

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DO RIO DE JANEIRO



**Amanda Moreira de Carvalho**

**O Processo de Tornar-se Mãe no Contexto de  
Internação do Bebê Pré-Termo em UTI  
Neonatal**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO  
DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia da Saúde

Rio de Janeiro  
Novembro de 2017

**Amanda Moreira de Carvalho**

**O Processo de Tornar-se mãe no Contexto de Internação  
do Bebê Pré-Termo em UTI Neonatal**

**Trabalho de Conclusão de Pós-Graduação**

Monografia apresentada ao Departamento de Psicologia  
da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro  
(PUC-Rio) para a obtenção do Título de Pós-Graduação.

Orientadora: Mayla Cosmo

Rio de Janeiro  
Novembro de 2017

“Ninguém nasce mãe: torna-se.”  
(inspirada na célebre frase de Simone de Beauvoir)

## Agradecimentos

- À minha família, por todo o amor e *holding* que sempre me deram.
- À minha terapeuta, que sempre me ajuda a seguir em frente.
- À minha professora/orientadora por todo ensinamento, acolhimento e compreensão.
- À minha supervisora e à toda equipe intensivista do Hospital, pela enorme troca e aprendizado.
- À todos os pacientes do hospital por tudo que me ensinaram e por terem me tornado uma profissional e uma pessoa melhor. Sou muito grata por terem me permitido conhecer as suas histórias e fazer parte delas em um momento tão importante, mas também tão difícil, e espero ter conseguido proporcionar à eles o acolhimento e o *holding* que precisavam. Jamais esquecerei todo o carinho que recebi.

## Resumo

Este trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Psicologia da Saúde da PUC-Rio, foi pensado a partir da minha experiência no curso de capacitação profissional para psicólogos voltado para a atuação no campo da Neonatologia, realizado na UTIN de um hospital federal do Rio de Janeiro.

O objetivo geral do presente trabalho é compreender o processo de tornar-se mãe de bebê pré-termo internado em UTI Neonatal, considerando as especificidades do funcionamento psíquico da puérpera em relação ao seu filho neste início da vida. A partir de uma revisão bibliográfica, pretendo mostrar como o processo de tornar-se mãe, por si só, é muito conturbado, e precisar vivenciar esse processo em um contexto de afastamento do seu bebê, que está com a saúde comprometida, costuma gerar ainda mais conflitos psicológicos para essas mulheres. Nesse momento de internação do bebê pré-termo em UTIN o acolhimento da equipe intensivista se faz necessário para que a mulher/mãe consiga desenvolver sentimentos de confiança e competência em relação aos cuidados com o seu bebê e o psicólogo se faz essencial em seu trabalho de facilitar a construção e/ou fortalecimento dos laços afetivos da díade mãe-bebê, conseqüentemente, facilitando a construção do processo de tornar-se mãe.

**Palavras-chave:** tornar-se mãe; maternalidade; bebê pré-termo; uti neonatal; preocupação materna primária; preocupação médica primária; relação da díade mãe-bebê.

## Sumário

1. Introdução .....	06
2. O processo de tornar-se mãe .....	10
2.1 O bebê imaginário e o bebê real .....	16
2.2 A preocupação materna primária .....	19
2.3 A comunicação da díade mãe-bebê .....	23
3. Tornar-se mãe de bebê pré-termo internado em UTI Neonatal .....	25
3.1 O bebê imaginário e o bebê real pré-termo .....	28
3.2 A preocupação médica primária .....	30
3.3 O Método Canguru: uma política de atenção humanizada .....	33
4. A Psicologia na Neonatologia: uma experiência de atendimento psicológico em UTI Neonatal .....	36
5. Considerações finais .....	40
6. Bibliografia .....	44

# 1

## Introdução

A idéia deste trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Psicologia da Saúde da PUC-Rio, surgiu a partir da minha experiência no curso de capacitação profissional para psicólogos voltado para a atuação no campo da Neonatologia, realizado na UTIN de um hospital federal no Rio de Janeiro, referência nacional nesta área. O meu trabalho no hospital consistia, principalmente, em oferecer atendimento psicológico para as mães e as famílias dos bebês que precisavam ser internados na UTI devido à prematuridade, malformações, síndromes e outras complicações que colocavam a vida desses bebês em risco.

O estado psicológico das mães dentro deste difícil contexto de doença, de urgência e de imprevisibilidade me despertou interesse, e optei por dar ênfase à função materna devido a sua importância para este primeiro momento de vida do bebê. Esta função não precisa ser exercida pela mãe, ela pode ser exercida por um outro cuidador, inclusive pelo pai, mas neste caso, como diz Winnicott, o que nos interessa é o aspecto materno do pai. De qualquer forma, na grande maioria dos casos durante minha experiência em UTIN, a função materna foi exercida pela mulher/mãe mesmo.

Desse modo, através do atendimento a essas puérperas e da observação participante da interação dessas com os seus bebês, surgiram as reflexões sobre o processo de tornar-se mãe, principalmente no período após o nascimento, momento que eu acompanhei.

O tornar-se mãe tem sido abordado por diversos autores da psicanálise, sendo apontado como um processo que envolve um intenso trabalho por parte da mulher, exigindo que esta consiga assimilar e enfrentar mudanças sociais, corporais e psicológicas. Winnicott (1956/2000) identificou a extrema necessidade de um estudo aprofundado da condição materna nas fases mais primitivas e foi pensando nisso que cunhou o termo “*preocupação materna primária*” para descrever uma condição psiquiátrica organizada e muito especial da mãe, pois caso a mulher não estivesse em um contexto de gravidez seria considerada uma doença, já que as características desta condição podem ser

comparadas a uma fuga, a um estado de retraimento ou de dissociação, ou até mesmo a um distúrbio profundo como um episódio esquizóide, onde um determinado aspecto da personalidade toma o poder temporariamente. A mulher “regride” e se identifica com seu filho, fazendo uma fusão emocional com o bebê e conseguindo, assim, atender às suas necessidades de forma espontânea e adequada. Segundo Winnicott (1956/2000) esse estado psicológico se torna gradualmente o de uma sensibilidade exacerbada durante e principalmente ao final da gravidez, sendo sua duração de até algumas semanas ou alguns meses após o nascimento do bebê. Esta condição psicológica precisa ser temporária e isso significa que a mulher precisa ter saúde suficiente tanto para desenvolvê-la quanto para se recuperar dela à medida que o bebê a libera. Além de Winnicott (1956/2000), Stern (1997) também aponta que algumas mulheres têm dificuldades de desenvolver esse estado psíquico, havendo a possibilidade de não desenvolvê-lo. Isso pode acontecer por motivos diversos de ordem da história individual e da história familiar de cada uma, que estão intrinsecamente relacionadas à história de sua gravidez.

