

**A FUNÇÃO MATERNA NO CONTEXTO DA PREMATURIDADE –
UMA REVISÃO DA LITERATURA PSICANALÍTICA**

Paula de Paula Fernandes

Trabalho de conclusão do curso de graduação em Psicologia sob orientação da
Prof.^ª. Dr.^ª. Milena da Rosa Silva

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Porto Alegre, dezembro de 2013

Agradecimentos

*Gostaria de agradecer a todos que tornaram possível e/ou mais agradável este
meu percurso pela graduação em Psicologia.*

*Obrigada aos amigos e familiares, em especial à Gicelda e ao Jonathan, pelo
apoio e pela compreensão.*

*Obrigada aos colegas e professores, que fizeram a diferença na minha
formação.*

*Obrigada à minha orientadora Milena e à comentadora Andrea, por serem
exemplos profissionais e pessoais para mim.*

SUMÁRIO

Resumo.....	3
Introdução.....	4
Função materna.....	5
Prematuridade.....	14
Função materna no contexto da prematuridade.....	16
A constituição do sujeito no contexto da prematuridade.....	16
Do final da gestação ao nascimento do bebê.....	19
Função paterna e prematuridade.....	22
Considerações finais.....	24
Referências.....	27

Resumo

A psicanálise considera a função materna como sendo de extrema importância para o desenvolvimento da criança. O presente trabalho se propôs a realizar uma revisão da literatura psicanalítica acerca de tal conceito. Além disso, revisou-se sobre a relação entre função materna e o nascimento pré-termo do bebê, utilizando autores clássicos e contemporâneos. O trabalho também conta com pequenas vinhetas de casos acompanhados em estágio e, em discussão posterior, como a prematuridade e a conseqüente hospitalização do bebê ao nascer podem influenciar no exercício da função materna.

Palavras-chave: função materna; prematuridade;

Introdução

Segundo Oliveira (2011), para a psicanálise, todos os bebês são prematuros, em função da dependência que eles possuem em relação a outro ser humano. O desamparo do bebê ao nascer motiva uma função a ser iniciada pela pessoa que será seu cuidador – a função materna. De acordo com a autora, esta função faz com que a pessoa que cuida o bebê tenha a capacidade de traduzir as manifestações orgânicas emitidas pela criança como sendo mensagens de apelo dirigidas ao adulto, que lhes confere um sentido.

Desta forma, e levando em conta a importância das primeiras relações para o desenvolvimento da criança, o presente trabalho se propôs a revisar a literatura psicanalítica a respeito do tema *função materna*. O tema da prematuridade foi escolhido devido ao contato com os bebês nascidos em tais condições em uma experiência de estágio curricular na UTI neonatal de um hospital público de Porto Alegre. Neste trabalho, serão apresentadas pequenas vinhetas de casos acompanhados durante o período de estágio.

Os objetivos desta revisão se dão a partir de questionamentos sobre como a prematuridade pode influenciar a função materna, quais são os possíveis atravessamentos produzidos pelo nascimento pré-termo do bebê nas primeiras relações entre a mãe e o bebê e como pensar a hospitalização tão precoce do recém-nascido. Reflete-se que tais perguntas acerca do tema podem ajudar as equipes hospitalares que lidam com tais díades a considerarem a importância de sua prática e possíveis intervenções para que, apesar da condição de prematuridade, mãe e bebê possam se encontrar da melhor forma possível.

A Função materna no contexto da prematuridade

“A natureza, no entanto, decretou que os bebês não possam escolher suas mães. Eles simplesmente aparecem, e as mães têm o tempo necessário para se reorientar e para descobrir que, durante alguns meses, seu oriente não estará localizado a leste, mas sim no centro (ou será que um pouco fora do centro?)”.

Winnicott, (1987/2000, p.4)

Função materna

A função materna, tomada em seu sentido genérico, tanto pode ser exercida pela mãe propriamente dita quanto por outra pessoa que exerça tal função para a criança (Zimmerman, 1999). O papel da mãe está presente em diversas teorizações psicanalíticas, de diferentes abordagens. Zimmerman (2001) destaca que, invariavelmente, os autores de abordagem psicanalítica colocam que a mãe ocupa uma posição central no desenvolvimento emocional da criança.

Devido à importância da função materna para o desenvolvimento psíquico infantil, serão abordadas a seguir as concepções de alguns autores psicanalíticos, tanto clássicos quanto contemporâneos, no que diz respeito a tal função.

Stern (1997) coloca que, com o nascimento de uma criança, a mãe desta passaria por um processo que o autor denomina *constelação da maternidade*. Tal processo não se trata de uma condição universal ou inata. Além disso, é uma condição passageira, que pode durar meses ou anos. Segundo o autor, para esta condição existem influências psíquicas e hormonais, mas principalmente socioculturais. Seria esta condição uma derivação do complexo de Édipo. Entretanto, não se trata de ser somente um derivado de outras construções psíquicas, mas uma construção psíquica independente, de grande magnitude na vida de muitas mães. De acordo com Stern (1997), a constelação da maternidade é dividida em temas: o tema *vida-crescimento*, o *relacionar-se primário*, a *matriz de apoio* e a *reorganização da identidade*.

Quanto ao tema *vida-crescimento*, as questões centrais giram em torno da capacidade da mãe de manter seu bebê vivo, de permitir que ele se desenvolva. Tais

questões provocam na mãe muitos medos, tais como o de que seu bebê morra, ou que pare de respirar. É o que faz com que a mãe acorde à noite para verificar se seu bebê está respirando. Stern (1997) destaca que esta temática é única no ciclo vital. Não se trata apenas de outra forma de castração, isolamento, fragmentação, ou da própria morte, pois tais temáticas não envolvem a vida de outra pessoa como esta. Essas temáticas teriam a ver com a sobrevivência própria e a reprodução sexual. Já a temática de vida-crescimento iria além, e estaria direcionada às questões da sobrevivência da espécie.

A temática que trata do *relacionar-se primário* envolve o relacionamento emocional/social da mãe com seu bebê, se esta pode amá-lo, ou sentir que este a ama. Envolve também a possibilidade de entrar no estado de preocupação materna-primária descrito por Winnicott - ainda que o estado de constelação da maternidade descrito por Stern seja mais duradouro. Tal temática envolve questões sobre a possibilidade de que a mãe se comunique de forma não-verbal com seu bebê, bem como de forma espontânea. O *relacionar-se primário* também inclui a capacidade de que a mãe possa ler seu bebê, adaptar-se a ele e ser capaz de desempenhar o *holding*.

A *matriz de apoio* envolve o suporte que a mãe deve receber para que possa desempenhar suas funções, que vai desde a proteção ao auxílio. A mãe pode acabar se aproximando mais de figuras femininas do que masculinas, como de sua própria mãe, com quem a relação passa a ser reativada e reorganizada. A explicação que Stern (1997) usou para tal aproximação de figuras femininas por parte da mãe vem do fato de que, quando esta foi cuidada por alguém quando bebê, o cuidador provavelmente também foi uma mulher.

Por fim, a temática da *reorganização da identidade* envolve a necessidade da mãe de transformar e reorganizar a sua própria identidade após o nascimento do bebê, pois esta deixa de ser somente filha e esposa para ser também mãe. Para tanto, haverá a busca pelas identificações que teve ao longo de sua história com sua própria mãe e com outras figuras maternas/parentais. Há a necessidade de encontrar modelos para desempenhar seu novo papel.

Na linha de autores que descrevem as relações iniciais da mãe com seu bebê, Lebovici (1987) descreve como *elo mãe-criança* o vínculo que se estabelece entre os dois possivelmente nas primeiras horas de vida do bebê após o parto. O autor cita estudos que tiveram como objetivo investigar a qualidade do elo mãe-criança de acordo com o tempo que a mãe podia passar com o bebê logo em suas primeiras horas de vida,

sendo que, de acordo com tais estudos, quanto maior o tempo que a díade podia passar junto, melhor a qualidade do vínculo observado nos meses seguintes. Assim, o autor diz que os primeiros instantes pós-natais podem ser um período mais sensível para a criação do elo mãe-criança.

