principalmente nos bebês que nasceram antes das 27 semanas e cerca de 25% desses bebês podem vir a apresentar sequelas mais graves, que os colocam em risco constante de morte (Piccoli *et.al.*, 2012; Motta, 2017). Esses fatores colocam as mães como expectadoras de seus bebês, posto que, por serem bebês muito frágeis, pouco podem intervir organicamente para a melhora de seus filhos.

3 MATERNIDADE: UMA CONSTRUÇÃO HISTÓRICA

A temática a respeito da maternidade e do amor materno é estudada em diversas áreas do conhecimento como a sociologia, a antropologia, a filosofia, a história, as ciências médicas e, inclusive, a psicanálise. É consenso entre elas que a consagração da maternidade e do amor materno é um acontecimento relativamente recente na história ocidental, uma vez que recebeu influências de diversos discursos, como o filosófico, o médico e o político a partir do século XVIII (Ariès, 1978/1981; Chodorow, 1990).

A construção da maternidade possui uma relação intrínseca com a maneira com a qual a sociedade se organizava em determinados momentos históricos. A forma da maternidade e seu modo de expressão englobam os respectivos valores sociais de cada época; no que se refere ao que é ser mulher, bem como ao que é ser filho (Kitzinger, 1978). Logo, para a antropóloga, a valorização e o significado da maternidade variam não só de maneira histórica, mas também culturalmente.

Em vista disso, considerando a maneira como a maternidade é concebida nos dias atuais, faz-se mister descrever, ainda que brevemente, a trajetória da mulher e da maternidade na história.

3.1 DA ANTIGUIDADE À IDADE MÉDIA: ENTRE A DEUSA E A SANTA

Na Idade Antiga, a questão mitológica estava intrinsecamente relacionada à explicação conferida aos fenômenos naturais e à organização social. Na Mitologia Grega, a mulher era concebida, assim como nas sociedades primitivas, como um ser conectado à natureza, sendo que a feminilidade e maternidade recebiam representações mitológicas (Emidio, 2011).

Na Mitologia Grega, consta o mito de Pandora. Esta foi considerada a primeira mulher, filha de Zeus, criada à semelhança das deusas virginais, portadora de uma caixa que continha todos os males da humanidade e, ao representar o feminino, iniciou um novo ciclo na sexualidade dos seres humanos, que passaram a ser mulheres e homens. É a partir de seu surgimento, portanto, que incide a diferenciação dos seres-humanos. O mito de Pandora configura-se em um mito masculino o com objetivo de conferir uma explicação ao feminino, algo incompreensível pelo homem, visto que era portadora do mal, mas também encarnava a causa do desejo no homem (Pereira, 2014).

Importa destacar que, para além do mito de Pandora, há inúmeros outros mitos e tragédias gregas que tratam sobre a representação do feminino e da mulher, como Atena, Afrodite, Hera, Medeia, entre tantos outros. O que importa salientar é que a feminilidade, a mulher e sua capacidade de dar à luz sempre foram alvo de muito mistério e diversas especulações da humanidade.

Ainda na Idade Antiga, a questão da fertilidade e do feminino ligava-se à natureza, com a representação da Mãe Terra. Consideravam que o ventre fértil possibilitava a vida na agricultura, o que permitia o crescimento e o desenvolvimento do homem (Emidio, 2011).

Campbell (1990, p. 177) faz uma interessante relação entre a mulher/mãe e a Mãe Terra:

A mulher dá à luz, assim como da terra se originam as plantas. Assim, a magia da mãe e a magia da terra são a mesma coisa. Relacionam-se. A personificação da energia que dá origem às formas e as alimenta é essencialmente feminina. A Deusa é a figura mítica dominante no mundo agrário da antiga Mesopotâmia, do Egito e dos primitivos sistemas de cultura do plantio [...]. Quando você tem uma Deusa como criador, o próprio corpo dela é o universo. Ela se identifica com o universo.

Da mesma maneira que a Mitologia Grega, a cultura judaico-cristã, sob o enigma da feminilidade e da maternidade, evoca a figura de três mulheres: Litith, Eva e a Virgem Maria. A personagem Lilith era considerada a primeira esposa de Adão e é representada desde a Antiguidade como a metáfora da subversão feminina, visto configurar-se como um ser sedutor que, por não se submeter à autoridade masculina, é excomungada do paraíso (Emidio, 2011; Sicuteri, 1998).

Já Eva surge como representante da submissão ao homem, entretanto, da mesma maneira que Lilith, não se submete à lei, nesse caso às leis divinas e, como punição, daria à luz com dores e estaria subjugada à dominação masculina (Sicuteri, 1998).

Na Idade Média, a fim de salvaguardar a submissão feminina e devoção ao marido, tratada desde o início do Gênesis, entra em cena a figura da Virgem Maria, mãe de Deus, que concentra as características da idealização feminina, enquanto mãe, pura e submissa a Deus e ao marido, sendo a ela vetada a vivência do sexo e da sexualidade (Badinter, 1985).

Segundo Badinter (1985), as imposições eclesiásticas da era medieval predominaram a até meados do século XVII e que, a partir dessa época, algumas melhoras passaram a ser possíveis para as mulheres; entretanto, apenas para as classes mais favorecidas.

Esses momentos mostram como, não somente a sociedade da antiguidade, mas também, a judaico-cristã, organizavam-se em torno da submissão feminina e da assertiva de que a mulher se ligava, de maneira inerente, à maternidade.

3.2 PARA UMA CRIANÇA, UMA MÃE: O SURGIMENTO DA INFÂNCIA E DA FAMÍLIA

Ao tratar a respeito da temática da família, é importante salientar que a noção, tanto de família como da infância, e de maternidade a elas vinculadas, é um conceito humano e cultural, construído historicamente, como destacado acima, pelo entendimento de que a submissão feminina e a maternidade eram algo presente na cultura humana desde seus primórdios (Casey, 1989/1992).

Destaca-se inclusive, que há uma relação intrínseca entre o que se entende, historicamente, pelo sentimento da infância e da construção familiar, uma vez que um conceito não existe sem o outro. Os conceitos de maternidade, família e infância apresentam-se extremamente vinculados na história, influenciando-se mutuamente a depender dos

diversos contextos, sejam eles culturais, políticos, econômicos ou sociais de cada época (Ariès, 1978/1981).

Sobre a instituição familiar, Roudinesco (2003) ressalta que ela tem sofrido diversas e profundas transformações e destaca, ainda, três grandes períodos na evolução da família. A primeira fase caracterizava-se pelo predomínio da família tradicional, da família medieval, cujo foco era a transmissão de bens por meio de casamentos arranjados sob a autoridade patriarcal, com a ausência, quase em sua totalidade, do amor conjugal e de sentimentos entre pais e filhos.

Philippe Ariès (1978/1981) postula, com bastante propriedade, a respeito da construção da família moderna e, para tanto, realiza um trajeto desde a Idade Média. Neste período histórico, prevalecia uma cultura patriarcal, sustentada pela superioridade masculina, sendo que à mulher era atribuída pouca ou nenhuma importância. Nesse período, a concepção de família desenvolveu-se de maneira vagarosa, atrelado ao surgimento cada vez maior da privacidade no lar.

No tocante ao sentimento materno e à infância no medievo, cabe destacar que a criança era considerada e tratada como um pequeno adulto visto ser a diferença de tamanho a única distinção entre ambos. Por essa razão, era enviada logo cedo, por seus genitores, a outras casas a fim de aprender algum ofício (Ariès, 1978/1981).

A criança tinha, portanto, pouca importância para a família, sendo considerada, muitas vezes, um transtorno ou, até mesmo, tratada com insignificância. Junto a esse fator, estava o entendimento da maternidade, posto que, por não considerar a criança parte integrante da família, a mulher não ocupava o lugar de cuidados e de demonstração de afeto pelo filho (Badinter, 1985).

A mulher era, por consequência, valorizada apenas pelo seu caráter biológico de poder gerar um ser humano, sendo a maternidade inerente à natureza feminina. Sua função social,

portanto, era dar filhos ao marido, isto é, promover a continuidade da linhagem da família. Isso se torna bastante notório na maneira como as sociedades valorizavam a fertilidade, tomada como uma dádiva divina, bem como a infertilidade, uma punição (Correia, 1998).

Em meados dos séculos XIV e XV, o sentimento de família era desconhecido, pois o foco da família, como mencionado anteriormente, não repousava sobre as crianças, tanto que, além delas ficarem pouco tempo na convivência de sua família, logo que nasciam, eram entregues aos cuidados das amas de leite. Esse costume foi generalizado entre a burguesia ascendente da época até o século XVIII, estendendo-se para todas as camadas da sociedade urbana.

O sentimento de família começou a nascer entre os séculos XV e XVI, com a consolidação entre o público e o privado, e atingiu seu apogeu a partir do século XVII, quando o tema da intimidade familiar, centrado no tripé pai-mãe-filhos, foi um acontecimento que se arrastou entre os séculos XVI e XVII; e não ocorreu de maneira estanque, e sim, pelos ditames e alterações econômicas da época com o início da Revolução Industrial (Badinter, 1985).

Nesse período, vive-se, para Roudinesco (2003), a segunda fase da evolução da família, a família dita moderna, permeada pela lógica afetiva e na reciprocidade de sentimentos e desejos por meio do casamento.

Essa família passa a se organizar em torno da criança, sendo que a figura materna, até então quase inexistente no funcionamento da sociedade, passa a se fazer mais presente. Para Badinter (1985), é apenas no século XVIII que ocorre uma revolução na maneira de pensar, o que proporciona uma alteração na imagem e no entendimento do papel da mulher em relação aos seus filhos.

A vida infantil passa a ser celebrada pelas classes ascendentes, mais precisamente em meados dos anos 1760-1790. Nessa época, surgem obras literárias que incitavam os sentimentos dos pais, em especial da mãe, o amor materno (Badinter, 1985).

Em destaque, está a obra de Rousseau, de 1762, *Émile*, a qual cristalizou as ideias do amor materno e impulsionou ainda mais o surgimento da família moderna, permeada de valores econômicos e iluministas da época (Badinter, 1985). Nessa obra, em especial, pela primeira vez, as mulheres foram enaltecidas por serem mães e por possuírem as características biológicas que viabilizavam a procriação (Forna, 1999).

Soma-se a isso a percepção de que o índice de mortalidade entre as crianças que eram amamentadas pelas amas de leite era duas vezes maior do que o índice de mortalidade das crianças que eram amamentadas pelas suas mães. Logo, passou-se a destacar a importância das mães exercerem os cuidados com seu bebê (Badinter, 1985). Para que isso pudesse acontecer, as cenas da intimidade familiar tornaram-se cada vez mais frequentes. Sobre isso, Ariès (1978/1981, pp. 203 - 204) ressalta que:

As cenas galantes e as conversações se passam agora no espaço fechado de uma sala. Surge o tema do parto, cujo pretexto é o nascimento da Virgem. Criadas, comadres e parteiras se atarefam no quarto em torno da cama da mãe. Surge também o tema da morte, da morte no quarto, em que o agonizante luta em seu leito por sua salvação. A representação mais frequente do quarto e da sala corresponde a uma tendência nova do sentimento, que se volta então para a intimidade da vida privada.

Foi nesse ínterim, devido à preocupação com a mortalidade infantil, no início da Revolução Industrial, cuja taxa de natalidade era de extrema importância econômica, que a mulher passou a ser objeto de grande interesse médico. A relação mãe-criança ganhou maior destaque e importância e, em virtude disso, passou a ser a principal envolvida nos cuidados

com o bebê. Por essa razão, os médicos começam a defender a permanência da mulher dentro do lar, ocupando-se das funções domésticas e da maternagem (Nunes, 1991).

Para tanto, biologicamente, homens e mulheres destacam-se com radical diferença e o corpo feminino apresenta fundamental importância e responsabilidade com a maternidade. Concebe-se, conseqüentemente, a construção da ideia do instinto, do amor materno incondicional e da maternagem, inexistentes até então (Birman, 2001; Badinter, 1985).

A partir disso, desenhou-se uma nova imagem da relação da mulher com a maternidade, na qual o bebê e a criança passaram a ocupar um lugar privilegiado da atenção materna, ou seja, os cuidados necessários à preservação do bebê tornavam-se cada vez mais atrelados à presença materna (Ariès, 1978/1981).

Dessa maneira, no início do século XIX, a criança e o bebê tornam-se objetos do amor e cuidados maternos e, devido a isso, surge uma nova mulher, mãe, educadora, responsável pelos futuros adultos e, portanto, pela sociedade futura. Cria-se, assim, a obrigação da mulher em ser mãe (Badinter, 1985).

Com esse raciocínio sendo incorporado na sociedade, algumas mulheres perceberam que, com essa nova posição, adquiriram maior função social e de grande estima, posição esta jamais ocupada socialmente pelas mulheres. Logo, o papel materno na construção da sociedade, assim como o amor materno são cada vez mais valorizados (Emidio & Hashimoto, 2008).

Nas palavras de Badinter (1985, p.159):

Ao aceitar incumbir-se da educação dos filhos, a burguesa melhorava sua posição pessoal, e isso de duas maneiras. Ao poder das chaves, que detinha há muito tempo (poder sobre os bens materiais da família), acrescentava-se o poder sobre os seres humanos que são os filhos. Tornava-se, em consequência, o eixo da família. Responsável pela casa, por seus bens e suas almas, a mãe é a sagrada a rainha do lar.

Aos poucos, portanto, implantou-se a ideia de que os cuidados e o amor maternos eram insubstituíveis para a sobrevivência da criança e isso proporcionou o traçado do papel da mulher. Daí em diante, essa engrenagem funcionou em função da maternagem e dos cuidados com seus filhos, de modo exclusivo, extraindo a mulher de outras possíveis funções e de anulação de outros desejos que poderiam existir (Emidio & Hashimoto, 2008).

Seguindo essa mesma linha de raciocínio, Kehl (2008) pontua que, devido a suas características biológicas e sua capacidade de procriar, a mulher era socialmente compelida a ocupar como destino um único lugar social: a maternidade.

É construído, portanto, o lugar da mulher, como um enigma desde a Antiguidade, ocupando o lugar de mãe zelosa e santa, submissa aos desejos do homem, na Idade Média, a uma mulher-mãe na Idade Moderna. Esta mulher passa a possuir, portanto, um status diferenciado, surgindo o mito da feminilidade como sinônimo de maternidade, visto que ela só era vista enquanto mulher quando possuía filhos (Nader, 1997; Birman, 1999).

A partir dessas mudanças de paradigmas, pode-se postular que a maternidade, com toda a sua caracterização de amor incondicional, não fazia parte da sociedade em seus primórdios, mas foi construída com o advento da família moderna e das necessidades econômicas das recém-criadas fábricas do século XVIII e XIX (Emidio & Hashimoto, 2008).

Nesse passo, ao considerar esse breve apanhado histórico, percebe-se que os conceitos da maternidade e do amor materno são fruto de uma construção histórico-social, pois promoveram o surgimento de cuidados e sentimentos ora ignorados, que podem ou não existir, bem como a concepção da mulher enquanto mãe. O amor materno e a maternidade não só são uma construção dos séculos XVIII e XIX, como também não podem ser considerados como algo universal (Badinter, 1985).

Nas palavras da autora:

Esse sentimento pode existir ou não existir; ser e desaparecer. Mostrar-se forte ou frágil. Preferir um filho ou entregar-se a todos. Tudo depende da mãe, de sua história e da História. Não, não há uma lei universal nessa matéria, que escapa ao determinismo natural. O amor materno não é inerente às mulheres, é adicional. (Badinter, 1985, p. 367)

Entretanto, com a consolidação e a evolução do capitalismo, a construção familiar burguesa não ocorreu de forma homogênea em todos os grupos sociais, fato que proporcionou, na virada do século XX, alterações significativas na organização patriarcal e hierárquica, em que começa a haver um declínio da rígida preponderância masculina (Perucchi & Beirão, 2007; Petrini, 2005).

É nesse contexto, com o advento da Segunda Guerra mundial, que a mulher passou a assumir as vagas de trabalho disponíveis em virtude do abandono dos postos de trabalho pelos homens, para assumirem seus lugares nos campos de batalha (Lipovetsky, 2000).

Já em meados de 1960, vive-se a terceira fase da família, a família contemporânea ou pós-moderna, como sublinhado por Roudinesco (2003). Nessa perspectiva, a mulher passou a estar cada vez mais presente no mercado de trabalho e na vida intelectual, de modo a decidir sobre seu lugar e seu futuro.

A nova constituição familiar pressupõe a união, em casamento, pelos laços afetivos, com a possibilidade do rompimento das relações amorosas quando o afeto não se faz mais presente e a mulher começa a ocupar diferentes papéis na sociedade, além dos antes consolidados de mãe e esposa (Roudinesco, 2003).

A mulher passa a ser considerada e percebida, então, como uma pessoa que possui desejos e necessidades outras para além da maternidade. Nessa maneira de perceber a feminilidade e a sexualidade feminina ocorreu a contribuição da pílula anticoncepcional, que

possibilitou a prevenção da gravidez, bem como a escolha, por parte das mulheres, de ter ou não filhos, bem como de planejar uma gestação (Birman, 1999).

A partir disso, a maternidade continua a ter seu valor na sociedade, no entanto, há o desdobramento de outros campos de possibilidades para a vida e atuação da mulher na vivência social e, em consequência disso, estabelecer-se enquanto mulher já não está mais intrinsecamente ligado a ser mãe (Birman, 1999).

Há, para a mulher, portanto, nesse tempo histórico, outras realizações possíveis, como as profissionais e a de sustento de suas famílias, já que a maternidade deixou de ser um destino inerente, pois ser mãe não é mais a única maneira de legitimação social, mas pode estar atrelada ao desejo de realização pessoal da mulher (Lipovetsky, 2000).

Por fim, a partir dessa breve reflexão a respeito da construção social da maternidade e do amor materno durante os séculos, é de grande importância discutir, à luz da psicanálise, a constituição da maternidade para uma mulher, com os aspectos psíquicos que permeiam a gestação e o processo do tornar-se mãe.

4 REFLETINDO SOBRE A MATERNIDADE: O PROCESSO DA GESTAÇÃO E O TORNAR-SE MÃE

4.1 ASPECTOS PSÍQUICOS DA GESTAÇÃO

Na vida da mulher, a gestação é um período de intensas modificações e adaptações, uma vez que não se trata apenas de transformações biológicas, mas também de mudanças psíquicas significativas que proporcionam a formulação e elaboração da ideia de ser mãe e da imagem mental de seu bebê; visto que, tanto o processo de tornar-se mãe quanto o lugar psíquico elaborado no psiquismo materno para acolher o bebê em formação são processos

gradativamente construídos e de maneira particular em cada mulher, cada uma com sua história singular (Stern, 1997).

A gestação é, por conseguinte, uma fase de suma importância, na qual a mulher reorganiza e reatualiza aspectos de sua história constitutiva, seu arcabouço simbólico a respeito da maternidade, a fim de estruturar seu lugar materno e, em consequência, o lugar psíquico que será conferido ao bebê (Ferrari, Piccinini & Lopes, 2006; Boas, Braga & Chatelard, 2013).

Para de Szejer & Stewart (1997), a gravidez é um tempo de mudanças valiosas e de grande complexidade, por se tratar de um período de transição e de metamorfoses intensas. Essas alterações são sentidas e elaboradas por cada mulher de diferentes maneiras e, por essa razão, cada gestação compreende um significado particular e deve ser considerada dentro da pré-história e da história de vida de cada mulher, bem como do momento em que essa gravidez se fez presente.

Devido a esse motivo, a gestação deve ser compreendida como um evento que vai muito mais além da questão meramente biológica da mulher (Aulagnier, 1990; Stern, 1997; Lebovici, 1987). Como bem ressalta Quayle (1991, p. 91), “existem tantas maneiras de ser mãe quanto existem mulheres”. Entretanto, há fatores psíquicos intrínsecos ao período gestacional que merecerem ser destacados. Lebovici (1987), apoiando-se na teoria freudiana explicitada no capítulo anterior, ressalta que o desejo da mulher pela maternidade não tem início somente a partir da decisão de engravidar ou na ocorrência de uma gestação, mesmo que não planejada; nota-se ser muito mais anterior, inicia-se nas fantasias da menina sobre o desejo de conferir ao pai um filho durante a fase edípica e é considerada uma experiência interior única.

Torna-se mãe é um processo que reatualiza as experiências da mulher com seus próprios pais e atualiza os desejos por um projeto de filho que traz sentimentos ambivalentes e contraditórios, bem como de realização e expectativa (Mohallem, 2005).

A gestação inicia-se, dessa forma, com um projeto, há sempre uma pré-história da concepção. Portanto, não há gravidez que ocorra ao acaso, e essa pré-história liga-se, fundamentalmente, às questões inconscientes da mulher no tocante ao desejo da gestação (Szejer & Stewart, 1997; Chatel, 1995).

Pode-se entender essa pré-história como o próprio desenvolvimento da sexualidade feminina. A esse respeito, Freud ressalta que a maternidade, equivalente, nas formulações da teoria freudiana influenciada pelas ideologias do feminino do final do século XIX, à feminilidade, era a saída dita normal para o Complexo de Édipo, concluindo sua equação fálica de pênis=falo=bebê ¹(Freud, 1931/2006).

Dito de outro modo, a menina, ao perceber-se castrada, ou seja, não portadora do pênis, entra no Complexo de Édipo, a fim de compensar sua falta e substitui, imaginariamente, o pênis que lhe falta por um filho de seu pai. Esta é uma das saídas da mulher do Complexo de Édipo, isto é, a maternidade equivaleria à feminilidade (Freud, 1931/2006).

¹ Freud tenta esclarecer o desenvolvimento da sexualidade feminina pautando-se no monismo sexual. Destaca que a sexualidade das meninas, em seu primórdio, possui um caráter masculino, uma vez que impera a inexistência psíquica da vagina, sendo o clitóris exclusivo e análogo ao pênis. Sublinha, portanto, que a organização da sexualidade se pauta sobre o primado do falo, da organização fálica. Nesse momento, a diferença anatômica entre os sexos é colocada como significante e o falo torna-se seu representante (Freud 1905/2006; Freud 1908/2006; Freud 1923/2006).

Nesse ínterim, vale destacar a relação pré-edípica da menina com sua mãe, momento de grande importância para o entendimento da maternidade. Freud (1924/2006) sublinha a importância do laço emocional dos filhos com a mãe, sendo esta o primeiro objeto de amor de ambos. Entretanto, destaca que, no caso da menina, a ligação com sua mãe produz importantes marcas em seu psiquismo, as quais proporcionam traços identificatórios no tocante à maternidade e à feminilidade. Sobre isso Zalcberg (2003, p.15) destaca “a figura da mãe, para uma menina, desdobra-se em uma função materna e em uma função feminina na medida em que a mãe é também uma mulher”.

Já Lacan organiza outra teoria em torno da maternidade. Segundo o psicanalista, esta não consegue resumir o que é a feminilidade e o ser mulher, visto que, da mesma forma que o homem, a mulher é castrada pela linguagem faltante e busca obturar essa falta constituinte com o que o psicanalista denomina de *objeto a* (Lacan, 1962-1963/1998).

No entanto, diferentemente do homem, embora a mulher esteja submetida à castração simbólica, ela não se determina totalmente pela função fálica, encontra-se não totalmente assujeitada à ordenação simbólica, isto é, não há significante que simbolize a mulher. Por essa razão, a mulher encontra-se submetida à castração, mas de maneira *não-toda* como apontado por Lacan (Lacan 1972-1973/1985).

Por não existir um significante que defina a mulher, diferentemente do homem, é que Lacan destaca “A mulher não existe”, visto não existir “A Mulher”, uma vez que, pelo fato do falo ser o único significante da sexuação, há apenas o significante para um sexo – o masculino. Devido a isso, a mulher existe em sua singularidade, isto é, cada uma deve constituir-se à sua maneira, sendo impossível falar do universal da mulher (Lacan, 1972-1973/1985; Laurent, 2006).

Como consequência dessa ausência de um significante que fundamente e signifique a mulher, nem tudo em uma mulher submete-se ao gozo fálico, ou seja, ela é *não-toda* inscrita

no gozo fálico e isso dá origem a outra maneira de gozar (Lacan, 1972-1973/1985; Laurent, 2006; Jerusalinsky, 2011).

Desta feita, por ocupar o lugar de *não-toda* inscrita no gozo fálico, a mulher encontra-se submetida em duas formas de gozo, gozo fálico e o gozo Outro ou gozo suplementar. No tocante ao gozo fálico, a mulher, enquanto mãe, coloca o filho no lugar de tampão da falta materna, de *objeto a*, obturando ainda que provisoriamente, a falta estrutural da mulher (André, 1986/1998; Lacan 1972-1973/1985; Zalcberg, 2007).

Entretanto, de forma concomitante, há uma outra função ocupada pela criança no psiquismo da mulher, visto que ao mesmo tempo em que a criança “preenche”, que ocupa o lugar de *objeto a*, ela divide a mãe, relançando-a à sua falta inicial. Desse modo, se por um lado o bebê produz uma articulação da equação fálica para a mulher, faz transparecer também a falta, o que a deixa incompleta, desejando mais além do falo. É imprescindível, portanto, que a criança promova essa divisão na mulher, para que ela possa desejar para além de seu filho (Miller, 2014). É nesse ponto que Lacan diferencia a mãe da mulher.

Logo, é devido à peculiaridade do psiquismo da mulher na articulação e na construção da maternidade, que ela pode revelar sentimentos de ambivalência em relação à gravidez, sendo que o psiquismo pode até mesmo atuar de maneira somática com a finalidade de evitar a concepção, como patologias ovarianas, vaginismo etc., como também proporcionar sua ocorrência, ao antecipar a ovulação, por exemplo. Desse modo, em virtude desse conflito entre a vontade, consciente e o desejo inconsciente, a mulher pode vir a gestar, mesmo que seu discurso ressalte o contrário, ou ficar impedida da gestação, com seu discurso afirmando sua vontade (Soifer 1977/1980; Dolto, 1984).

Sobre isso, Szejer & Stewart (1997, p.56) postulam:

Pode-se afirmar – de boa fé – que se deseja um filho, e inconscientemente não desejá-lo, por questões que escapam e dizem respeito à história particular de cada um. Pode-

se também “fazer de tudo” para não ter um filho, porque isso não é razoável, não é o momento, a situação não é adequada, e simplesmente fazê-lo porque o desejo inconsciente é mais forte que todas as decisões racionais. Às vezes acontece que o desejo inconsciente se articula com a vontade consciente. Por exemplo, quando uma gravidez programada acontece e se desenvolve conforme o previsto. Mas, também, ocorrem conflitos entre o desejo inconsciente e a vontade consciente.

Esse desejo inconsciente de engravidar fica, segundo Soifer (1977/1980), patente quando, mesmo declarando seu desejo de não engravidar no momento, esquece-se de utilizar os métodos contraceptivos, por exemplo. Tais comportamentos são tomados por Szejer & Stewart (1997) como atos falhos, que são de ordem inconsciente.

Maldonado (1975/2002) e Valente (1989) fazem uma importante observação a respeito da gravidez não planejada, visto que os autores ressaltam que os sentimentos iniciais de rejeição, os quais, geralmente, acabam por não encontrar mais lugar no curso da gestação, podem dar lugar a uma aceitação e vice-versa.

Portanto, o projeto de uma gravidez, seja ele planejado ou não, consciente ou não, também faz parte da significação desta; na qual se mostra de fundamental importância no desenvolvimento gradual da ideia da maternidade na mulher. Esta, por sua vez, consegue, na maioria das vezes, admitir-se grávida a partir de um terceiro, seja ele médico ou exame de laboratório. Por meio dele, a mulher consegue admitir para si mesma “estou grávida”. (Szejer & Stewart, 1997).

Segundo Stern, Stern-Bruschweiler & Freeland (1999), durante o processo de gestação ocorrem três processos simultâneos, o desenvolvimento físico do bebê dentro do útero, transformações no psiquismo materno e a constituição do bebê imaginário no psiquismo da gestante.