Quando a mulher desenvolve esse estado psíquico e chega a construir alguma ligação afetiva com seu filho, “caso o bebê morra, o estado da mãe repentinamente revela-se uma doença” (WINNICOTT, 1956/2000, p.401). A partir desta idéia, podemos pensar que se o bebê estiver com a saúde comprometida, o estado psicológico materno terá especificidades diferentes do estado psicológico da mãe de um bebê que nasce saudável. Tais especificidades da condição psiquiátrica das puérperas com bebês em um contexto de hospitalização em UTI Neonatal, foram observadas por M. Agman, C.Druon e A.Frignet (1999, p.27) que introduziram o termo “*preocupação médica primária*” para descrever o estado psicológico das puérperas com bebês prematuros em UTIN, pois segundo elas o serviço representaria uma “interdição” da simbiose entre a mãe e o bebê, levando-a a ocupar uma função mais médica do que materna.

Em nosso meio, as psicólogas Morsch e Braga (2007) refletiram acerca do papel da “preocupação médica primária” discordando da opinião de que a mãe ocupa uma “função *mais* médica do *que* materna”, grifo delas. Para as autoras, a “*preocupação médica primária*” não é uma recusa das puérperas em exercer a maternagem, mas sim um recurso estratégico que essas utilizariam para conseguir



se aproximar de seus bebês no conturbado contexto de uma UTI Neonatal. A “*preocupação médica primária*” funcionaria como um mecanismo de transição utilizado pelas mães para que estas conseguissem, gradualmente, desenvolver a “*preocupação materna primária*”. No final do artigo, as autoras sugerem a denominação “*preocupação médico e materno-primária*” como mais adequada para descrever o estado psicológico dessas mulheres/mães.

O presente trabalho foi pensado partindo do pressuposto de que não há um consenso sobre o funcionamento dessa condição psicológica particular das puérperas com bebês internados na UTI Neonatal e de que, provavelmente por isso, alguns autores ainda se questionam sobre ele e buscam uma denominação que o descreva melhor.

Tendo isso em vista, meu objetivo geral é compreender o processo de tornar-se mãe de bebê pré-termo internado em UTI Neonatal, considerando as especificidades do funcionamento psíquico da puérpera em relação ao seu filho neste início da vida. Acredito que novas reflexões, discussões e estudos sobre o estado psicológico da puérpera no contexto de internação do bebê na UTI Neonatal, possam levar a uma maior compreensão desse momento e, conseqüentemente, fazer com que a equipe de saúde intensivista possa fazer um atendimento ainda mais sensível e adaptado as reais necessidades dessas mulheres que, assim como os seus próprios bebês, também estão precisando de amparo e acolhimento. Também apresentarei aqui “O Método Canguru”, uma política de saúde pública para atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso, que possibilita o contato pele a pele do bebê prematuro com seu pai e sua mãe, favorecendo o seu desenvolvimento e também o vínculo afetivo do bebê com os seus pais, sendo mais uma forma de fazer com que a mulher se sinta mãe e o homem se sinta pai.

No que diz respeito ao papel do psicólogo na unidade de terapia intensiva neonatal, trago no capítulo final deste trabalho algumas idéias que corroboram com meus pensamentos e sentimentos acerca da minha experiência, visando mostrar de que forma o profissional da Psicologia pode funcionar como um facilitador do processo de tornar-se mãe e tornar-se pai, influenciando positivamente o processo de construção da parentalidade dos pais nesse contexto.

A partir de uma revisão bibliográfica, pretendo mostrar ao longo desse trabalho como o processo de tornar-se mãe, por si só, é muito conturbado, e

precisar vivenciar esse processo em um contexto de afastamento do seu bebê, que está com a saúde comprometida, por vezes em iminência de morte, costuma gerar ainda mais conflitos psicológicos para essas mulheres. Isso pode afetar negativamente sua saúde mental, dificultar a interação com o seu filho e a construção e/ou fortalecimento do vínculo afetivo da díade, que é tão necessário para o desenvolvimento físico e psíquico saudável do bebê, salientando a importância de um atendimento psicológico para as puérperas e sua matriz de apoio, que pode ser o pai do bebê, sua família e /ou seus amigos.

## 2 O processo de tornar-se mãe

Não se nasce sabendo ser pai ou mãe, a *maternalidade* (processo de tornar-se mãe) e a *paternalidade* (processo de tornar-se pai) são uma conquista psicológica. Tanto o homem quanto a mulher podem se preparar e aprender a se tornar pais de seu filho. Assim, o nascimento de um bebê também leva ao nascimento de uma mulher para uma mãe e de um homem para um pai. Na medida em que a gravidez abre espaço para uma nova pessoa na família, o lugar de cada um será modificado, o que provoca renegociações na organização familiar. Esses reposicionamentos variam de acordo com a história pessoal e familiar de cada um, e o quanto eles irão afetar cada membro da família também irá variar, ou seja, o “tornar-se pai” ou “tornar-se mãe” depende da história individual de cada um dos pais.

A pré-história da criança trata da história do homem, da mulher e do casal que eles formam desde o seu encontro até o projeto comum, ou não, de gravidez. Nós podemos chamar de pré-história da criança esse período durante o qual o inconsciente se estrutura a partir de palavras, de não-ditos, da história singular que precede a criança e dentro do qual ela se inscreverá. (SJEZER, 2002, p.188)

Sendo assim, cada gravidez é única e precisa ser tratada de acordo com a sua história. Os desejos de maternidade e de paternidade não iniciam quando um casal decide ter filho. Podemos pensar que esse desejo é construído desde a infância, a partir das brincadeiras de boneca, por exemplo. A linguagem e a cultura nas quais a criança está inserida desde sua concepção, configuram uma história que a precede e que vai influenciar diretamente na sua existência. Por isso são tão importantes todas as questões que envolvem o contexto do bebê: onde e como ele foi concebido, se foi ou não planejado, se foi ou não desejado, se foi muito esperado e, caso não tenha sido planejado, se foi pensado como sendo uma surpresa boa ou uma surpresa ruim. Qualquer que seja o arranjo, essa origem fará parte da história da criança, pois está inscrita no inconsciente parental como uma verdade que a ela diz respeito.

A gestação de um bebê traz aos pais sentimentos ambíguos em relação aos seus desejos (conscientes ou inconscientes) e a capacidade para serem pai e mãe. Angústias, ansiedades, medos e preocupações os acometem em relação as suas capacidades e a saúde do bebê. Essa ambivalência (desejo de duas coisas contraditórias) vivenciada pelo casal costuma gerar sintomas nem sempre conscientes, que não devem ser ignorados ou menosprezados. Ela sempre marca o desejo e está inscrita na própria estrutura do inconsciente da linguagem.