Segundo Lebovici (1987), a experiência do parto influencia na criação deste elo, inaugurando-o. O autor aponta para a dor psicológica e física do parto, e que tais dores ajudam a viver plena e realmente o processo de separação mental que a mãe deve fazer de seu bebê após o nascimento deste, separação esta que ainda se encontra em seu início. De acordo com o autor, logo após o nascimento, o bebê ainda é um prolongamento de si para a mãe. Além disso, no puerpério existiria um jogo conflitual por parte da mãe, que estaria relacionado a dois tipos de investimentos: por um lado, a mãe se encontra com seu corpo dolorido, se encontra fatigada e necessitando de repouso, além de aspirar uma reflexão sobre ela mesma. Por outro lado, a mãe se sente chamada a dedicar seus cuidados ao seu bebê, que tem fome, chora e tem necessidades vitais. Ao mesmo tempo em que a mãe deve elaborar o luto do bebê imaginário, deve realizar o trabalho psíquico de abrir espaço em sua vida para o recém-nascido. Tais mudanças levam a uma necessidade de reorganização do mundo interno da mãe.

Lebovici (1987) coloca que, devido a este período em que é necessário que a mãe realize um trabalho de reorganização, é importante que a mãe possa realizar os cuidados do bebê. De acordo com o autor, na ocasião em que essas funções são desempenhadas por outra pessoa – como, por exemplo, alguém da equipe hospitalar – o aparelho psíquico da mãe seguirá a tendência de limitar seus gastos de energia e a diminuir o trabalho de investimento em tal tarefa. O autor realça a importância dos momentos iniciais da interação mãe-bebê após o parto, e que dependendo do nível de interação neste momento, o bebê estará mais ou menos presente na reestruturação pela qual passa a puérpera. Segundo o autor, podem se observar perturbações do elo mãe-bebê quando tal reestruturação opera não levando em conta o recém-nascido, e que se nota isto quando a mãe e o bebê são separados por muito tempo.

Segundo Lebovici (1987), no jogo conflitual do puerpério se encontra o ódio da mãe pelo seu bebê. Em relação a isso, Winnicott (1958/2000) descreveu alguns dos motivos pelos quais a mãe pode odiar o seu bebê, como este ser um perigo para o seu corpo e interferir em sua vida privada. Além disso, no início, o bebê dita a lei, sendo necessário protegê-lo e fazer com que a vida possa fluir no ritmo dele, o que exige da mãe um grande estudo. O bebê também não faz ideia do que a mãe faz por ele, apesar

dos sacrifícios desta. Ainda segundo Winnicott (1958/2000), a mãe deve ser capaz de tolerar seu ódio pelo bebê e não fazer nada a respeito, bem como não expressá-lo para a criança. De acordo com o autor, uma função da mãe neste momento é ter a capacidade de ser agredida, de sentir ódio pelo bebê e, no entanto, não se vingar dele, e seguir na espera por recompensas que virão – ou não – muito mais adiante.

De acordo com Lebovici (1987), este ódio já estava presente também na gestação, e dizia respeito à preocupação com a integridade do bebê. O autor coloca que é em tais condições – de pensamentos ansiosos quanto ao estado do recém-nascido - que se desenvolveria o estado de preocupação materna primária como é descrito por Winnicott.

Citada por outros autores apresentados anteriormente por ser um conceito muito relevante de sua produção, a preocupação materna primária é um estado descrito por Winnicott (1958/2000). O autor apresenta como sendo uma identificação, tanto consciente quanto inconsciente, que a mãe tem com o seu bebê. Por outro lado também há, por parte do bebê, uma dependência em relação à mãe.

Durante tal estado, a mãe apresenta uma sensibilidade exacerbada, que tem início no final da gestação e duração de algumas semanas ou meses após o parto, e se caracteriza por uma adaptação sensível e delicada da mãe às necessidades do bebê. Ao mesmo tempo, as mães continuam a ser elas mesmas, tendo consciência de uma necessidade de proteção neste momento em que se encontram vulneráveis. Além disso, as mães assumem também que, dentro de alguns meses, serão capazes de sair desta situação especial. Segundo Winnicott (1958/2000), é preciso que a mãe tenha saúde mental tanto para entrar quanto para sair deste estado. Ainda de acordo com a teoria winnicottiana, este é um processo que nenhuma máquina pode imitar, e que não se pode ensinar.

Winnicott (2006/1987) coloca que a mãe comumente entra no estado de preocupação materna primária, no qual, em grande parte do tempo, a mãe é o bebê e o bebê é a mãe, devido – ao menos em parte - ao fato de que a mãe também já foi um bebê e guarda com ela tais experiências. Além disso, a mãe também lembra que foi cuidada por alguém, o que pode tanto atrapalhá-la quanto ajudá-la em sua experiência como mãe (Winnicott, 2006/1987). Segundo o autor (2000/1958), muitas mães são boas em todos os outros âmbitos, mas não podem atingir o que ele chama de “doença normal” (p. 401), pois tais mulheres não poderiam preocupar-se com seu bebê a ponto de excluírem quaisquer outros interesses, de forma normal e temporária.

Winnicott (1987/2006) considera que as mães fazem bem a sua função simplesmente pelo fato de que se dedicam à tarefa que têm pela frente, a de cuidar de um bebê. O autor não idealiza as mães, nem as culpabiliza por problemas no desenvolvimento das crianças. No entanto, ao considerar a dedicação algo fundamental, relata que sua ausência não é sem consequências. Segundo o autor, há uma necessidade vital de que o bebê tenha alguém que facilite os estágios iniciais de seu processo de desenvolvimento psicológico, psicossomático ou também da personalidade mais imatura e dependente, que é a personalidade humana. O bebê precisa de um ambiente de facilitação - que deve ser tanto humano quanto pessoal - e que deve apresentar características suficientemente boas, como a de integração, de ajudar o bebê a se tornar uma unidade, ainda que uma unidade dependente. Desta forma, “o apoio do ego materno facilita a organização do ego do bebê” (p. 9). Winnicott (2000/1958) considera que, quando o ambiente inicial não é suficientemente bom, surge um falso eu que esconde o eu verdadeiro. Assim, o ego do bebê será tomado por mecanismos de defesa primitivos, que pertencem à ameaça de aniquilação.

Winnicott (1987/2006) também fala da capacidade de *holding*, ou sustentar, que é o momento em que a mãe sabe como o bebê deve ser manipulado, se deve ser pego no colo ou colocado em alguma superfície. Neste momento, a mãe também sabe que o essencial constitui a experiência mais simples, que seria o contato sem nenhuma atividade, criando o contexto necessário para que haja o sentimento de unidade entre duas pessoas, que de fato são duas. Segundo o autor, ao longo das repetições desses comportamentos, estes fundamentam a capacidade do bebê de sentir-se real. Segundo Ogden (2010), através do *holding*, a mãe protege a continuidade do ser do bebê, sendo que a maturação corresponderia à internalização gradual do *holding* materno ao longo do tempo. O autor destaca que, inicialmente, o *holding* materno proporciona ao bebê que este não sofra os impactos do tempo, impacto este que é absorvido pela mãe – por exemplo, pela privação de seu tempo de sono. Desta forma, o *holding* tem participação na sensação de tempo da criança, transformando o impacto da alteridade do tempo em uma ilusão de que o tempo é medido quase totalmente pelos ritmos psicológicos e físicos do bebê.