Já para Aulagnier (1990), a gestação é considerada segundo dois aspectos: o biológico, que se refere às transformações biológicas do feto; e a relação de objeto, a qual consiste no processo da construção imaginária do bebê na psique materna, como uma preparação para que ela possa entrar em contato com a criança prestes a nascer.

Para Bydlowski (1997), o processo da gestação é permeado por significativas crises maturativas, ambivalências e por uma particularidade psíquica denominada, pela autora, de transparência psíquica, que vem a facilitar as transformações no psiquismo materno e a constituição do bebê imaginário. Este fenômeno define-se como um estado particular do período estacional em que se configura uma maior abertura e permeabilidade do inconsciente.

Nesse momento, o inconsciente da mulher estaria particularmente aberto, com a barreira do recalque fragilizada. Isso permite aos conteúdos inconscientes, os quais procuram tornarem-se conscientes, ultrapassem essa barreira de maneira mais facilitada. Consequentemente, o psiquismo mostra-se mais transparente e há uma relação mais direta e evidente entre a gestação atual e as lembranças de seu passado (Bydlowski, 1997).

Para a autora, a transparência psíquica ocorre, na gravidez, em virtude do abalo que o psiquismo materno sofre diante do duplo *status* do bebê, ou seja, ao mesmo tempo em que ele está presente dentro do corpo materno, sua ausência mostra-se real no campo visível.

Tal fenômeno é de fundamental importância para que a mulher consiga entrar em contato com os conteúdos recalcados de sua infância, bem como das marcas psíquicas estabelecidas por sua mãe, em seus próprios cuidados, as quais influenciarão a relação e os cuidados com seu bebê. Portanto, durante o processo do tornar-se mãe, em meio à gestação, a mulher atualiza e reedita aspectos de sua própria história, a fim de localizar-se enquanto mãe e de conferir um lugar psíquico ao seu filho (Szejer & Stewart, 1997).

Igualmente, no tocante a isso, Szejer & Stewart (1997) afirmam que a maneira como cada mulher projeta-se como mãe muito tem a dizer sobre os pais que cada uma delas teve,

sobre as inscrições que foram realizadas no psiquismo materno a respeito de como sua própria mãe foi, em outras palavras, há uma relação com o modelo parental que possui.

Em consonância a isso, as expectativas que a mulher tece a respeito do bebê e de como ela irá colocar-se no lugar de mãe pautam-se em um renascimento narcísico, ou seja, do que a gestante foi para sua mãe e do que esta representou em sua constituição psíquica. (Freud, 1914/2006). A esse respeito, Szejer & Stewart (1997) colocam:

A forma como cada um se projeta como pai ou mãe relaciona-se diretamente com os pais que eles próprios tiveram, ou ainda outros modelos parentais. Os pais sempre são um modelo de referência em relação ao qual nos determinamos, seja querendo fazer como eles, ou contrariamente a eles, seja tentando corresponder ao seu desejo ou opondo-nos a ele. (p.62).

Destaca-se, a importância da relação pré-edípica que a mulher estabeleceu, em seu desenvolvimento psíquico, com sua mãe na sua infância, relatada acima. A título de lembrança, nessa fase, anterior à entrada da menina no Complexo de Édipo, a mãe é o primeiro objeto de amor da menina, sendo que essa relação inicial da mulher com sua mãe é extremamente complexa, duradoura e de grande influência na vida da mulher, inclusive em como essa mulher poderá entender seu momento gestacional e a maternidade em construção (Zalberg, 2003).

Junta-se a isso, outros aspectos psíquicos de fundamental importância para o entendimento do psiquismo da mulher no período gestacional, visto que, este é um período de diversas modificações da vida emocional da mulher, no qual cada uma irá vivenciá-lo de acordo com seus recursos psíquicos disponíveis e suas vivências pessoais (Quayle, 1991).

A gravidez, enquanto processo, traz consigo o surgimento de uma nova vida e de novos papéis e responsabilidades. Por essa razão, por mais que cada gestação seja uma e que

ocorram os mais diversos efeitos emocionais em cada mulher, há alguns pontos de convergência no que tange aos estados psíquicos particulares em cada fase (Quayle, 1991).

No primeiro trimestre da gravidez, geralmente, há o predomínio da ambivalência afetiva, em que a mulher, e também por vezes sua família, oscilam entre o desejar e o não desejar esse bebê. Isso pode ser observado em sentimentos de dúvida entre estar ou não estar grávida, mesmo após a comprovação clínica. Há também diversos sentimentos contraditórios em destaque: como alegria, tristeza, medo, aceitação, rejeição, entre tantos outros (Maldonado, 1975/2002).

Quayle (1991) concorda ao dizer que esses sentimentos estão bastante presentes na primeira metade da gestação e podem estar relacionados também ao fato de que o bebê, até então, não é concretamente percebido pela gestante, pois seus movimentos ainda passam despercebidos e não ocorreram significativas modificações corporais. A autora salienta, inclusive, que esses sentimentos ambivalentes proporcionam uma maior dependência da mulher em relação às figuras afetivamente importantes, como o companheiro e a mãe.

Soifer (1977/1980) e Maldonado (1975/2002) destacam, além disso, que os sintomas orgânicos muito presentes nesse início da gestação, como a hipersonia, náuseas e vômitos, por variarem de intensidade e de prevalência, seja de uma gestação para outra, seja de uma mulher para outra, podem estar relacionados com a tensão emocional vivenciada por essa mulher.

Já o segundo trimestre gestacional é considerado o período de maior estabilidade emocional para a gestante. Um fator impactante é o início da percepção dos primeiros movimentos fetais. Isso a coloca frente a uma realidade concreta da existência de um outro ser dentro de si (Maldonado 1975/2002).

Essa dinâmica, segundo Quayle (1991), relaciona-se de maneira intrínseca com a elaboração de um novo papel da mulher – ser mãe. Nesse período, é comum que a figura materna da gestante assuma uma importância maior, ocupando cada vez mais o lugar de

modelo ou, até mesmo, que surjam questionamentos sobre a relação e o lugar a ser ocupado na vida de sua filha.

O terceiro trimestre é considerado, para Soifer (1977/1098), Szejer & Stewart (1997) e Maldonado (1975/2002), o período de aumento do nível de ansiedade devido à proximidade do parto. Trata-se de um período de mal-estar físico e de questões somáticas e psíquicas.

Em relação ao mal-estar físico, em virtude do tamanho e peso do feto, é comum que a mulher sinta diversos incômodos como dores na coluna, inchaços, limites físicos e alterações corporais inerentes. Os desequilíbrios somáticos são os que mais preocupam tanto os médicos como a gestante, visto que geralmente não possuem explicação (Szejer & Stewart, 1997).

Segundo ainda os autores, essas descompensações são a ameaça do parto prematuro, a hipertensão arterial, as toxemias e o diabetes. Para o presente estudo, importa enfatizar o parto prematuro.

Para Szejer & Stewart (1997), o parto prematuro, pode ser desencadeado organicamente por diversos fatores, como a hipertensão arterial, o rompimento da bolsa, entre outros, mas também, ao se considerar o ponto de vista da psicanálise, pode ser entendido como a expressão, no cenário atual, como a manifestação de um conflito ligado à história da gestante, do casal ou desta gestação. Da mesma maneira, a hipertensão arterial, principalmente quando há uma crise de pressão em uma gestante não hipertensa, pode estar ligada não somente a modificações hormonais, mas também ao contexto dessa gravidez e à história particular de cada mulher.

As descompensações psíquicas, nesse período, ficam cada vez mais características. Além da ansiedade; pode haver crises depressivas; fobias diversas ligadas ao seu corpo, ao parto ou ao bem-estar do bebê; alterações do sono; bem como sentimentos ambivalentes em relação ao parto, pois ao mesmo tempo em que há o desejo de ter o bebê em seus braços, pode

surgir também, na mulher, a insegurança em relação ao seu novo papel e o desejo de prolongar a gravidez (Szejer & Stewart (1997); Maldonado (1975/2002)).

O período do pós-parto é de grande importância e destaque. Trata-se de quando a mulher precisa se haver com o conflito entre o que foi perdido, a gravidez, e o adquirido, o filho. É comum, à vista disso, o surgimento de um estado bastante peculiar na mulher, o *baby blues*, estado de significativa fragilidade psíquica, em que é comum a existência de choros e tristeza intermitentes, podendo estar acompanhados pelo sentimento de insegurança e de incapacidade (Szejer & Stewart, 1997).

Esses autores destacam, além disso, que quando a mulher dá à luz a um bebê prematuro, o qual permanece hospitalizado por um longo tempo, ela não realiza o *baby blues* nos dias após o parto, como usualmente, mas sim quando esse bebê recebe alta. Durante o período de internamento do bebê, ela passa por sentimentos diversos daqueles encontrados nesse estado de pós-parto; já em casa, com os sentimentos de insegurança e dúvidas, ela pode passar por essa experiência típica do período puerperal.

Ressalta-se, que é nesse período, que a mulher se encontra com o bebê da realidade, em substituição ao bebê imaginário e inicia o processo de amamentação, o qual é determinado não só por questões subjetivas da mulher, como também por sua história e apoio social e familiar que recebe (Quayle, 1991).

4.2 A CONSTRUÇÃO DO BEBÊ IMAGINÁRIO

Durante o processo gestacional, há um acontecimento de grande relevância, a construção do bebê imaginário, ou seja, com o suporte da transparência psíquica ocorre o hiperinvestimento narcísico da gestante em seu filho, o qual advém uma vez que o objeto de investimento pertence à própria mãe, isto é, ainda está dentro de seu próprio corpo. Dito de

outro modo, a transparência psíquica proporciona os pré-requisitos para que a futura mãe comece a construir psiquicamente o bebê imaginário que habita seu ventre (Bydlowski, 1997; Benhaim, 2007).

Para isso, a gestante diminui seu investimento libidinal no mundo exterior e desloca narcisicamente sua libido ao bebê que cresce em seu ventre. Em outras palavras, o objeto que é investido na gravidez, o bebê, não difere do eu (mãe), uma vez que o bebê está no corpo materno, o objeto amado da mãe acaba sendo seu próprio corpo e aquilo que a habita (Aulagnier, 1994). Esse renascimento narcísico possibilita que o bebê vá ocupando, no psiquismo materno, um lugar privilegiado.

Em vista disso, para constituir-se como mãe, primeiramente, a mulher passa a compor, imaginariamente, em seu psiquismo, o bebê que carrega em seu ventre. Durante a gestação, a mulher que se tornará mãe pressupõe a chegada de seu bebê, com a construção do quarto, do enxoval, escolha do nome, com as transformações de seu próprio corpo, e assim tece o lugar de seu filho, investindo narcisicamente neste que está por chegar (Iaconelli, 2007).

O narcisismo da mãe durante a gravidez tende a englobar, primeiramente, os objetos, bem como o lugar imaginário ocupado pelo bebê, construindo um “berço psíquico” (Iaconelli, 2007), para depois, com a chegada deste, realizar o luto dessa fantasia do encontro com o bebê real (Iaconelli, 2007).

Nesse momento gestacional, devido ao pouco contato com seu bebê, a mulher tece um lugar imaginário para ele e, por meio dessa aposta imaginária, a mãe pode construir um espaço para o feto em formação e entrar em contato com seu bebê antes mesmo do nascimento (Debray, 1988; Brazelton & Cramer, 1992).

Para Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes (2004), os movimentos do feto no último trimestre de gestação contribuem para a transição, no psiquismo materno, entre o bebê sonhado e o bebê real. Aos poucos a mulher personifica seu bebê, atribuindo a ele

características físicas e psíquicas, promovendo uma filiação à família a qual pertence (Lebovici, 1987; Aulagnier, 1990).

O bebê imaginário é, portanto, a personificação dos desejos e anseios maternos, inserido na teia simbólica e imaginária materna a respeito do seu desejo em relação à maternidade e à maneira como ela foi construída. Logo, o bebê ideal é portador de todo investimento libidinal da mãe e esse processo é de significativa importância para que ela possa inserir o feto dentro da ordem social e simbólica da qual faz parte e, ainda, libidinizar seu corpo, torná-lo um sujeito com sua história, mudando seu status de feto para criança (Lebovici, 1987; Aulagnier, 1990).

Para tanto, esse momento de construção do bebê imaginário é permeado por muitas palavras e desejos, sendo que a chegada ao mundo de todo humano é mediada por um banho de linguagem, como proposto por Szejer & Stewart (1997). Tanto as palavras ditas como as não-ditas sobre um bebê promovem a construção de um lugar psíquico à criança que está por vir.

Esse é o caminho psíquico a ser traçado para que a mãe possa tanto familiarizar-se com esse filho que está por vir, como também entrar em contato com sua pré-história e com as marcas inscritas em seu psiquismo; isto é, com a maneira como essa mulher vivenciou seu próprio banho de linguagem, como ela foi inserida no mundo enquanto um sujeito de desejo diferenciado, o que proporciona meios de conferir ao seu bebê condições de ser inserido simbolicamente enquanto sujeito ou enquanto um bebê imaginado (Tavares, 2016).

Esse processo da construção do bebê sonhado irá auxiliar a mulher não somente na sua construção enquanto mãe, mas também no encontro com o bebê da realidade, com aquele que se mostra a ela no instante de seu nascimento; ou melhor, o bebê que foi imaginado confere à mãe o substrato psíquico para que ela possa se relacionar com o bebê da realidade, visto que a imagem dele será ao menos confirmada, mesmo que nunca corresponda completamente ao

que a mulher havia idealizado (Lebovici, 1987; Aulagnier, 1990; Mathelin, 1997b/1999; Mannoni, 1985).

Além de promover apoio para a mãe no encontro com o bebê real, o bebê imaginário permite a ela apostar nas possibilidades de seu filho, de forma a acreditar que ele pode ainda mais do que lhe é permitido, seja psíquica ou organicamente (Aulagnier, 1990).

Junta-se a isso a importância de outra função da construção de um bebê imaginário, qual seja, a de promover que a mãe não vivencie apenas um momento de luto em seu parto, ou seja, o luto do final de sua gestação e de uma parte de seu corpo; uma vez que por outro prisma, ele permite que a mulher vivencie o nascimento, onde ela acaba de gerar um ser diferenciado de seu próprio corpo, como até então ele era percebido (Aulagnier, 1994).

É a representação do futuro bebê e de toda essa construção da sua maternidade que possibilitará à mulher realizar um investimento libidinal e afetivo em seu bebê apresentado na realidade, o que a ajudará, assim, a desenvolver sentimentos de confiança e de competência em relação ao seu papel (Debray, 1988).

Na grande maioria dos casos, esse investimento transcorre de maneira natural, por meio de uma formação gradual do vínculo entre mãe e bebê. Assim, se tudo ocorrer bem, pode ser mais fácil para a mãe conseguir lidar com a perda do bebê imaginário, que de toda forma é conflitante, e constituir um lugar em seu psiquismo para o bebê real. Este pode tanto provocar inquietude e encantamento, como também pode fazer a mãe deparar-se com frustrações, desapontamentos e dificuldades na maternidade (Lebovici, 1987).

Entretanto, nesse processo, pode haver a interferência de inúmeros fatores, em especial da prematuridade extrema, quando o parto acontece de maneira muito inesperada e o bebê que se apresenta difere consideravelmente do bebê imaginado; ocorrência esta menos impactante em um parto a termo.

5 A MATERNIDADE NA UTI NEONATAL

5.1 A MÃE DO BEBÊ PREMATURO

A ocorrência dos partos prematuros concentra-se no terceiro trimestre da gestação, ou seja, a partir da 28^a semana de gestação e, geralmente, ocorrem quando há uma interação importante entre a mãe e o bebê, quando ela já está sentindo a criança em seu ventre de maneira intensa, momento o qual a transparência psíquica se faz mais presente e está em curso a construção de seu bebê imaginário e da elaboração psíquica da mulher enquanto mãe (Szejer e Stewart, 1997; Mathelin, 1997b/1999).

Nesse tempo da gravidez, no terceiro trimestre, como salientado no capítulo anterior, a mulher pode sofrer diversas descompensações somáticas, tais como: infecções, hipertensão induzida pela gravidez, ganho de peso insuficiente, entre outros, que podem proporcionar, frequentemente, a interrupção da gestação (Bittar & Zugaib, 2009, Szejer & Stewart, 1997).

Além disso, há importantes fatores psíquicos que podem estar presentes e que contribuem para a irrupção do parto prematuro, como questões psíquicas inconscientes maternas, a ambivalência em relação ao desejo ou não de ser mãe, ansiedade em relação à sua saúde e à saúde de seu bebê (Nix & Ansermet, 2009).

Nesses casos, em que há intercorrências no processo gestacional, é possível que seja necessário que a mulher fique hospitalizada em constante monitoramento até o nascimento do bebê. Essa hospitalização, que muitas vezes pode ser urgente, significa que, possivelmente, ela não poderá mais retornar à sua casa e dar continuidade aos preparativos para a chegada de seu filho, assim, os planos para seu nascimento são interrompidos (Szejer & Stewart, 1997; Vanier, 2016).

Devido a esses inúmeros fatores, que podem preceder a interrupção da gestação, a ansiedade da mulher agravar-se. Há que se considerar que o nascimento prematuro é um momento de violência, visto que o potencial de risco surge, muitas vezes, de maneira insidiosa, e isso afeta não só a criança, que abruptamente é retirada do útero materno e terá que se encontrar com possíveis consequências orgânicas de sua prematuridade, mas também a mulher e sua família, que são brutalmente atravessados pela prematuridade e sofrem diante de uma repentina interrupção do processo de gestação psíquica da criança (Dias, 2006).

Irrompe-se uma mãe cujo lugar materno, em construção, foi antecipado em virtude de um corte. (Netto & Duarte, 2010). Desse modo, carrega o medo e o desespero, e impera, muitas vezes, a culpa por não ter conseguido levar a gestação até o final, bem como o luto por algo que não existiu, qual seja, o nascimento a termo de seu bebê (Druon, 2012; Vanier, 2016; Brazelton & Cramer, 1989; Vanier, 2013/2015).

É imperativo ressaltar que a mãe de um bebê pré-termo sofre uma abrupta interrupção, não somente da gestação com todo o seu valor psíquico em constituição, mas também dos planos e projetos para a chegada do bebê (Vanier, 2013/2015; Ferrari & Donelli, 2010).

Com essa antecipação dos lugares que ainda estavam em construção, seja do lado da mulher, em seu exercício da função materna, seja do bebê real que se mostra quando ainda estava em constituição seu lugar no psiquismo materno, a mulher passa por diversos processos de luto.

Freud (1915/2006) entende o luto como uma reação à perda, esta não ligada somente à morte, mas também a perdas reais e simbólicas existentes na vida do indivíduo. Dessa forma, há perdas significativas para essa mulher, cujo bebê nasceu antes do previsto.

Ela precisa lidar com o luto da gestação e maternidade idealizadas, construída ao longo de sua história, com a gestação completa de 40 semanas e a saída da maternidade com seu bebê recém-nascido no colo (Baltazar, Gomes & Cardoso, 2010).

Depara-se, de tal forma, com um processo de tornar-se mãe diferente daquele por ela esperado, com a irrupção de um parto nunca antes imaginado, com a interrupção de planos que estavam sendo aos poucos concretizados, como o quarto do bebê, o enxoval, as festas comemorativas antes do nascimento, bem como as festividades após o nascimento do bebê (Iaconelli, 2007; Brito & Pessoa, 2006).

É comum, que algumas mães, ao encontrarem-se com seus bebês, apresentem algo como a negação do estado de saúde de seu filho, afirmando que ele está bem, contrastando com o estado real da criança (Brito & Pessoa, 2006). Sobre a negação, Klüber-Ross (1981/2018) destaca fazer parte do processo de luto, sendo, em primeiro momento, uma forma saudável de lidar com uma situação dolorosa. Para a autora, a negação serve como um para-choque de notícias inesperadas e chocantes e proporciona que, com o tempo, o paciente possa recuperar-se.

Em razão do fato de seu bebê encontrar-se, na maioria das vezes, entre o limiar da vida e da morte, essa mulher sente sua maternidade continuamente ameaçada pela frágil situação de seu bebê. Ela possui a função materna, mas não consegue exercê-la em sua completude, sabe que é mãe, mas apresenta dificuldade em sentir-se mãe, por não conseguir assumir esse papel em sua totalidade (Brito & Pessoa, 2006).

Isso é devido à impossibilidade de exercer os cuidados básicos de seu filho, oferecer colo a qualquer hora, amamentar, pois divide esses cuidados, que competem ao papel materno, com a equipe médica. Assim, a mãe do bebê prematuro encontra dificuldade em exercer e apropriar-se de seu papel materno e, dessa forma, dar sequência ao desenvolvimento do vínculo com seu bebê, interrompido pelo parto pré-termo (Brito & Pessoa, 2006).

Muitas mulheres ressaltam, no instante do internamento de seu filho, a angústia de ou não poderem amamentar, tendo em vista a sustentação mecânica de seu bebê proporcionada

pela medicina, ou por não conseguirem sustentar seus bebês, seja por meio do leite, do contato físico, do colo ou das palavras (Battikha, 2006).

Permeadas, muitas vezes pela culpa, sofrem uma ferida narcísica bastante proeminente. Nas palavras de Battikha (2006, p.164), “a mãe, que seria potencialmente capaz de dar sustentação para o seu bebê, com seu leite, com suas palavras, sente-se destituída de suas referências. Percebe-se uma recorrente ideia de fracasso, de culpabilidade e de incapacidade”.

Soma-se a isso, a frustração de algumas mães em não poderem segurar seu bebê no colo, de aconchegá-lo, já algumas mostram uma dificuldade em acariciar o bebê prematuro quando são permitidas a fazê-lo. Muitas apresentam medo em tocá-los, pois são muito frágeis.

Segundo Maldonado (1989), esse medo de tocar e acariciar o bebê prematuro pode ser relacionado com a culpa pelo parto prematuro, ou seja, devido à ferida narcísica da mulher, em não poder levar sua gestação até o final, muitas passam a sentir medo de fazer mal ao bebê, duvidando de sua própria capacidade em cuidar de seu filho. Já há outras mulheres que temem ligar-se ainda mais afetivamente ao seu bebê e vir a perdê-lo, tendo em vista sua frágil situação de saúde.

Após a irrupção do parto prematuro, há, portanto, o desdobramento de tempos bastante difíceis para essa mãe e sua família, uma vez que precisará enfrentar situações as quais, até então, não eram consideradas como: a separação física que se coloca logo após o nascimento, o enfrentamento diário da possibilidade de seu bebê ir a óbito, a necessidade de lidar com a fragilidade desse bebê que pouco responde aos chamados maternos, a dificuldade em reconhecê-lo como seu e filiá-lo imaginariamente; há, ainda, a destituição constante do saber materno pela força do saber médico tão imprescindível (Ferrari & Donelli, 2010; Gomes 2004; Zen & Motta, 2008).

Cabe ressaltar que, dentre tantos afetos, Salles (1992) pontua a fantasia materna sobre o que ocorreu com a criança como sendo fruto de um erro da mãe. De tal forma, esta mãe poderá apresentar algumas condutas futuras com o bebê, tais como a superproteção, buscas intermináveis por tratamentos às vezes desnecessários e a eterna gestação da criança, quando os pais demoram muito tempo para deixar de ver o filho como prematuro.

Diante do exposto, percebe-se que a construção da maternidade para uma mulher, cujo parto ocorreu de maneira abrupta e imprevista, é permeada de características que em muito divergem de um parto a termo, uma vez que ela precisa se haver com a interrupção de sua gestação, a qual comporta em seu simbolismo não somente a gestação orgânica de seu bebê, mas também toda a preparação psíquica para que essa mulher possa exercer sua maternidade. Dessa forma, todo esse processo engendra, por parte da mulher, uma antecipação psíquica desse lugar em construção.

5.2 NASCIMENTO PREMATURO: O ENCONTRO COM O TRAUMA

As diversas situações difíceis que a mulher enfrenta quando há um nascimento prematuro podem ser entendidas como uma situação traumática e há que se considerar que, em uma circunstância de prematuridade, na qual a urgência da hospitalização protagoniza a história, o nascimento prematuro mostra-se violento em seus efeitos, principalmente para os pais e, em especial, para a mãe (Vanier, 2013/2015).

Ela pode experimentar o momento do nascimento de seu filho como um evento brutal, imprevisto, traumático, que excede qualquer capacidade de elaboração; é uma intrusão do *Real* (Ansermet, 1999/2003).

Nas palavras de Mathelin (1997b/1999, p.65):

Uma decisão médica é tomada de urgência para salvar a vida da mãe e a do bebê. Ou então se trata ainda de um parto provocado brutalmente, sem que nenhuma prescrição possa controlá-lo, que perturba todos os projetos, todas as antecipações sonhadas pelos pais prevendo esse dia calmo e sereno que deveria ser a vinda de seu filho ao mundo. Este filho, nascido no pânico e no imprevisto, lhes é bruscamente arrancado pelos médicos.

Vive-se, dessa forma, no âmago do trauma, tudo se passa de forma muito rápida, sem que seja possível representar o que está acontecendo. A mãe é tomada por um sentimento de irrealidade. Trata-se de uma ocasião em que vida e morte se misturam. Nas palavras de Ansermet (1999/2003, p.49), “a situação da reanimação neonatal é justamente a do pavor, com seu efeito de sideração”.

Para entendermos essa fase em que se encontra essa mãe enquanto há o internamento de seu bebê, faz-se necessário explicar a respeito de alguns importantes conceitos. Essa mulher, frente a esses acontecimentos inesperados, encontra-se em um instante de urgência generalizada, de ruptura da homeostase, de urgência subjetiva.

Vieira (2008) define a urgência como a interrupção do tempo e do espaço, em que o tempo presente se eterniza, dando lugar ao vazio e ao surgimento de afetos como a angústia, o *stress* e o pânico.

A urgência subjetiva define-se como a demanda de um sujeito em situação de crise, ou seja, uma situação de urgência psíquica promovida por algum acontecimento inesperado, uma ruptura, um sofrimento da ordem do insuportável, o qual transborda um excesso de angústia, extrapola as capacidades do sujeito de dar sentido a esse acontecimento, em que não há contorno pelas palavras (Belaga, 2007; Sotelo, 2007; Sotelo, 2014).

Moura (2000, p.8) assim resume a urgência subjetiva:

As situações de perda, seja de pessoas queridas (morte), da condição de “sadio” (doença), da condição de inteiro (cirurgia)..., se caracterizam na urgência por rupturas e descontinuidades que levam a pessoa a se perguntar: Quem sou eu agora? e ao mesmo tempo a se deparar com a quebra de certezas e ilusões que a sustentavam: Por quê? Na nossa prática sabemos com que frequência a perplexidade nestas situações vem acompanhada da pergunta: Por que comigo? Pergunta que revela a ilusão do “ao menos um” que não sofreria como o resto dos mortais. Estas situações com as quais se depara o psicanalista em um hospital o confrontam com uma práxis atípica, a da urgência, quando o sujeito vai estar assujeitado às situações inesperadas e deste lugar pode fazer um chamado ao analista.

O sujeito encontra-se, então, em situação de crise, de algo da ordem do inesperado e é compelido a resolver aquilo que saiu da programação, na busca de um discurso que obture, que faça sentido, ao furo nesse discurso. Logo, a urgência subjetiva é a demanda de todo paciente que se encontra em crise, uma irrupção do que se pode chamar de trauma (Belaga, 2007).

Pode-se colocar a urgência subjetiva, dessa forma, ao lado da angústia e do trauma, visto que, ela, da mesma forma que a angústia, refere-se pela irrupção do *Real* no *Simbólico* e é disso que se trata uma situação traumática (Lacan 1962-1963/1998).

Etimologicamente, a palavra trauma deriva do grego *traumatikós*, que significa ferida, ferir (Pontalis & Laplanche, 2001). Dessa forma, aquilo que fere pode ser tomado como trauma, entretanto, do ponto de vista da psicanálise, o trauma seria qualquer afeto que provoque medo, angústia, vergonha ou dor psíquica, que se inscreve na dimensão da surpresa, do imprevisto e do inesperado, promovendo um abalo no aparelho psíquico (Freud, 1895/2006).