Winnicott (1964/1982) aborda a ambivalência materna em relação a gestação e ao bebê apontando que:

A vida de uma mulher modifica-se, de muitas maneiras quando ela concebe um filho. [...] No princípio, pode facilmente acontecer que ela se ressinta desse fato, já que poderá vislumbrar, com demasiada clareza, a terrível interferência na sua própria vida que isso significa. O que ela vê é a pura realidade, e seria tolice pretendermos negá-lo. (Winnicott, 1964/1982, p.19)

A crise psíquica que ocorre durante a gestação pode ser considerada semelhante a crise da adolescência. Segundo Racamier (1997) a *maternalidade* – traduzida por ele da palavra inglesa *motherhood* – é comparada à adolescência, pois ambas possuem traços em comum: transformação corporal e hormonal, mudança de status social, reativação e remanejamento de conflitos infantis. A cada etapa biológica, um certo número de tarefas psíquicas deve ser cumprido; de sua execução depende a passagem para a etapa seguinte. Assim como a adolescência, a gestação é um período de muitos conflitos, uma crise maturativa. Enquanto na adolescência a questão é de renunciar a infância para se aproximar da idade adulta, durante a primeira situação de maternidade, a primeira gestação, a questão é mudar de geração, de maneira flagrante e irreversível. Essa crise maturativa mobiliza a energia psíquica, despertando ansiedade e conflitos latentes, mas ela é também busca de novas potencialidades e engajamento. Ela contém, assim, sua própria capacidade evolutiva e contribui para o processo de formação de uma nova identidade.

Além de ter cunhado o conceito de *maternalidade*, Racamier (1961) cunhou também os conceitos de *paternalidade* e *parentalidade*. A *maternalidade* é entendida como o conjunto dos processos psicoafetivos que se desenvolvem e se integram na mulher por ocasião da maternidade; e a *paternalidade* é entendida como o conjunto dos processos psicoafetivos que se desenvolvem e se integram no homem por ocasião da paternidade. Desta forma, a *parentalidade* pode ser entendida como o processo de formação dos sentimentos, das funções e dos comportamentos no desempenho da *maternalidade* e da *paternalidade*. Esta tem início anteriormente ao momento da concepção, percorre a gestação e o puerpério e permanece durante toda a vida, pois se modifica devido às mudanças vitais que envolvem a relação entre pais e filhos. Mais do que apenas biológica, inclui a transgeracionalidade através da herança familiar e seus mandados. (BRASIL, 2011)

Raphael-Leff (1977) também fala sobre um estado psíquico particular no período gestacional denominado por ele de “*permeabilidade das fronteiras*” entre diferentes níveis de consciência, o que significa, segundo ele, que a consciência está inundada de fantasias e pensamentos que antes eram inconscientes. Leff considera que a gravidez agita antigas ansiedades e revitaliza emoções que estavam adormecidas. O autor cita que a gestante pode sentir-se inusitadamente chorosa devido a conflitos não resolvidos com seus pais durante sua infância, que podem emergir nesse período de transição.

Monique Bydlowski (2002) refere-se a esse estado psíquico particular como “*transparência psíquica*”, no qual fragmentos do consciente e do pré-consciente chegam à consciência mais facilmente. Esse funcionamento psíquico materno é caracterizado pela diminuição das resistências habituais da mulher diante do recalco inconsciente, e marcado por um superinvestimento de uma história pessoal, incluindo seus conflitos infantis, com uma plasticidade importante das representações mentais centradas sobre uma inegável polarização narcísica. Dessa forma, especialmente durante a segunda metade da gestação, a futura mãe irá voltar-se com prazer para as temáticas autocentradas e inacessíveis para a maior parte das mulheres que estão fora desse período de sua existência.

Bydlowsky (2002) postula que a gravidez inaugura a experiência de um reencontro íntimo da mulher consigo mesma. Grandes variações serão observadas, desde a mulher grávida que, tendo constituído um bom objeto interno, uma vez

que ela própria foi um bebê, terá mais tarde uma gravidez mais calma, até aquela que, ao contrário, tendo vivido precocemente a experiência de cuidados intrusivos ou insuficientes, correrá o risco, durante a gestação, de reviver as angústias primitivas. Segundo a autora, as consultas terapêuticas nas maternidades oferecem à gestante uma consideração de si própria como pessoa e essa atenção particular lhe é necessária em um momento em que o contexto médico e familiar se volta prioritariamente para o bebê. Para Bydlowsky (2002), uma consulta desse tipo permite à mulher, um reencontro com o seu narcisismo e, sem muito esforço, algumas vezes basta desenterrar um conflito antigo ao qual a transparência psíquica confere uma nova atualidade para aliviar a carga dramática de uma situação. Dar a palavra à criança que ela foi auxilia a gestante a revigorar a criança que ela carrega. (BYDLOWSKY, 2002, p.208)

A revolução psicológica que o bebê causa na mãe, no pai e na família, é tão profunda ao ponto de assemelhar-se a um estado psicológico transitório, uma organização psíquica especial, descrita por Stern (1997) como “*constelação da maternidade*”. De acordo com o autor, as redes de esquemas maternos serão modificadas com a chegada do bebê, sofrendo uma reelaboração. São elas: o *self* da mãe como mãe, como mulher, esposa, profissional, amiga, filha, neta; seu papel na sociedade; seu lugar em sua família; seu status legal; ela mesma como pessoa com a responsabilidade principal pela vida e crescimento de um ser (seu filho). Essas mudanças ocorrerão novamente com a chegada do segundo, do terceiro bebê, etc., com menos intensidade e geralmente com menos mutações. Um segundo desafio para a mãe é a necessidade e, ao mesmo tempo, o desejo realístico de colocar os interesses do bebê antes dos seus. Por vezes, isso se tornará difícil para a mãe, devido a motivos diversos como, por exemplo, o receio de que sua carreira profissional possa ser prejudicada com a chegada de um bebê.

Segundo Stern (1997), quando uma mulher torna-se mãe vários temas correlacionados surgem no seu pensamento. O autor considera que sem uma apreciação da natureza e predominância da constelação da maternidade, é difícil compreender os principais temas que a mãe experimenta, bem como o tipo de problemas para os quais a mãe busca ajuda. Os temas aos quais ele se refere são:

- 1• Tema de vida e crescimento – a maior preocupação da mãe ligada a esse tema é se ela será capaz de manter a vida e o crescimento do seu bebê.

2• Tema do relacionar-se primário – a principal preocupação materna ligada a esse tema é se ela conseguirá envolver-se emocionalmente com o seu bebê de modo pessoal e autêntico. Outra preocupação é se esse envolvimento emocional assegurará o desenvolvimento psíquico que ela deseja para o seu bebê.

3• Tema da matriz de apoio – nesse tema a preocupação materna é se ela saberá como criar e permitir os sistemas de apoio necessários para o cumprimento de suas funções maternas.