Segundo Ogden (2010), a função do *holding* muda conforme a criança cresce. O *holding* físico/emocional passa a dar lugar a um *holding* metafórico, que tem como objetivo promover ao bebê um lugar - que na verdade se trata de um estado psicológico – no qual ele possa se organizar. Aqui, o *holding* deve promover ao bebê a sensação de

sentir-se integrado. De acordo com o autor, tanto as experiências transicionais quanto a capacidade de estar só – que seria a capacidade de estar sozinho na presença da mãe – correspondem à internalização do *holding* ambiental promovido pela mãe, que dará origem à formação de um *holding* interno para a criança.

Parte importante desta etapa do desenvolvimento psíquico de tornar-se um sujeito por si mesmo é o papel de espelho que caberia à mãe ou à pessoa que exerce a função materna representar. “*O precursor do espelho é o rosto da mãe*” (Winnicott, p. 153). De acordo com Winnicott (1975), o que o bebê vê quando olha para o rosto da mãe é a si mesmo. O autor destaca a importância de que haja uma reação materna à busca do bebê. Quando os bebês têm uma experiência muito longa de não receberem aquilo que estão dando, de olharem e não verem a si mesmos, o que poderia acontecer, segundo o autor, é que a capacidade criativa do bebê poderia atrofiar-se. Ainda assim, é destacado que alguns bebês podem encontrar outras formas de obter algo de si de volta, a partir do ambiente. Winnicott (1975) destaca que o papel da mãe de devolver ao bebê seu próprio eu (*self*) continua tendo importância na medida em que a criança cresce. Tal papel pode passar a ser desenvolvido também por outros membros da família. Aos poucos, a criança passa a ser cada vez menos dependente de obter de volta seu eu (*self*) a partir dos rostos dos pais e de familiares. Tal função de espelho também é percebida pelo autor na relação entre paciente e analista, ao caracterizar o trabalho terapêutico como um espaço onde se pode devolver ao paciente, a longo prazo, aquilo que este traz. Seria, ainda segundo o autor, um derivado do espelho que reflete o que há para ser visto. Tal tarefa do analista seria importante no sentido de promover ao paciente que este descubra seu próprio eu (*self*), passando a existir e a sentir-se real.

Muitas das funções maternas apresentadas por Winnicott acabam caracterizando também funções do analista com o analisando. Neste sentido, a teoria de Bion também apresenta alguns correlatos entre tais funções. De acordo com Bion (1967/1994), a mãe deve possuir a capacidade de *rêverie*, que consiste em ser como um órgão receptor que acolhe as sensações que o bebê experimenta sobre si mesmo, através de seu consciente. Segundo Zimerman (1995), tal capacidade corresponde a uma condição na qual a mãe está em um estado de “sonho”, ou seja, captando o que se passa com o bebê através da sua intuição. Esta capacidade seria um componente da função-*alfa* da mãe, que corresponde a fazer uma identificação introjetiva das identificações projetivas do bebê, fazendo ressonância com o que é projetado dentro dela. Ogden (2010) destaca que os elementos-*beta* correspondem às impressões sensoriais brutas que estão relacionadas a

uma experiência emocional. Seriam estes pensamentos do tipo não pensados, que precisariam ser transformados pela função-*alfa* em elementos da experiência, que seriam os elementos-*alfa*. Desta forma, ainda segundo o autor, o bebê projeta na mãe (que se encontra em estado de sonho ou devaneio), as experiências que ele não é capaz de processar, pois ainda possui uma capacidade de função-*alfa* rudimentar. A mãe deve, a partir disto, realizar o trabalho psicológico que seu bebê ainda não pode.

Segundo Zimmerman (1995), a continência materna acontece quando o bebê projeta na mãe suas sensações e esta não somente as acolhe, como também as processa, devolvendo-as ao bebê de forma significada. Bion (1967/1994) traz a exemplificação de que o bebê pode projetar na mãe a sensação de estar morrendo. Se a mãe não aceitar tal projeção, o significado desta se perde, e o que seria reintrojado pelo bebê seria não um medo de morrer, mas um pavor sem nome. Além de estarem presentes na relação mãe-bebê, as funções de *rêverie* e continência também devem estar presentes na relação analista-analisando. Segundo Zimmerman (1995), o grau de capacidade de continência do analista deve ser equivalente ao grau de regressividade apresentado pelo paciente.

Zimmerman (1995) esquematiza os componentes da função de continência da mãe em relação às identificações projetivas do bebê. Seriam estes os de acolher, conter, decodificar, elaborar e devolver tais identificações em doses apropriadas, nomeadas e significadas.

Ferrari & Piccinini (2010) colocam que, para que a mãe seja capaz de realizar a função de dar um significado para as manifestações realizadas pelo bebê, o que está envolvido é o inconsciente da mãe no que diz respeito ao lugar materno e ao lugar de filha, bem como a aspectos relativos a questões sobre maternidade. Ainda segundo os autores, é função da mãe ser porta-voz do bebê desde sua chegada ao mundo, atribuição esta que pode contribuir com as repetições familiares através das gerações. Desta forma, a mãe anteciparia um eu para o seu bebê, podendo interpretar as manifestações vindas do corpo deste. Seria, então, necessário que a mãe estivesse inserida no mundo simbólico para que fosse capaz de dar sentido às manifestações do bebê, transcendendo o restrito sentido biológico. Desta forma, pode se confundir como instinto materno a experiência precoce da mãe enquanto bebê, que não pode ser colocada em palavras devido a sua precocidade (Ferrari & Piccinini, 2010).

Os autores referem ainda que não é possível pensar na experiência de maternidade sem antes pensar no passado infantil da mãe, e nas experiências precoces que a constituíram como sujeito. Desta forma, ao pensar que é da função materna

metabolizar as manifestações do bebê, e reenviá-las a ele com algum significado, nota-se que há uma possibilidade de transmissão geracional, já que o reenvio da manifestação do bebê é metabolizada pela psique da mãe (Ferrari & Piccinini, 2010).

Atualmente, os bebês são vistos como um parceiro ativo na interação com seus pais e com o mundo a sua volta, deixando de serem considerados passivos para tanto (Bernardino, 2008; Dias, 2008). Segundo Bernardino (2008), desta forma, abre-se o caminho para possibilidades de intervenções através de meios simbólicos, já que os aspectos psíquicos foram se tornando mais relevantes. A autora coloca que o bebê deve realizar a passagem de organismo para sujeito de uma existência simbólica. Isto ocorre a partir de operações psíquicas a serem realizadas através de uma relação. Esta relação deve ser sustentada pelos outros parentais (os pais ou aqueles que realizam as funções materna e paterna), que são os transmissores da estrutura simbólica para a criança. Tal transmissão corresponde ao saber inconsciente presente na relação da família com o bebê, passando de geração em geração. No entanto, isso pode ser transmitido quando tudo se passa bem entre o bebê e seus principais cuidadores. O nascimento do bebê representa o futuro da linguagem parental. Sendo assim, o bebê sustenta as fantasias de continuidade e de imortalidade dos pais. Tece-se em torno do bebê – consciente e inconscientemente - uma rede de expectativas e desejos, que são marcas fundadoras da subjetividade da criança (Battikha, 2008).

Retomando as concepções de Lacan, Pezzaro (2010) coloca que, ao nascer, o bebê acaba entrando em um complexo mundo de linguagem, o que dá ao Outro Primordial – que corresponderia tanto aos adultos que se encarregam do bebê quanto à lei que estes encarnam – funções de extrema importância: tirar o bebê de condição de puro organismo, dando um sentido humano às suas manifestações, bem como sociais e culturais, sendo também permeado por leis, “dando um norte ao bebê no imenso universo da linguagem humana” (p.32). Também é essencial que se ofereça ao bebê brechas, ausências e intervalos, na medida e horas certas, que permitam ao bebê que este seja capaz de preenche-los por si só.