Destaca-se que conceituou a teoria do trauma, desde o início do seu trabalho, em que o trauma da sedução sexual pelo adulto ocupava um importante lugar na etiologia das neuroses. Essa teoria foi posteriormente substituída pelo conceito de fantasia e pela noção de realidade psíquica, uma vez que essa vivência do trauma na infância pode ser suposta ou apenas inferida Freud (1917/2006).

A partir de 1920, a concepção do trauma para a teoria freudiana apresenta uma proporção mais emblemática. Com o advento da Primeira Guerra Mundial e a constante chegada de soldados que apresentavam sintomas psíquicos decorrentes da guerra, Freud passa a direcionar seu olhar para os sintomas originários de traumas decorrentes de situações atuais, como a neurose traumática no pós-guerra, na qual havia uma fixação, por parte do paciente, no momento do acidente traumático, em que a compulsão à repetição se dá para além do princípio do prazer (Freud, 1920/2006).

Diferentemente da concepção inicial psicanalítica, Freud definiu a neurose traumática originária de um acontecimento externo intenso, cujo impacto emotivo provoca, pela carga contida, sintomas significativos como confusão mental, estupor e agitação motora (Freud, 1920/2006). Além disso, na neurose traumática o indivíduo tem a sensação de que sua vida corre perigo, com sentimentos de excesso, congelamento de energia, bloqueio e paralisa (Uchitel, 2001).

Dessa maneira, o trauma não surgiria apenas de conflitos internos, mas de eventos externos que, por alguma razão, colocam em xeque a teoria freudiana do princípio do prazer, em que há a irrupção de uma angústia que aponta um excesso sem a possibilidade, mesmo que provisoriamente, de simbolização (Laurent, 2002).

Por conseguinte, para o psicanalista, diferentemente do sintoma neurótico, no sintoma traumático impera o retorno e a revivência incessante da situação traumática – a compulsão à repetição. Ele considera, portanto, a situação traumática como pertencente à ordem do

irrepresentável, visto que, por seu caráter violento, há um excesso de excitação psíquica o qual ultrapassa as barreiras de proteção do sujeito, bem como sua ligação com o psiquismo (Freud, 1920/2006; Freud, 1925/2006).

Já Ferenczi, psicanalista que bastante se debruça sobre esse tema, define o trauma como uma “dor sem conteúdo de representação” (Ferenczi, 1932/1990, p.64), cuja consequência é um enfraquecimento do sentimento de existência.

Dito de outra maneira, as marcas dos acontecimentos traumáticos, as quais dificilmente conseguem adquirir um sentido no psiquismo, produzem clivagens psíquicas. Nelas, o ego, como estratégia de sobrevivência frente ao trauma, fragmenta-se em diversas partes incomunicáveis, a fim de manter separados os conteúdos psíquicos que não conseguirão se relacionar à uma cadeia representacional, há uma desconexão afetiva, cujo objetivo último é atingir um certo apaziguamento existencial (Ferenczi, 1934/1992).

Lacan, por sua vez, a partir dos conceitos freudianos, ao sublinhar que o verdadeiro núcleo traumático é a relação com a língua, destaca que o trauma se refere ao impacto que as palavras escutadas precipitam no corpo do ouvinte, sem que ele possa atribuir-lhe sentido (Miller, 1997).

Dessa maneira, para Laurent (2004), o trauma carrega em si fenômenos que tocam o *Real*, visto que, dentro do limite do sistema de linguagem, o trauma toca a borda do *Real*. Retoma-se, assim sendo, que os três registros psíquicos evidenciados por Lacan (1974), RSI (*Real, Simbólico, Imaginário*), são considerados como as categorias elementares do psiquismo.

Destaca-se, portanto, que o *Real*, imprescindível para o entendimento do trauma, consiste como aquilo que escapa à apreensão do *Simbólico*, é o não senso, o sem palavras que dão contorno ao vazio e que não cessa de tentar se inscrever na ordem simbólica. (Jorge, 2000; Chaves, 2006). Junta-se a isso o *Simbólico* que, refere-se à estrutura da linguagem

universal para a existência humana, liga-se ao significante, e o *Imaginário* configura-se como a relação dual que um sujeito estabelece entre sua imagem e seu Eu (Sternick, 2010).

Em outras palavras, a linguagem é tecida por fios de *Simbólico* e de *Imaginário*, sendo o *Real* as hiências, os furos que se destacam na trama. É nesse contexto que se encontra o trauma, o qual destaca o reencontro com o desamparo e de um *Real* que se sobrepõe ao *Simbólico* (Caldas, 2015). Desta feita, Laurent (2004) conclui dizendo que tudo o que não é programável se torna trauma.

Em vista disso, o trauma corresponde a uma invasão do *Real* que se circunscreve para além da representação simbólica, o ponto impossível de ser absorvido no *Simbólico* e nomeado, é a angústia traumática, é aquele acontecimento não programado que faz um buraco no interior do *Simbólico* (Laurent, 2004).

Nas palavras de Soler (2004, p.71):

É por isso que o trauma é referido a um real que assalta o sujeito, um real que não pode ser antecipado ou evitado. Um real que exclui o sujeito e não mantém relação nem com o inconsciente, nem com o desejo próprio a cada um; um real com que nos deparamos e em face do qual o sujeito, como se diz, não se aguenta; um real, enfim, que deixa sequelas, como tantas marcas que cremos serem inesquecíveis.

Ansermet (2015) destaca ainda que, sendo o trauma o encontro com aquilo que escapa à simbolização, o sujeito mergulha, num primeiro tempo, na sideração, devido à hiência que se abriu entre o acontecimento e a capacidade de significação, da representação daquilo diante do qual ele se encontra. Trata-se, portanto, do desamparo, da castração, do irrompimento do *Real*, “a realidade reencontra o fantasma e surge o trauma” (Mathelin, 1997b/1999, p.17). Por ser impensável, o trauma permanece sem fala.

Em termos lacanianos, pode-se considerar o trauma, dessa maneira, como uma experiência de encontro com a dimensão do *Real*, ou seja, não capturada pela linguagem. Diante disso, para que uma elaboração seja possível, torna-se imperativo que haja um espaço para simbolização.

Para tanto, a fim de bem compreender o momento psíquico que se encontra a mãe do bebê prematuro, diante da situação traumática que lhe sobreveio e da urgência a qual se encontra, interessa considerar ainda a questão da temporalidade na psicanálise.

Para Freud, um trauma não se define, em especial, apenas pelo evento traumático em si, mas sim pela representação e significação conferida pelo indivíduo em seu psiquismo, *a posteriori*. Dito de outro modo, o valor traumático de um evento é particular de cada sujeito, e pode ser localizado a partir da narrativa de cada um, da representação concedida por cada pessoa após o acontecimento (Freud, 1895/2006).

Dessa forma, o trauma engendra-se com a realidade psíquica de cada sujeito, a partir da interpretação realizada após o choque, uma vez que a rememoração de um evento traumático é capaz de modificações e de transfigurações do mesmo evento na construção da realidade psíquica. A lembrança é um efeito do *a posteriori* da teoria freudiana (Freud, 1924/2006).

Assim, ressalta-se a temporalidade do psiquismo para a elaboração do evento que causou o choque, uma vez que, considerando a atemporalidade do inconsciente, o psicanalista destaca os efeitos desse acontecimento que ocorrerão, em sua maioria, em uma temporalidade psíquica inscrita em três tempos: o tempo do acontecimento, um tempo de latência e um tempo no qual o acontecimento traumático produzirá seus efeitos e sintomas, como tentativas de resolução de conflitos (Freud, 1924/2006).

Outrossim, Lacan (1945/1998), ao utilizar o conceito do tempo lógico, evidencia que a elaboração psíquica de um acontecimento segue a temporalidade lógica, ou seja, essa

ressignificação não obedece à ordem cronológica, sendo inserida na dimensão simbólica do tempo lógico, no qual o sujeito, por meio de divisões do tempo e de sua articulação, alcança uma conclusão. Isto posto, a temporalidade lógica proposta por Lacan, assinala as singularidades das escansões temporais necessárias a cada sujeito com o objetivo de deduzir de maneira lógica a verdade de sua posição subjetiva frente ao Outro (Berta, 2015a).

Lacan estabelece, para tanto, três momentos do tempo lógico: o *instante de ver*, o *tempo de compreender* e o *momento de concluir*. O *instante de ver* caracteriza-se como o instante da constatação do que se pode ver, de fulguração, em que se torna possível o raciocínio e ou subjetivação; o *tempo de compreender* é o tempo da formulação de hipóteses e o *momento de concluir*, tempo de conclusão após um espaço para elaboração (Garcez & Cohen, 2011; Sotelo, 2014).

A partir do exposto, acentua-se que a conjuntura do nascimento prematuro, pode caracterizar-se por um momento traumático e a situação de desespero, de inesperado que entrecorta a mulher em sua gestação, “vivendo aquele nascimento como um traumatismo...o real, com todo o seu horror conduz o jogo” (Mathelin, 1997b/1999, p.67).

Nesse instante, a mulher depara-se com a irrupção do *Real*, com a inexistência de palavras que possam dar contorno à situação traumática que está vivenciando, um instante caracterizado pela angústia, de ruptura da cadeia significativa, de urgência subjetiva.

Nas palavras de Ansermet (1999/2003, p.49):

No teatro da reanimação neonatal, a história tem dificuldade de existir. A todo o momento a morte ameaça interrompê-la. Ou a possibilidade de uma deficiência a congela. Resta apenas o real, inassimilável simbolicamente. O que acontece em neonatologia faz parte da clínica do real: tanto para os pais como para os que nela trabalham, um encontro com o real se produzirá e poderá se revelar maciçamente traumático.

Nesses momentos de urgência do parto e da interrupção da gestação, do desamparo, da ausência de tempo, da pressa, da iminência da morte, pode-se dizer que a mulher se encontra congelada na angústia e no trauma do *instante de ver*, postulado por Lacan, podendo haver um curto-circuito entre o ver/compreender/concluir (Berta, 2015a). Com a fusão entre o *instante de ver* e o *tempo de compreender*, e o *momento de concluir* fica em segundo plano (Vieira, 2008).

Destaca-se, assim, o *instante de ver*, visto que ele reúne o choque do encontro com uma contingência que excede as coordenadas simbólicas e imaginárias do sujeito. Nas palavras de Berta (2015b, p.103), “momento de impacto que força as bordas da janela fantasmática – do enquadre da realidade psíquica”. Esse instante marca as situações de pavor, de trauma, e promovem a urgência subjetiva. Nesses momentos, pode haver uma anulação do tempo de compreensão da mãe do bebê prematuro (Ansermet, 1999/2003, Sotelo 2007).

Portanto, o traumatismo do encontro com o imprevisível do parto prematuro, com o *Real* de difícil simbolização pela mulher, a coloca, em alguns casos, no congelamento do *instante de ver*, necessitando de maior esforço para elaboração do que lhe aconteceu.

Para recobrimento e contorno do *Real* assustador que se mostra, é comum o apego à religião. Freud (1927/2006) discorre a respeito das ideias religiosas, elaboradas pela humanidade a serviço de circunscrever as situações em que o desamparo se fez presente, em que o homem possui pouco ou nenhum controle, como os fenômenos da natureza, as doenças e a finitude da vida.

Essas questões colocam o homem frente à sua castração e revelam feridas em seu narcisismo, uma vez que sua ideia de onipotência é colocada em xeque. No tocante à vida e à morte, o apego à fé e a seres sobrenaturais que teriam uma explicação para os acontecimentos dolorosos, para aqueles que a ciência tem pouca ou nenhuma explicação, bem como a cura para os males é uma tentativa de restaurar o narcisismo ferido (Cintra, 2004).

Klüber-Ross (1981/2018) pontua que, diante da possibilidade da morte de um ente querido, percebe-se que o apelo da religião, por parte da família, é algo muito recorrente, a fim de encontrar forças e esperanças para a sobrevivência do doente.

Isto posto, é bastante comum o apoio que essas mulheres, cujos bebês nasceram antes do previsto, encontram na religião, trazendo muitas vezes discursos religiosos que auxiliam no contorno e no encobrimento desse *Real* assustador e sem explicação. A religião possui, nesses casos, a função de amparo à mãe, de garantia da sobrevivência e recuperação do bebê, a busca de explicações para o parto prematuro do filho (Véras, Vieira & Morais, 2010).

À vista disso, do encontro com o trauma, que provoca a clivagem egóica nessa mãe, em que há conteúdos os quais estão impossibilitados de representação na cadeia significante e o trabalho da associação livre encontra-se obliterado, importa salientar a necessidade da oferta de uma escuta que a auxilie na elaboração desse acontecimento, em busca da inscrição daquilo que ainda não foi capaz de encontrar registro no psiquismo.

Dessa maneira, possibilita-se a ressignificação desse acontecimento, considerando a temporalidade do inconsciente, o *a posteriori* freudiano, para que o *Real* que a assalta possa, aos poucos, obter um sentido, minimamente, encoberto pelo *Simbólico* e ela possa criar novas possibilidades subjetivas, com a intenção de que o trauma se inscreva como um trauma psíquico de outra ordem.

5.3 O ENCONTRO COM O BEBÊ DA REALIDADE

O nascimento prematuro, de forma semelhante a todo nascimento, comporta diversos graus de angústia e situações que exigem um remanejamento psíquico por parte dos pais, em especial.

Esse momento é permeado por uma tempestade psíquica, na qual a realidade se junta à fantasia, ou seja, há o encontro entre o bebê que estava sendo imaginariamente gestado com aquele que se apresenta a eles no instante do nascimento. E este bebê não corresponde, quase em sua totalidade, ao bebê sonhado, principalmente nos casos dos nascimentos muito prematuros, uma vez que havia todo um tempo necessário à formação orgânica do bebê no ventre materno (Druon, 1988/1999). Logo, trata-se de um encontro bastante doloroso e difícil para a mãe, como destaca Brazelton & Cramer (1992).

Em um nascimento a termo, ainda que exista uma fase de grande fragilidade narcísica, há movimentos realizados pela família em torno da criança e da mãe que se abrem à vida. Na maioria das vezes, celebra-se o advento da vida, a vitória sobre a morte. Ao contrário de toda essa celebração, no nascimento prematuro, as críticas latentes estão presentes, amigos e familiares calam-se devido à angústia promovida pela dúvida em relação à sobrevivência ou às consequências orgânicas do bebê, não há presentes para celebrar a chegada de seu filho. Os pais são confrontados com o trabalho psíquico de aceitar o bebê real que substitui a criança imaginária de outrora. A mãe sofre uma profunda ferida narcísica e sofre seu fracasso e culpa, sejam eles expressos ou não (Druon, 1988/1999; Druon, 2012; Mathelin, 1997b/1999; Vanier, 2016; Suassuna, 2010).

Nesse interim, a mãe sente-se impedida de investir libidinalmente em seu filho, uma vez que a interrupção da gestação dificultou a construção imaginária do bebê. Diante disso, muitas vezes, essas mulheres sentem dificuldade em detalhar com profundidade o filho imaginário, acham difícil falar de seus filhos que estão na incubadora cobertos por aparelhos, bem como dificilmente conseguem acreditar que aquele bebê existe e nasceu; faltou o tempo necessário para o investimento da gravidez e da chegada do bebê. A lesão narcísica da mãe é devastadora e ela se percebe incrivelmente impotente frente ao seu filho (Druon, 2012; Mathelin, 1997b/1999; Vanier, 2016; Brazelton & Cramer, 1992).

Vanier (2016, p.02) concorda sobre isso quando diz que:

Para a mãe, um nascimento prematuro geralmente suspende sua capacidade de investir no bebê libidinalmente. A lesão narcísica é terrível. A "Sua Majestade o Bebê" de Freud, o bebê em cujo nascimento renasce o próprio narcisismo dos pais, certamente não parece nada como um bebê prematuro. (tradução nossa).

No contexto da prematuridade, o bebê que se apresenta à mãe é uma criança extremamente pequena, magra, pálida, frágil e imatura. É um cenário que lança a mãe em direção ao intenso conflito da não concretização do filho idealizado e sonhado, de maneira mais impactante do que ocorre com o nascimento de um bebê a termo, visto que não há bebê que consiga saturar o ideal materno.

A fragilidade e a condição do bebê muito prematuro e necessitado de intensos cuidados promove, muitas vezes, uma sensação de fracasso por parte da mãe; ao invés daquele de triunfo produzido por um nascimento a termo. Isso pode dificultar que o olhar da mãe se desloque do meramente orgânico do bebê para um olhar narcísico (Brazelton & Cramer, 1989).

A situação materna, decorrente do parto antecipado, impossibilita que a mãe promova a indispensável falicização da criança, processo no qual a mãe coloca o bebê no lugar de ideal e, a partir disso, aposta e vê o que não se mostra na realidade (Freud, 1914/2006), uma vez que seu bebê se mostra decepcionante, e ela está decepcionada consigo mesma, por não conseguir levar sua gestação até o final e gerar um filho saudável.

Do mesmo modo, o luto do filho imaginário, sempre presente, nessa situação de prematuridade, ainda mais na prematuridade extrema, torna-se mais difícil e, em muitos momentos, até mesmo impossível; por consequência, esse quadro pode dificultar o estabelecimento do vínculo entre mãe e filho (Mathelin, 1997b/1999).

Soulé (1987) pontua que, a mãe de um bebê pré-termo, em virtude desses acontecimentos, pode apresentar dificuldade em perceber a gravidade da situação, assim como investir em seu filho tal qual se apresenta na realidade. Isso acontece por permanecer presa ao bebê imaginário; fala sobre o bebê que se mostra na realidade da UTI como se ele correspondesse, em quase sua totalidade, ao bebê sonhado.

A respeito disso, Zornig, Morsch & Braga (2004) enfatizam que, nos casos de internamento do recém-nascido, a aproximação deste bebê real com o bebê imaginário necessitará de um tempo maior de elaboração, tempo este que pode se estender para além do período de estada hospitalar.

Outro fator, destacado por Debray (1988), que pode colocar um entrave no estabelecimento do vínculo entre mãe e o bebê, é a dupla separação que ocorre entre ambos, uma física, no momento do parto; e outra quando o bebê não vai para braços maternos e nem para casa, ficando em uma incubadora na unidade de reanimação neonatal.

Essas limitações, colocadas para a mãe, no tocante ao contato com seu bebê, podem dificultar o exercício da função materna e das operações que a caracterizam. Tais operações, destacadas por Jerusalinsky (2002), são: a *Suposição de Sujeito*, que se trata da leitura, por parte da mãe, de diversas reações involuntárias como sendo produções de um sujeito de desejo; o *Estabelecimento da Demanda*, caracterizado pela interpretação que o agente materno realiza das ações do bebê como se fossem a ela dirigidas; a *Alternância Presença-Ausência*, a qual implica que a mãe não se mostre sempre presente nos cuidados com o filho e nem sempre ausente, há que se ter uma alternância de ambos os aspectos e, por fim, a *Alteridade*, quando há a manifestação da lei. Importa salientar que, nos primeiros meses de vida de um bebê, as primeiras operações mostram-se mais presentes.

Tais restrições entre a díade mãe-bebê podem obstaculizar que a mãe desenvolva um estado psicológico próprio da maternidade, a preocupação materna primária. Esse termo é

tecido por Winnicott (1958/2000) e indica um estado psicológico de preocupação peculiar da mulher, no qual ela se retrai de seu entorno, focalizando sua atenção para seu bebê, ficando atenta às produções orgânicas e biológicas de seu filho.

Esse estágio tem seu início ainda durante a gestação, acentua-se ao final dela e perdura por meses após o parto. Na preocupação materna primária, a sensibilidade da mulher em relação ao seu bebê aumenta e proporciona que ela consiga colocar-se no lugar da criança, identificando-se a ela, para poder compreender suas necessidades e aos poucos, tece uma articulação simbólica entre cada uma dessas manifestações, promovendo, assim, marcas no psiquismo do bebê, inserindo-o no *Simbólico* (Winnicott, 1958/2000; Szejer e Stewart, 1997; Jerusalinsky, 2000).

A disponibilidade da mãe ao seu filho, viabilizada pela preocupação materna primária, proporciona à mãe o poder de significar as produções de seu bebê e realizar o que é adequado a ele naquele momento (Winnicott, 1958/2000; Soifer, 1977/1980).

É por isso que o mero choro reflexo do recém-nascido adquire para uma mãe situada desde sua "preocupação materna primária" o estatuto de um chamado. Nesta leitura, que transcende o puro cuidado do orgânico, ela põe em ato o texto simbólico que dá significação à vida do bebê. É a partir de tal tecido simbólico que se estabelece para o recém-nascido a possibilidade de vir a reconhecer-se (Jerusalinsky, 2000, p. 55).

Entretanto, há uma diferença quanto à "preocupação materna primária", quando há o nascimento de um bebê a termo e nenhuma intercorrência, e quando há uma situação de risco em UTI neonatal, visto que, tomada pela urgência, pela distância física de seu filho e banhada pelo saber médico, a mãe não consegue, na maior parte do tempo, ler as necessidades e demandas de seu bebê, muitas vezes por ela não reconhecidas. Isso geralmente ocorre porque a função materna somente consegue operar sob determinadas condições, as quais se mostram

afetadas na situação de internamento do recém-nascido com risco de morte (Jerusalinsky, 2000).

Nesses casos, Szejer (1999) afirma que a preocupação materna primária é extremamente forte, entretanto, esse sentimento cai em um vazio, em virtude da impossibilidade desta mãe de propiciar todos os cuidados que desejava ao seu bebê.

Já Gomes (2000) destaca que o processo de aproximação entre a mãe e o bebê diferencia-se da preocupação materna primária, visto que, nos primeiros dias de vida do bebê prematuro, ocorre a impossibilidade da mãe conseguir atingir esse estágio, em virtude da complexidade do nascimento desta criança, bem como das angústias despertadas na mãe durante esse processo.

Para a autora, a mãe precisa recuperar-se primeiramente dessa experiência, para então conseguir voltar-se, gradativamente, para seu filho e desenvolver a preocupação materna primária. Logo, isso será possível quando ela conseguir suportar a situação vivenciada e oferecer alguma continência para o bebê.

A mãe do bebê prematuro fica, portanto, deslocada de seu saber, desautoriza-se do exercício de sua função, não conseguindo também apaziguar a criança que está em sofrimento e recoberta por fios que impossibilitam, muitas vezes, o contato com seu bebê. A esse respeito, Agman, Druon & Frichet (1984/1999) ressaltam que nos casos de prematuridade e internamento do bebê, a mulher sente-se impossibilitada de ler as produções de seu filho, de simbolizá-las, pode vivenciar, inclusive, uma dificuldade em sentir-se mãe de seu bebê, como se houvesse uma barreira simbólica colocada pela situação de internamento, que interdita a simbiose mãe-bebê.

Ele está nas mãos de outras pessoas, do saber médico, e a mãe não pode envolver-se completamente com seu bebê. Nesses momentos, é comum que a mãe esteja em uma

preocupação “médico” primária e não preocupação materno primária, ocupando uma função mais médica do que maternal (Morsch & Braga, 2007).

É comum ver, nas unidades neonatais, mães que examinam os monitores que mostram os valores e marcações a respeito do bebê, leem o prontuário de seu filho, conversam entre si utilizando os códigos médicos que aprendem durante a estada na UTI. Elas se dirigem a variáveis que são de maior importância para elas e seus bebês (Agman, Druon & Frichet, 1984/1999; Morsch & Braga, 2007; Vanier, 2013/2015).

Esse estado peculiar da mãe pode dar a ideia de uma inversão de prioridades, visto que, em uma análise superficial, as mães estariam mais preocupadas em imiscuir as atitudes e decisões médicas em detrimento de ocupar-se de seu lugar enquanto mãe e de sua função (Morsch & Braga, 2007).

Entretanto, esse novo estado ocupado pela mulher, preocupação médico-primária, é apenas uma maneira encontrada pela mulher de envolver-se com seu filho. Em outras palavras, impedida de realizar a função materna em sua totalidade, essa mãe encontra uma outra maneira de relacionar-se com seu filho, estabelece assim uma outra via para aproximar-se de seu bebê (Mathelin, 1997a/1999).

Logo, a preocupação médico-primária surge no ambiente de reanimação neonatal a fim de contornar os obstáculos existentes ao seu lugar de mãe. Trata-se de um mecanismo de transição em que ela tenta resgatar a competência que lhe foi retirada pelo nascimento prematuro, uma forma de abrir caminhos para a interação com seu bebê (Morsch & Braga, 2007).

Esse estado peculiar da mulher nesse momento pode causar um desconforto na equipe de saúde, por sentirem-se, muitas vezes, incomodados com as intromissões da mãe no trabalho médico. Agman, Druon & Frichet (1984/1999) destacam que as mães de bebês prematuros hospitalizados podem rivalizar com a equipe médica, visto que, para muitas

mulheres, o serviço está lá a fim de cuidar de seu bebê, para finalizar o trabalho que elas não puderam concluir. Desse modo, a relação entre as mães e os profissionais é permeada por uma constante ambivalência.

Portanto, o encontro com o bebê muito prematuro mostra-se, na maioria das vezes, bastante difícil e conflituoso para a mãe, em virtude da interrupção de todo o trabalho psíquico para a construção do bebê imaginário, de fundamental importância ao encontro com o bebê real. Bebê, cujo lugar, no psiquismo materno, ainda estava em construção e que em nada se parece com o que estava sendo, gradualmente, imaginado. Esse encontro engendra o exercício de uma preocupação materno primária um pouco diferente, permeada pelo saber médico, a qual funciona, por fim, como uma etapa da construção do que vem a ser mãe de um bebê prematuro.

6 OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GERAL

Investigar os sentimentos e as vivências das mães que tiveram bebês prematuros extremos e muito prematuros, os quais ainda se encontram hospitalizados.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender a vivência do parto muito antecipado;
- Investigar os sentimentos presentes nas mães durante a hospitalização do bebê.

7 MÉTODO

7.1 O MÉTODO CLÍNICO-QUALITATIVO

Dentre os diversos métodos existentes para a condução de uma pesquisa, para a realização deste estudo, foi utilizado o método qualitativo, com o enfoque clínico-qualitativo.

Para Minayo (1993/1999), a pesquisa qualitativa busca o entendimento de processos e fenômenos que não podem ser reduzidos e operacionalizados em variáveis quantitativas, como, por exemplo, os significados, motivos, crenças, valores, entre outros aspectos.

Em consonância a isso, Turato (2003) defende que o método qualitativo emprega a concepção adotada pelas Ciências Humanas e busca o significado, seja individual ou coletivo, dos fenômenos em estudo.

Dessa forma, segundo Minayo (2002/1994), esta metodologia visa compreender o significado e a intencionalidade presentes nos atos, nas relações humanas, sendo o estudo realizado no setting natural dos fenômenos, a fim de buscar maior fidedignidade na apreensão da significação que determinado fenômeno em estudo ganha para quem o vivencia. Logo, o pesquisador qualitativista almeja apreender a fundo as vivências e as representações que as pessoas possuem daquilo que vivenciam (Turato, 2003).

A pesquisa qualitativa é, portanto, uma compreensão particular do fenômeno em estudo, cujo foco é trazer maior profundidade no entendimento do sentido desse fato, em que, ao abandonar a generalização, a atenção do pesquisador volta-se para o particular, para a individualização, para a compreensão e não para a explicação do objeto em estudo (Calil & Arruda, 2004).

Já o método clínico, bastante utilizado nas ciências humanas e médicas, caracteriza-se pela realização de uma investigação do fenômeno humano por meio da compreensão

simbólica e da compreensão do objeto de estudo por meio de uma atitude clínica (Calil & Arruda, 2004).