4• Tema da reorganização da identidade – a mãe interroga-se se ela será capaz de transformar sua auto identidade para permitir e facilitar suas funções ligadas aos três temas anteriores.

Stern (1997) denomina de “*trilogia da maternidade*” os três discursos que a mãe organiza em conjunto com os quatro temas, e as tarefas a estes relacionadas, que compõe a constelação da maternidade. Os três discursos que ele denomina de trilogia da maternidade são:

1• Discurso da mãe com sua própria mãe, especialmente com seu mãe-como-mãe-para-ela-quando-criança. Stern considera que, no contexto da constelação da maternidade, *mãe* refere-se as principais figuras maternantes na experiência da mulher.

2• Discurso consigo mesmo, sobretudo ela-mesma-como-mãe.

3• Discurso com seu bebê – o bebê que ela traz dentro de si.

Esses três discursos diferentes são na realidade relacionados entre si. Eles acontecem interna e externamente. Com efeito, no atendimento às mães é possível perceber em maior ou menor grau a presença desses discursos maternos. Em relação a Constelação da Maternidade, Stern ressalta que ela não é universal nem inata, sendo um fenômeno observado em sociedades ocidentais, pós-industriais.

Segundo Stern (1997), quando a mulher está imersa na constelação da maternidade, ela mergulha nas recordações das experiências iniciais de sua própria maternagem devido ao fato de apresentar-se em um forte contexto evocativo. Winnicott (1956/2000) ao explicar seu conceito de “*preocupação materna primária*”, discorre justamente sobre essa propensão da mãe à “regredir” durante um período específico, para ser capaz de acompanhar, através de identificação, as necessidades enunciadas por seu bebê. É a partir do retorno

provisório a uma disposição primitiva (normal dentro do contexto de gravidez) que a mãe se torna capaz de compreender os sinais de seu filho.



## 2.1

### O bebê imaginário e o bebê real

O “casal grávido” lida com três bebês:

O bebê fantasmático – aquele desejado individualmente pelo pai e pela mãe desde sua infância;

O bebê imaginário – o que o pai e a mãe desejam nesta gravidez ;

O bebê real – aquele que ao nascer mostra suas peculiaridades e especificidades. (CORRÊA FILHO; GIRARDE CORRÊA, 2002)

No processo de tornar-se mãe, durante o período da gravidez, a representação de um bebê imaginário será a principal forma de contato da mãe com seu bebê ainda desconhecido. É imaginando o filho que, gradualmente, a mãe terá condições de estabelecer contato com o bebê real. No início, isso ocorre através dos movimentos fetais, ainda com aspectos fantasiosos e de idealização, depois, visualizando o seu bebê quando realiza exames de rotina como a ultrassonografia e, finalmente, com o nascimento do bebê da realidade.

O fator desencadeador do processo de representação do bebê imaginário consiste no contato que a própria mãe estabelece consigo mesma, com seu bebê e sua história. Portanto, a constituição do bebê imaginário se dá a partir do momento em que a mãe começa a imaginar um bebê durante a gestação, dando ao feto um estatuto de sujeito, idealizando-o para além de sua condição biológica e se vinculando a essa expectativa de criança.

Existem algumas variações de definição e nomenclatura dentre os psicanalistas que falam sobre as representações parentais (maternas e paternas). Para Lebovici (1987), o bebê imaginário pode ser compreendido como este objeto psíquico do imaginário da mãe, que se constitui a partir do desejo e das referências verbais desta. O autor postula sobre três crianças que existem ao mesmo tempo na mente da mãe: a *criança da fantasia*, que é inconsciente e vem acompanhada dos desejos infantis da mulher, surgindo a partir da fantasia do Édipo, que consiste no desejo reprimido de ter tido um filho com seu pai, desta forma negando a castração; a *criança imaginária*, construída pela gestante a partir de sua idealização e expectativas; e a *criança real*, aquela com a qual a mãe

entrará em contato a partir do nascimento, enriquecendo o relacionamento diádico com os seus conteúdos imaginários e fantasiosos.

O contato com o bebê através do exame de ultrassonografia, pode trazer dúvidas, medo do que está por vir, aumentando seu grau de ansiedade e fragilidade, repercutindo no emocional da gestante. Dessa forma, para que o recurso apresentado pelos exames de imagem consista em um facilitador do processo de tornar-se pai e do processo de tornar-se mãe, a abordagem do médico que realizará o exame de ultrassonografia, assim como o setting, precisam ser adequados, caso contrário essa experiência poderá ser traumática para os pais.

Segundo Lebovici (1987), a forma através da qual cada mãe utiliza-se de tais recursos é variável e ele considera que os exames de imagem constituem novas possibilidades de figuração às representações da criança imaginária. Assim, os recursos tecnológicos da medicina podem antecipar o processo de desidealização do bebê imaginário. Isso pode ser positivo na medida em que possibilita a redução das expectativas em relação ao bebê e uma primeira percepção das limitações do filho real, permitindo que a gestante explore, ao mesmo tempo, o estabelecimento de relações reais e imaginárias com o seu bebê.

O bebê real é compreendido como aquele que será contrastado ao bebê imaginário, correspondendo a uma cópia decepcionante deste, a ser conhecido pela mãe a partir do nascimento. Por constituir um prolongamento da própria mãe, aos seus olhos o bebê real corresponde simultaneamente a um objeto real e a um objeto subjetivo. (Lebovici, 1987)

O narcisismo materno, que dá a mulher a ilusão do poder de produzir um filho perfeito, e que é tão cultivado ao longo da gestação, é duramente confrontado a partir do nascimento, fazendo a mãe sofrer uma ferida narcísica. Assim, o recém-nascido traz consigo o conflito do bebê imaginário com o bebê real e uma importante tarefa para a mãe: a de fazer o trabalho de luto do seu bebê imaginário, para conseguir enxergar e aceitar o seu bebê real.

Desse modo, diante do novo relacionamento que se estabelece com a criança da realidade, o bebê imaginário perde, na maioria das vezes, sua primazia, em detrimento das necessidades e demandas do bebê real, que exigem, por parte da mulher, uma reelaboração de antigos esquemas maternos presentes na gestação. A estranheza da mãe em relação ao seu bebê real, se dá devido as diferenças entre este e o seu bebê imaginário, sendo importante que a criança da

realidade se estabeleça como o suporte sobre o qual a mãe realiza o luto deste. Isso porque a criança da realidade possui um papel ativo frente a construção do vínculo com os seus pais. Tanto o papel que o bebê desempenha dentro da economia psíquica da mãe, quanto as características pessoais da criança são responsáveis pela maneira como esta desempenha sua parte no relacionamento, o que serve para demonstrar como diferentes crianças se colocam de diferentes maneiras na relação com seus pais e mães. Sendo assim, os fatores de ilusão não desaparecem por completo, pelo contrário, eles se mantêm ativos por algum tempo, estabelecendo essa ligação entre o bebê imaginário e o bebê real de modo que a mãe possa vincular-se ao recém-nascido.