Destas concepções derivou a Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) (Pezzarro, 2010). Os Indicadores são divididos em quatro eixos, que são:

Suposição de sujeito: Corresponde à suposição de sujeito que deve ser realizado pelo outro materno do bebê, e pode ser visto, por exemplo, quando a mãe dá um sentido ao grito ou choro de seu bebê. Neste eixo, também está presente o “manhês”, ou seja, a

fala materna com entonação e prosódia específicos que são dirigidos ao bebê. Desta forma, a voz da mãe se mostra invocante para o bebê.

Estabelecimento da demanda: Aqui, o que acontece é a mudança da necessidade para o desejo. A mãe não só dá um sentido para o choro do bebê, mas o interpreta como sendo uma mensagem dirigida a ela. Acontece, também, um entrelaçamento entre organismo, necessidade, percepção e pulsão. Este eixo remete ao quanto o bebê pode reagir ao “manhês”, bem como a utilizar diferentes sinais para demonstrar o que sente.

Alternância presença-ausência: Neste eixo vemos que o retorno da mãe ao realizar os cuidados do bebê cria neste um sentimento de unidade. Por outro lado, já indica a introdução de uma alternância, que é introduzida pela função materna.

Instalação da função paterna: Este eixo representa a separação da mãe e do bebê, o interesse da mãe direcionado a outros que não somente o bebê, a castração e a entrada do bebê no campo da linguagem – a inserção da criança no campo simbólico.

A partir do que foi exposto acima, percebe-se que a função materna, conforme compreendida pela psicanálise, é complexa e multifacetada, incluindo diversas “tarefas” fundamentais para a constituição psíquica do bebê. Neste sentido, Zimerman (1999; 2001) sistematizou as ideias de diferentes autores em psicanálise sobre as funções maternas da seguinte forma:

1) A mãe deve promover as necessidades básicas do filho para sua sobrevivência, tanto física quanto psíquica.

2) A mãe também deve exercer a para-excitação dos estímulos traumáticos que o ego da criança ainda não é capaz de dar conta, como sensações desprazerosas vindas do próprio corpo.

3) Como a criança inicialmente encontra-se em um estado de não-integração do seu corpo, também é função da mãe que empreste seu corpo ao bebê, ao realizar uma simbiose adequada.

4) Cabe à mãe, também, compreender e decodificar a linguagem corporal do bebê, e uma das formas dessa comunicação se dá através do choro da criança.

5) A mãe também é responsável por um senso de continuidade, que acontece quando o bebê pode ter a sensação que a mãe continua a existir mesmo quando se ausenta.

6) A partir do item acima, decorre outra função, a de que a mãe saiba tanto estar presente para o bebê, como também estar ausente, e que saiba como frustrar o bebê adequadamente, já que a frustração é um elemento que, além de inevitável, é necessária

para o crescimento cognitivo e emocional do bebê.

7) Além de emprestar seu corpo ao bebê, a mãe também deve emprestar suas funções do ego. Também tem importância a função da mãe como um espelho para o seu bebê.

8) Cabe à mãe, também, a função de continência, ou de *rêverie*, de acolher o conteúdo das angústias da criança e contê-las, dar-lhes significado.

9) É necessário que a mãe possua capacidade de empatia e que possa sobreviver aos ataques destrutivos do bebê.

10) A mãe também deve ter capacidade de *holding*, ou de segurar seu bebê adequadamente.

11) Além das funções destacadas acima, a mãe deve poder reconhecer não apenas as angústias da criança, mas também suas capacidades. Desta forma, a mãe deve favorecer com que sejam formadas no psiquismo da criança representações que possam ser valorizadas e admiradas, tanto da própria criança quanto de seus pais, que estão sendo internalizados. Assim, a mãe deve ter clareza de que serve como um modelo de identificação para seu filho.

12) Parte importante da função materna também diz respeito a facilitar uma lenta e gradual dessimbiotização, a partir do reconhecimento da entrada de um terceiro. É necessário que a mãe promova a passagem de uma díade dela com o filho para um triângulo.

Prematuridade

Quando bebês nascem com menos de 37 semanas de gestação, estes são considerados prematuros. Quanto à classificação, os bebês pré-termo são divididos em grupos pela idade gestacional e pelo peso ao nascer. São considerados pré-termos extremos aqueles bebês que nascem com idade gestacional entre 23 e 27 semanas. Muito pré-termos são os bebês que nascem com idade gestacional entre 28 e 31 semanas. Quanto ao peso, os bebês são classificados como extremamente baixo-peso quando nascem com menos de 1.000g. Bebês que nascem com menos de 1.500g são considerados muito baixo-peso (Cloherty, Eichenwald & Stark, 2009).

Segundo Silveira et al (2010), a prematuridade é a maior causa de morte neonatal, sendo um problema de saúde global, que afeta tanto países ricos quanto

pobres. De acordo com Silveira et al (2008), 61,4% das causas perinatais de morte infantil no Brasil estão associadas ao parto prematuro, e geralmente em decorrência de problemas respiratórios. O baixo-peso ao nascer (< 2.500g) também é uma das maiores causas de mortalidade infantil, sendo que os bebês que sobrevivem têm maior incidência de problemas neurológicos (Barros et al, 2008).

No Brasil, de 2000 para 2010 houve um aumento na proporção de nascimentos pré-termo de 6,7% para 7,1%, ocorrendo um maior aumento relativo nas regiões Sul e Sudeste. Além disto, observou-se ainda um aumento no nascimento de bebês com peso abaixo de 2.500g (Ministério da Saúde do Brasil, 2011).

Em relação aos fatores de risco associados à prematuridade, autores apontam para o baixo-peso materno antes da gestação e ganho de peso materno insuficiente durante a gravidez, extremos de idade materna, histórico de natimorto, tabagismo materno durante a gravidez, sangramento vaginal, infecção do trato geniturinário e hipertensão arterial materna (Silveira et al, 2008; Barros et al, 2008). A hipertensão gestacional e a pré-eclâmpsia são disfunções hipertensivas que ocorrem a partir de 20 semanas gestacionais, acontecendo em 2% a 7% das gestações a nível mundial (Yu, Branch, Katumanchi & Zhang, 2012). Segundo Souza, Araújo e Costa (2011), no Brasil, cerca de 10% das gestações evoluem para o alto risco, e as síndromes hipertensivas gestacionais (SHG) acabam se tornando a principal causa de morte fetal e materna. Tais síndromes apresentam diversificados sintomas clínicos e as causas ainda representam um importante ponto de discussão no meio científico. Desta forma, a prematuridade acaba se tornando uma das mais frequentes complicações das SHG, devido ao decorrente trabalho de parto espontâneo ou à conduta obstétrica de interrupção da gravidez.

Segundo pesquisas, questões sociais podem se tornar fatores de risco para o parto prematuro. Entre eles estão a baixa escolaridade materna, trabalho informal, número de consultas pré-natais inferior a cinco, renda familiar baixa e ausência de um parceiro (Silveira et al, 2010; Silveira et al, 2008). O aumento do uso da reprodução assistida também é um elemento a ser levado em conta em relação ao aumento do número de nascimentos pré-termo, pois o uso de tais técnicas também aumenta a chance de gestações múltiplas, e a gestação gemelar é um fator de risco para a prematuridade (Turcker & McGuire, 2006).

Quanto aos fatores emocionais ligados ao parto prematuro, o *stress* materno é apontado como fator de risco para o nascimento pré-termo do bebê (Silveira et al, 2010;

Silveira et al, 2008; Barros et al, 2008). Rondó et al (2003) encontraram em estudo que aspectos psicológicos maternos podem estar relacionados com o peso do bebê ao nascer e à idade gestacional, podendo ser considerado um agravante para o nascimento pré-termo e baixo peso ao nascer.

Autores apontam que é provável que o nascimento prematuro do bebê, em muitos casos, seja ocasionado por fatores múltiplos, já que a prematuridade pode ter fatores clínicos, sociais e emocionais associados (Turcker & McGuire, 2006; Barros et al, 2008).