O termo clínico deriva do latim *clanicus*, que significa “pessoa acamada” e do grego *klinikos*, o qual se relaciona ao termo “cama” ou “leito” (Turato, 2003). Dessa maneira, para o autor, a atitude clínica refere-se ao modo natural do pesquisador de colocar-se frente a uma pessoa que necessita de auxílio a fim de, ao menos, compartilhar com ela seu sofrimento, com o conseqüente efeito terapêutico. Assim, “a atitude clínica...significa que olhos e ouvidos qualificados se aproximam para compreender existencialmente os sofrimentos que acometem o outro” (Turato, 2003, p.239).

Considerando, então, as particularidades da pesquisa qualitativa e do método clínico, Turato (2003) propõe a metodologia clínico-qualitativa, cujo foco são os múltiplos fenômenos presentes no campo saúde-doença. Este método é um aprimoramento dos métodos qualitativos das Ciências Humanas, voltado exclusivamente para o setting e para as vivências em saúde, por meio de um olhar clínico, utilizando-se de um enfoque psicodinâmico (Turato, 2003).

Nas palavras de Turato (2003, p.242):

Este método científico de investigação, sendo uma particularização e um refinamento dos métodos qualitativos genéricos das ciências humanas, e pondo-se como recurso na área da psicologia da saúde, busca dar interpretações a sentidos e a significações trazidas por tais indivíduos sobre múltiplos fenômenos pertinentes ao campo do binômio saúde-doença [...].

Trata-se, por conseguinte, de um método que busca alinhar as concepções metodológicas do método qualitativo e os conhecimentos e atitudes clínico-psicológicas. Para tanto, três são os pilares elencados pelo autor que sustentam o método clínico-qualitativo: a

atitude existencialista, com a valorização das angústias e ansiedades dos sujeitos; a atitude clínica, que acolhe as vivências emocionais dos sujeitos por meio da escuta e a atitude psicanalítica, com a utilização das concepções advindas do estudo da psicanálise (Turato, 2003).

Diante disto, pode-se aferir que o método clínico-qualitativo busca, em sua essência, apresentar e interpretar os sentidos e significados conferidos aos fenômenos relacionados à vida de um indivíduo que se encontra em um *setting* relacionado aos cuidados com a saúde (Turato, 2000).

7.2 CONSTRUÇÃO DA AMOSTRA E PARTICIPANTES

A palavra amostra significa uma parte, um fragmento tomado de um universo de maneira conveniente a fim de demonstrar determinadas características em estudo. Na pesquisa em ciências humanas, com enfoque qualitativo, a amostra refere-se a uma parcela extraída de uma população de sujeitos (Turato, 2003; Lakatos & Marconi, 1985/2003).

Para a construção da amostra da pesquisa, foi utilizada a técnica de amostragem intencional, ou seja, aquela em que o autor do projeto irá deliberar quais os sujeitos que comporão o estudo, segundo os pressupostos do trabalho e sobre os quais é possível aprender em profundidade as questões relevantes para a pesquisa (Turato, 2003).

Vale destacar que, na pesquisa clínico-qualitativa, não há preocupação com o tamanho da amostra, uma vez que o interesse da pesquisa está na compreensão do fenômeno estudado (Turato, 2003). Dessa forma, o fechamento da amostra dessa pesquisa se deu por saturação teórica.

A amostragem por saturação teórica é definida com a suspensão da inclusão de novos sujeitos na pesquisa quando os dados obtidos passam a apresentar uma quantidade

significativa de repetições em seu conteúdo, isto é, os elementos trazidos por novos participantes pouco contribuiriam ao material já colhido (Fontanella, Ricas & Turato, 2008).

O grupo da amostra dessa pesquisa foi composto por nove mulheres, mães de bebês prematuros, que nasceram com idade gestacional abaixo de 32 semanas de gestação, os quais ainda se encontravam hospitalizados. As idades variaram entre 18 e 38 anos e eram todas residentes na região Norte do Paraná.

Os critérios de inclusão foram mulheres maiores de 18 anos e que tiveram parto prematuro abaixo de 32 semanas de gestação no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (HU/UEL). Foram excluídas da pesquisa aquelas que apresentavam transtornos psiquiátricos diagnosticados pela equipe médica e as que ainda estavam internadas com complicações.

7.3 TÉCNICA DE ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA DE QUESTÕES ABERTAS

Para viabilizar o método clínico-qualitativo, foi utilizada a Técnica de Entrevista Semidirigida de Questões Abertas. Segundo Bleger (1980/2003), a entrevista mostra-se como um instrumento de fundamental importância para o método clínico, uma vez que verifica e amplia o conhecimento científico.

Para Turato (2003), na entrevista semidirigida é possível conferir a direção da entrevista, tanto por parte do pesquisador, como por parte do participante. Isso permite, assim, que o participante informe espontaneamente o conteúdo de sua resposta, bem como proporciona uma investigação em maior profundidade do problema proposto na pesquisa, visto que existe a possibilidade de o pesquisador desdobrar as respostas conferidas pelo entrevistado a fim de melhor compreender o conteúdo elencado por este.

Para tanto, confeccionou-se um roteiro com perguntas disparadoras que foram, no decorrer da entrevista, complementadas por outras questões que surgiram no momento da entrevista, possibilidade ressaltada por Manzini (1990/1991) e Bleger (1980/2003).

7.4 LOCAL DA COLETA

A coleta de dados ocorreu no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (HU/UEL), em específico na Unidade Neonatal (UN).

Trata-se de um hospital-escola, considerado o maior órgão suplementar da Universidade Estadual de Londrina, o qual serve como campo de estágio para diversos cursos da referida universidade. É o único hospital público de grande porte localizado no Norte do Paraná e referência no atendimento em alta complexidade para cerca de 250 municípios do Paraná e mais de 100 cidades de outros estados da federação.

A UN (Unidade Neonatal) é composta por três salas: a Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), que possui 14 leitos; e duas salas de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN), com 20 leitos ao total.

Na UTIN são alocados os bebês que apresentam grave condição de saúde, já na UCIN permanecem aqueles bebês que apresentam patologias menos graves ou aqueles que foram transferidos da UTIN, por apresentarem melhoras significativas em seu quadro de saúde.

7.5 COLETA DOS DADOS

As participantes foram convidadas a participar da pesquisa durante o período de permanência com o bebê na UN. A coleta de dados ocorreu somente após o aceite da participante à pesquisa, bem como posteriormente à explicação dos termos da pesquisa

contidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE - com sua consequente assinatura.

7.5.1 Ambientação e Aculturação

Como a pesquisa clínico-qualitativa configura-se em uma investigação realizada no *setting* natural, onde se encontra o fenômeno estudado, faz-se necessário destacar dois importantes processos a que o pesquisador deve se atentar para compreender melhor o campo em que se dará a coleta de dados de sua pesquisa, a ambientação e a aculturação.

A ambientação caracteriza-se como uma adaptação do pesquisador às rotinas do local estudado, coleta de informações sobre o cotidiano das pessoas presentes dentro da instituição, sejam funcionários ou pacientes. A aculturação, por sua vez, pressupõe um contato com as questões psíquicas, os costumes, a linguagem utilizada pela população estudada (Turato, 2003).

Sabendo-se da importância destes aspectos, antes da aplicação dos instrumentos de coleta de dados, a pesquisadora realizou os procedimentos de ambientação e aculturação, dentro da Unidade Neonatal do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (UEL), os quais não são considerados em quantidade, ou seja, em quantidade de visitas ao setor, mas em qualidade e profundidade.

A aculturação caracteriza-se pela aplicação de entrevistas de curso livre com pessoas representantes da comunidade dos participantes da pesquisa, cuja finalidade é permitir ao pesquisador vivenciar o processo de investigação, bem como fazer maiores ajustes no instrumento a ser utilizado. Essas entrevistas são de grande importância para a familiarização do pesquisador com o *setting* da pesquisa, bem como com a relação pesquisador e participante (Turato, 2003; Fontanella, Campos & Turato, 2006).

Para esta fase, foi selecionada uma mulher dentro da UN, cujo filho estava internado nessa unidade. Esta entrevista foi de grande valia em virtude da possibilidade do aprimoramento da pesquisadora em campo, bem como da detecção de fragilidades no roteiro da entrevista até então confeccionado, haja vista que o material colhido não permitiu que alguns objetivos da pesquisa pudessem ser alcançados.

Estes fatos foram levados à orientadora da pesquisa, bem como ao grupo de discussão com pares no Laboratório de Estudo e Pesquisa em Psicanálise da UEL (LEPPSI), sendo que o roteiro da entrevista sofreu alterações.

Concluída a fase de aculturação, deu-se início à fase formal da coleta de dados.

7.5.2 Descrição Geral Sobre as Entrevistas Realizadas

A totalidade das entrevistas foi realizada dentro das dependências do HU. Para tanto, a psicóloga responsável pelo UN realizava os primeiros contatos com a equipe de saúde, a fim de selecionar as possíveis participantes, ou seja, as mulheres que se enquadravam nos critérios de inclusão.

Após esta etapa, a entrevistadora, juntamente com a psicóloga, realizava o convite à possível participante, explicando os objetivos desta pesquisa. Após o aceite, esta era conduzida pela pesquisadora a alguma sala ou local disponível dentro no HU para que a entrevista pudesse ser realizada.

Cabe destacar a dificuldade relacionada ao local a ser encontrado para a coleta dos dados, visto tratar-se de um hospital de extremo dinamismo, em que as salas reservadas para atendimentos, geralmente estavam sempre ocupadas.

Todas as mulheres que foram convidadas a participar da pesquisa prontamente se disponibilizaram. Em todas as entrevistas foi estabelecida uma relação de empatia e confiança entre entrevistadora e entrevistadas. O tempo total para a coleta dos dados foi de três meses.

As transcrições das entrevistas para análise do material foram realizadas integralmente pela pesquisadora, em média uma semana após a coleta de cada entrevista. Este momento foi de grande valia, visto que foi possível reviver o instante da entrevista, bem como iniciar uma pré-análise do material coletado; etapa esta de fundamental importância para verificar o critério de saturação da amostra.

7.6 TÉCNICA DE TRATAMENTO DOS DADOS

A fase da análise dos dados coletados em uma pesquisa é de importância ímpar, posto que possui três objetivos: formular uma compreensão dos dados coletados, responder ou não aos pressupostos da pesquisa e estender o conhecimento científico sobre o tema pesquisado, vinculando-o ao contexto cultural do qual faz parte (Minayo, 1993/1999).

A técnica utilizada para a lapidação dos achados foi a Análise Qualitativa de Conteúdo, que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, com o objetivo de apreensão dos sentidos de um documento e de descrição dos conteúdos das mensagens (Campos, 2004; Bardin, 1977/2011)

Segundo Bardin (1977/2011, p.48), a análise de conteúdo é

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

Portanto, essa análise tem por finalidade produzir inferências do discurso, embasar os conteúdos produzidos por suposições subliminares em pressupostos teóricos utilizados pelo pesquisador (Campos, 2004).

Para atingir os objetivos propostos por esta pesquisa, foi utilizada a técnica da análise temática de conteúdo, cuja função é descobrir as unidades de sentido que compreendem a comunicação em análise, sendo que a presença ou frequência dessa unidade de sentido pode significar alguma coisa para o objetivo analítico empreendido (Bardin, 1977/2011).

A análise temática de conteúdo comporta algumas fases. A primeira consiste em realizar leituras flutuantes do material coletado do *corpus* das entrevistas. Após a leitura sistemática e repetida do material, selecionam-se as unidades de análise ou de significado, que podem incluir desde palavras até textos completos do material.

Para tanto, as entrevistas foram lidas diversas vezes e agrupadas em grandes temas. Para que a avaliação das informações que foram se repetindo, o procedimento da organização das unidades de análise foi realizada à medida em que as entrevistas eram transcritas. Isso permitiu um entendimento maior a respeito dos dados coletados, de técnica de agrupamento das informações, bem como da saturação da amostra.

Para Campos (2004), a opção por uma unidade temática em detrimento de outra se deve à consideração, por parte do pesquisador, tanto do objetivo do estudo, quando do pressuposto teórico adotado por este.

Por fim, as unidades de análise serão categorizadas e subcategorizadas em enunciados que contemplem um número de temas, segundo a proximidade, para que, por meio de análise, possam evidenciar significados relevantes para o alcance dos objetivos do estudo (Campos, 2004; Minayo, 1993/2007).

Essa categorização pode ser realizada de maneira apriorística, quando o pesquisador possui de antemão categorias pré-definidas, e não-apriorísticas, que emergem do contexto do

material coletado. Na análise do presente estudo, foi considerada a categorização não-apriorística (Campos, 2004; Minayo, 1993/1999). Destaca-se que a análise das categorias estipuladas se fundamentou na perspectiva da teoria psicanalítica.

7.7 VALIDAÇÃO EXTERNA – REUNIÃO E REVISÃO COM OS PARES

Na pesquisa clínico-qualitativa, a validação externa é um processo que envolve o pesquisador e seus interlocutores acadêmicos, cuja interlocução e debate proporcionarão considerações favoráveis, ou não, ao atributo de verdade a respeito dos dados encontrados (Turato, 2003).

Para tanto, nesta pesquisa, a validação externa aconteceu através da apresentação periódica dos achados em campo aos pares do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina (LEPPSI), da supervisão com a orientadora, de forma individual ou em grupo com outros pesquisadores.

7.8 CUIDADOS ÉTICOS

Este estudo seguiu as normas preconizadas pela Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), por se tratar de uma pesquisa realizada na área da saúde, e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, após seu cadastro na Plataforma Brasil, sob o CAAE nº 85673118.0.0000.5231.

Ressalta-se que foi estabelecida a concordância espontânea das participantes da pesquisa, expressa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes da execução da entrevista, a pesquisadora forneceu os esclarecimentos sobre o estudo (objetivos, justificativas, procedimentos e garantia do sigilo), como também respondeu às dúvidas que surgiram.

Os dados de identificação das participantes foram preenchidos em uma folha à parte do questionário e eliminados após o estudo. Seus nomes, no corpo da pesquisa, foram omitidos e substituídos por nomes de flores, em virtude da relação feita pela pesquisadora a respeito da delicadeza, tanto do momento vivenciado por essas mulheres, como das flores. Destaca-se, que a escolha do nome de cada flor não foi aleatória, sendo que o significado do nome de cada uma vincula-se a alguma característica da participante, apreendida pela pesquisadora.

Para maior fidedignidade e sigilo das informações coletadas, todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, sendo que os áudios foram apagados posteriormente à transcrição.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

8.1 DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO

A Tabela 1 a seguir traz as principais características das participantes do estudo:

Nome	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Nº gest.	Paridade	IG	Tipo de Parto	Má-formação	Aborto anterior
Amor-perfeito	18	união estável	Médio Completo	1	N	26s	vaginal	N	N
Bromélia	23	casada	Fund. C	3	N	29s	cesárea	N	S
Hortênci	34	solteira	Fund. I	4	N	29s	cesárea	N	N
Íris	29	casada	Médio Completo	1	N	32s	cesárea	S	S
Jasmim	20	união estável	Fund. I	1	N	29s	cesárea	N	N
Tulipa	38	união estável	Médio Completo	1	N	29s	cesárea	N	N
Violeta	18	casada	Médio Completo	1	N	30s	cesárea	N	N
Petúnia	35	casada	Médio I	3	S	28s	cesárea	N	N
Dália	28	casada	Superior Completo	1	N	32s	cesárea	N	N

Tabela 1.- Descrição das características das participantes

Em uma breve análise da tabela acima, constatou-se que a idade das entrevistadas variou entre 18 e 38 anos, sendo que a maioria, 8 entrevistadas, mantinham uma relação de estabilidade conjugal com os pais das crianças. Em relação à escolaridade, 2 (duas) possuíam Ensino Fundamental Incompleto, 1 (uma) completou o Fundamental, 4 (quatro) completaram o Ensino Médio, 1 (uma) apresentava Ensino Médio Completo e apenas 1(uma) possuía Ensino Superior.

Já no que diz respeito à gestação, a maioria, 6 (seis) mulheres eram primíparas, sendo que 2 (duas) possuíam 3 (três) gestações e 1 (uma), quatro, sendo que apenas 2 (duas) mulheres relataram caso de aborto anterior. Dos nascimentos, apenas 1 (um) caracterizou-se por parto gemelar, sendo 9 (nove) partos da amostra, cesarianos. As idades gestacionais variaram entre 26 e 32 semanas de gestação, sendo que apenas uma criança apresentava má-formação.

8.2 CATEGORIAS

A partir das leituras e releituras flutuantes do material, emergiram cinco categorias de análise, a saber:

- 1- “*Eu entrei em choque, falei ‘e agora como vai ser’?*”: O encontro com o *Real* e a vivência traumática
- 2- Encontro com o bebê: o bebê sonhado e o bebê real
- 3- A vivência do luto da gestação idealizada e seus desdobramentos
- 4- Ser mãe de um bebê prematuro e suas vicissitudes
- 5- Considerações sobre a relação entre as mães e a equipe hospitalar

8.2.1 “*Eu entrei em choque, falei ‘e agora como vai ser’?*”: O Encontro com o *Real* e a Vivência Traumática

Nessa categoria, serão tratadas as questões relacionadas à situação traumática vivenciada por essas mulheres em virtude do nascimento prematuro de seus filhos. Soma-se a isso, os eventos ocasionados pelos imprevistos diários com o bebê hospitalizado.

Ademais, há também a maneira como essas mães encontram para suturar e contornar o *Real*, considerado como aquilo em que a significação escapa, o qual se coloca de maneira tão impactante nesses momentos; por meio do suporte conferido pela religião a fim de conceder algum sentido a essa experiência e obturar o *Real*.

8.2.1.1 Parto prematuro: A vivência de uma situação traumática

Conforme destacado no referencial teórico, para a psicanálise, um trauma não se caracteriza, fundamentalmente, por uma situação traumática em si, mas pela significação e representação psíquica que o sujeito faz dele *a posteriori* (Freud, 1895/2006).

Freud (1920/2006) destaca, portanto, que os acontecimentos cotidianos e externos, que apresentam um potencial traumático, podem impactar o aparelho psíquico e dificultar a representação desse evento, precipitando o trauma. Para Ansermet (2015), o momento do nascimento prematuro possui grande potencial traumático, o qual escapa à simbolização do sujeito, uma irrupção do *Real* que, como destacado por Mathelin (1997b/1999), por ser inapreensível, permanece sem fala.

Esse aspecto de acontecimento abrupto, com a inexistência de palavras que possam dar contorno ao *Real* que se mostra, pode ser evidenciado pelos recortes a seguir, no momento em que as mulheres contaram como aconteceu e como foi para elas a experiência do parto prematuro:

Amor-perfeito: [...] seu bebê pode nascer a qualquer momento. Falou desse jeito assim, para mim, quase morri, desesperei, porque eu falei: "nossa, mas é muito pequeno", na hora eu pensei, eu comecei a chorar, desesperada, não sabia o que fazer [...].

Jasmim: No quarto dia disseram que eu tinha que subir para cesárea, porque estava descolando a placenta, fiquei desesperada, porque é um choque [...].

Hortênci: [...] foi um choque, não tinha como eu ganhar agora, fiquei com medo na hora dele não viver. Eu entrei em choque, falei "nossa, agora como vai ser? Ele tem sete meses" [...].

Nessas falas, destaca-se o evento de quebra da homeostase, em que os bebês, os quais estavam sendo gestados e contavam com menos de trinta semanas de gestação, poderiam nascer a qualquer hora.

Esses discursos engendram o exposto por Ansermet (1999/2003), em que a ocasião da notícia da antecipação do parto é uma circunstância que presentifica o âmago do trauma e tudo acontece de maneira muito rápida. Essas mulheres vivem um momento de irrealidade,

como bem ressalta Ansermet (1999/2003), ou seja, falam da percepção de que o que está acontecendo não é com elas. A fala da mãe Amor-perfeito nos faz pensar a esse respeito:

[...] na hora já fiquei internada, foi muito louco, parecia que não era eu que estava vivendo aquilo, foi coisa muito rápida, fiquei internada, um monte de remédio. Era um pânico para mim, porque eu não acreditava no que estava acontecendo, parece que você não está vivendo ali, foi terrível [...].

Percebe-se, então, que essas mulheres vivenciam uma urgência subjetiva, como bem destacam Vieira (2008) e Moura (2000). Nesta, devido à caracterização abrupta do acontecimento, a pessoa experimenta afetos de angústia e pânico, os quais podem levá-la a questionar-se sobre sua identidade e sobre as razões daquilo estar acontecendo com ela.

Fica notório, como destacaram Belaga (2007) e Sotelo (2004), que o sujeito não consegue dar sentido, *a priori*, a esse acontecimento da antecipação do parto, o *Real* insiste e há pouca possibilidade de dar contorno a ele pela palavra. A fala da mãe Íris pode exemplificar essa sensação: “*Não sei te explicar, é uma dor que não tem nome [...]*”.

Miller (1997) ressalta que o núcleo traumático é a relação com a língua, isto é, com o impacto que as palavras escutadas causam no ouvinte, sem que ele possa conferi-lhe nenhum sentido. Pode-se constatar esse impacto das palavras do outro, quando as mães enfatizam o que sentiram quando o médico lhes disse sobre a necessidade do internamento e/ou do parto prematuro. A mãe Dália, assim descreve:

*[...] Eu chorei muito, eu falei sim para o médico (a respeito do parto), mas eu chorei, porque 32 semanas eu sabia que ela era pequena. Mas no dia anterior eu fiquei muito nervosa quando ele (**médico**) falou que tinha que nascer mesmo, que não tinha mais jeito [...]. (grifo nosso).*

Petúnia, mãe de gêmeos, sendo que um dos bebês foi a óbito durante a gestação, assim destaca, “[...] não sentia nada, **o médico** me apavorou, que o I. não ia aguentar, porque o

coraçõozinho dele já estava ficando fraco [...]” (grifo nosso). Salienta-se, no caso da mãe Petúnia, um duplo trauma experienciado por ela, um pela notícia do falecimento de um dos seus bebês dentro do ventre e outro pela notícia da necessidade de realizar um parto antes do previsto. Ela assim descreve:

[...] ele era gemelar, o outro irmãozinho dele veio a óbito dentro de mim ainda, eu não sabia. A gente veio fazer exame do coraçõozinho para ver como estava a situação deles, na hora que fez viu (o médico) que do I. estava normal, só que do outro já tinha ido a óbito, na hora eu fiquei abalada, eu chorei muito, estava engasgada com tanta coisa ruim, o psicológico da gente fica abalado, fica muito abalado [...] (grifo nosso).

Logo, quando ela pontua que estava “engasgada” com tantos acontecimentos ruins, pode-se apreender o congelamento do deslizamento simbólico provocado pelo encontro com a situação traumática, faltam as palavras que possam, de alguma forma, conferir alguma significação aos fatos.

8.2.1.2 As intercorrências cotidianas da UTI Neonatal

A essa fase impactante da notícia da necessidade de realizar o parto antes do previsto, somam-se as notícias diárias sobre a saúde do bebê a cada momento que as mães chegam ao setor de neonatologia, quando buscam por novidades, ou quando alguém da equipe vai até elas falar sobre algum procedimento. Algumas vezes, são notícias que as abalam psíquica e emocionalmente, como reatualizações das situações traumáticas, além do medo da iminente morte do bebê.

Sobre as notícias e os acontecimentos imprevistos, elas assim relatam:

Amor-perfeito: *Nossa, tem dia que você chega e parece que vai ter uma notícia terrível [...].*

Jasmim: [...] cada dia que a gente entra aqui é uma coisa diferente, porque é um dia após o outro [...].

Dália: [...] é aquele medo de você chegar e o que você vai encontrar, a gente vai embora e não sabe o que vai encontrar no dia seguinte [...].

Bromélia: [...] bate um desespero, um pânico dentro da UTI, porque enquanto eu estou aqui, já teve um monte de intercorrência com várias crianças [...].

Essas notícias e acontecimentos inesperados presentes em um setor de reanimação neonatal promovem, nessas mulheres, um constante reencontro com a situação traumática, em que as palavras parecem desaparecer.

Em alguns momentos da realização das entrevistas, algumas mulheres estavam em choque e abaladas por alguma intercorrência recente com o seu bebê, além da situação no parto antecipado, como apreendido pela fala a seguir pela entrevistada Jasmim, ao relatar, bastante angustiada, algo que acontecera no dia anterior:

[...] ele não estava trabalhando muito bem sozinho, já três vezes que ele teve essa queda e foi tudo na minha frente. Ele ficou roxinho, eu fiquei desesperada, não sabia se eu chorava, se eu pedia para Deus dar-me força, no dia que entubaram ele, ele não voltava e a enfermeira falando "volta, volta" e ele não voltava e eu escutando tudo isso, foi desesperador [...].

A respeito do constante medo do óbito dos bebês, as entrevistadas mostram-se sempre apreensivas e, por vezes, vivenciam cenas com seus filhos que as impactam significativamente. A esse respeito, elas relatam:

Amor-perfeito: [...] ele parou porque ele desentubou sozinho, deu uma parada, que desesperador que foi, eu tinha descido no banco de leite, aconteceu e na hora que eu voltei, todo mundo estava olhando assim para mim, como se tivesse alguma coisa acontecido e a hora que eu olhei, o tubo estava diferente, já comecei a chorar [...].

Jasmim: [...] tem os riscos que a gente fica com medo, toda mãe fica com medo, medo de chegar e acontecer o pior, eu estava com medo, com bastante medo, quando o médico examinou ele disse que nós dois corríamos risco. Outro dia ele ficou roxinho, eu fiquei desesperada, não sabia se eu chorava, eu fiquei desesperada, entrei em pânico, teve que reanimá-lo mesmo. “Será que ele vai morrer? Será que ele vai ter a vida dele?” A gente pensa quando vê essas coisas, quando eu vi que ele foi entubado [...].

Hortência: [...] eu falo morreu, porque a enfermeira disse que era pra gente sair que ia reanimá-lo, para mim ele chegou a morrer e não foi só uma, várias vezes eu o vi morrer na minha frente, porque ele foi reanimado, eu sempre ficava com medo, até pensava "agora vai" e chorava [...].

Dália: [...] desesperador, medo de perder, medo dela morrer. Mas é desesperador, medo de chegar e falar que o coração não está batendo, igual as outras mães passavam [...].

Esses momentos de encontro com o *Real*, em que a pessoa se depara com a intrusão de um acontecimento impensável em sua organização simbólica, necessitam de um tempo de elaboração e de significação. Como exposto no referencial teórico, nas ocasiões de urgência subjetiva pode ocorrer o congelamento do sujeito no instante de ver, quando ele se defronta com a notícia ou com o evento (Ansermet, 1999/2003, Sotelo 2007).

Nas entrevistas realizadas, apreendem-se diversos acontecimentos nos quais há certa dificuldade dessas mulheres colocarem em palavras e de conferirem uma significação diversa para esses acontecimentos. Esse fato pode levar à dedução de que elas vivenciam psiquicamente uma região limítrofe entre o *instante de ver* e o *tempo de compreender*; ficando, provavelmente o *momento de concluir a posteriori*, como salientado por Berta

(2015a), visto que elucida a ocorrência de um curto-circuito entre os tempos de ver/compreender/concluir nas situações em que o trauma se faz presente.

Esse aspecto fica patente quando elas ressaltam, por exemplo, **Violeta**: “*Não sei te explicar como que foi, não sei explicar porque tiraram ela antes [...]*”; **Jasmim**: “*Não sei nem o que explicar [...]*”.

Pode-se inferir, portanto, pelos relatos, que as mulheres entrevistadas se encontravam no início de uma elaboração, como a região limítrofe ora citada, uma vez que as entrevistas ocorreram quando elas estavam há alguns dias vivenciando a rotina de UTI Neonatal com seus bebês, ou seja, houve algum tempo para uma elaboração, mesmo que incipiente. Ousa-se dizer, no entanto, que se as entrevistas tivessem ocorrido logo após a notícia da necessidade de realizar o parto antecipadamente, esse congelamento no instante de ver possivelmente ficaria mais explícito.