O *baby blues* - uma tristeza da maternidade que, segundo Golse (2002), atinge de 70 a 80% das mulheres – não traz grande preocupação aos profissionais de saúde e é bastante comum no pós-parto, já que ocorre na mulher uma série de alterações hormonais e ela precisa se reorganizar psiquicamente. No entanto, essa tristeza do *baby blues* que é considerada normal, pode se estender e/ou se agravar configurando uma depressão pós-parto.

Segundo Soulé (1987), a depressão pós-parto costuma se instalar nas mulheres que não conseguem estabelecer o luto em relação ao filho imaginário, o que implica uma dificuldade no luto da valorização narcisista. Este quadro depressivo incide nas mães que não têm sucesso em esperar que o processo de contato com o recém-nascido lhes propicie uma reconciliação com o mesmo, permitindo-lhes ultrapassar o relacionamento com o bebê imaginário (SOULÉ, 1987). Em resumo, essas mães se mantêm em investidas exaustivas no sentido de recuperar o relacionamento com o filho imaginário, o que pode fazer com que elas desenvolvam uma tristeza patológica (depressão pós-parto), que demande uma maior atenção do acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico.

## 2.2 A Preocupação Materna Primária

Segundo Winnicott, o encontro suficientemente bom da díade mãe-bebê é marcado pelo período de preocupação materna primária, estado psíquico que deve ser desenvolvido pela mãe. Explicando com as palavras do próprio pediatra e psicanalista inglês:

A mãe que desenvolve o estado que chamei de ‘preocupação materna primária’ fornece um setting no qual a constituição do bebê pode se mostrar, suas tendências de desenvolvimento podem começar a se revelar e o bebê pode experimentar um movimento espontâneo e dominar as sensações apropriadas a esta fase inicial da vida. (WINNICOTT, 1956/2000, p.495)

Winnicott (1956/2000) afirma que esse estado psicológico se torna gradualmente o de uma sensibilidade exacerbada durante e, principalmente, nas semanas finais da gravidez, indo até as primeiras semanas ou primeiros meses após o nascimento. O autor descreve a “*preocupação materna primária*” como uma condição psiquiátrica organizada e muito especial da mãe, que caso a mulher não estivesse em um contexto de gravidez, seria considerada uma doença, pois as características desta condição podem ser comparadas a um estado de retraimento ou de dissociação, ou até mesmo a um distúrbio profundo como um episódio esquizóide, onde um determinado aspecto da personalidade toma o poder temporariamente. Esta condição precisa ser temporária, e isso significa que a mulher deve ter saúde suficiente tanto para desenvolvê-la quanto para se recuperar dela à medida que o bebê a libera. Segundo Winnicott nem todas as mulheres conseguem desenvolver essa “doença normal”, por inúmeros motivos, como: uma gravidez não desejada, pela falta de apoio do pai, por suas vivências enquanto filha e agora como mãe, por uma patologia.

A “*preocupação materna primária*” é um estado de simbiose da mãe com o seu bebê, como se um fosse a extensão do outro. O bebê possui uma tendência inata a integração, mas os genes não são suficientes, ele se constitui a partir da

relação com a mãe e, nesse início, ambos são uma unidade, ou seja, o bebê é a mãe e a mãe é o bebê. Desta maneira, “Não existe tal coisa chamada bebê [...] Um bebê não pode disponibilizar cuidados para existir sozinho, sendo essencialmente parte de uma relação” (WINNICOTT, 1964/1982, p.129). O recém-nascido precisa de alguém que cumpra a função materna, estando devotado a ele de forma a atender adequadamente as suas necessidades psíquicas e corporais, o que significa que para existir, ele depende de um ambiente facilitador – nesse momento representado pela mãe ou outra pessoa que exerça o papel deste “outro primordial” – que lhe proporcione cuidados suficientemente bons.

Para que a mulher consiga ser uma “*mãe suficientemente boa*”, “*devotada*” ao seu bebê, ela precisa contar com uma matriz de apoio. O período da preocupação materna primária é facilitado pelo apoio dado à mulher, o qual pode ser exercido pelo pai ou por outras pessoas próximas, como familiares e amigas da mãe. A matriz de apoio teria duas funções básicas: proteger fisicamente a mãe, afastando-a, por algum tempo, das exigências da realidade externa para que ela possa dedicar-se ao bebê e apoiar, valorizar e instruir a mãe, oferecendo-lhe modelos, ajuda, informações, mas também aprovando e legitimando suas atitudes com o bebê. Winnicott (1964/1982) afirmou que, inicialmente, é função do pai lidar com o ambiente externo para que a mãe não precise se envolver com o mesmo, propiciando o ambiente para que ela possa regredir ao estado de preocupação materna primária:

A primeira coisa que quero dizer é que o pai é preciso em casa para ajudar a mãe a sentir-se bem em seu corpo e em seu espírito [...] e a segunda coisa, como eu disse, é o pai humano que sustenta a lei e a ordem que a mãe implanta na vida da criança (WINNICOTT 1964/1982, p.129)

Sendo assim, o pai tem importante função no início do desenvolvimento do filho como *holding* dado à mãe para que ela possa sustentar esse lugar de dependência absoluta do bebê sem tantas preocupações. A idéia de *holding* para Winnicott significa apoio, suporte, amparo, sustentação. Com o pai dando o *holding*, a mãe fica livre para estar, nesse momento, no estado dependente e vulnerável que a possibilite se identificar com o seu bebê. Após esse estágio inicial, quando já há uma diferenciação entre o eu e o não eu, o pai passa a entrar

como um terceiro na relação e a ter uma importância mais direta sobre o desenvolvimento de seu filho, fornecendo os alicerces para as relações triangulares.

Desse modo, a preocupação materna primária tem como função suprir essa dependência absoluta do bebê, que vive num mundo subjetivamente concebido e não distingue o eu do não-eu. Nesse estágio de dependência absoluta no qual o bebê se encontra, ele está em fusão com a mãe e esta lhe prove um ego auxiliar. Assim, quanto maior for a compreensão materna, melhor será o desenvolvimento da criança, na medida em que essa mãe lhe for proporcionando os cuidados necessários para a construção do *self* e a capacidade de incorporar um meio ambiente interno cuidador, tornando cada vez mais possível a integração, termo utilizado para denominar a tendência inata ao amadurecimento e para as integrações parciais que, gradualmente, vão ocorrendo a partir do estado não-integrado. Atingir o estado de integração depende da resolução de três tarefas nas quais o bebê encontra-se envolvido: a integração no tempo e no espaço, o alojamento gradual da psique no corpo e o início das relações objetais, ou seja, do contato com a realidade externa.