Função materna no contexto da prematuridade

Em relação ao que foi já exposto, podemos considerar que a função materna é de extrema importância para o desenvolvimento inicial e subsequente do bebê. Quanto ao tema da prematuridade, podemos inferir que esta é uma importante questão de saúde pública atual. Conforme a medicina foi avançando, muitos bebês que antes não sobreviveriam agora têm uma chance maior de sobreviver, ainda que, para alguns deles, isto não ocorra sem alguma consequência para o seu desenvolvimento. Portanto, algumas reflexões acerca destas temáticas se fazem necessárias: no caso de um nascimento pré-termo de um bebê, como fica a questão da função materna? Quando é necessário que o recém-nascido passe um longo período internado em um hospital após o parto, como as relações iniciais podem acontecer? No que a prematuridade influencia a experiência de ser mãe? Estas e outras questões são importantes, considerando o aumento do número de nascimentos pré-termo, a maior chance de sobrevivência destes bebês atualmente, e a importância da função materna.

A constituição do sujeito no contexto da prematuridade

Segundo Battikha (2008), a estrutura simbólica é transmitida para a criança a partir do saber inconsciente que perpassa a relação do bebê com seus cuidadores. Bernardino (2008) ressalta que é quando este saber inconsciente falha que a clínica psicanalítica com bebês encontra lugar. Tal capacidade esperada nestas relações pode romper-se em algumas situações, nas quais quem exerce as funções paterna e materna

para o bebê não conseguem realizar a função de representantes do Outro para ele. Dentre os fatores que podem levar a isto, a autora cita acidentes do acaso e acidentes simbólicos. A autora destaca que situações como a do nascimento pré-termo do bebê poderiam fazer com que este fosse menos responsivo aos investimentos dos pais. Desta forma, a autora aponta para a importância da intervenção precoce quando ocorrem estes mal-entendidos, pois isto pode determinar o destino do bebê. Segundo Dias (2008), ao se considerar que o bebê possui uma vida psíquica, admite-se também que o bebê possa estar suscetível ao adoecimento e ao sofrimento.

Segundo Krodi (2008), os pais dos bebês que nascem em situações onde se faz necessária uma internação em um ambiente hospitalar neonatal ficam diante não só do desamparo que é comum à condição humana, mas também do desamparo que é vivido por seus filhos neste momento. Assim, faz ressurgir a experiência dos próprios pais enquanto bebês desamparados. Entretanto, de acordo com a autora, seria este desamparo que possibilitaria à mãe se identificar com o seu bebê.

O que dificulta esta identificação, muitas vezes, diz respeito à condição em que seu filho se encontra naquele momento. Krodi (2008) ressalta que os ataques deferidos ao corpo do bebê devido a procedimentos e aparelhos acabam por fazer com que os pais se sintam impedidos de se aproximarem de seu bebê, tanto física quanto psiquicamente. Reconhecer seus traços no bebê e investir libidinalmente nesta criança também pode se tornar difícil em algumas situações, pois muitas vezes o bebê pode ser muito diferente do bebê imaginado. Há sempre um luto a ser realizado após o nascimento do bebê real, mas este pode se tornar intensificado ou impossibilitado em casos em que o bebê precisa permanecer sob cuidados em uma UTI neonatal.

Segundo Krodi (2008), os pais de bebês internados em UTI neonatal são atravessados pela instabilidade e pela imprevisibilidade e, alguns deles, pelo perigo de morte de seu bebê. Assim, de acordo com a autora, os pais podem entrar em um estado de angústia automática, onde podem ter dificuldades de nomear o que sentem e, além disso, a sua angústia pode ligar-se a significantes como a sensação de não ser bem atendido no hospital e de não ser considerado responsável e participante nas decisões sobre o tratamento do bebê. A autora aponta que a angústia pode estar ligada especificamente ao saber técnico e, muitas vezes, é a dificuldade de olhar e de responder sobre seu filho prematuro que coloca o psiquismo e as defesas dos pais em ação.

De acordo com Bernardino (2008), Winnicott foi um dos primeiros autores a se referir à questão da prevenção em saúde mental. Segundo o autor, as bases da saúde

mental seriam estabelecidas pelo *ambiente facilitador*, atribuído à figura materna. A prevenção se coloca necessária quando o ambiente não consegue realizar a sua função de facilitador (aqui, a autora considera que o conceito de “ambiente” pode ser uma extensão do conceito de Outro, de Lacan). Segundo Winnicott (1958/2000), há o ambiente não suficientemente bom para o bebê, que distorce o desenvolvimento deste, e o ambiente suficientemente bom, normalmente referido na figura da mãe suficientemente boa, que possibilita que o bebê alcance as satisfações, as ansiedades e os conflitos inatos e pertinentes a cada etapa. É necessário que este ambiente facilitador, na fase mais primitiva do desenvolvimento da criança, capacite o bebê a começar a existir, a ter experiências, constituir um ego pessoal, e a defrontar-se com as dificuldades inerentes à vida (Winnicott, 1958/2000). De acordo com o autor (2006/1987), com o tempo o bebê se torna capaz de afirmar sua própria individualidade e a experimentar um sentimento de identidade pessoal. Winnicott afirma que tudo parece simples quando as coisas vão bem, e que a base de tudo se encontra nos primórdios do relacionamento, quando mãe e bebê estão em harmonia.

Segundo Bernardino (2008), quando a função de facilitador falha, “rompe-se a capacidade dos pais de intermediarem a relação do bebê com seu corpo, seu psiquismo e seu lugar de falante” (p.25). Desta forma, os pais deixam de se colocar na posição de suposto saber sobre o seu bebê, não supondo, no filho, um sujeito. O que colabora para a situação de risco psíquico para o bebê – como no caso de internação hospitalar devido ao nascimento prematuro deste – é uma possível fragmentação do bebê diante de diferentes olhares, com diferentes equipes técnicas, médicas e diferentes especialidades. Segundo a autora, em tais casos, é necessário ajudar os pais a restabelecerem a sua transferência com a criança, a fim de que o ambiente possa tornar-se facilitador novamente, bem como sustentar o eixo da singularidade do bebê diante dos diversos olhares. É necessário que a falicização do bebê não fique comprometida, para que o bebê não corra o risco de ser reduzido a um objeto real alvo de intervenções. Segundo a autora, é necessário “que haja o encontro de olhares, palavras e investimentos que veiculam o desejo, elementos necessários para a identificação subjetiva e a constituição da imagem própria” (p. 26). É necessário sustentar o eixo da subjetividade suposta do bebê, através da consideração do desejo e da capacidade do brincar nos contatos cotidianos com os pais e com os integrantes das equipes técnicas que lidam com o bebê. Assim, torna-se fundamental que os pais consigam acionar o seu saber inconsciente sobre o bebê, se autorizando a supor ali um sujeito, e reconstituindo os laços familiares

possivelmente rompidos pela situação inesperada que os envolveu.

Do final da gestação ao nascimento do bebê

Segundo Mathelin (1999), é indispensável que o bebê tome forma não apenas no ventre da mãe, mas também no seu fantasma, e isso ocorre, muitas vezes, nos últimos meses de gravidez. São justamente os meses finais de gestação que não chegam a acontecer devido a nascimentos prematuros extremos. Esses meses, além de serem importantes para a construção do bebê no psiquismo materno, são importantes também para que a gestante passe a ser reconhecida pelas pessoas mais próximas como futura mãe.

No entanto, de acordo com Mathelin (1999), quase sempre é a violência que precede o nascimento de um bebê prematuro. Muitas vezes, a decisão médica é tomada em meio à urgência, para salvar a mãe e/ou o bebê. Sendo assim, o bebê pode nascer já em meio ao pânico e ao imprevisto.