8.8.1.3 O apoio da religião para recobrir o Real

Diante do impacto do nascimento prematuro, bem como da fragilidade da saúde de seus pequenos bebês, os quais correm risco de morte, essas mães, na ânsia de conferir algum sentido a tudo o que está acontecendo, assim como para recobrir e contornar esse *Real* sem lógica, que se mostra presente, buscam um discurso que proporcione algo da ordem de um reparo no furo causado pelo evento traumático (Belaga, 2007); portanto, foi muito comum encontrar nas entrevistas um apego à religião.

Muitas vezes incentivadas pela equipe de saúde, que também não possui, enquanto representante do saber científico, respostas, tanto para as razões desse acontecimento, bem como para a recuperação da criança, incentivam que as mães busquem auxílio do sobrenatural, como destacado pela fala da mãe **Tulipa**: “*Lá embaixo falaram ‘entrega pra Deus, faz oração, entrega para Deus’[...]*”.

Essas mães, a todo o momento, precisam ao suportar a incerteza da recuperação de seus bebês, com o pavor diante dos acontecimentos. Lidam com a castração e a finitude, apegando-se a um Deus onipotente que pode lhes dar consolo nesse tempo de grande desamparo.

Utilizam, dessa forma, um recurso psíquico, como salientado por Freud (1927/2006), no qual, em face do desamparo incomensurável, é comum que o homem recorra ao sobrenatural, por considerá-lo detentor de todas as respostas, o qual tudo pode resolver. É possível encontrar esse aspecto nas mães entrevistadas, como bem demonstra os seguintes recortes:

***Íris:** [...] tem coisas que não dependem da gente, depende de Deus também, Deus pode fazer a obra nela hoje, e amanhã ela está bem [...].*

***Hortência:** Deus falou que iria me dar e me deu e entreguei na mão de Deus, me apego na fé, ele ainda está aqui porque Deus tem que trabalhar na vida dos pais, não na dele, então quando Deus terminar de trabalhar ele vai sair [...].*

***Petúnia:** [...] porque eu tive que entregar na mão de Deus, seja o que Deus quiser agora daqui para frente [...].*

***Bromélia:** [...] mas uma semana atrás aí era notícia tudo ruim, mas depois, agora só notícias boas, graças a Deus, ele está bem graças a Deus agora [...].*

Interessante destacar que, nessa última fala, da mãe Bromélia, pode-se inferir que ela aposta na resolução das questões de saúde de seu bebê por intermédio das mãos divinas, após a intervenção médica, quando ela destaca “...está bem graças a Deus **agora**...” (grifo nosso).

A mãe Hortência, em sua fala, deixa clara a busca por uma razão o nascimento prematuro, uma vez que, para ela, a explicação médica parece não fazer sentido, porquanto destaca que o motivo da prematuridade de seu bebê e da hospitalização como divino, a fim de

que Deus trabalhe na vida dela e de seu companheiro; há, portanto, um propósito nesse acontecimento para além da ciência. Ela inclusive afirma como justificativa “[...] *eu creio que Deus fez acontecer tudo isso para nosso conserto[...]*”.

Klüber-Ross (1981/2018) destacou em sua obra “Sobre a Morte e o Morrer” que é comum as pessoas recorrerem à religião frente ao adoecimento de um ente querido, em busca de forças e de esperança para sua sobrevivência, como se pode perceber pelos discursos a seguir:

Jasmim: *Ficou roxinho, eu fiquei desesperada e pedia pra Deus me dar força. É complicado, ninguém é forte o tempo todo, para quem tá fora é super fácil falar "seja forte, tenha fé, você tem que pedir força pra Deus" mais ainda? Você vê seu filho quase morto, onde você vai arrumar força? É bem complicado, é difícil, só Deus mesmo, as enfermeiras falam que eu preciso ser forte para dar força para ele. Eu falo "mais?", de onde eu vou arrancar? "porque eu já estou arrancando força de onde que eu não sabia que eu tinha, então eu me apeguei muito a Deus [...].*

Hortênci: *[...] foi um choque, não tinha como eu ganhar agora, fiquei com medo na hora dele não viver, mas me apeguei em Deus e pedi força. Deus consola, dá força, Deus sabe o que faz [...].*

Violeta: *[...] eu ia à igreja e na palavra Deus revelou que era promessa de Deus na minha vida (a bebê) e que Ele iria me dar e iria vir perfeita, todos os órgãos dela iram gerar perfeitamente, por isso que tenho mais com mais força para cuidar dela, porque se é promessa de Deus, Ele não vai tirar de mim [...].*

Logo, essas mulheres buscam apoio na religião, tanto para encontrar uma explicação para a antecipação do parto, como também para o enfrentamento do evento traumático do nascimento prematuro e para a recuperação da saúde de seus filhos. A esse respeito Vêras, Vieira & Morais (2010), destacam que, nesses casos, a religião oferece amparo à mãe, bem como uma suposta garantia da recuperação de seu filho.

Portanto, um parto prematuro lança a mulher, em meio à ruptura de sua gestação, ao encontro com uma situação traumática, em que as palavras utilizadas para a expressar pouco conseguem conferir uma significação. Em meio ao desespero, ao *Real* sem palavras que se deflagra e ao desamparo, recorre ao divino, onipotente, o qual pode conceder uma explicação para esse evento, além de resolvê-lo. O apelo ao sobrenatural confere, dessa forma, uma obturação da castração, do furo existente na trama do trauma.

À vista disso, ao considerar a temporalidade do inconsciente destacada por Freud (1895/2006), com os efeitos do *a posteriori* no psiquismo do sujeito que se encontrou com um trauma, assim como o mecanismo da clivagem egóica consequente do trauma, como postulado por Ferenczi (1934/1992) é necessário destacar a importância de conferir uma escuta às angústias dessa mulher, com o propósito de que ela possa conferir um sentido outro a esses acontecimentos, uma ressignificação, um contorno ao *Real* pelo deslizamento do significante, a fim de que não se precipite um trauma psíquico de outra ordem e ela possa criar novas possibilidades subjetivas com aquilo que lhe aconteceu.

Pôde-se perceber a importância dessa oferta de escuta e de acolhimento ainda durante as entrevistas realizadas, uma vez que, em sua totalidade, as mães pontuavam ao final da entrevista, o quanto foi bom para elas falar do que estava acontecendo e o quando elas sentiam-se mais aliviadas. Esse sentimento demonstrado corrobora o exposto, o qual salientou que esses momentos de acolhimento conferidos a essas mães viabilizaram uma significação outra de todos os acontecimentos vividos por essa mulher; e isso pode impactar sobremaneira na apropriação, bem como no exercício de sua maternidade com seu bebê, na ocasião, hospitalizado.

8.2.2 Encontro com o Bebê: o Bebê Sonhado e o Bebê Real

Serão tratadas, nessa categoria, as questões concernentes ao instante de encontro com o bebê apresentado a essa mulher na realidade, seja na ocasião do parto, seja no encontro entre a díade mãe-bebê no setor de neonatologia.

Dessa forma, serão destacadas as dificuldades que a mãe do bebê prematuro possui em lembrar-se de como esse bebê era antes imaginado, em virtude do bebê imaginário ainda estar em construção; o difícil encontro com o bebê que se mostra na realidade e a negação do grave estado de saúde da criança.

8.2.2.1 O bebê imaginário

Para constituir-se como mãe, como destaca Iaconelli (2007), primeiramente, a mulher passa a construir, imaginariamente, em seu psiquismo, o bebê que carrega sem seu ventre.

Essa construção ocorre durante todo o processo gestacional e irá conferir um substrato psíquico para que a mulher possa encontrar-se com seu bebê após o parto e conferir-lhe um lugar em seu psiquismo, uma vez que a imagem do bebê que se apresenta na realidade será ao menos confirmada pela imagem antes elaborada (Lebovici, 1987; Aulagnier, 1990; Mathelin, 1997b/1999).

O primeiro contato das entrevistadas com o bebê que se mostra no momento do parto correspondeu ao que era imaginado e esperado para seu bebê, ou seja, a vida, visto que todas as mães esperavam que seus bebês nascessem chorando e respirando. Esse comportamento era uma representação da vitalidade, frente ao medo que sentiam de que seus bebês viessem a óbito no decorrer do parto.

Amor-perfeito: Chorou, eu nem acreditei, eu achei que ele não iria nem chorar, porque é muito pequenininho, e ele chorou ainda, respirando, estava respirando [...].

Tulipa: [...] teve uma hora que eu vi que ele chorou, o bebê chorou está bem. O choro dele foi maravilhoso, acalmou todo aquele medo que eu passei naquele momento na hora que ele chorou [...].

Bromélia: [...] eu pensei "tomara que meu filho nasça chorando" e ele nasceu chorando, tudo certo, foi alegria dele nascer chorando [...].

Dália: [...] quando ela nasceu, porque eu vi assim ela chorando muito, gritando, super forte, eu pensei: "ela tá melhor do que eu esperava", porque eu não sabia se ela ia chorar e ela nasceu gritando [...].

A literatura aponta que essa construção psíquica do filho imaginário pode ser prejudicada com a irrupção do parto prematuro, pois na ocorrência desse parto, a mulher está em meio à vivência da transparência psíquica, a qual, dentre outras funções, promove a construção do bebê imaginário (Mathelin, 1997b/1999; Bydlowski, 1997).

Nesses casos, esta mulher pode apresentar mais dificuldade em dizer como imaginava seu filho e o que pensava para seu bebê do que uma mãe cujo filho tenha nascido a termo, bem como ter dificuldades em diferenciar o que sonhava com que lhes é apresentado na incubadora (Druon, 1988/1999), como destaca-se a seguir:

Íris: Imaginava que ia ser igual a G. (irmã do bebê), eu ficava pensando "será que vai ser igual a G.?" [...] (grifo nosso).

Violeta: [...] a gente imagina tanta coisa, mas quando a gente vê, a imaginação vai até embora. Eu a imaginava branquinha, do jeito que ela é, cabelo bem pretinho [...].

Jasmim: [...] eu o imaginava lindo, primeira coisa que eu imaginava que ele ia ser muito cabeludo, ele é muito lindo, nasceu lindo [...].

Hortêncια: Não sei o que eu imaginava, eu só queria que ele ficasse bem [...].

Por meio dessas falas, percebe-se como fica difícil para a mãe contar sobre seu bebê imaginário. Em todos os nascimentos, seja de um bebê a termo ou não, as mulheres precisam lidar com um bebê que não corresponde, quase em sua totalidade, ao bebê que estava sendo imaginado. Esse fator é mais impactante quando do neonato muito prematuro, uma vez por nascer bem antes do tempo necessário à sua formação orgânica no ventre materno (Druon, 1988/1999).

Em vista disso, impactada pela irrupção da prematuridade e pelo bebê que se apresentou a ela na realidade, tão diferente do esperado, a imagem antes construída pode ficar fragilizada, ou até mesmo, em alguns casos, desaparecer, como bem exemplifica a fala da mãe Dália:

Eu nem sei como que eu a imaginava, porque quando você vê parece que sempre foi aquela carinha, eu achava que ela ia ser bem carequinha e ela tem cabelinho. A única coisa que eu lembro que eu pensava dela é que eu pensava que ela ia ser careca, mas o rostinho redondo que eu achava que ela ia ter, mas quando você olha assim, parece que já era aquela carinha mesmo, não sei explicar, acho que você esquece tudo o que você pensava que ia ser e era assim mesmo, parece que já era ela mesmo [...].

Dessa maneira, o lembrar-se do bebê imaginário pode ter sido prejudicado tanto pelo impacto do encontro com o bebê que se apresenta após o nascimento, como também pela interrupção da gestação no último trimestre, período de grande importância pelos efeitos da transparência psíquica e da construção do bebê imaginário, em que os movimentos fetais mais intensos acabam por contribuir para uma maior interação entre o bebê real e o imaginário, fato destacado por Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes (2004), ou ainda, pela interação e proximidade entre mãe e bebê na unidade neonatal.

8.2.2.2 O encontro com o bebê real

O confronto entre o bebê imaginário e o bebê real, que acontece após o nascimento, nos casos de importante prematuridade, é um evento de significativa complexidade e esse encontro pode ser bastante intenso e penoso para a mãe (Brazelton & Cramer, 1992). A esse respeito, a mãe Violeta menciona:

[...] no começo foi bem doloroso quando eu a vi toda entubada, com oxigênio. Na UTI eu não tinha tanta força para ficar perto dela, eu chegava e passava mal, minha pressão caía muito, eu não ficava muito. Eu chegava perto minha pressão caía, eu tinha que sentar ou sair de dentro, porque não era o que eu imaginava para mim, não era o que eu queria ver, não era aquela imagem que eu queria ver dela, quando ela estava com muito tubo eu nem ficava muito perto.

Pelos achados, deduz-se que o encontro com o bebê que se apresenta na realidade é permeado por sentimentos ambivalentes de estranhamento, já que este se apresenta tão pequeno e fragilizado; assim como de reconhecimento, ou melhor, por uma sobreposição entre o bebê imaginado e o bebê real. Ao mesmo tempo, pôde-se perceber um choque promovido pelo encontro com um bebê que em muito se destoa daquele que fora imaginado, mesmo que de modo incipiente.

Tulipa: *[...] eu falei "não vejo a hora de ver como é a carinha dele" e daí você vê, tão pequenininho, tão frágil, é difícil viu, difícil [...].*

Jasmim: *[...] eu já o imaginava pequenininho, até que não foi tanto, ele nasceu grandão. Depois de ver ele daquele jeito, entubado, depois daquele dia, eu perdi todas as esperanças [...].*

Hortênciã: *[...] eu o vi, desse tamanhozinho assim (**mostra com as mãos, bem pequeno**), ele estava cheio de tubinho, era muito pequeno, muito novinho. Ele aqui não dá para imaginar muita coisa, eu sei que é grave [...]* (grifo nosso).

Dália: [...] a mãozinha desse tamanhinho, pezinho bem pequenininho, tudo muito pequenininho, cabecinha a gente colocava a mãe cabia aqui dentro da mão, então eu falava “meu Deus, a minha mão já é pequena e ela tão pequenininha, frágil ali” [...].

Petúnia: [...] “nossa, que pequenininho”, eu pensei, é bem assim diferente das outras gravidezes, um bebê nas semanas normais e outro prematuro é diferente, não é que estranhei, é que o ver tão pequenininho, precisando daqueles tubos e a gente não espera ter assim um bebê tão pequenininho [...].

Por meio desses relatos, percebe-se a perplexidade demonstrada pelas mães com a imagem que lhes é apresentada, de uma fragilidade não imaginada antes. Quando a mãe Tulipa relata que não via a hora de encontrar seu bebê e quando o vê, depara-se com um bebê tão fragilizado, ela demonstra uma decepção com o que encontrou, como ressaltado por Lebovici (1987), pois o bebê prematuro mostra-se uma cópia decepcionante e frágil do bebê imaginado.

Esses sentimentos de estranhamento podem ser associados a uma adaptação que essas mães precisam fazer em relação à imagem de seus bebês que, muitas vezes, não se parece com o que fora por elas fantasiado. Precisam, dessa maneira, realizar o luto da fantasia do encontro o bebê real, como ressalta Iaconelli. (2007).

Ademais, vale destacar a ferida narcísica encontrada nessas mães por ter gerado um bebê tão pequeno e fragilizado, como bem salientam Druon (2012); Mathelin (1997b/1999); Vanier (2016) e Bazelon & Cramer (1992). Esse aspecto ficou bastante notório quando a mãe Petúnia assim ressalta “[...] é que o ver tão pequenininho, precisando daqueles tubos e a gente não espera ter assim um bebê tão pequenininho[...]”.

Essa ferida narcísica, também é também apreendida nos discursos das mães quando relatam a respeito do desejo de não receberem visita, ou seja, pode haver uma recusa em encontrar o social e de mostrar seu bebê tão fragilizado. Esta postura pode ser justificada em

virtude do sentimento de fracasso pela prematuridade do parto, contrariamente ao sentimento de triunfo proporcionado pelo parto a termo (Brazelton & Cramer, 1989). As mulheres assim colocam, por exemplo:

***Amor-perfeito:** [...] é porque eu não quero receber visita, não quero ficar recebendo visita da minha família, porque eu não gosto que fiquem vendo-o assim [...].*

***Jasmim:** [...] agora vem só a minha mãe, mas também não quero, eu não quero visita, é bem melhor, porque mesmo sendo mãe, vai ficar pensando coisa, vai falar coisa eu não quero, quando ele melhorar, eu falo que pode ter visita [...].*

8.2.2.3 A negação do estado de saúde do bebê prematuro

Nesse momento de encontro com o bebê na incubadora, a literatura salienta que é bastante comum que as mães apresentem uma negação da gravidade do estado de saúde de seus bebês. (Brito & Pessoa, 2006).

A negação pode ser compreendida por duas vias. A primeira, como uma das fases do luto considerado, por Freud (1915/2006), como uma reação a uma perda, seja ela real ou simbólica. A esse respeito, Klüber-Ross (1981/2018) destaca que a negação é um processo saudável do luto e que funciona como uma proteção para as notícias dolorosas e momentos de choque.

Essas mulheres, com exceção da mãe Petúnia, a qual lidou com a morte real de um de seus bebês, passam por um processo de enlutamento simbólico, devido às perdas que sofrem e, nesse caso, experimentam o luto do bebê imaginário, além do bebê a termo que tanto desejavam; fora as constantes notícias a respeito do quadro de saúde de seus filhos, que as colocam em estado de choque, na maioria das vezes.

A outra via de entendimento da negação do grave estado de saúde de seus bebês pode ser oriunda a um estado de congelamento do bebê que fora imaginado, mesmo que de forma fragilizada. Soulé (1987) pontua que nos casos de encontro com o bebê prematuro a mãe pode ver-se presa ao bebê imaginário e fala sobre o bebê da incubadora como se ele equivalesse, em quase sua totalidade, ao bebê sonhado. Os seguintes recortes nos fazem refletir a esse respeito:

Tulipa: [...] foi maravilhoso ver ele pela primeira vez (**apesar da gravidade do quadro do bebê**), é a melhor coisa do mundo, presente de Deus, a minha vida mudou [...] (grifo nosso).

Bromélia: [...] mas foi normal ver ele aqui, porque está aqui está bem cuidado [...].

Hortênciã: Ele não me dá trabalho, claro, ele é prematuro, mas foi emoção, foi emoção quando eu o vi na UTI, então não preciso me preocupar porque ele não vai morrer, tenho certeza que meu filho não tem nada [...].

Portanto, apreende-se que, o encontro com o recém-nascido, após a interrupção de uma importante etapa na construção do bebê imaginário, é permeado por ocasiões bastante difíceis, quais sejam: a passagem pelo choque do encontro com a criança na incubadora, pela dificuldade de lembrar-se de como imaginava esse bebê, pela negação da gravidade da condição da criança - uma proteção às constantes notícias dolorosas que são trazidas pela equipe de saúde -, além da questão do narcisismo materno. Outrossim, entende-se essa negação como um processo de luto pelo neonato a termo que não existiu.

Pode-se deduzir que, provavelmente, devido à gravidade da cena da hospitalização de seus bebês, as mães prendem-se à imagem antes construída para eles, mesmo que fragilizada e, aos poucos, essa imagem é destruída dando lugar ao bebê real. Possivelmente, em virtude da interrupção do trabalho psíquico para a construção do bebê imaginário, essas mães

necessitem de um tempo maior de elaboração para a aproximação entre o que imaginavam e o bebê real, como sustenta Zornig, Morsch & Braga (2004).

8.2.3 A Vivência do Luto da Gestação Idealizada e seus Desdobramentos

Como salientado na categoria anterior, Freud (1915/2006) ressalta que o luto pode ser uma reação à perda tanto real quanto simbólica. Dessa forma, nesse contexto do nascimento prematuro, há momentos que podem ser considerados como uma vivência do luto por essas mulheres, como o luto no que tange à gestação e ao parto idealizados, aos planos que estavam sendo tecidos para a chegada do bebê, planos estes que foram abruptamente interrompidos, bem como ao medo real de que seus bebês possam ir a óbito.

8.2.3.1 O luto pela gestação e parto idealizados

A prematuridade provoca, devido a uma série de desconstruções de sonhos e planejamentos da mulher, um processo de enlutamento pelo que não existiu, ou seja, pelo nascimento a termo de seu bebê, com todos os desdobramentos desse processo (Baltazar, Gomes & Cardoso, 2010; Druon, 2012).

Essas mulheres passam pelo processo de luto de uma gestação e parto idealizados. Nesta, as mulheres imaginam, por exemplo, sobre como seu corpo ficará quando chegar próximo ao nascimento, imaginam acerca do parto e que sairão do hospital com seu bebê recém-nascido a termo e sadio nos braços. Sobre isso, Dália coloca:

Porque a minha intenção era fazer cesárea adiantada, quero trabalhar até uns cinco dias antes de ela nascer, aí eu paro e vou organizar as coisinhas dela, para poder deixar tudo pronto, vou pra maternidade, vou ganhar um bebezinho desse tamanhozinho (faz um tamanho de bebê a termo com as mãos) e eu vou embora com

ela. Era isso que eu pensava, nem por um segundo eu imaginava que eu iria passar por isso, porque eu pensava que eu ia ficar bem barrigudona, aquela barriga bonita. Depois da cesárea eu coloquei a mão e já via assim a barriga mais murcha do que antes, eu pensei que não era para eu estar assim, era para eu estar barrigudona, lá em casa fazendo as minhas coisas, mas não foi isso que aconteceu [...] (grifo nosso).

Nessa fala de Dália, destaca-se um pequeno recorte, quando ela diz, ao explicar o que imaginava de sua gestação, “*Porque a minha intenção era fazer cesárea adiantada*”. Essa fala levanta um questionamento quanto ao desejo de Dália expresso por uma cesárea adiantada. Ora, uma cesárea adiantada é aquela em que é necessário antecipar o nascimento da criança, visto que, uma cesárea, quando agendada, ocorre a partir da 38ª semana de gestação. Logo, será a antecipação do parto um desejo existente no inconsciente de Dália?

Não há a pretensão, nesse trabalho, de elaborar um estudo de caso, visto que, para realizar uma interpretação nesse sentido, seria imprescindível o aprofundamento das questões psíquicas e da história da entrevistada. No entanto, é possível extrair indícios passíveis de serem estudados sobre questões psíquicas que podem funcionar como precursoras da ocorrência dos partos prematuros.

Retornando ao luto vivenciado por essas mães, no tocante à idealização da gestação, as entrevistadas assim complementam:

Tulipa: [...] *a gente está preparada para quarenta semanas, porque até então a gente nem imagina (que pode acontecer alguma coisa) [...] (grifo nosso).*

Íris: [...] *porque você espera que você irá ganhar e ir embora com o neném, e você não vai embora (com ele), é muito difícil [...].*

Petúnia: [...] *eu queria tanto ter ficado mais tempo na gestação, porque ninguém espera passar por qualquer coisa, porque a gente não imagina, você não consegue achar que vai ganhar os dois e perder [...].*

A mãe Petúnia, de todas as entrevistadas, vive uma situação especial, como relatado anteriormente. Ela vive, portanto, os dois processos de luto, tanto dos aspectos imaginados, como também da perda real de seu bebê. Ainda, no discurso, acima, relatado por ela, vê-se um ato falho quando ela diz “*você não consegue achar que vai ganhar os dois*”, com o qual ousa-se ressaltar a ambivalência em relação à gestação gemelar, destacada por ela em sua história, demonstrado a seguir:

[...] descobri que estava grávida e meu marido sempre falava: "você está grávida de gêmeos" e eu falava "vira essa boca para lá", mas ele estava bem mais empolgado (do que eu) [...] (grifo nosso).

8.2.3.2 O luto pelos planejamentos para a chegada do bebê

Somam-se a esses fatores, a perda que essas mães sofrem no que diz respeito aos preparativos para a chegada do bebê, com cada detalhe por elas pensado, o enxoval, o quartinho e as festividades. Esses detalhes, em sua maioria, não acontecem, uma vez que são planejados para o último trimestre da gestação e a interrupção da gravidez também os impedem de acontecer (Szejer & Stewart, 1997; Vanier, 2016).

A esse respeito Dália diz:

[...] ia fazer fotos de grávida, chá de bebê. Não tive nada dessas coisas, porque tudo o que eu marquei estava para depois de quando eu internei então a única coisa que eu fiz foi o chá de revelação. Eu marquei o chá de bebê dela era domingo agora, ela já está com 12 dias de nascida. Então eu não tinha nada, meu marido saiu com a minha sogra para comprar as coisas, as coisas estão lá, é tudo bonitinho, mas não fui eu que escolhi, mas enfim [...].

Nesse trecho, Dália demonstra uma tristeza por não ter conseguido escolher a decoração do quarto de sua filha, mostra-se agradecida, mas ao mesmo tempo frustrada por não ter passado por essa experiência.

Sobre essa temática, as mães complementam:

Amor-perfeito: [...] eu queria ir lá ver as roupinhas dele, queria, faltava ainda muita coisa pra eu comprar, na hora eu fiquei pensando nas coisas dele [...].

Violeta: [...] eu tinha planejado tudo direitinho o chá de bebê dela e ela nasceu um dia antes do chá de bebê. Tinha planejado tudo, deixado para comprar umas coisas para o final, tinha preparado tudo, o chá de bebê dela, comprado tudo, tudo, feito as lembrancinhas, mas ela nasceu antes [...].

8.2.3.3 O medo frente ao risco iminente de morte do bebê

Para além desses momentos, o luto mostra-se presente também no medo apresentado por essas mães frente ao risco iminente da morte de seus bebês. Devido a essa fragilidade, os bebês vivem entre o limiar da vida e da morte e a mulher entre o limiar de vivenciar ou não a maternidade com este bebê. Nos recortes a seguir, Amor-perfeito e Jasmim ressaltam as sensações existentes quando a morte de seus bebês pareceu iminente:

Amor-perfeito: [...] ele parou porque ele desentubou sozinho, aí deu parada, que desesperador que foi, **parecia que alguém tinha dado uma facada no meu coração**, na hora eu fiquei assim em pânico, fui para salinha das mães e chorei [...] (grifo nosso).

Jasmim: [...] tem os riscos que a gente fica com medo, toda mãe fica com medo, medo de chegar e acontecer o pior, eu estava com medo, com bastante medo, porque lá embaixo (pronto socorro) quando o médico examinou disse que ambos corríamos risco [...] (grifo nosso).

Já Íris sublinha o que sentiu quando a equipe médica avisou sobre a real possibilidade de sua filha ir à óbito:

Disseram que eu estava com risco de perdê-la. Achei que ela não iria aguentar os primeiros dias, quando eu chegava ali falavam (equipe médica) "ah mãezinha, é

grave, é bem grave a situação dela”. Tem vezes que eu venho a S. está bem ruinzinha, aí eu não tenho vontade de tirar leite, eu fico lá sentada só olhando pra ela, tenho medo, muito medo de perdê-la, é difícil porque o sonho nosso está ali dentro, cada bebezinho daquele ali [...] (grifo nosso).

Pode-se supor que Íris, frente à notícia da gravidade de sua filha, passa, aos poucos, a desinvestir de seu objeto de amor, quando ressalta a perda da vontade de tirar seu leite para ela. Isso nos faz pensar que essa mãe passa por um processo de enlutamento da perda real e iminente de seu bebê, de acordo ao discurso médico.

A esse respeito, Kovács (1992) pontua que o desinvestimento lento e gradual do objeto de amor é um dos aspectos do luto, sendo que a libido passa a ser, gradualmente, retirada deste objeto. Quando destaca “*porque o sonho nosso tá ali dentro, cada bebezinho daquele ali*”, Íris revela o luto pelo sonho de exercer a maternidade com esse bebê.