A preocupação materna primária tem seu enfoque no psiquismo da mãe e, após passar por esse estado, ele é esquecido por ela. O aumento da sensibilidade da mãe e a profunda identificação narcísica com o bebê, que caracterizam esse período, permitem que a mãe regrida e assim consiga se colocar em um contato adequado com as comunicações do seu filho. No que diz respeito aos primeiros contatos com seu bebê, a mãe comunica-se com ele essencialmente através de gestos, sorrisos e vocalizações (WINNICOTT, 1956/2000). Quando a interação obtém êxito, esta permite à mãe compreender as demandas do filho, proporcionando seu desenvolvimento físico e mental de forma sadia. Conforme já assinalado anteriormente, somente no caso da mãe atingir esse estado de sensibilidade é que poderá se colocar no lugar de seu bebê e assim corresponder as suas necessidades, tais como: ser segurado no colo, mudado de lado, deitado e levantado, ser acariciado e alimentado de maneira sensata, o que envolve mais do que uma simples satisfação dos instintos (WINNICOTT, 1962/1983). Pode-se dizer que com estes gestos sutis a mãe torna forte a estruturação do ego do bebê.

Entre as ações que a mãe oferece ao seu bebê, no sentido de satisfazê-lo, facilitando a expressão das tendências inatas ao crescimento, Winnicott

(1956/2000) destacou as três seguintes. A primeira delas é o segurar (*holding*), no sentido do colo físico e psicológico, com o objetivo de proteger o bebê das intrusões do mundo externo que são acompanhadas de ansiedades de desintegração e de confusão. Assim, o colo da mãe sustenta, protege e aquece o bebê contra danos reais e fantasiados por ele. Ele é associado à confiabilidade e à responsabilidade da mãe. O segundo comportamento descrito é o manipular (*handling*), que envolve toda a sorte de cuidados físicos dispensados ao bebê, propiciando sua integração psicossomática. A partir dessa conquista, ocorre a elaboração imaginativa das sensações e experiências vividas no corpo, dando origem à unidade psique-soma (Winnicott, 1966/2000). Para o autor, falhas graves nessa área conduzem à dissolução dessa unidade e à perda da capacidade de sentir-se real (personalização) e de localizar-se dentro dos limites do corpo. As doenças psicossomáticas são um exemplo de que algo não ocorreu bem nesse estágio.

Por fim, a terceira ação corresponde à apresentação de objetos (*object presentation*) pela mãe ao seu bebê. Esse acontecimento se refere ao quê, como, quando e quanto da realidade externa é apresentada ao bebê. É uma ocasião em que ele poderá utilizar todo o seu potencial criativo, caso a mãe se ofereça como filtro que simplifique e adapte a realidade às suas necessidades e habilidades (WINNICOTT, 1966/2012). De acordo com o autor, a mãe saudável consegue apresentar o mundo ao bebê, gradualmente, em pequenas doses, de forma a não interromper sua vivência de continuidade.

O autor acrescentou os movimentos de embalar a estes gestos sutis da mãe em relação ao bebê (1968/2012). Segundo Winnicott, nesta forma de comunicação física, a mãe adapta os seus movimentos aos do bebê. Tal movimento é uma garantia contra a despersonalização ou rompimento psicossomático. Ele conclui dizendo que esta comunicação, à qual denominou “*comunicação silenciosa*”, se dá através da reciprocidade da díade na experiência física.

### 2.3 A Comunicação da díade mãe-bebê

A “*comunicação silenciosa*” da díade mãe-bebê, está diretamente relacionada com a “*preocupação materna primária*”, posto que está se falando do processo primário e da identificação primária. O bebê, que ainda não pode verbalizar, se comunica com a mãe através de um diálogo silencioso.

É o gestual da mãe que dá sentido à palavra, já que o recém-nascido não entende o significado dela. De acordo com Winnicott (1961), a comunicação silenciosa se realiza no contato físico da mãe com o bebê. É a partir dessa percepção que o autor trabalha com o termo de “*mutualidade*”, abordando a reciprocidade e as influências mútuas da díade:

A mutualidade é o começo de uma comunicação entre duas pessoas; isto (no bebê) é uma conquista desenvolvimental, uma conquista que depende do emocional e, de modo semelhante, depende da mãe e de sua atitude e capacidade de tornar real aquilo que o bebê está pronto para alcançar, descobrir, criar. (WINNICOTT, 1961, p. 198)

Essa comunicação recíproca, é possibilitada através da preocupação materna primária e se dá pelas experiências que o bebê tem do comportamento adaptativo da mãe. Para ilustrar isso, um dos exemplos trazidos por Winnicott é a alimentação. Ele considera o ato de alimentar uma forma de comunicação entre a mãe e o bebê, devido a troca que ocorre quando a mãe amamenta ou dá mamadeira ao recém-nascido. Assim, a comunicação se dá através de uma alimentação mútua, no seu sentido subjetivo. Pegar o seio da mãe significa para o bebê pegar uma parte de si mesmo e para a mãe dar o leite significa dá-lo a um bebê que é parte dela própria. Dessa forma, o bebê também motiva o *holding* materno, o que é essencial para estimular e aumentar a confiança da mãe nesse início. A mutualidade facilita a passagem do estado de fusão inicial ao inter-relacionamento da dupla, sendo entendida como uma construção das relações primordiais do bebê com um outro. Para Winnicott (1961), serão as primeiras comunicações de confiabilidade, que são proporcionadas por essa comunicação



silenciosa, as responsáveis por proteger o bebê de traumas e intrusões da realidade externa, posto que ainda não existe uma defesa organizada por parte do bebê. Portanto, essa reciprocidade é importante para que mãe e bebê possam obter satisfação juntos, complementado um ao outro.