Mathelin (1999) aponta sobre a ambivalência da mãe, que esta pode estar presente já desde a gravidez. Entretanto, com o nascimento de um bebê belo e saudável, a mãe é tranquilizada. Já em casos como o da prematuridade ou de doença do bebê, as mães destes, mais do que as outras, se defrontam com uma imagem sua como sendo uma mãe má para seu filho. Assim, o nascimento precipitado se passa na urgência, e a realidade encontra o fantasma, surgindo, desta forma, o trauma. Segundo a autora, quando se dá a vida a uma criança, lhe é dado, ao mesmo tempo, a morte. No entanto, quando ocorre tudo bem no momento do nascimento do bebê, esta representação de morte é mais facilmente afastada. Entretanto, quando se trata da prematuridade, vida e morte estão muito próximas, se atropelam. O bebê, muitas vezes, não pode vir em socorro de sua mãe, que pode acabar sozinha diante de sua angústia.

Além disso, de acordo com Mathelin (1999), as mães de filhos que lhes são retirados imediatamente após o parto por ordens médicas acabam sentindo-se culpadas. O bebê na incubadora continua a gravidez sem elas, incubadora que gesta, no lugar delas, o filho que não puderam segurar. Desta forma, a autora aponta que pode haver um desencontro entre a mãe e o bebê: o bebê pode estar muito fraco e distante, e não dar à mãe o sentimento de que está interessado nela. Já foram comentadas as colocações de Stern (1997) a respeito da temática do *relacionar-se primário*, onde o autor aponta para a importância de que a mãe possa não somente amar seu bebê, mas também de sentir

que este a ama. Se isto não é possível, segundo Mathelin (1999), o investimento e o amor entre eles pode se tornar problemático, havendo o risco de que o bebê não tenha nada em que se agarrar para poder se constituir. Além disso, pode ser difícil, segundo a autora, que a mãe seja capaz de investir em um bebê que representa sua impotência.

Segundo Mathelin (1999), para que a mãe possa deslocar o filho do real e projetar sobre este um futuro possível, é necessário que seja realizado um trabalho de luto. Além da elaboração do luto comum a todo o nascimento, também o luto da perda e da separação precoce. Em tais casos, de acordo com a autora, é necessário permitir às mães que estas possam se autorizar a reconhecer os apelos do bebê, e que elas possam responder ao seu bebê da sua maneira.

Mathelin (1999) retoma as colocações de Winnicott a respeito da entrada da mãe no estado de preocupação materna primária, e ao fato de que o autor aponta que é necessário que a mãe esteja em boa saúde para poder atingi-lo. A partir disto, Mathelin questiona, diante de todas as angústias que envolvem o nascimento pré-termo do bebê, como a mãe pode estar em bom estado. Segundo a autora, as mães, ao estarem próximas a incubadoras, podem acabar sofrendo de uma incapacidade de pensar sobre o seu bebê. “O que ele sente?” (p.70). Desta forma, tais mães acabariam presas na armadilha de quem sabe melhor sobre seu filho são os médicos, e não elas.

Retomando as considerações de Krodi (2008) acerca da possibilidade de identificação com o bebê em tais condições, a autora considera que uma via possível de identificação pode ser a partir da própria fragilidade e desamparo do bebê neste momento.

Gabrielle e Violeta

“Gabrielle nasceu premaura, mas já estava se recuperando bem. Seus pulmões já estavam melhores do que na data do nascimento, e ela já podia respirar sozinha. Seu peso também já estava quase chegando aos 2000g, e, assim, logo ela iria sair da incubadora e poderia ser colocada em um berço. Um dia, cheguei para falar com sua mãe, Violeta, para saber como estavam as coisas. Ela me respondeu, muito chateada, que não queria conversar com ninguém naquele dia, e começou a chorar. Acaba me contando, no corredor da Unidade, o que aconteceu. Disse que estava tudo muito bem com Gabrielle outro dia quando a estava visitando, e que logo ela sairia da incubadora. Diz que uma das técnicas de enfermagem foi pega-la para lhe trocar. Quando Violeta foi entregar Gabrielle para a técnica, sentiu que as mãos da técnica

estavam muito geladas. Na troca, diz que a técnica encostou nas costas do bebê as mãos. Diz ter comentado: ‘nossa, mas a tia está com a mão muito gelada pra encostar em mim’, e que a funcionária não lhe deu ouvidos. Quando conversa comigo, Violeta conta, muito chateada, que agora Gabrielle pegou um resfriado, e só vai poder sair da incubadora quando parar de tomar a medicação para curá-lo. Diz que sabe que foi por causa das mãos geladas da técnica que seu bebê ficou doente.”

Brenda e Rosa

“Na primeira vez que converso com Rosa em atendimento, esta se diz ser uma pessoa muito frágil e angustiada. Diz que não gosta de doença, e que quando alguém da família fica doente ela se afasta, não gosta de se aproximar muito, fica com medo. Relata este tipo de sentimento diante da situação de internação da filha, e que foi muito difícil ver Brenda pela primeira vez na incubadora, entubada. Brenda era um bebê pré-termo extremo, extremamente baixo-peso. Nasceu com 27 semanas de gestação e pouco menos de 800g. Parte da dificuldade de ver seu bebê naquela situação perpassava o fato de que Rosa dizia saber que, de alguma forma, Brenda estava sentindo dor. Ainda durante esta época, Rosa ficava pouco tempo quando ia visitar a filha no hospital, e sempre ia acompanhada. Ao longo do tempo de acompanhamento, Rosa passou a ir sozinha e a poder passar mais tempo com a filha junto à sua incubadora. Quando Rosa passou a poder segurar Brenda no colo, depois de já terem se passado diversos meses de internação, a mãe preferia pegar a filha quando esta estava mais agitada, para não a agitar quando ela já estava calma, e para não provocar quedas de saturação no bebê. Durante um tempo, Rosa dizia que procurava pegá-la no colo um pouco de manhã e um pouco de tarde, para que a filha não se sentisse mal quando fosse colocada de volta na incubadora, e para que não sentisse tanto sua falta quando ela fosse embora, pois tais sentimentos eram percebidos por Rosa nela mesma.”

A partir dos recortes, podemos observar que há vias possíveis de identificação materna com seu bebê, ainda que este esteja hospitalizado. A fragilidade de Violeta ao expor o que havia acontecido mostra que esta poderia estar identificada com seu bebê - que naquele momento se encontrava igualmente frágil. Além disso, as mães se autorizam a saber sobre o seu bebê - no caso de Violeta, valorizando-o mais do que o saber técnico. No entanto, é necessário considerar também que, muitas vezes, os pais que se encontram em situações deste tipo podem acabar realizando projeções na equipe, como aponta Krodi (2008). Além disso, também de acordo com a autora, a angústia dos

pais pode ligar-se especificamente ao saber técnico.

A sensibilidade demonstrada por Rosa, ao dizer que sabia que a filha sentia dor, é trazida por Winnicott (1958/2000) como sendo característica da *preocupação materna primária*, bem como a adaptação da mãe ao seu bebê, quando Rosa decide que pode retirar a filha da incubadora e segurá-la no colo nos momentos que ela considera que sejam melhores para o seu bebê. A outra fala de Rosa, em que diz tentar fazer com que a filha Brenda não sinta tanto sua ausência quando ela tem que ir embora do hospital no final do dia, pode parecer uma tentativa de *holding* por parte da mãe, na qual esta tenta fazer com que o bebê não sofra tanto os impactos do tempo, protegendo-o e buscando promover o mínimo de sentimento de continuidade ao seu bebê (Ogden, 2010; Winnicott, 1987/2006).

Como já foi comentado, Stern (1997) coloca que uma das temáticas presentes na *constelação da maternidade* é a temática de *vida-crescimento*, na qual a mãe se preocupa com a sobrevivência de seu bebê. O medo da morte de seu bebê cerca todas as mães, às quais, como exemplifica o autor, podem acordarem-se à noite para verificar se a criança está respirando. No entanto, em casos de prematuridade do bebê, tal sentimento pode torna-se exacerbado, devido ao risco real de morte do bebê.