Já Hortência, quando soube a respeito da reanimação de seu filho, apresentou um processo de negação, uma das fases do luto, destacado acima por Klüber-Ross (1981/2018), como um mecanismo de defesa contra a possibilidade de escutar da equipe médica que seu bebê não havia resistido, como salientado no trecho a seguir:

Hortência: [...] *porque na UTI ele estava entubado e com infecção, fico com medo dele não viver, dele morrer. Quando ele tinha uma parada, eu ficava com medo dele morrer, então eu ia embora, só ficava sabendo no outro dia. Eu ia embora na hora da parada, porque eu tinha medo, medo delas (enfermeiras) virem me falar que ele tinha morrido, então eu ia embora [...] (grifo nosso).*

As mães salientam ainda as dúvidas que surgem a respeito do prognóstico de seus bebês. Questionam-se se os bebês irão conseguir sobreviver, se elas poderão exercer a maternidade, mesmo não sendo a que antes elas idealizaram.

Violeta: [...] *you compra cada coisinha, querendo ou não a gente imagina que eles não vão voltar, você fica olhando e fica pensando, “será que ela virá para casa?” [...].*

Dália: [...] é desesperador, medo de perdê-la, medo de ela morrer. Mas é desesperador, medo de chegar (no setor) e falarem que o coração não está batendo, igual as outras mães passam. A gente pensa será que ela vai aguentar? [...].

Já Petúnia, devido ao fato de um dos bebês ter ido a óbito durante a gestação, passa pelo luto de um dos bebês e fica marcada pelo medo de que o mesmo ocorra com o outro, que se encontra hospitalizado. Ela assim relata:

[...] ele era gemelar, o irmãozinho dele veio a óbito dentro de mim ainda, eu fiquei com medo de acontecer alguma coisa grave, medo de acontecer o mesmo com o outro. Isso passa pela minha cabeça, até eles falam (familiares) que não é para eu ficar pensando isso, mas isso passa sim, não tem como não passar na cabeça, eu fico chorando de medo, de acontecer o que aconteceu com o outro [...].

Dessa forma, os diversos momentos vivenciados pela mãe, quando há o parto muito prematuro de seu bebê, promovem uma consequente experiência de luto, já que este se caracteriza pela perda real ou simbólica do objeto de amor (Freud, 1915/2006). Essas mulheres são atravessadas pela perda da gestação e parto idealizados, dos planejamentos familiares para o dia da chegada de seu filho, bem como da real possibilidade desses bebês irem a óbito.

8.2.4 Ser Mãe de um Bebê muito Prematuro e suas Vicissitudes

A circunstância do irrompimento de um parto muito prematuro promove o surgimento de sentimentos bastante difíceis na mulher, que até pouco tempo atrás ainda estava gestante e elaborando psiquicamente a maternidade. A mãe de um bebê prematuro traz consigo experiências intrínsecas à situação vivenciada e merecedoras de atenção.

Dessa forma, essa categoria aponta uma reflexão sobre essas experiências, as quais a mãe de um bebê muito prematuro e/ou extremo enfrenta, tendo em vista sua situação de saúde ainda mais delicada e com prognóstico mais nebuloso do que os bebês prematuros moderados.

Diante de quadro, será dado destaque ao sentimento de culpa por não ter levado a gestação até o final; à dor de sair do hospital e deixar seu bebê internado e de não poder segurar seu bebê no colo e amamentar; ao deslocamento de seu saber enquanto mãe; às dificuldades no exercício da função materna nesse período de hospitalização do neonato e os sentimentos trazidos pelas entrevistadas sobre o que é ser mãe de bebê prematuro.

8.2.4.1 O sentimento de culpa

Em uma gestação, qualquer que seja ela, nada está garantido, seja uma que chegue ao final, seja a interrompida pela prematuridade do nascimento. Dessa forma, é comum que as mães, em geral, apresentem sentimento de culpa, expressos ou não, por algo que possa ter saído do planejado com seu bebê. Entretanto, as mães de prematuros, permeadas pelo medo, pelo desespero e por uma ferida narcísica proeminente, podem sentir-se culpadas por não terem conseguido levar essa gestação até o final, como ressalta Druon (2012) e Battikha (2006).

A esse respeito, nos achados, pode-se encontrar a fala da mãe Petúnia. Esta se questiona sobre uma eventual razão para o que estava acontecendo e sua fala demonstra um sentimento de culpa por não ter percebido nenhum sintoma ou desconforto devido ao falecimento de um dos bebês ainda intra-útero. Ela assim relata:

[...] até à morfológica eles estavam bem ainda e até maio o outro bebê estava bem ainda. Eu não sei porque aconteceu isso, eu não sentia nenhuma dor nada, eu vim de Van para cá e estava tudo bem, sem dor, até achei meio estranho, porque eu não sentia nada. Se eu começasse a sentir alguma coisa era porque o outro já havia falecido também [...].

Com o mesmo sentido, Violeta também revela um tom de culpa. Portadora de lúpus, conta que, pela primeira vez tomou toda a medicação contra a doença, para o bem de sua filha, contudo, mesmo assim, o parto precisou ser antecipado sem ela saber dizer a razão.

***Violeta:** [...] eu tenho Lúpus, já atingiu meu rim, meu coração, tomo muito remédio. Quando eu engravidei, eu tinha um motivo pra viver. Fiz tudo certinho, ela era o motivo de eu tomar meus remédios, de eu me cuidar certo. Eu sofri muito, quando o lúpus atacou mesmo, fiquei em coma na UTI e quando eu engravidei os médicos falavam que eu não ia conseguir segurá-la na barriga, que eu devia ficar preparada, porque a qualquer hora eu poderia perdê-la. Na verdade, eu não sei porque a tiraram antes [...].*

No entanto, ao dizer [...]quando eu engravidei os médicos falavam que eu não ia conseguir segurá-la na barriga, que eu devia ficar preparada, porque a qualquer hora eu poderia perdê-la. Na verdade, eu não sei porque a tiraram antes [...]” percebe-se que Violeta nega, como um mecanismo de defesa, a verdadeira razão da antecipação do parto de sua filha, uma vez que nessa fala, ao mesmo tempo em que ressalta a fala dos médicos a respeito da provável impossibilidade de seguir com a gestação até o final, ela diz não saber da razão do parto prematuro.

8.2.4.2 Sair do hospital sem os bebês nos braços

Além desse sentimento de culpa e de não saber o que realmente aconteceu para que fosse necessária a antecipação do parto, muitas mães destacam o sofrimento que sentem quando recebem alta e vão para suas casas sem os seus bebês. Para elas, esse fator é um dos mais doloridos em todo esse processo, ressaltam sentimentos imaginários como se estivessem

abandonando seus bebês, bem como evidenciam que imaginavam sair do hospital junto com eles, com os bebês nos braços.

***Amor-perfeito:** O dia que eu recebi alta não conseguia ficar em casa, porque eu acho que é a pior coisa a mãe receber alta e não levar o filho embora [...].*

***Violeta:** Toda vez que eu vou embora eu passo mal, dói muito chegar em casa à noite, na hora de dormir e saber que eu estou lá e ela está aqui. O mais difícil para mim foi quando eu fui embora mesmo, que eu tive alta, dói muito estar em casa e saber que ela está aqui [...].*

***Dália:** [...] quando eu saí do hospital eu falei "meu Deus, eu estou deixando ela". Dá uma impressão que você está deixando, eu penso sempre que eu podia ficar mais uma hora, que eu podia ficar mais um pouco. Parece que você não tá se importando, sabe? A minha impressão é que eu estou abandonando-a [...].*

8.2.4.3 A impossibilidade de dar colo e de amamentar

Soma-se a isso a dor dessas mães no que tange à impossibilidade de não poderem segurar seus filhos no colo, de poderem apenas, a depender do caso, somente encostá-los pela pequena abertura da incubadora e de não poderem amamentar como desejariam.

Essas dificuldades são devidas à manutenção mecânica da vida dos bebês, os quais, em meio a fios e tubos, acabam por ficar distantes das mães, ou até mesmo pelo medo que muitas apresentam de segurá-los, em virtude da fragilidade orgânica que apresentam (Battikha, 2006).

***Amor – perfeito:** [...] a gente não vê a hora de ele estar em casa e eu poder pegá-lo no colo. O mais o gostoso é pegar, cheirar e beijar, e isso eu não fico fazendo. Eu não vejo a hora também de poder amamentar, é meu sonho, um ato de amor [...].*

Jasmim: [...] é triste não poder pegá-lo, nem meu leite eu posso dar a ele, queria tanto que meu filho estivesse mamando. Estou querendo logo pegá-lo no colo, eu fiz canguru com ele três vezes, só que não pode quando a gente quer, porque canguru tem hora [...].

Hortência: Era triste só poder ver e não poder pegar, só ficar passando a mão [...].

Sobre esse aspecto ainda, Maldonado (1989) sublinha a possibilidade de haver, por parte das mães, medo de tocar e acariciar os bebês, devido à fragilidade dessas pequenas crianças ou também à culpa por não terem levado a gestação até o final. A mãe Hortência engendra o exposto:

[...] eu tenho medo de dar banho, nunca dei banho em uma criança assim, mesmo eu tendo outros filhos, nunca tive um bebê assim. De prematuro é muito mais medo, é mais difícil, parece ser legal, mas não é não, você pegar, cuidar, dar banho, é muito pequeno, tem sempre o risco de ele morrer [...].

Por esse trecho, podemos perceber a existência do medo de cuidar e de segurar o bebê. Infere-se que esse sentimento ocorre em virtude da fragilidade da criança, entretanto não podemos corroborar a literatura no tocante ao medo de tocar como expressão da culpa, uma vez que não se pôde extrair esse fator na fala, nem de Hortência, nem de nenhuma das entrevistadas.

8.2.4.4 O deslocamento do saber materno e a dificuldade no exercício da função materna

Para Brito e Pessoa (2006), esses desconfortos apresentados pelas mães de bebês prematuros, no tocante à impossibilidade de exercer cuidados básicos, como colo e amamentação, refletem a dificuldade que essas mulheres, na maioria das vezes, apresentam de

se apropriarem da função materna e de exercer, em sua totalidade, seu papel como mães, dando sequência ao que seria esperado após o nascimento de seus filhos.

*Jasmim: Quando a gente pega mesmo no colo é outra coisa, **quando está ali é seu, você pega a hora que quiser**, coloca no berço a hora que quiser, aqui não, aqui é complicado, ainda mais agora com aqueles tubos, mal estou podendo relar nele [...] (grifo nosso).*

Nessa passagem, ela expõe o desconforto em não poder manusear e cuidar do seu filho da maneira como deseja e quando deseja. Enfatiza-se o recorte “[...]quando está ali é seu, você pega a hora que quiser [...]”, uma vez que é possível inferir que, enquanto o bebê está hospitalizado, ele não pertence integralmente à mãe, visto que ela não pode cuidar de seu filho da maneira que acha melhor; este bebê pertence, em parte, ao hospital.

Isso se deve ao fato, segundo Agman, Druon & Frichet (1984/1999), que a maioria dos cuidados básicos com a criança, que seriam realizados pela mãe, compete, até que os bebês apresentem uma melhora, à equipe médica. Tal aspecto, somado à irrupção da gestação em meio à construção imaginária da maternidade no psiquismo da mulher, pode viabilizar um deslocamento do saber materno, uma vez que impossibilitada, pela condição médica, de seu filho, e do contato que gostaria de ter com seu bebê, acaba por apresentar dificuldade em ler suas produções e de simbolizá-las, como destaca Hortência:

[...] elas falam que eu vou ter que cuidar sozinha dele. Ele estava no meu colo começou a passar mal, estava mole. A médica mandou colocar ele no soro depois do exame, então como que eu vou saber, as enfermeiras sabem, mas eu não sei [...].

Na passagem destacada, Hortência deixa claro o impedimento que possui de ler as produções de seu bebê e de tentar significá-las. Ao menor sinal, demonstrado por seu filho, da existência de uma importante fragilidade orgânica, a mãe deposita o saber total na equipe de saúde, deslocando-se de seu saber enquanto mãe. Vivencia, como se houvesse uma barreira

simbólica, uma interdição de sentir-se mãe de seu bebê, como bem salienta Agman, Druon & Frichet (1984/1999).

Esse deslocamento do saber materno não é encontrado em sua totalidade nas entrevistadas, uma vez que, algumas delas, mesmo tendo ciência do discurso médico que se faz contundente em uma situação de reanimação neonatal, arriscam colocar seu saber à mostra, como nota-se a seguir:

***Jasmim:** [...] teve que reanimar ele mesmo, mas em minha opinião, foi porque ele pegou alguma “gripinha”, alguma coisa, porque ele estava espirrando muito, eu até comentei com a médica ontem que ele estava espirrando muito [...].*

***Petúnia:** As médicas estavam explicando que saiu um resíduo verde do estômago, até que ele está com o abdômen meio estufadinho, distendido e pode ser do leite ou não. Eu estava conversando com a médica e a lembrei que sábado passado ele também estava do mesmo jeito, sem ter aumentado a quantidade de leite. Ela concordou comigo e disse que iriam ver. Deram o leite para ele agora para ver o que pode ser, porque enquanto ele estava em jejum não tinha esse sintoma, ela disse que pode ser do leite ou não [...].*

No entanto, ainda que as mães busquem colocar seu saber, de alguma forma em evidência, a literatura traz que as limitações existentes entre a mãe e o bebê, originárias tanto da própria situação de hospitalização do bebê, como também da interrupção da gestação, dificultam que ela exerça as operações que implicam a função materna, assim como a “preocupação materno primária”, estado psicológico próprio da maternidade.

Segundo Jerusalinsky (2002), tais operações constituem-se da *Suposição do Sujeito*, do *Estabelecimento da Demanda*, da *Alternância Presença-Ausência* e da *Alteridade*. A autora ainda destaca que, nos primeiros meses de vida, as primeiras operações são as mais presentes. Mesmo com todas as dificuldades intrínsecas ao instante e hospitalização de seus bebês e, como sublinhado no aporte teórico, com os entraves trazidos por esse momento ao

estabelecimento de tais operações, é possível encontrá-las nos discursos das mães quando elas assim comentam:

Íris: Ela está lá, lutando cada dia mais, quando ela quiser vamos embora [...].

Hortência: Porque ele é esperto, não é qualquer coisinha que já para de mexer, ele é esperto, está tentando sobreviver [...].

Dália: Ela é muito esperta, ela se mexe toda. Eu a coloco de um jeito, viro a cabecinha para cá e ela não quer, ela não vai ficar, ela vai virar a cabeça para o lado que ela quer e vai se ajeitar do jeito dela, não adianta arrumá-la. Esses dias eu a peguei, e ela virava a cabecinha para lá, virava para cá, até que ela ergueu os dois bracinhos e fez assim (mostra com os braços embaixo da cabeça, como se fosse de bruços), ela queria dormir desse jeito [...].

Nas falas acima, nota-se a presença marcante da primeira operação da função materna, a *Suposição do Sujeito*, posto que as participantes destacadas nos trechos acima colocam a autoria de ações, que poderiam ser pensadas como reflexos involuntários, ao bebê, apostando neles a existência de um sujeito de desejo, o qual promove ações voluntárias.

Contudo, pouco se pôde observar o *Estabelecimento da Demanda*, operação importante, tanto para o desenvolvimento psíquico do bebê, como também para o encontro da mãe em sua função na maternagem. Em outras palavras, essas mães, dentro da condição de hospitalização do neonato, deslocam-se, em sua maioria, de seu saber inconsciente, não conseguindo interpretar as ações do bebê como se fossem a elas dirigidas ou um apelo a elas por algo.

Esse aspecto é bastante importante na reflexão sobre a mãe na prematuridade de seu bebê; pois, na *Suposição de Sujeito*, a mãe crê em um saber no bebê, o saber está do lado dele. Em outras palavras, ele sabe sobre si, sobre a posição que deseja ficar como exemplificado na fala acima. A mulher consegue fazer essa operação por conferir ao bebê uma atribuição fálica, quando o bebê ocupa o lugar de objeto de desejo materno, mas não completamente, uma parte de seu desejo escapa e o bebê torna-se um enigma para essa mulher.

Já no *Estabelecimento da Demanda*, operação pouco encontrada nas entrevistas, o saber está do lado da mãe, visto que é ela quem confere sentido a determinada ação do bebê e a significa como um apelo, em uma leitura, a partir de seu saber. A partir desse aspecto, pode-se entender a fragilidade e a insegurança que essa mulher apresenta na possibilidade do exercício de sua função, uma vez que, nos casos de internamento, o saber não está nela, na maioria das vezes, enquanto agente materno, mas na equipe de saúde. Essa mulher não consegue, na maioria das vezes, significar um choro ou qualquer outra manifestação de seu bebê, como um apelo à ela.

Junta-se a isso outro aspecto próprio da maternagem, a “preocupação materna primária”. Winnicott, (1958/2000) e Szejer & Stewart (1997) destacam que a “preocupação materna primária” tem origem no início da gestação, acentua-se ao final dela e perdura até meses após o nascimento e coloca a mulher em um estágio de sensibilidade e identificação com seu bebê, o que viabiliza a capacidade de leitura das necessidades e demandas de seu filho.

Gomes (2000) e Agman, Druon & Frichet (1984/1999) colocam que, devido às condições adversas, é muito difícil que as mães consigam atingir esse estágio durante a hospitalização de seu bebê. Já Szejer (1999) afirma que, nas mães de bebês prematuros, é possível encontrar uma “preocupação materna primária” muito forte, mas que, por não poder

se aproximar muito do bebê e proporcionar os cuidados que desejava, esse estágio acaba se desfazendo.

Sobre isso, pôde-se apreender que essas mães apresentavam, a despeito de toda dificuldade inerente à situação do neonato, uma configuração de uma “preocupação materna primária”, uma vez que se trata de um aspecto materno que continua em configuração após o nascimento do bebê. Destaca-se esse aspecto nos recortes:

***Violeta:** Eu, como mãe, estou acreditando que está tudo bem mesmo, porque eu estou ali com ela, eu estou vendo que ela está bem [...].*

***Dália:** [...] fico pensando: “será que ela está bem? Será que estão cuidando dela direitinho? Será que estão a deixando chorar?”. Eu quero estar sempre perto para ela saber que eu estou aqui, eu converso bastante com ela, canto as musiquinhas que eu cantava a ela na barriga e ela abre o olho e fica prestando atenção, olhando assim e prestando atenção [...].*

Ambas as entrevistadas, Violeta e Dália, mostram uma preocupação com a saúde de suas filhas. Violeta ressalta que, corrobora o diagnóstico médico de que a filha está bem, uma vez que ela está acompanhando e ressalta seu saber quando diz: “eu, como mãe.”. Da mesma forma Dália, que apresenta preocupação sobre os cuidados com sua filha por parte da equipe médica, principalmente quando ela está em sua casa.

Um fator bastante importante da preocupação materna primária é a identificação das mães com seus bebês, para que, a partir disso, ela possa ler suas produções e conferir um sentido aos choros e ao que ele quer expressar. Encontra-se, nos achados, um indício de uma identificação das mães com seus bebês, quando elas assim ressaltam:

***Amor-perfeito:** [...] e para gente não é fácil, porque a dor que ele sente a gente sente, tudo o que acontece com ele dói demais em mim [...].*

Violeta: [...] agora que eu estou tendo mais contato, ficando mais com ela, já estou trocando-a, agora que eu vejo que ela precisa mais de mim, fico com dó de vê-la, porque a gente vê que ela que sugar, ela fica chorando e não pode amamentar ainda [...].

Pela fala de Amor-perfeito, constata-se que ela sublinha sentir o que o filho está sentindo, fato que denota um princípio de identificação tão importante. Isso nos sinaliza que há alguma organização da preocupação materna primária.

Da mesma maneira, Violeta relata que em virtude da melhora do quadro de saúde da criança, esta foi encaminhada para UCI, lugar onde, devido a menor necessidade de aparelhos médicos para monitoramento, permite uma maior aproximação sua filha. Assim como, em razão dessa mudança, pôde encarregar-se de alguns de seus cuidados básicos, como a troca de fraldas e ressalta, inclusive, poder interpretar o choro de sua filha, como um choro de fome e uma vontade de querer sugar, começando a dar uma significação para as produções de seu bebê.

8.2.4.5 A “preocupação médico-primária”

No entanto, é comum encontrar, no ambiente de reanimação neonatal, mães que, por estarem impossibilitadas de exercerem a preocupação materna primária, encontram outra forma de cuidarem de seus filhos, de exercerem sua função. São mães que olham os monitores, questionam o prontuário de seus filhos, acabam aprendendo e conversando entre si por meio dos termos médicos (Agman, Druon & Frichet, 1984/1999).

Para Morsch & Braga (2007), para além de uma inquietação e cuidado com o estado de saúde de seu bebê, a mãe de prematuro desenvolve um estado psíquico denominado de “preocupação médico-primária”, a fim de contornar os obstáculos que se apresentam ao seu lugar de mãe. Esse estado configura-se como um mecanismo de transição em que ela tenta

reaver a competência abalada pelo nascimento prematuro de seu filho e estabelecer uma interação com.

Esse aspecto das mães foi bastante presente durante as entrevistas, podendo ser identificado nas falas a seguir:

***Petúnia:** [...] quando eu estou em casa fico pensando no barulho daquelas máquinas, uma coisa tão ruim, porque quando ela começa a apitar muito você sabe que o bebezinho não está bem [...].*

***Jasmim:** [...] vi que aquele negócio que fica lá mostrando quando está respirando certinho chegou à zero [...].*

***Dália:** [...] então eu chego já bato o olho no monitor e vejo a frequência. Eu cheguei aqui anteontem, a frequência cardíaca estava em 190 batimentos, ela estava dormindo, quietinha, eu pensei que tinha alguma coisa errada, estava muito alta, já pensei em infecção e em tudo que poderia ser [...].*

8.2.4.6 Ser mãe de um bebê prematuro

A partir desses recortes, é possível, portanto, compreender que, apesar de todas as dificuldades enfrentadas pelas mães de prematuros, há um esforço psíquico de encontrar um meio de exercer sua função, de estabelecer um vínculo com seu filho, mesmo que seja por meio da “preocupação médico-primária”.

Essas mães possuem, dessa maneira, como ressalta a literatura, a função materna, no entanto, devido às circunstâncias, não conseguem exercê-la em sua completude, ainda podem sentir dificuldades em exercer a maternidade por completo com seus pequenos bebês enquanto ele está sendo atendido no setor de reanimação neonatal (Agman, Druon & Frichet, 1984/1999; Brito & Pessoa, 2006).

Assim, ao serem questionadas sobre o que é ser mãe de um bebê prematuro, tendo em vista estes impedimentos, elas destacam:

Hortência: [...] nunca tive um bebê assim, então é como se fosse o meu primeiro filho, é como se eu fosse mãe de primeira viagem, já sou mãe de quatro, mas é como se fosse mãe pela primeira vez, muito complicado ser mãe de prematuro, porque a gente fica com medo o tempo todo, mas de prematuro é muito mais medo [...].

Íris: [...] é muito triste, não tem nem o que falar [...].

Violeta: [...] é uma experiência assim difícil, é difícil [...].

Dália: [...] a gente fica muito preocupada com o amanhã [...].

Dália ainda complementa com um sentimento de arrependimento quando diz:

[...] eu devia ter curtido mais a minha barriga, ter conversado mais com ela, ter aproveitado melhor o tempo que eu estive com ela na barriga, mas como eu pensava que eu iria ter todo o tempo, que eu iria completar as 38 ou 39 semanas, a gente vai às vezes postergando as coisas, vai deixando para depois e às vezes não tem depois, eu só tinha o agora mesmo [...].

Diante disso, dessas vivências e dos medos pelos quais as mães de prematuros passam, é comum que elas apresentem algumas condutas futuras com seus bebês. Salles (1992) destaca que, devido a possíveis fantasias dessas mulheres de erros maternos que puderam afetar o bebê e a gestação, podem-se encontrar algumas atitudes, como a superproteção e a eterna gestação simbólica da criança, ou seja, as mães podem demorar a perceber que seus filhos não são mais prematuros.

Quando interrogadas a respeito do que imaginam para seus filhos, como pensam que irão agir, em quase a totalidade das entrevistas, constatou-se falas que indicam, provavelmente, que elas apresentariam uma acentuada superproteção, como um mecanismo

de compensação por todo o sofrimento pelo qual a criança passou em seu nascimento e hospitalização. Elas destacam:

Tulipa: [...] depois a gente tem medo de levar para escola, medo da creche, com muitos amigos, com medo de viver em casa, a gente pensa em tudo para protegê-los [...].

Tulipa, ao destacar “[...] com medo de viver em casa [...]”, permite-nos entrever a insegurança que apresentava, no momento da entrevista, de levá-lo para casa, questionando-se se conseguiria cuidar de seu bebê.

Bromélia: [...] depois chega em casa e deixa a criança lá chorando à toa, aí não dá, o tempo que eu tiver darei a ele [...].

Jasmim: [...] eu nunca terei coragem de bater nele, nem de chamar a atenção, se quiser mamar até os dez anos, ele pode ficar à vontade, ele quem manda [...].

Violeta: [...] vou cuidar bem mais, é um motivo mais forte para eu dar mais atenção, mais amor, mais cuidados a ela [...].

Dália demonstra um desejo de aproveitar ao máximo o “tempo perdido” com sua filha, seja na barriga, como ela destacou na fala acima, seja no colo, dizendo da permanência da criança no colo materno o máximo de tempo possível.

[...] a criança está chorando, a mãe está lavando a louça ou fazendo alguma outra coisa e deixa chorar, acha que deixar chorar é bom. Eu já não penso assim depois que a G. nasceu prematura, eu penso que se ela quiser colo, darei o colo para ela, porque a hora que ela estiver com um ano ela não vai mais querer, ela vai querer só ir para o chão [...].

Para concluir, é importante destacar, a respeito da maternidade de bebês prematuros, o que trouxe Dália: *Ser mãe de prematuro é aquela sensação de útero vazio antes do tempo, o útero está vazio e o ninho está vazio lá em casa [...]*.

Essa fala de Dália denota, com bastante propriedade, o sentimento presente nas mães de bebês prematuros e, em especial, dos prematuros cuja presente pesquisa se debruça. Ao falar que “[...] *ser mãe de prematuro é aquela sensação de útero vazio antes do tempo[...] e o ninho está vazio lá em casa [...]*”, esta mãe destaca a questão da irrupção de um parto não esperado, em que o útero fica vazio antes do programado.

Fica evidente, diante destas palavras, o corte no que estava sendo esperado, a antecipação de lugares que estavam por se organizar, sejam estes lugares físicos, como o quartinho, como também os lugares simbólicos, os quais marcam que o bebê não se encontra nesse “ninho”; ele existe, mas está vazio, o lugar de vivenciar a função materna em sua totalidade ainda não está completo. A mãe do bebê prematuro vive, portanto, uma situação limítrofe, de incerteza e de insegurança em relação ao exercício de sua função.

Deste modo, percebe-se que, situações como a prematuridade, principalmente a extrema, a qual promove entraves no nascimento da criança, podem revelar consequências para o exercício da função materna, uma vez que essas mães, apesar de realizarem manobras preciosas e de se esforçarem para ocupar seu lugar de mãe, acabam por sentirem-se destituídas, em grande parte, psiquicamente de seu saber devido à situação de hospitalização, mostrar-se inseguras em relação ao exercício de sua função, além de apresentarem dificuldades no manejo de suas crianças no estabelecimento da demanda.

A maternidade dessas mulheres, com seus bebês hospitalizados e com risco iminente de morte, é constantemente ameaçada. Ainda que tentam operar manobras para recobrir essa angústia, como a preocupação médico primária, ousa-se dizer que elas possuem uma função

materna limitada, aguardam o momento em que poderão realizá-la em sua completude (Baltazar, Gomes & Cardoso, 2010; Druon, 2012).

Em síntese, elas vivem um período em que não podem apropriar-se de seus filhos, entregues à equipe médica para cuidados, muitos deles básicos que deveriam ser por elas realizados. Pouco conseguem saber sobre seus bebês, demonstram dificuldades em significar as ações de seus bebês, impedidas de tocarem, de acalentarem e, muitas vezes, de falarem com seus filhos em virtude de contingências da incubadora. A mãe do bebê prematuro encontra dificuldades em apropriar-se de papel na vida do seu filho e de dar continuidade a toda organização entre mãe e bebê que fora interrompida pela irrupção do parto antecipado.