**3****Tornar-se mãe de bebê pré-termo internado em UTI Neonatal**

Quando mãe e bebê ficam juntos depois do nascimento, inicia-se uma série de eventos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais, muitos dos quais contribuem positivamente para a ligação da mãe a seu bebê, o que vai gradualmente unindo-os e contribuindo para o posterior desenvolvimento do relacionamento. (BRASIL, 2011)

Se o bebê nasce prematuro, ou com qualquer outro problema que o leve a ser internado, esse contato inicial logo após o nascimento costuma não acontecer, o que significa uma separação mais abrupta entre a mãe e o bebê, sendo, portanto, uma situação mais difícil de ser vivenciada, tanto para um quanto para o outro, já que eles estavam ligados pelo cordão umbilical, funcionando de forma simbiótica. Assim, o parto prematuro leva a uma separação antecipada entre o corpo da mãe e do bebê, este segue para a UTI Neonatal e a mãe para a enfermaria ou para um quarto, longe filho. A partir de agora, a manutenção e o acompanhamento de todas as funções pelas quais a placenta e o corpo materno se responsabilizavam são delegados à tecnologia de cuidados neonatais, e será uma incubadora que dará continuidade ao processo de “gestação” do bebê, o que poderá causar sentimentos de culpa e incompetência na mãe. Com isso, caberá à equipe de saúde intensivista acolher esses pais e tentar propiciar um contato inicial entre eles e o seu bebê. (BRAGA; MORSCH, 2003)

Em geral, considera-se um bebê de risco aquele que apresenta algum problema ainda na gravidez, durante o parto ou logo após o parto. O acompanhamento adequado por meio do pré-natal é a melhor forma de garantir a boa evolução da gravidez. Atualmente, o obstetra dispõe de uma série de exames para avaliar o bem-estar fetal, e, no caso de alguma alteração, pode intervir precocemente, diminuindo os riscos. Assim, durante a gravidez será solicitada uma série de exames, dentre os quais, os de sangue, de urina, ultra-sonografias e cardiotocografias. A tecnologia da imagem é benéfica na condução do pré-natal e trouxe a proximidade do casal com o filho ainda na fase intra-uterina, mas também pode trazer angústia quando surgem alterações que possam representar risco fetal, entre elas: as malformações, as doenças hemolíticas perinatais e as

ameaças de partos prematuros. Quando a informação de que alguma coisa não vai bem na gravidez é detectada no feto, geralmente através do exame de ultrasonografia, surge uma preocupação no casal e nos seus familiares, na maioria dos casos gerando muito sofrimento. (BRAGA; MOREIRA; MORSCH, 2003)

Com o atendimento pré-natal, pode-se detectar ainda na fase intra-uterina quais bebês irão para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal após o nascimento, para realizar procedimentos cirúrgicos e/ou receber cuidados especiais que só podem ser ministrados dentro da estrutura médico-tecnológica de uma UTI. Depois é realizada a consulta perinatal, também durante a gestação, onde procura-se esclarecer aos pais o diagnóstico do bebê, complementando as informações obstétricas a partir, por exemplo, de uma conversa do casal com outros profissionais como o neonatologista (pediatra que cuida de recém-nascidos), o cirurgião, o geneticista. Os esclarecimentos são feitos a partir daquilo que o casal já conseguiu compreender do que foi explicado no pré-natal e na medicina fetal, e se fazem necessários pois termos médicos como gastrosquise, onfalocele, mielomeningocele, encefalocele e hidrocefalia, não fazem parte do entendimento da maioria das pessoas, assim como o desdobramento neonatal a partir destes diagnósticos. “A formação de um elo entre a equipe do pré-natal, o casal com uma gravidez de risco e a equipe que irá cuidar do bebê é muito importante para que relações de confiança sejam estabelecidas, proporcionando uma maior segurança aos pais”. (BRAGA; MOREIRA; MORSCH, 2003)

A UTI Neonatal é um espaço com grande aparato tecnológico, reservado para o tratamento de bebês prematuros ou que apresentem qualquer problema ao nascer que demande maiores cuidados médicos e uma equipe especializada no atendimento ao recém-nascido, sendo a prematuridade a principal causa de internação.

O nascimento pré-termo é caracterizado pelo parto ocorrido até 37 semanas de gestação, sendo considerados prematuros limites os bebês nascidos com 37 semanas, prematuros moderados entre 31 e 36 semanas e prematuros extremos, nascidos entre 24 e 30 semanas de gestação. Em relação ao peso ao nascimento, os bebês podem ser caracterizados como de baixo peso, menos de 2500g; muito baixo peso, menos de 1500g; e extremo baixo peso, menos de 1000g (CORRÊA FILHO, 2002). Quanto menor for o recém-nascido, mais tempo ele precisará ficar internado na UTI. Os bebês que nascem em uma idade gestacional muito pequena

– por exemplo, de 26 a 28 semanas –, pesarão, ao nascer, cerca de 750 a 1.000 gramas, e precisarão passar um longo tempo internados. (BRAGA; MOREIRA; MORSH, 2003)

Mesmo que os pais já saibam, antes mesmo de seu filho nascer, que seu bebê deverá ser internado logo após o nascimento e, mesmo que eles também já tenham tido a oportunidade de conhecer uma UTI anteriormente, experimentam um misto de sensações angustiantes ao entrarem na UTI pela primeira vez para acompanharem o seu bebê. Diante do fato de estarem vivendo uma realidade tão distante da imaginada para o nascimento de seu filho, experimentam um atordoamento que não se dissipará facilmente nas primeiras visitas ao bebê. (BRAGA; MOREIRA; MORSH, 2003)

O ambiente excessivamente iluminado e ruidoso, devido aos alarmes e sons da grande quantidade de aparelhos e também do trânsito de desconhecidos e profissionais da saúde utilizando palavras que não pertencem ao seu vocabulário, inúmeras incubadoras com bebês aparentemente bastantes diferentes dos bebês saudáveis, todos esses fatores, contribuem para um sentimento de irrealidade. (BRAGA; MOREIRA; MORSCH, 2003)

Embora os sentimentos iniciais persistam, pais e recém-nascidos tentam se adaptar a essa realidade não desejada, pois, além da vida do bebê ainda estar em risco, existe uma sensação de fracasso por parte dos pais por terem colocado no mundo um filho sem capacidade de sobreviver sem os cuidados dos profissionais de saúde. Esta "incompetência" e a suposta fragilidade dos bebês internados na UTIN, poderá dificultar a relação afetivas entre os pais e o recém-nascido. "Não é improvável que, em muitas ocasiões, os pais se questionem se vale a pena investir em uma relação cujo fio de ligação com a vida é tão tênue". (BRAGA; MOREIRA; MORSCH, 2003, p.52)

Com o passar o tempo, os pais que aguardam ao lado da incubadora esperando perceber que seu filho, através de um movimento ou expressão lhes garanta a condição de pais, vão lenta e gradualmente descobrindo sinais de comunicação do recém-nascido e se familiarizando com este 'novo mundo'. Vão percebendo as competências de seu filho por meio dos pequenos comportamentos e expressões de seu bebê que passam também a ser indicadores de sua saúde e de seu bom desenvolvimento. (BRAGA; MOREIRA; MORSCH, 2003)

### 3.1 O bebê imaginário e o bebê real pré-termo

Daniel Stern (1997) aponta a ocorrência de três gestações simultâneas em que a mãe sustenta o desenvolvimento físico do feto, a construção de uma identidade materna do ponto de vista psíquico e a representação mental de um bebê imaginário. Conforme já apontado neste trabalho, para o autor, quando a mulher está imersa na constelação da maternidade, ela mergulha nas recordações das experiências iniciais de sua própria maternagem devido ao fato de estar em um forte contexto evocativo, contexto este denominado de “permeabilidade das fronteiras” por Raphael Leff (1977), de “transparência psíquica” por Bydlowsky (2002) e abordado pela “preocupação materna primária” postulada por Winnicott em 1956. Nesse sentido, Stern (1997) indica que a representação do bebê feita pela mãe durante a gestação normalmente ocorre de forma mais intensa a partir do quarto mês de gravidez, atingindo seu auge ao sétimo mês. Ao final da gestação, Stern (1997) destaca que as representações maternas passam a decrescer. A compreensão de tal fenômeno é a de que, nesse momento, a mãe necessita preparar-se para o nascimento do bebê real, de forma que uma excessiva idealização poderá enfatizar a discordância entre o bebê de sua imaginação e aquele da realidade. Mesmo havendo esse tempo de gestação para se prepararem para a chegada do bebê real, diminuído assim a sua idealização, as diferenças entre o bebê real e o bebê imaginário causam um estranhamento nos pais.