Em estudo, Esteves (2009) considera que o estado de *preocupação materna primária* referido por Winnicott também se apresenta no contexto da prematuridade, ainda que seja uma experiência que é marcada pela condição do bebê. A autora refere que o nascimento pré-termo do bebê acaba por exigir mais participação da mãe nos cuidados do bebê, o que pode, inclusive, exacerbar a formação da *preocupação materna primária* em algumas mães.

Função paterna e prematuridade

O ambiente hospitalar exerce muitas funções para com o bebê prematuro, sendo essenciais as funções que dizem respeito, muitas vezes, a manter o bebê vivo ou com saúde. No entanto, é importante também considerar que tais funções também influenciam a função materna. Mathelin (1999) considera o tempo que o bebê prematuro permanece hospitalizado como uma oportunidade de serem ditas possíveis dificuldades em relação à maternidade ou à paternidade. Segundo a autora, este espaço de internação acaba por fazer um corte, fazer a função de um terceiro, função esta que é

simbolizante. É necessário “transformar as coisas em palavras” (p.176). Ainda de acordo com a autora, é necessário que seja criado, neste espaço, a possibilidade de que os pais invistam no seu filho, apropriando-se dele. É importante também que seja promovido um espaço onde o encontro dos pais com seus filhos possa acontecer. O imaginário deve tornar-se possível.

Desta forma, o ambiente hospitalar acaba por realizar uma função que, quando a hospitalização não está presente, faz parte da função paterna. Segundo Mathelin (1999), muitas vezes é preciso ajudar a mãe para que ela possa entrar em relação com o seu bebê, e também sentir-se valorizada por ele, ainda que ele esteja em uma incubadora. De acordo com a autora, os bebês sabem como trazer as mães para eles, mas os bebês extremamente prematuros podem estar impedidos de conseguir fazer isso. A autora trás como uma das funções da equipe que lida com as mães de bebês prematuros a de ajudá-los nesse sentido, de ajudar o bebê a recuperar sua mãe. É necessário que, mesmo em tais condições, o bebê tenha a possibilidade de construir sua mãe e que esta, suficientemente construída, suporte a separação inerente ao nascimento do sujeito.

Como já foi relatado anteriormente, as mães apresentam uma ambivalência já desde a gestação, e a situação de prematuridade pode agravar seu sentimento de culpa. Segundo Klaus e Kennel (1993), as mães podem, inclusive, referir que não querem tocar seu frágil bebê, pode medo de machucá-lo. De acordo com os autores, isso pode derivar da crença da mãe de que ela é uma mãe má. Neste sentido, segundo Mathelin (1999), as mães têm medo de suas pulsões de morte, e o hospital como função paterna mediadora pode protegê-las disso. Em um primeiro momento, o hospital pode garantir à mãe que seu filho viverá, apesar dela, atenuando seu sentimento de culpa. Em um segundo momento, é necessário que a mãe perceba que seu filho viverá graças a ela, e que foi ela quem lhe deu a vida.

Quanto ao lugar do pai, Mathelin (1999) considera que tal lugar é sempre difícil e incerto, mas que em casos de nascimentos de alto risco, os pais se encontram ainda mais desestabilizados. A função paterna, que normalmente é a de separar a mãe do bebê, nas situações de nascimento prematuro deste acaba se tornando a de permitir que a mãe e o bebê possam se encontrar. Em situações usuais, é a mãe quem apresenta o bebê ao pai, o que se inverte em casos de prematuridade. Muitas vezes, é o pai quem apresenta o bebê à mãe, pois é ele quem acompanha os primeiros momentos de internação do filho, enquanto a mãe deve recuperar-se do parto. Isso acaba fazendo com que os pais possam não saber o que fazer, podem não saber mais qual é o lugar

deles, se é ao lado da mãe ou ao lado do bebê, em qual lugar eles podem ser mais úteis. Segundo Coutinho e Morsch (2006), os pais passam a serem muito exigidos física e psiquicamente. Além dos primeiros contatos com o bebê e com a equipe e de cuidar da mulher que se encontra fragilizada, o pai acaba por assumir, muitas vezes, atividades domésticas, e ter de voltar rapidamente às suas atividades profissionais. Segundo Mathelin (1999), os pais também podem parecer muito exigentes e agressivos com a equipe, o que pode ser a forma que encontram de ajudar a mãe e o bebê, como que protegendo sua família, ainda que esteja abalado em seu papel.

Klaus e Kennel (1993) sistematizam elementos que acreditam ser importantes que se leve em conta ao lidar com díades nas quais o bebê nasce prematuro. Segundo os autores, a equipe de saúde deve ajudar a mãe a poder adaptar a imagem elaborada que tinha de um bebê ideal para a imagem do bebê pequeno ao qual deu à luz; ajudar a aliviar a culpa da mãe; ajudar a mãe a desenvolver um vínculo afetivo com o seu bebê, e que a mãe possa estar sincronizada às necessidades dele; deixar que a mãe possa realizar os cuidados do seu bebê ainda no hospital, na medida do possível;

De uma maneira geral, o papel do pai no contexto da prematuridade parece ser, em vez do lugar de terceiro, o de aproximar mãe e filho. Faz parte da *constelação da maternidade* descrita por Stern (1997) a temática da *matriz de apoio*, que corresponde à importância do suporte e auxílio que a mãe necessita nos momentos iniciais. Tanto o pai quanto a equipe hospitalar podem desempenhar este papel. No entanto, este acaba sendo também papel do hospital apenas posteriormente, pois nos primeiros momentos é o hospital quem faz o papel de separar a mãe e o bebê – o que seria a função do pai em situações de nascimento que não envolvam o ambiente hospitalar.

Considerações Finais

Na pesquisa qualitativa realizada através de entrevistas com mães de bebês prematuros, Esteves (2009) destaca as dificuldades presentes na interação entre a díade mãe e bebê pré-termo. Entre estas, encontram-se: “a preocupação da mãe com a sobrevivência do filho e com a sua própria vida; o distanciamento inicial imposto à díade; a frustração por não poder amamentar logo; a delegação de cuidados à equipe neonatal; a vulnerabilidade do bebê; a culpa por não ter conseguido levar a gestação a

termo e as dificuldades em decifrar os sinais e as dificuldades do bebê” (p.162). Posteriormente, alguns fatores positivos puderam se sobressair em meio a tais dificuldades, como “a construção simbólica do lugar do filho que em alguns casos não havia sido feita durante a gestação; a identificação materna, depois dos primeiros contatos; a realização da mãe com os cuidados do filho; a sensibilidade frente às necessidades do bebê; e a percepção da dependência dos bebês dos cuidados e da presença materna.” (p.162). De forma geral, a autora conclui que os achados de seu estudo apontam para uma aproximação suficientemente boa das mães com os filhos nos momentos iniciais.

Oliveira (2011) também considera que a prematuridade pode ser um obstáculo para a função materna. A autora considera como parte para a causa de possíveis dificuldades a homogenia do conhecimento tecnológico e organicista que estão presentes neste contexto. Desta forma, a autora atenta para necessidade de que as mães reconheçam o seu direito de poder realizar a sua função com o seu bebê. No estudo, em casos de nascimento pré-termo do bebê é necessário um tempo maior para inscrição e a elaboração dos pais – e especialmente a mãe - para decifrar seu bebê. A autora aponta para a importância da atenção aos pais para que os bebês não acabem existindo para estes apenas no que diz respeito ao trauma que pode representar tais nascimentos.