Portanto, pode-se considerar que ela vive uma fase de função materna limitada, à espera de outros tempos, em que poderá levar seu filho para casa e lá desenvolver e ocupar o seu papel materno por completo na vida de seu bebê. Entretanto, faz-se necessário salientar a relevância, ainda no período de internamento da criança, de um acompanhamento psicológico dessa mãe, de maneira a valorizar seu papel materno e que ela possa ressignificar esse momento e apropriar-se, da melhor maneira que lhe for possível, do exercício de sua maternidade durante o período de internamento de seu bebê, resguardando as peculiaridades de cada caso.

8.2.5 Considerações sobre a Relação entre as Mães e a Equipe Hospitalar

Embora esta temática não esteja contemplada nos objetivos desta pesquisa, adquiriu consistência de categoria em virtude de sua frequência nos relatos das entrevistadas e, portanto, decidiu-se abordar a questão da relação entre estas mulheres e a equipe hospitalar, seja enquanto gestantes, em um período de internamento antes do nascimento de seus filhos, seja durante a hospitalização de seus bebês.

Pode-se apreender que o internamento de algumas dessas mulheres, prévio ao nascimento de seus filhos, a fim de que houvesse algum tempo de tratamento para que seus bebês não nascessem ainda mais prematuros, trata-se de uma hospitalização atípica, pois houve o imprevisto do curso normal da gestação.

Nesse momento, há uma intensa fragilidade das mulheres, visto que se encontram, como destacado na primeira categoria, em situação de intenso potencial traumático, o qual se caracteriza pela necessidade de tratamento médico a fim de que seja possível salvar suas vidas e a de seus bebês.

Assim, essas mulheres mostram-se bastante fragilizadas e possuem um intenso contato com a equipe de saúde, o qual nem sempre ocorre de maneira tranquila entre ambas as partes, sendo que esse desconforto pode estender-se até a UTI Neonatal posteriormente.

Nas entrevistas, houve relatos a respeito desse período prévio de internamento, nos quais se podem encontrar algumas queixas das pacientes a respeito das condutas e do tratamento ofertado.

A mãe Amor-perfeito ficou uma semana internada antes do nascimento de seu bebê, com 26 semanas, e assim relata sobre sua experiência no setor da Maternidade:

As enfermeiras falavam 'é o útero que tá inchado, o útero que tá isso', cada uma falava uma coisa, uma delas falou: 'vou chamar o médico', chamou uma interna. A interna fez o toque e falou: 'vou lá conversar com o meu superior' e nunca mais voltou. Fiquei indignada, tudo mal comunicado, cada um falava uma coisa, toda hora passava sonda e a gente fica ali igual um boneco, porque a gente sofreu demais, é difícil, porque cada uma falava uma coisa, não tem conversa, não falam as coisas para a gente, principalmente os médicos, eles nunca falavam, faziam as coisas e saíam [...].

Nota-se, dessa maneira, um sentimento de despersonalização, o qual é muito presente nos internamentos em instituições hospitalares. Esse sentimento é caracterizado por uma

perda da identidade do indivíduo e de autonomia, que podem provocar comportamentos tanto de passividade, como também de agressividade com a equipe de saúde (Ismael, 2005).

Essas mulheres, em sua hospitalização, encontram-se envoltas pela ruptura de suas rotinas, bem como, permeadas pelo medo e confusas, mostram esses sentimentos de despersonalização, como ressaltado acima por Amor-perfeito, quando ela diz: “[...] *a gente fica ali igual a um boneco[...]*”.

Amor-perfeito traz um desencontro das informações a respeito de sua própria saúde e de seu bebê, o que indicava seu nervosismo, sem saber o que estava acontecendo. Sobre esse assunto, Dália, cujo bebê nasceu com 32 semanas e ficou três semanas hospitalizada antes do parto de sua filha, relata:

[...] eu achei o pessoal muito atencioso, mas eles falam coisas precipitadamente para gente, não confirmou nada, já chega e fala. Tem que comprovar que tem para você chegar e falar, depois vem e fala assim que não era aquele diagnóstico. Eu acho que nessa parte eles tinham que ter um pouco mais de cuidado para poder nos abordar porque, tem alguns problemas que quanto mais nervoso passar, pior [...].

Esses relatos nos fazem refletir sobre as dificuldades de comunicação entre os profissionais da saúde e as pacientes. Geralmente, eles utilizam linguagem técnica e, muitas vezes, apresentam dificuldade em transmitir as informações, desconsiderando as questões emocionais da paciente. No caso destas mulheres parece que desconsideraram o momento que elas estavam vivenciando diante da interrupção precoce da gravidez e as implicações que isso poderia trazer para elas e o bebê.

Entende-se que para a equipe de saúde é bastante difícil lidar com as situações cotidianas do ambiente hospitalar, uma vez que vivenciam, diariamente, situações que permeiam constantemente a vida e a morte, sentimentos ambivalentes de onipotência, proporcionados pela ciência que embasa o saber médico, como também de impotência, frente ao fracasso e a à morte, que a leva à percepção da própria finitude (Angerami-Camon, 2002).

Além disso, vale salientar que os profissionais de saúde experimentam um desgaste emocional intenso em seu cotidiano de trabalho, o qual pode resultar em diversas doenças, irritabilidade, bem como a naturalização do sofrimento, tanto seu, com a rotina e a hierarquização do trabalho, como também do paciente em questão. Essa naturalização trata-se, provavelmente, de mecanismos psíquicos encontrados a fim de lidar com a pesada rotina no limiar entre a vida e a morte (Silva, 1998).

Já no âmbito da Unidade Neonatal, nas situações de prematuridade extrema e de bebês muito prematuros, como destacado no decorrer deste trabalho, o bebê enfrenta, em razão de sua fragilidade orgânica, risco de morte iminente. Isso o coloca em uma situação de grande dependência de cuidados médicos prolongados, cuidados que, graças ao avanço da tecnologia, propiciam que bebês, antes compreendidos como organicamente incompatíveis com a vida, possam ser salvos (Mathelin, 1997b/1999).

As mães desses bebês prematuros, dessa forma, acabam por tornarem-se espectadoras das cenas de outras pessoas cuidarem de seus filhos e de exercerem um saber sobre sua saúde, na luta pela manutenção da vida. Como destacado na categoria anterior, o estado de “preocupação médico – primária”, demonstrado pela maioria das mães ali presentes, pode causar um desconforto à equipe de saúde, uma vez que pode sentir-se invadida e incomodada com as mães dos bebês.

Agman, Druon & Frichet (1984/1999) destacam que a relação entre as mães e a equipe é permeada, muitas vezes, por sentimentos de ambivalência, tanto por parte das mães como por parte da equipe. As mães atestam, de maneira inconsciente, que há outras mulheres que cuidam de seus filhos, mas que, por esta mesma razão, rivalizam com as enfermeiras, as quais ocupam o lugar que elas gostariam de estar, mas encontram-se impedidas devido à situação de hospitalização. Tal aspecto pode ser identificado nas entrevistas realizadas, como revelado a seguir:

Tulipa: [...] o carinho das enfermeiras com a gente ajuda nesse momento [...].

Bromélia: [...] a doutora não teve muita educação quando falou comigo [...].

Violeta: [...] as enfermeiras são bem claras com a gente, elas falam bem declaradamente, não é o que a gente quer ouvir, mas elas falam, é quando elas colocam a gente mais para baixo [...].

Por esses recortes, é possível perceber que as mães dos bebês oscilam entre uma gratidão e reconhecimento do trabalho da equipe, e uma reação de desaprovação das atitudes dessa mesma equipe. Como salientado, elas vivenciam inúmeros conflitos psíquicos e emocionais nesse momento de suas vidas, os quais influenciam suas atitudes e sentimentos no que tange aqueles que estão lutando, juntamente a elas, pela vida dos bebês hospitalizados.

Já do lado da equipe, esta realiza o máximo que a ciência permite para que esses bebês se recuperem, encontram-se com bebês muito fragilizados, os quais são considerados como um corpo a ser salvo, como um sujeito vir-a-ser e, por essa razão, a equipe de saúde foca sua atenção na manutenção do corpo físico, uma vez que essa urgência para a manutenção da vida nem sempre possibilita a existência de uma escuta apropriada entre equipe e os pais da criança (Almeida, 2000).

Para a clínica médica, o corpo é compreendido como uma máquina, a qual pode ser pesada, mensurada, consertada, em que o contato humano e o psiquismo acabam sendo pouco considerados. No entanto, as irrupções emocionais e os sintomas que apontam para o real da morte podem causar um desconforto no corpo médico, pois seu saber é colocado em xeque (Moretto, 2001).

Dessa maneira, a equipe de saúde vivencia momentos de angústia pela ciência não ter resposta para tudo, apesar dos avanços. Nada está garantido de antemão, cada criança irá

reagir de uma forma e, por essa razão, cada membro da equipe lidará, à sua maneira, com o luto presente em seu trabalho cotidiano.

Para além dessa questão, a equipe de saúde ainda realiza sua tarefa sob o olhar dos pais, e precisa, muitas vezes, realizar manobras urgentes na presença das mães e isso promove o surgimento de inúmeras questões e desconfortos para os cuidadores. Sobre isso Mathelin (1997b/1999, p.81) ressalta:

Luta incessante contra a morte inadmissível de um lactente, contra os riscos de baixa de vigilância que acarretaria erros catastróficos, contra sua própria angústia, algumas vezes também contra os pais que parecem vir “incomodar” ou tornar mais difícil o trabalho da equipe terapêutica. Algumas vezes, até a luta aberta ou abafada pode se declarar na equipe quando certas decisões não são compreendidas.

Os desdobramentos das questões emocionais e psíquicas da equipe de saúde não foram abordados nesse trabalho, entretanto acredita-se ser importante salientar, ainda que brevemente, o que a literatura traz a respeito de algumas atitudes da equipe que podem facilitar o enfrentamento desse momento tão doloroso da vida dessa mulher.

Birman (2005) contrapõe-se à visão mecanicista que permeia o discurso médico e destaca as dimensões simbólicas, éticas e políticas do processo de saúde-doença. Pelo fato da saúde inscrever-se em um corpo que é simbólico, importa considerar, dentro no ambiente hospitalar e nesse contexto da maternidade, na qual se encontravam hospitalizadas as entrevistadas, uma maior humanização no atendimento ofertado, visto que isso pode colaborar para um período de estada na maternidade mais acolhedor para essa mulher, que já vivencia um momento de intenso sofrimento.

Na humanização dos atendimentos preconiza-se, sobretudo, um olhar para a dimensão subjetiva do paciente e para a maneira com que cada um consegue organizar e dar um sentido

ao seu processo de saúde-doença, atentando para a singularidade, complexidade e individualidade de cada indivíduo (Reis, Marazina & Gallo, 2004).

Para tanto, pode-se refletir sobre a conduta no setor da Maternidade que impacta muito o psiquismo das mulheres que estão hospitalizadas, como a proibição da permanência de acompanhantes, como destacado pelos seguintes trechos:

***Amor-perfeito:** [...] eu não podia ficar com ninguém, isso que eu achei mais injusto, porque eu tinha que ficar de repouso absoluto e não podia ficar ninguém comigo, eu não podia levantar para pegar uma água. Não podia ter acompanhante. Depois que eu já tinha ganhado, tomado banho, aí que meu marido foi saber que o filho dele tinha nascido. Se ele tivesse ficado comigo, ou a minha mãe, e eu queria demais, ele já estaria sabendo. Isso que eu acho uma coisa errada, eu queria demais ele comigo [...].*

***Violeta:** [...] e eu estava sozinha, minha mãe estava no pronto socorro, mas teve que ficar lá embaixo, não podia entrar ninguém. Não é bom a gente ficar aqui sozinha, não pode ficar acompanhante com a gente aqui, queria que alguém ficasse comigo [...].*

***Dália:** [...] não podia ficar com acompanhante, antes dela nascer eu ficava sozinha e ficar sozinha nessas horas é muito ruim, porque você não tem com quem falar [...].*

Logo, essas mulheres passam por situações bastante difíceis durante seu próprio internamento e algumas condutas tomadas, pela equipe de saúde nesse momento, podem impactar de maneira positiva a relação que essa mãe terá com a próxima equipe que irá cuidar de seu bebê.

Já no tocante à hospitalização do bebê, principalmente na prematuridade extrema, Gomes (2004) destaca que, torna-se imprescindível que, apensar das atitudes e reações emocionais da mulher, a equipe promova uma situação de acolhimento aos conflitos maternos, a fim de que essa mãe possa significar essa ocasião da melhor maneira que lhe é

possível. Ainda que essa equipe necessite estar atenta às questões objetivas de seu trabalho, a dimensão subjetiva de cada mulher deve ser considerada.

Sobre isso, Gomes (2004) e Mathelin (1997b/1999) destacam que a equipe deve promover uma escuta atenta, respondendo às questões colocadas pelos pais ao longo do internamento, além de esclarecer a eles o estado de seus bebês. Essas atitudes podem proporcionar que a ambivalência na relação entre pais e a equipe seja, ao menos, atenuada.

Contudo, para que essa maior humanização e escuta oferecida pela equipe de saúde sejam possíveis, é imprescindível que ela seja também cuidada e instrumentalizada por meio de um trabalho com um psicólogo, com reuniões de reflexões da equipe, por exemplo, sobre os acontecimentos cotidianos e sobre sua atuação, com uma escuta atenta e livre de interpretação por parte do profissional da psicologia.

Sustentar uma escuta, permeada pelo não-saber, para que haja uma ressignificação simbólica das situações vivenciadas por parte da equipe, pode promover o atravessamento de diversas situações de difícil administração, uma vez que a ausência de rituais e dispositivos que, de alguma maneira consigam dar um contorno à tais situações, pode promover um aumento de tensões entre pais e equipe (Druon, 1988/1999; Mathelin, 1997b/1999; Holanda, 2004; Dias, 2006).

9 CONCLUSÃO

1. A vivência do parto muito antecipado mostrou-se como evento traumático para as mães dos bebês muito prematuros e/ou extremos. O choque da notícia conferida pela equipe médica de que seria necessário ou o internamento imediato dessa gestante ou a realização urgente do parto pode ser compreendido como um momento de irrupção do *Real*, em que se faz presente somente a falta de palavras que possam dar um sentido a tudo o que ocorre. Momento caracterizado, dessa forma, de quebra da homeostase, não só da gestação orgânica, como também da gestação psíquica, tão importante para construção enquanto mãe desse bebê. Somam-se a isso as diversas intercorrências enfrentadas por essas mulheres cotidianamente no setor de reanimação neonatal, tendo em vista a condição de seus filhos, que as relançam sempre em novas reedições da situação traumática. Com efeito, o encontro com o evento traumático e a irrupção do *Real*, sem palavras, promove que, na grande maioria, as mães utilizem-se de mecanismos que possam dar um contorno e recobrir esse *Real* avassalador que as toma, como a busca da religião, por meio de um ser sobrenatural depositário não somente das respostas para as razões desse acontecimento, como também do poder para tudo resolver.

2. A interrupção da gestação no curso do seu desenvolvimento, não somente orgânico, como também psíquico, promove algumas dificuldades para que a mãe se lembre e consiga relatar acerca do bebê imaginário, com possivelmente menos propriedade do que uma mãe cujo bebê nasceu a termo conseguiria fazer. Isso pode ser devido a esse corte do processo gestacional, uma vez que, por estarem em meados do terceiro trimestre de gestação, essas mulheres encontravam-se em pleno funcionamento da transparência psíquica que, dentre outras funções, promove a construção do “berço imaginário” que irá acolher o bebê que se apresenta na realidade. O encontro com esse bebê é bastante dificultoso para as mães dos

bebês muito prematuros e/ou extremos, uma vez que, esses bebês, diferentemente de um bebê prematuro moderado, diferem muito de um bebê a termo, ou do bebê que estava, mesmo que de forma empobrecida, sendo construído no psiquismo da mulher. Logo, deparar-se com um bebê tão pequeno, extremamente frágil, encoberto por aparelhos, pode lançar a mulher ao encontro de uma ferida narcísica muito proeminente, com sentimentos ambivalentes de estranhamento e de reconhecimento, por uma sobreposição entre o bebê que estava sendo imaginado, visto que este ainda estava em construção no psiquismo materno.

3. No encontro com o bebê na Unidade Neonatal foi possível notar que essas mães apresentam, algumas vezes, negação frente ao estado de saúde de seus bebês, afirmando constantemente que a criança está bem. Percebeu-se, dessa forma, que essa negação pode caracterizar-se como uma defesa para essas mulheres às notícias dolorosas que constantemente são trazidas pela equipe de saúde. Pode configurar-se, ainda, como um processo de congelamento do bebê imaginário correlacionado ao bebê que se mostra na incubadora, extremamente fragilizado, ou também se relacionar com a proteção do narcisismo materno.

4. Pode-se apreender que a mãe do bebê prematuro vivencia diversos momentos de luto, seja pela perda efetiva do objeto de investimento da libido ou pelas perdas simbólicas, como da gestação e parto idealizados, os quais não ocorreram como a mãe estava planejando, visto que essas mães foram atravessadas pela interrupção abrupta da gestação. Sofre um processo de luto pelo neonato a termo que não nasceu; pelos planejamentos para a chegada da criança que não puderam acontecer, como o quarto, enxoval, chá de bebê, entre outros. Além disso, essa mãe, cujo bebê está hospitalizado, vive em um constante limiar em passar pelo luto

de uma perda real, uma vez que teme, a todo o momento, que seu bebê vá a óbito, visto que, pela gravidade do estado de saúde do neonato, há o constante risco iminente de morte.

5. Devido a grave situação de saúde dos bebês, faz-se necessário um grande aparato mecânico para a manutenção da vida destes. Essa condição promove um afastamento corporal da mãe, a qual, impossibilitada de pegar seu filho no colo quando deseja, de amamentar, de realizar os cuidados básicos, parece encontrar-se deslocada de sua função enquanto mãe dessa criança. Esses cuidados competem, nesse momento, à equipe de saúde, e a mãe do bebê prematuro apresenta, na maioria das vezes, o deslocamento de seu saber. Esse deslocamento de seu saber pode ser proporcionado tanto pela irrupção da gestação em meio à construção imaginária da maternidade no psiquismo da mulher, quanto por esse distanciamento físico existente no setor de reanimação neonatal. Supõe-se que esse fator pode mostrar-se como um entrave no exercício de operações que implicam a função materna, em especial no *Estabelecimento da Demanda*, no qual é imprescindível a existência de um saber materno sobre as demandas da criança. A mãe do bebê prematuro parece sentir-se insegura quanto ao seu saber, mesmo em relação ao seu saber inconsciente sobre seu filho, visto que ele se encontra, nesse momento, na equipe de saúde. Junta-se a isso o sentimento bastante doloroso de ir para casa todos os dias sem seus bebês, sentem imaginariamente como se estivessem abandonando – os no hospital.

6. Pode-se compreender ainda a existência, nessas mulheres, do início da organização da “preocupação materna primária”, mesmo diante do receio que elas apresentam, devido ao limiar entre vida e morte, de vivenciar ou não a maternidade com esse bebê, e da dificuldade de se apropriarem da função materna em sua totalidade, uma vez que, apesar da situação, elas arriscam algum saber sobre seus filhos e mostram-se, em alguns momentos, identificadas a eles - processo de extrema importância para o exercício da “preocupação materna primária”.

A mãe do bebê prematuro, em virtude dos entraves ao exercício de sua função, pode apresentar, em compensação à “preocupação materna primária”, o processo denominado de “preocupação médico-primária”, como forma de estabelecer um vínculo com seu bebê e de realizar, de alguma maneira, sua função enquanto mãe. Logo, ser mãe de um bebê prematuro pode promover dificuldades no exercício da função materna, visto que encontra impossibilitada de exercer essa função em sua completude enquanto seu bebê ainda estiver hospitalizado. Assim, o exercício da maternidade com esses bebês é constantemente ameaçado, vive-se, provavelmente, uma função materna diferenciada. Apesar dos grandes esforços realizados por essa mãe, ela se mostra à espera do momento em que poderá realizar sua função em sua completude.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa almejou investigar os sentimentos e as vivências de algumas mulheres frente ao nascimento prematuro de seus filhos, especificamente ao nascimento de bebês prematuros extremos e/ou muito prematuros, uma vez serem estes casos, em sua maioria, que demandam não só mais cuidados médicos, mas também aqueles em que o limite entre a vida e a morte se faz mais presente, com a antecipação de diversos acontecimentos e a interrupção de tantos outros que estavam sendo sonhados e planejados para a chegada do bebê.

Para além dos achados que foram discutidos durante esse trabalho, cabe-nos ainda destacar alguns interrogantes que surgiram no decorrer dessa pesquisa, as quais podem servir como sugestões para futuras investigações, bem como elencar algumas observações e deduções, mas que se localizam para além do foco desta investigação.

No primeiro capítulo desse trabalho destacou-se que a trajetória da história da humanidade não foi sem efeitos no entendimento da maternidade na atualidade, visto que esta passou de quase sem importância social, para uma função exclusiva da mulher - do binômio mãe-mulher – e, por fim, à uma etapa considerada como uma das vivências femininas durante toda a sua vida. No entanto, o papel e discurso femininos permanecem, ainda, fragilizados.

Percebeu-se que, durante o internamento de seus bebês, essas mulheres, por estarem destituídas de seu saber – em virtude da prevalência do discurso médico - reivindicam um lugar dentro na Unidade Neonatal, tentam utilizar diversas maneiras para que sejam ouvidas pela equipe hospitalar.

Pelo fato das mulheres estarem identificadas historicamente com um lugar em que seu discurso e seu lugar são enfraquecidos socialmente, é possível questionar se essa destituição do saber materno também não é influenciado historicamente. Desse modo, pergunta-se: se fosse com os pais dos bebês, o discurso e lugar paternos também ficariam em segundo plano dentro no âmbito hospitalar?

Em segundo lugar, destacam-se as causas da antecipação do parto. Em termos médicos e biológicos, são inúmeros os fatores, como elencados no curso dessa pesquisa, os quais podem proporcionar esse acontecimento. No entanto, dá-se enfoque às questões psíquicas e emocionais que podem estar relacionadas com esse evento.

Dentre as entrevistadas, mais da metade ressaltou que a gestação não tinha acontecido de forma planejada, já outras mencionaram que não queriam mais ter filhos, entretanto decidiram ficar grávidas considerando dinâmica familiar, ou seja, companheiro, filhos, entre outros.

Pensando na ambivalência em relação à gestação, isto é, o conflito, na maioria das vezes, existente entre querer e desejar a gravidez, interroga-se sobre uma influência desta, somada aos fatores biológicos, no aporte para a irrupção do parto prematuro, uma vez que, em

toda gestação, como destacado no curso da pesquisa, há sempre uma pré-história da concepção, as quais ligam-se a questões inconscientes de cada mulher.

Esta questão poderia ser melhor investigada caso as mulheres entrevistadas estivessem em processo de análise. Entretanto, sem a intenção de chegar a uma conclusão ou de generalizações a respeito desta temática, considera-se relevante mencionar que estes fatores podem estar presentes e serem suficientemente importantes para influenciar o presente processo.

Chamou-nos a atenção, também, o fato de mais da metade das participantes terem apresentado um quadro de pré-eclâmpsia, sem antecedentes que o justificasse. Ainda que a hipertensão possa ser uma doença presente na gravidez, há que se considerar que esse aumento da pressão arterial pode ter sua origem em questões emocionais, as quais encontram no corpo uma via de expressão. Logo, esse fator pode ser um precursor do parto prematuro.

No entanto, para essa correlação, seria necessária uma consideração mais pormenorizada da história de vida de cada uma dessas mulheres, assim como suas respectivas peculiaridades. Entretanto, esse aprofundamento fugia do escopo da presente pesquisa, a considerar que a causa de um parto prematuro deve ser observada no caso a caso e o sentido de cada parto prematuro deve ser investigado na história individual de cada mulher.

Indaga-se, ainda, de um possível desdobramento do trauma no psiquismo materno, fruto da não elaboração do parto prematuro, bem como das diversas questões emocionais apresentadas por essas mulheres. Estas questões, por conseguinte, quando não trabalhadas por uma escuta especializada, podem vir a promover futuras dificuldades no exercício da função materna, no vínculo mãe-bebê e consequentes psicopatologias da primeira infância.

Como destacado na Introdução deste trabalho, a dificuldade que foi possível escutar da mãe de uma criança prematura extrema, em localizar-se em sua função e no tocante ao

período de internamento de seu bebê, leva-nos a refletir sobre o valor da oferta de escuta e acolhimento, mesmo no período de internamento de seu filho.

Esta atitude pode colaborar para que a criança não precise de intervenção futura em sua constituição psíquica, um dos aspectos trabalhados na Estimulação Precoce, como apontam os estudos de Jerusalinsky (2000).

Trabalhar as diversas questões emocionais, que essas mães apresentam no curso dos acontecimentos com seu bebê, é de extrema importância, visto que esses entraves emocionais maternos podem precipitar desorganizações na constituição psíquica do neonato. Essas adversidades, podem resultar, em alguns casos, nas psicopatologias graves da primeira infância, como autismo e psicose, pois, para a psicanálise, na grande maioria das vezes, a emergência dessas patologias possui como disparadores falhas nesse posicionamento da mulher em sua posição materna. (Jerusalinsky, 2002).

É imprescindível, portanto, que essa mulher possa ressignificar o evento traumático, pela oferta de uma escuta especializada, a fim de que ela dê algum contorno e outro sentido a tudo o que lhe aconteceu e está acontecendo no período de internamento de seu filho, a fim de que ela possa ressignificar esse momento, criar novas possibilidades subjetivas e para que esse trauma se inscreva como um trauma de outra ordem.

O cuidado e a organização desse acolhimento à mãe podem também reestruturar aspectos de significativa importância para que ela consiga localizar-se em seu papel, bem como para uma possível prevenção dessas psicopatologias na constituição psíquica do bebê.

Consequentemente, para que isso seja possível, importa salientar a relevância de um trabalho com a equipe de saúde, a qual acompanha a mãe do bebê prematuro todos os dias, a responsável por relatar as notícias a respeito do bebê. Essa equipe possui um trabalho psíquico de significativa complexidade, por lidar constantemente com a tênue linha entre a vida e a morte do bebê, bem como com as reações dos pais e, em especial, da mãe da criança.

Finalmente, para que essa equipe possa acolher cada vez melhor essa mulher, a qual se encontra, na maior parte das vezes, em intenso sofrimento, é necessário o acolhimento psicológico inclusive desses profissionais. Procedimento que, acredita-se, beneficiará não só a relação dos pais com a equipe de saúde, como também fortalecerá essa mãe em seu papel materno.