Retomando as considerações de Lebovici (1987) acerca dos momentos iniciais da relação entre mãe-bebê, este coloca que o desenvolvimento do que ele chama de *elo mãe-criança* se dá logo nas primeiras horas de interação entre a díade, sendo a qualidade da formação deste elo essencial para a relação posterior entre a mãe e o bebê. Segundo o autor, o ideal é que a mãe possa ocupar-se dos cuidados do recém-nascido para que este possa fazer parte da reestruturação psíquica da qual a mãe deve passar após o parto. Mesmo que o bebê esteja internado em uma UTI neonatal e que, portanto, seus cuidados tenham de ser realizados pela equipe hospitalar, é necessário, portanto, fazer com que a mãe participe destes cuidados da forma que seja possível de acordo com as condições de seu bebê. É importante, como assegura Mathelin (1999), que a equipe do hospital não se torne uma grande mãe para aquele bebê que, de fato, já tem a sua.

Como já foi colocado, a equipe inicialmente realiza um papel de terceiro na relação da mãe com seu bebê e, no entanto, sua tarefa posteriormente acaba por ser aproximar a díade, permitir que mãe e filho possam se encontrar em meio a tantas diversidades. Neste sentido, assim como a mãe - que segundo Bion (1967/1994) tem a

função de significar para o bebê elementos dos quais o seu psiquismo não pode dar conta - no caso de prematuridade deste e consequente internação em UTI neonatal, a mãe pode entrar em um estado em que também, como aponta Mathelin (1999), é necessário uma simbolização de algo que, muitas vezes, não se pode dar conta sozinho. Desta forma, é necessário um auxílio por parte da equipe que acompanha este momento, para que os pais superem os momentos de angústia iniciais e possam ver seu bebê além da incubadora e dos tubos que o cercam já que, segundo Lebovici (1987) é sempre dolorosa a separação da mãe de seu bebê, dor esta que aumenta em casos de prematuridade.

Com base nesta falta de simbolização e de dor que tais momentos iniciais do nascimento prematuro podem propiciar, Oliveira (2011) atenta para os achados de seu estudo – o de que, muitas vezes, a mãe e os familiares de bebês prematuros podem acabar por superproteger a criança, o que poder ser tanto uma falha na função paterna quanto uma dificuldade da mãe de identificar os sinais vindos do bebê. Outro entrave derivado da prematuridade que pode dificultar o exercício da função materna é a dificuldade de que a mãe possa ter para se identificar com seu bebê. É um risco que todos os bebês correm, mas que pode ser agravado em casos de nascimento pré-termo do bebê, principalmente em função das condições do nascimento da criança.

Em suma, como aponta Winnicott (1987/2006), a função materna é simples, porém de extrema importância. Muitas vezes, as mães podem exercê-la sem maiores problemas e sem necessitarem de intervenções. Entretanto, situações como as de prematuridade podem se mostrar como um elemento que dificulta as primeiras relações das mães com seus bebês. Desta forma, torna-se importante refletir sobre o impacto que o nascimento pré-termo do bebê pode ter na função materna. Ainda assim, como apontam os estudos revisados e, principalmente, as vinhetas selecionadas do período de estágio, nota-se que, apesar das dificuldades que representam o momento de parto prematuro, as mães podem conseguir encontrar estratégias de como exercer a função materna com seu bebê ainda que no contexto hospitalar.

REFERÊNCIAS

- Barros, F. C., Victora, C. G., Matijasevich, A., Santos, I. S., Horta, B. L., Silveira, M. F. & Barros, A. J. D. (2008). Preterm births, low birth weight, and intrauterine growth restriction in three birth cohorts in Southern Brazil: 1982, 1993 and 2004. *Caderno de Saúde Pública*, 24, S390-S398.
- Battikha, E. C. (2008). A inscrição do estranho no familiar. In M. C. M. Kupfer & D. Teperman (Orgs), *O que os bebês provocam nos psicanalistas* (pp 135-146). São Paulo: Escuta.
- Bernardino, L. M. F. (2008). É possível uma clínica psicanalítica com bebês? In M. C. M. Kupfer & D. Teperman (Orgs), *O que os bebês provocam nos psicanalistas* (pp 13-30). São Paulo: Escuta.
- Bion, W. (1967/1994). *Estudos psicanalíticos revisitados*. São Paulo: Imago.
- Cloherty, J. P., Eichenwald, E. C. & Stark, A. R. *Manual de neonatologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Coutinho, H. R. P. & Morsch, D. S. (2006). A paternidade em cuidados intensivos neonatais. *Revista da SBPH*, 9(1), 55-69.
- Dias, M. M. (2008). Progressos da ciência, destinos do sujeito. In M. C. M. Kupfer & D. Teperman (Orgs), *O que os bebês provocam nos psicanalistas* (pp71-84). São Paulo: Escuta.
- Esteves, C. M. (2009). *A preocupação materna primária em mães de bebês nascidos pré-termo*. Unpublished master's thesis. Programa de pós-graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil
- Ferrari, A. G., & Piccinini, C. A. (2010). Função materna e mito familiar: evidências a partir de um estudo de caso. *Ágora*, 13(2), 243-257.
- Klaus, M. H. & Kennel, J. H. (1993). Atendimento para os pais de bebês prematuros ou doentes. In: *Pais/Bebê – a formação do apego* (pp.170-244). Porto Alegre: Artes Médicas
- Krodi, P. (2008). Cuidados paliativos em neonatologia: à escuta do indizível. In M. C. M. Kupfer & D. Teperman (Orgs), *O que os bebês provocam nos psicanalistas* (pp 115-134). São Paulo: Escuta.

- Lebovici, S. (1987). A constituição do elo entre a mãe e o recém-nascido (pp: 115-126). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto alegre: Artes médicas.
- Mathelin, C. (1999). *O sorriso da Gioconda*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Ogden, T. H. (2010). *Esta arte da psicanálise - sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos*. Porto Alegre: Artmed
- Oliveira. M. G. (2011). *Função maternal e a constituição subjetiva na condição de prematuridade*. Unpublished master's thesis. Programa de pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Pará. Pará, Brasil.
- Pezzaró. M. E. (2010). *Alcances e limites teórico-metodológicos da pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil*. Unpublished master's thesis. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.
- Rondó, P. H. C., Ferreira, R. F., Nogueira, F., Ribeiro, M. C. N., Lobert, H. & Artes, R. (2003). Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57, 266-272.
- Secretaria de Vigilância em Saúde (2011). *Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Stern, D. N. (1997). A constelação da maternidade in: *A constelação da maternidade – panorama das psicoterapias pais/bebê*. Artes médicas, Porto Alegre. Pp: 161-178.
- Silveira, M. F., Santos, I. S., Barros, A. J. D., Matijasevich, A. Barros, F. C. & Victora, C. G. (2008). Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 42(5), 957-964.
- Silveira, M. F., Victora, C. G., Barros, A. J. D., Santos, I. S., Matijasevich, A. & Barros, F. C. (2010). Determinants of preterm birth: Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil, 2004 birth cohort. *Caderno de Saúde Pública*, 26(1), 185-194.
- Souza N. L., Araújo, A. C. P. F. & Costa, I C. C. (2011). Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. *Rev Esc Enferm USP*, 45(6), 1285-92.
- Tucker, J. & McGuire, W. (2006). ABC of preterm birth: epidemiology of preterm birth. *BMJ*, 329(18), 675-678.
- Winnicott, D. W. (1975). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago (Original published in 1958).
- Winnicott, D. W. (2006). *Os bebês e suas mães*. Rio de Janeiro: Imago (Original published

in 1987)

Yu, X. D., Branch, D.W., Karumanchi, D. A., & Zhang, J. (2012). Preeclampsia and retinopathy of prematurity in preterm births. *Pediatrics*, 130(1). Pp: e101-e109.

Zimmerman, D. E. (1995). *Bion: da teoria à prática – uma leitura didática*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Zimmerman, D. E. (2001) *Vocabulário contemporâneo da psicanálise*. Porto Alegre: Artmed.

Zimmerman, D. E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: Teoria, técnica e clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.