REFERÊNCIAS

- Almeida, E. C. de. (2000). O psicólogo no hospital geral. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 20(3), 24-27. doi: 10.1590/S1414-98932000000300005
- Agman, M. Druon, C. & Frichet (1984). As Intervenções Psicológicas em Neonatologia. In Wanderley, D.D.B. (org). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Brasil, Salvador: Ágalma, pp. 35-54. 1999 (Publicado originalmente em 1984).
- André, S. (1986). *O que quer uma mulher?* Brasil, Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1998. (Publicado originalmente em 1986).
- Angerami-Camon, V.A. (2002). Psicologia da Saúde: Um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Pioneira
- Ansermet, F. (1999). *A clínica da origem - a criança entre a medicina e a psicanálise*. Brasil, Rio de Janeiro: Ed. Contra Capa. 2003. (Publicado originalmente em 1999).
- Ansermet, F. (2015). O traumatismo anterior ao nascimento. *Opção Lacaniana online*, 16(6), pp.1-8. Recuperado a partir de: http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_16/O_traumatismo_anterior_ao_nascimento.pdf
- Ariès, P. (1978). *História social da criança e da família*. (2a ed). Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1981. (Publicado originalmente em 1978).
- Aulagnier, P. (1990). *Um intérprete em busca de sentido*. Brasil, São Paulo: Escuta.
- Aulagnier, P. (1994). Nacimiento de un cuerpo, inicio de una historia. In: L. Horstein (Org.), *Cuerpo, historia, interpretación: Piera Aulagnier - de lo originario al proyecto indentificatorio* (pp. 117-170). Argentina, Buenos Aires: Paidós. pp 117-170.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: O mito do amor materno*. Brasil, Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

- Baltazar, D.V.S., Gomes, R.F.D.S. & Cardoso, T.B.D. (2010). Atuação do psicólogo em unidade neonatal: rotinas e protocolos para uma prática humanizada. *Revista da SBPH*, 13 (1), pp. 02-18. Recuperado a partir de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n1/v13n1a02.pdf>
- Bardin, J. (1977). *Análise de Conteúdo*. 3a ed. Lisboa: Edições. 2011. (Publicado originalmente em 1977).
- Battikha, E.C. (2006). As palavras que alimentam a humanização: Reflexões acerca da amamentação – Uma experiência na UTIN. In Melgaço, R.G. (Org). *A ética na atenção ao bebê: psicanálise, saúde, educação*, São Paulo: Casa do psicólogo, pp. 161-166.
- Belaga, G. (2007). Presentación. In Belaga, G. (Org.) *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital*. Buenos Aires: Grama, pp.09-30.
- Benhaim, M. (2007). *Amor e ódio: A ambivalência da mãe*. Brasil, Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Berta, S.L. (2015a). Localização da urgência subjetiva em psicanálise. *A Peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*. 7(1). Recuperado a partir de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/apeste/article/view/30462/21073>
- Berta, S.L. (2015b). *Escrever o trauma, de Freud a Lacan*. Brasil, São Paulo: Annablume.
- Birman, J. (1999). *Cartografias do feminino*. Editora 34.
- Birman, J. (2001). *Gramáticas do erotismo: a feminilidade e as suas formas de subjetivação em psicanálise*. Brasil, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Birman, J. (2005). A Physis da saúde coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 15. pp.11-16. doi: 10.1590/S0103-73312005000000002
- Bittar, R. E. & Zugaib, M. (2009). Indicadores de risco para o parto prematuro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(4), pp. 203-209. doi: 10.1590/S0100-72032009000400008
- Bleger, J. (1980). *Temas de psicologia: entrevistas e grupos*. 3a ed. Brasil, São Paulo: Martins Fontes. 2003. (Publicado originalmente em 1980).
- Boas, L.M.V.; Braga, M.C.C. & Chatelard, D.S. (2013). Escuta psicanalítica de gestantes no contexto ambulatorial: uma experiência em grupos de fala. *Psico*, 44(1), 1. Recuperado a partir de: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/8623>
- Brazelton, T. B.; Cramer, B. G. (1989). *A relação mais precoce: os pais, os bebês e a interação precoce*. Portugal: Terramar.
- Brazelton, B. & Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. Brasil, São Paulo: Martins Fontes.

- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 2012. Resolução CNS no. 466 de 12 de dezembro de 2012. Recuperado a partir de: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Brito, M.H.A. & Pessoa, V.L.M.P. (2006). Um perfil da mãe prematura. In Melgaço, R.G. (org). *A ética na atenção ao bebê: psicanálise, saúde, educação*, São Paulo: Casa do psicólogo, pp. 115-123.
- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie: itinéraire psychanalytique de la maternité. A dívida da vida: itinerário psicanalítico da maternidade*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Caldas, H.(2015). Trauma e linguagem: acorda. *Opção Lacaniana Online*. 6(16). pp.1-14. Recuperado a partir de http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_16/Trauma_e_linguagem_acorda.pdf
- Calil, R.C.C & Arruda, S.L.S (2004). Discussão da pesquisa qualitativa com ênfase no método clínico. In Grubits, S.; Noriega, J.A.V. (Orgs). *Método qualitativo: epidemiologia, complementaridades e campos de alicação*. Cap VII. São Paulo, Vetor: 2004, pp. 173-213.
- Campbell, J. (1990). *O poder do mito*. Brasil. São Paulo: Palas athena.
- Campos, C. J. G. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista brasileira de enfermagem*, 57(5). Recuperado a partir de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>
- Caparelli, E. & Amorim, A. (2013). *Estudo faz alerta sobre a situação da prematuridade no Brasil*. Recuperado a partir de: https://www.unicef.org/brazil/pt/media_25849.html
- Casey, J. (1989). *A história da família*. Brasil, São Paulo: Ática. (Publicado originalmente em 1992).
- Chatel, M. M. (1995). *Mal-estar na procriação: as mulheres e a medicina da reprodução*. Brasil, Rio de Janeiro: Campo Matêmico.
- Chaves, W.C. (2006). O estatuto do real em Lacan: os primeiros escritos ao seminário VII: A ética da psicanálise. *Paidéia*, 16(34). doi: 10.1590/S0103-863X2006000200004
- Chodorow, N. (1990). *Psicanálise da Maternidade: Uma crítica a Freud a partir da mulher*. Brasil, Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Cintra, E.M.U (2004). A questão da crença versus a questão da fé: articulações com a Verleugnung freudiana. *Psicologia em Revista*, 10(15), 43-56. Recuperado a partir de: <http://ibict.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/195/206>
- Conde, A. & Figueiredo, B. (2005). *Ansiedade na gravidez: implicações para a saúde e desenvolvimento do bebê e mecanismos neurofisiológicos envolvidos*. Recuperado a partir de: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4646>

- Correia, M. de J. (1998). Sobre a maternidade. *Análise Psicológica*, 16(3), 365-371. Recuperado a partir de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82311998000300002&lng=pt&tlng=pt.
- Debray, R. (1988) *Mães em revolta*. Brasil, Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dias, M. (2006). Uma escuta psicanalítica em neonatologia. In Melgaço, R.G. (Org). *A ética na atenção ao bebê: psicanálise, saúde, educação*, São Paulo: Casa do psicólogo, pp. 137-147.
- Dolto, F. (1984). *No jogo do desejo: ensaios clínicos*. Brasil, Rio de Janeiro: Zahar.
- Druon, C. (1988). Ajuda ao bebê e aos seus pais em terapia intensiva neonatal. In Wanderley, D.D.B. (Org). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Brasil, Salvador: Ágalma, pp. 35-54. 1999. (Trabalho original publicado em 1988).
- Druon, C. (2012). Quel lien entre le bébé prématuré et ses parentes em médecine néonatale? *Revue française de psychosomatique*. (1). pp 135-147. doi: 10.3917/rfps. 0410135
- Emidio, T. (2011). *Diálogos entre feminilidade e maternidade: um estudo sob o olhar da mitologia e da psicanálise*. Brasil, São Paulo: Editora Unesp.
- Emidio, T.S. & Hashimoto, F. (2008). Poder feminino e poder materno: reflexões sobre a construção da identidade feminina e da maternidade. In *Colloquium Humanarum*. 5(2) pp. 27-36. doi: 10.5747/ch.2008.v 05.n 2.h057
- Ensp / Fiocruz. (2016). *Taxa de bebê prematuros no país é quase o dobro que em países da Europa*. Recuperado a partir de <https://portal.fiocruz.br/noticia/taxa-de-bebes-prematuros-no-pais-e-quase-o-dobro-do-que-em-paises-da-europa>
- Ferenczi, S. (1932). *Diário Clínico*. São Paulo: Martins Fontes, 1990. (Publicado originalmente em 1932).
- Ferenczi, S. (1934). Reflexões sobre o trauma. In Ferenczi, S. *Obras completas*. v. IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992. (Publicado originalmente em 1934).
- Ferrari, A.G.; Piccinini, C.A.; Lopes, R.S. (2006). O narcisismo no contexto da maternidade: algumas evidências empíricas. *Psico*, 37(3):271-278. Recuperado a partir de: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1448/1136>
- Ferrari, A.G. & Donelli, T.M.S. (2010). Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. *Contextos Clínicos*. 3(2), pp.106-112. doi: 10.4013/ctc.2010.32.04
- Fontanella, B.J., Campos, C.J.G. & Turato, E.R. (2006). Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevista não-dirigidas de questões abertas por profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5). Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/html/2814/281421864025/>

- Fontanella, B.J.B., Ricas. & Turato, E. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de saúde pública*, 24, pp.17-27. doi: 10.1590/S0102-311X2008000100003
- Forna, A. (1999). *Mãe de todos os mitos: como a sociedade modela e reprime as mães*. Brasil, Rio de Janeiro: Ediouro.
- Freud, S. (1895). Estudos sobre a histeria. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Brasil, Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Publicado originalmente em 1895).
- Freud, S. (1905). Três Ensaio sobre a Sexualidade Infantil. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Brasil, Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Publicado originalmente em 1905).
- Freud, S. (1908). Sobre as teorias sexuais das crianças. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Brasil, Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Publicado originalmente em 1908).
- Freud, S. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Brasil, Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Publicado originalmente em 1914).
- Freud, S. (1915). Luto e Melancolia. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Brasil, Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Publicado originalmente em 1915).
- Freud, S. (1917). Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Brasil, Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Publicado originalmente em 1917).
- Freud, S. (1920). Além do princípio de prazer. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Brasil, Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Publicado originalmente em 1920).
- Freud, S. (1923). Organização Genital Infantil. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Brasil, Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Publicado originalmente em 1923).
- Freud, S. (1924). A Dissolução do Complexo de Édipo. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Brasil, Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Publicado originalmente em 1924).
- Freud, S. (1925). Inibição, sintoma e angústia. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Brasil, Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Publicado originalmente em 1925).

- Freud, S. (1927). O futuro de uma ilusão. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Brasil, Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Publicado originalmente em 1927).
- Freud, S. (1931). Sobre a sexualidade feminina. In In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Brasil, Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Publicado originalmente em 1931).
- Garcez, M.M. & Cohen, R.H.P. (2011). Ponderações sobre o tempo em psicanálise e suas relações com a atualidade. *Psicologia em Revista*, 17(3). pp. 248-362. Recuperado a partir de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682011000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Gomes, A.L.H. (2000). Vínculo mãe-bebê pré-termo: as possibilidades de interlocução na situação de internação do bebê. *Estilos da Clínica*, 4(2), 89-100. doi: 10.11606/issn.1981-1624.v6i10p89-100
- Gomes, A.L.H. (2004). A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional. *Psicologia Hospitalar*, 2(2). Recuperado a partir de <http://www.cepsic.org.br/revista/3/artigos/v2n2a04.htm>
- Holanda, S. A. R. de. (2004). Bebês prematuros na UTI: a maternidade em questão. *Estilos da Clínica*, 9(16), 58-69. doi:10.11606/issn.1981-1624.v9i16p58-69
- Iaconelli, Vera. (2007). Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4), 614-623. doi: 10.1590/S1415-47142007000400004
- Ismael, S.M.C. (2005). A inserção do psicólogo no contexto_hospitalar. In S.M.C. Ismael (Org). *A prática psicológica e sua interface com as doenças*. São Paulo: Casa do Psicólogo. pp. 17-36.
- Jerusalinsky, J. (2000). Do neonato ao bebê: a estimulação precoce vai à UTI neonatal. *Estilos da Clínica*, 5(8), 49-63. doi: 10.11606/issn.1981-1624.v5i8p49-63
- Jerusalinsky, J. (2002). *Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês*. Brasil, Salvador: Ágalma.
- Jerusalinsky, J. (2011). *A criação da criança: Brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê*. Brasil, Salvador: Ágalma.
- Jorge, M.A.C. (2000). *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan: as bases conceituais. Voll.* (5a ed.). Brasil, Rio de Janeiro: Zahar.
- Kehl, M. R. (2008). *Deslocamentos do feminino: a mulher freudiana na passagem para a modernidade*. Brasil, Rio de Janeiro: Imago.
- Kitzinger, S. (1978). *Mães. Um estudo antropológico da maternidade*. Portugal, Lisboa: Presença.

- Klüber-Ross, E. (1981). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. 2018. (Publicado originalmente em 1981).
- Kovács, M.J. (1992). Morte, separação, perdas e o processo de luto. In Kovács, M.J. *Morte e desenvolvimento humano*, 2. pp. 149-164.
- Lacan, J. (1945). O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada. In Lacan, J. *Escritos*. Brasil, Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- Lacan, J. (1962-63). *O Seminário livro 10: A angústia*. Brasil, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. (Publicado originalmente em 1962-1963).
- Lacan, J. (1972-1973). *O Seminário livro 20: Mais, ainda*. Brasil, Rio de Janeiro: Zahar, 1985. (Publicado originalmente em 1972-1973).
- Lacan, J. (1974). *O Seminário livro 22: R,S,I.*. Inédito
- Lakatos, E. M., Marconi, M.A. (1985). *Fundamentos da metodologia científica*. (5a. ed.). Brasil, São Paulo: Atlas. 2003 (Publicado originalmente em 1985).
- Laurent, E. (2002). O revés do trauma. *Virtualia*, 6. pp. 2-7. Recuperado a partir de: <http://www.revistavirtualia.com/articulos/696/destacados/el-reves-del-trauma>
- Laurent, E. (2004). O trauma ao avesso. *Papéis de psicanálise*. Brasil, Belo Horizonte, 1(1).
- Laurent, E. (2006). Os tratamentos psicanalíticos das psicoses. Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais (org). *As pequenas intervenções psicóticas*, pp. 15-24.
- Lebovici, S. (1987). *A mãe, o bebê e o psicanalista*. Brasil, Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lipovetsky, G. (2000). *A terceira mulher: permanência e revolução do feminino*. Brasil, São Paulo: Companhia das Letras.
- Maldonado, M.T. (1975). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva. 2002. (Publicado originalmente em 1975).
- Maldonado, M.T. (1989). *Maternidade e Paternidade: situações especiais e de crise na família*. Petrópolis: Vozes.
- Mannoni, M. (1985). *A criança retardada e a mãe*. Brasil, São Paulo: Martins Fontes.
- Manzini, E. J. (1990). *A entrevista na pesquisa social*. Brasil, São Paulo: Diadática. V. 26/27.1 99. (Publicado originalmente em 1990).
- Mathelin, C. (1997a). Da pulsão de morte ao desejo de vida, ou as vicissitudes de uma terapia intensiva. In Wanderley, D.D.B. (Org). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Brasil, Salvador: Ágalma. pp.61-79. 1999 (Publicado originalmente em 1997).

- Mathelin, C. (1997b). *O sorriso da Gioconda: Clínica psicanalítica com bebês prematuros* (Procópio Abreu, trad.). Brasil, Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 1999. (Publicado originalmente em 1997).
- Miller, J.-A. (1997). *Lacan elucidado*. Brasil, Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Miller, J.-A. (2014). A criança entre a mulher e a mãe. *Opção Lacaniana online nova série*, 5(15). Recuperado a partir de:
http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_15/crianca_entre_mulher_mae.pdf
- Minayo, M.C.D.S. (1994). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. (11ª ed.). Brasil, Petrópolis: Editora Vozes. 2002. (Publicado originalmente em 1994).
- Minayo, M.C.S. (1993). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (6ª ed.). Brasil. São Paulo: Hucitec-Abrasco. 1999. (Publicado originalmente em 1993).
- Mohallem, L. N. (2005). Nada como o tempo...— Prematuridade e trauma. In Moura, M. D. (Org). *Psicanálise e hospital - novas versões do pai: reprodução assistida e UTI*. v.4. Belo Horizonte: Autêntica/FCH-FUMEC.
- Morsch, D.S. & Braga, M.C.N.D.A. (2007). À procura de um encontro perdido: o papel da “preocupação médico-primária” em UTI neonatal. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4), pp. 624-636. doi: 10.1590/S1415-47142007000400005
- Motta, E.V.da. (2017). A compreensão clínica e emocional da prematuridade: o olhar de um obstetra. In Ruas, T.C.B. (Org). *Prematuridade extrema: olhares e experiências*. Brasil, Barueri. São Paulo: Minha editora. pp. 54-65.
- Moretto, M.L. (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moura, M.D. *Psicanálise e urgência subjetiva*. (2000). In Moura, M.D. (Org.). *Psicanálise e hospital*. Brasil, Rio de Janeiro: Revinter. pp. 3-15.
- Nader, M. B. (1997). *Mulher: Do destino biológico ao destino social*. Vitória: EDUFES.
- Netto, M. V. R.F & Duarte, L.S. (2010). Frankenstein na UTI neonatal: o conflito entre o filho real e o filho imaginário. *Psicanálise e Barroco*, 8(1), pp. 175-188.
- Nix, C. M. & Ansermet, F. (2009). Prematurity, risk factors and protective factors. In Zeanah, C.H.J. *Handbook of infant mental health*. (3ª ed.). New York: Guilford Press. pp. 180-196.
- Nunes, S. A. (1991). A medicina social e a questão feminina. *Physis, Revista de saúde coletiva*, 1(1). Brasil, Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Relume Dumara. pp. 49-76.

- Ogawa, V. (2016). *Dia Mundial: cuidando de bebês prematuros*. Folha de Londrina. Recuperado a partir de: <http://www.folhadelondrina.com.br/cidades/dia-mundial-cuidando-de-bebes-prematuros-963305.html>
- Organização Mundial da Saúde. (2017). *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças*. Recuperado de www.cid10.com.br
- Organización Mundial de La Salud (OMS) (2017, novembro). *Nacimientos prematuros – nota descriptiva*. Recuperado em 26 de novembro de 2017. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
- Pereira, H. R. da S. (2014). *Os desdobramentos do feminino na maternidade: uma escuta psicanalítica de mulheres que tiveram seus filhos(as) acolhidos(as) institucionalmente*. (Dissertação Mestrado). Fundação Universidade Federal de Rondônia, Brasil, Porto Velho.
- Perucchi, J. & Beirão, A. M. (2007). Novos arranjos familiares: Paternidade, parentalidade e relações de gênero sob o olhar de mulheres chefes de família. *Psicologia Clínica*, 19(2), pp. 57-69.
- Petrini, J. C. (2005). Mudanças sociais e familiares na atualidade: Reflexões à luz da história social e da sociologia. *Memorandum*, 8, pp. 20-37.
- Piccinini, C. A.; Gomes, A. G.; Moreira, L. E. & Lopes, R. S. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(3), 223-232. doi: 10.1590/S0102-37722004000300003
- Piccoli, A., Soares, C. R. S., Costa, G., Silveira, J. L., Fiatt, M. P. & da Cunha, R. S. (2012). Perfil clínico de neonatos de muito baixo peso internados em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. *Clinical & Biomedical Research*, 32(4). Recuperado a partir de <http://www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/31904>
- Pontalis, J.B. & Laplanche, J. (2001). *Vocabulário da psicanálise*. Brasil, São Paulo: Martins Fontes.
- Quayle, J. (1991). Alterações emocionais da gravidez. In Zugaib, M; Sancovski, M (Org). *O pré-natal*. São Paulo: Atheneu. pp. 91-101.
- Rades, E., Bittar, R.E. & Zugaib, M. (2004). Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. *RBGO*. 26(8), pp. 655-682. doi: 10.1590/S0100-72032004000800010
- Reichert, A. P. D. S., Lins, R. N. P. & Collet, N. (2007). Humanização do cuidado da UTI neonatal. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9(1). doi: 10.5216/ree.v9i1.7148
- Reis, A. O. A., Marazina, I. V., & Gallo, P. R. (2004). A humanização na saúde como instância libertadora. *Saúde e Sociedade*, 13, 36-43. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.org/article/sausoc/2004.v13n3/36-43/pt/>
- Roudinesco, E. (2003). *A família em desordem*. Brasil, Rio de Janeiro: Zahar.

- Salles, A.C.T.C. (1992). A mãe e seu filho doente. In *Epistemiosommática: publicação do departamento de psicologia e psicanálise do Hospital Mater Dei*. (2). Belo Horizonte.
- Sicuteri, R. (1998). *Lilith: a lua negra*. São Paulo: Paz e Terra.
- Silva, C.O. da. (1998). Trabalho e subjetividade no hospital geral. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 18(2), 26-33. doi: 10.1590/S1414-98931998000200005
- Soifer, R. (1999). *Psicologia da gravidez, do parto e do puerpério*. Brasil, Porto Alegre: Artes Médicas. 1980 (Publicado originalmente em 1977).
- Soler, C. (2004). Discurso e Trauma. In Alberti, S., Ribeiro, M.A. R.(Orgs). *Retorno do Exílio: o corpo entre a Psicanálise e a ciência*. Brasil, Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgencia*. Argentina, Buenos Aires: Ed. JCE.
- Sotelo, I. (2014). Que hace un psicoanalista en la urgencia? In *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Argentina: Buenos Aires: Grama. pp.23-30.
- Soulé, M. (1987). O filho da cabeça, o filho imaginário. In Brazelton, T.B; Cramer, B; Kreisler, L.; Schappi, R.; Soulé, M. *A dinâmica do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, pp. 132-170.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade- o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Brasil, Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stern, D., Stern-Bruschweiler, N. & Freeland, A. (1999). *El nacimiento de una madre*. España: Paidós
- Sternick, M.V.C. (2010). A Imagem do corpo em Lacan. *Reverso*, 32(59). Recuperado a partir de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952010000100004
- Suassuna, A.M.V. (2010). Diagnóstico precoce dos transtornos psíquicos: A influência do diagnóstico pré-natal na formação de possíveis psicopatologias do laço pais-bebê. Barbosa, D.C.; Parlato-Oliveira, E. (Orgs) In: *Psicanálise e Clínica com Bebês: Sintoma, Tratamento e Interdisciplina na Primeira infância*. Brasil, São Paulo: Instituto Langage, pp. 139-151.
- Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida de uma mulher – uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. Brasil, São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Szejer, M. (1999). Nasce-se pelo menos duas vezes. In Szejer, M. *Palavras para nascer: a escuta psicanalítica na maternidade*. Brasil, São Paulo: Casa do Psicólogo. pp. 53-127.
- Tavares, R.C. (2016). O bebê imaginário: uma breve exploração do conceito. *Revista Brasileira de Psicoterapia (online)*. 18(1), pp. 68-81. Recuperado a partir de http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=191

- Turato, E.R. (2000). Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa – definição e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1), pp. 93-108. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28720111>
- Turato E.R. (2003). Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes.
- Uchitel, M. (2001). *Neurose traumática: uma revisão do conceito de trauma*. Brasil, São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Valente, M. L.C. (1989). Sintomas apresentados pela gestante e sua correlação com a menarca vivida problemáticamente. *Perfil. Assis*. (2). pp.23-37.
- Vanier, C (2016). The relationship between the parentes and the premature baby. In *International Forum of Psychoanalysis*. 26(1). pp. 29-32. doi: 10.1080/0803706X.2016.1186837.
- Vanier, C. (2013). *Premature birth: the baby, the doctor and the psychoanalyst*. (L. Watson Trans). Inglaterra: Bayard Editions. 2015. (Publicado originalmente em 2013).
- Véras, R.M.; Vieira, J.M.F., & Morais, F.R.R. (2010). A maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. *Psicologia em Estudo*, 15(2), pp. 325-332. Recuperado a partir de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n2/a11v15n2>
- Vieira, M.A. (2008). O trauma subjetivo. *Psico.*, 39(4), 14. Recuperado a partir de: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/2045/3842>
- Winnicott, D.W. (1958). A preocupação materna primária. In Winnicott, D.W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. (D. Bogomoletz Trans). Brasil, Rio de Janeiro: Imago. pp. 399-405. 2000. (Publicado originalmente em 1958).
- Zalberg, M. (2003). *A relação mãe-filha*. Brasil, São Paulo: Elsevier.
- Zalberg, M. (2007). *Amor paixão feminina*. Brasil, São Paulo: Elsevier.
- Zen, E. T. & Motta, S. P. P. (2008). Intervenções precoces com recém-nascidos de risco. In: D. B. Wanderley (org.). *O cravo e a rosa – A Psicanálise e a Pediatria - um diálogo possível?* Brasil, Salvador: Ágalma. pp. 101-123.
- Zornig, S.A.J.; Morsch, D.S. & Braga, N.A. (2004). Os tempos da prematuridade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 7(4), 135-143. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v7n4/1415-4714-rlpf-7-4-0135.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE A

Instrumento de Coleta de Dados

A – Dados de Identificação Pessoal do Entrevistado

1 – Nome Completo: _____

2 – Endereço: _____

3 - Telefone: _____

4 – Sexo bebê: () F () M

5 – Data Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

6 – Naturalidade: _____

7 – Estado Civil: _____

8 – Grau de Escolaridade: _____

9 - Pré-natal: () sim () não n° consultas: _____

10- Foi identificado algum problema de saúde na mãe ou no bebê? _____

11 – Se sim, qual? _____

12 – Qual o tipo de parto deste bebê? () vaginal () cesárea

13 - Primeira gestação: () sim () não

14 - Paridade: _____

15 - Sofreu algum aborto? () sim () não

16 - Já teve algum parto antes desse? () sim () não

17 - Qual tipo? () vaginal () cesárea

18 - Se já teve filho, teve alguma intercorrência? () sim () não

19 – Se sim, qual? _____

B – QUESTÕES DISPARADORAS:

1. Conte-me um pouco sobre seu bebê.
2. Como que foi que você passou durante a gestação?
3. Como que foi a experiência do parto prematuro?
4. Como você imaginava o bebê que estava em sua barriga? E agora que ele precisa de tantos cuidados?
5. O que os médicos estão falando sobre seu bebê? Como você está lidando com isso que eles falam? O que pensa a respeito?
6. Como é para você estar ameaçada de viver a maternidade?
7. Você sente-se apoiada?
8. Como é ser mãe de um bebê prematuro?

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“QUANDO UMA MULHER É MÃE DE UM BEBÊ PREMATURO: QUAIS OS SENTIDOS E SIGNIFICADOS?”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“QUANDO UMA MULHER É MÃE DE UM BEBÊ PREMATURO: QUAIS OS SENTIDOS E SIGNIFICADOS?”** a ser realizada no **“Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (H.U.)”**. O objetivo da pesquisa é interpretar os sentidos e significados da maternidade para mulheres maiores de 18 anos que tiveram bebês que nasceram com menos de 32 semanas de gestação. Sua participação é muito importante e ela se daria pela realização de entrevista pela pesquisadora a respeito do tema da pesquisa.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa ou ao seu bebê. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Para maior fidedignidade dos dados coletados, as entrevistas serão gravadas, mas após a transcrição das mesmas, os áudios serão apagados e os dados pessoais serão alterados.

Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente para trazer maiores esclarecimentos a respeito das questões emocionais das mulheres que tiveram partos muito prematuros.

Esta pesquisa tentará trazer maiores esclarecimentos sobre as questões emocionais psicológico destas mães e pensar em alternativas para melhorar ainda mais o acompanhamento emocional delas, cujos casos são tão específicos, como os da prematuridade.

Destacamos que não há riscos inerentes à esta pesquisa. Entretanto, o momento da entrevista pode suscitar questões emocionais à mãe. Caso isso aconteça, a entrevista poderá ser interrompida e a participante será acolhida pela pesquisadora, que é psicóloga, ou encaminhada ao setor de Psicologia do próprio Hospital Universitário ou à Clínica de Psicologia da Universidade Estadual de Londrina. Lá, as mães poderão ser acolhidas na pelo projeto de extensão 1949 - Atendimento Psicológico em Equipe Multidisciplinar a Mulheres em Idade Reprodutiva – sob responsabilidade da Profa. Dra. Sílvia Nogueira Cordeiro.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar, Karina Stagliano de Campos, Universidade Estadual de Londrina (UEL) - Centro de Ciências Biológicas (CCB), Departamento de Psicologia e Psicanálise - Rod. Celso Garcia Cid, S/N - Campus Universitário, Londrina - PR, pelos telefones (43) 3371-4397 ou (43) 9997- 66921 ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade

Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

Londrina, ___ de _____ de 201_.

Karina Stagliano de Campos

RG: 36.860.158-4 SSP/SP

(NOME POR EXTENSO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

Obs.: Caso o participante da pesquisa seja menor de idade, o texto deve estar voltado para os pais e deve ser incluído ainda, campo para assinatura do menor e do responsável.