De forma a aceitar o bebê real e se vincular a ele, esses pais vão precisar passar por um processo de luto simbólico, sendo que quanto maior for a distância entre o seu bebê real e a representação mental do seu bebê imaginário, provavelmente mais difícil será esse processo de desidealização. Nesse sentido, podemos pensar que quando o bebê nasce pré-termo, necessitando de cuidados médicos, o processo de luto simbólico tende a se intensificar perante a imagem fragilizada que esse bebê apresenta e que pode não servir, pelo menos em um primeiro momento, como uma ancoragem utilizada pelos pais para se adaptar a ele. Além disso, se o recém-nascido estiver em um estado clínico grave, não tendo um prognóstico favorável, enxergar o bebê real também implica em se deparar com a possibilidade de um luto concreto, já que o bebê pode vir a morrer a

qualquer momento. Nessa situação, os pais podem se colocar em um estado psíquico de negação em relação ao seu bebê real, como um mecanismo de defesa para o intenso sofrimento que significaria aceitar a grande probabilidade da perda concreta de seu filho.

Compreende-se, assim, que o parto prematuro não oferece tempo para a mãe ajustar seu mundo representacional e criar um espaço mental para o bebê real. Quando o parto é antecipado, a mãe é privada de vivenciar as etapas finais da gestação e, sendo assim, precisa lidar, também de forma prematura, com o bebê frágil que acaba de vir ao mundo. Não é somente o bebê quem depende fortemente do contato da mãe, esta também necessita ser reconhecida pelo bebê, como aponta a psicanalista Catherine Mathelin: “Como sentir-se mãe desse bebê que não dá sinal, que não mama no seio, que não olha, que não sendo em momento algum tranqüilizante, não fabrica mãe?”. (MATHELIN, 1999, p.67)

A construção da maternalidade inserida no ambiente da UTI suscita os mais diversos sentimentos. Para a maioria dos pais é um lugar novo e assustador, que representa angústia. Eles entram em contato com este setor e se deparam com um bebê frágil, que não possui maturação biológica completa e necessita de aparelhos para sobreviver. Com isso, diversos sentimentos aparecem mesclados: impotência, por não ter completado o período de gestação; incapacidade, por não poder oferecer os cuidados que o filho necessita; e a incerteza de ser possível sua sobrevivência.

### 3.2 A Preocupação Médica Primária

Estudos mostram que o nascimento de um bebê pré-termo normalmente representa um momento de crise para a família, um período limitado de desequilíbrio e/ou de confusão, durante o qual os pais podem ficar temporariamente incapazes de responder adequadamente. Porém, eles buscarão assumir o problema e desenvolver novos recursos, fazendo uso de suas reservas internas e/ou da ajuda da equipe, família e rede de apoio para voltar a um estado de equilíbrio. (BRASIL, 2011)

Segundo M. Agman, C.Druon e A.Frignet (1999, p.27), o que aparece em primeiro lugar para a puérpera que vive a hospitalização de seu filho, é a dificuldade de se sentir mãe, já que o serviço apresenta algo da ordem de uma “interdição” da simbiose entre mãe e bebê. Para as autoras, “O bebê está nas mãos de um serviço médico, objeto de tratamento”. Segundo as autoras, as felicitações pelo nascimento são interrompidas, restando apenas a angústia e as cobranças implícitas.

M. Agman, C.Druon e A.Frignet apontam que no ambiente de uma UTI Neonatal, a mãe e o bebê nunca estarão sozinhos, por exemplo, devido a presença da equipe intensivista e do bebê vizinho e sua família, o que faz com que ela não possa se envolver completamente com o seu filho. Assim, isso só poderia acontecer na volta do bebê para casa e a mãe sentiria como se o dia da alta fosse o real dia do nascimento de seu filho, ou melhor dizendo, o dia que nasceu nela ao menos uma possibilidade de tornar-se mãe. Desse modo, para as autoras, a mãe de bebê internado em UTI Neonatal, “ocupa uma função mais médica do que maternal. Ela não está no estado de *preocupação materna primária*, mas num estado de *preocupação médica primária*”.

Corroborando com essa idéia de que a mãe não conseguiria desenvolver um estado de “preocupação materna primária” no contexto de internação do recém-nascido, a psicanalista Jerusalinsky (2002) aponta para a possibilidade de se instalar nos pais uma recusa de exercer a parentalidade. Segundo a autora, isso pode acontecer se na transferência que os pais endereçam inicialmente ao clínico,

opera uma posição de regressão desde a qual este deteria, como um dia os seus próprios pais detiveram, o saber acerca de como criar um filho, havendo então um risco para o bebê quando tal posição se perpetua em um tratamento. O risco é que se instale nos pais uma recusa de implicar o seu saber inconsciente em relação ao filho, delegando aos especialistas a tarefa de lhes dizer o que podem esperar desse bebê do qual alegam não saber nada a respeito.

As psicólogas Morsch e Braga (2007) fazem uma reflexão sobre o papel da “preocupação médica primária” discordando da opinião de que a mãe ocupa uma “função *mais* médica do *que* materna”, grifo delas. Nesse sentido, discordando também de Jerusalinsky (2002) na opinião de que os pais se colocariam numa posição de recusa para exercer/desenvolver sua parentalidade. Para as autoras Morsch e Braga, a “preocupação médica primária” não é uma recusa das puérperas em exercer a maternagem, mas sim um recurso estratégico que essas utilizariam para conseguir se aproximar de seus bebês no conturbado contexto de uma UTI Neonatal. Elas dizem que essa “preocupação médica primária” pode ser ilustrada através do comportamento de inúmeras mães que permanecem ao lado da incubadora ou berço de seu bebê e sistematicamente investigam e examinam minuciosamente a ficha de enfermagem e/ou o prontuário no qual estão registrados os procedimentos adotados pelas equipes de cuidadores profissionais, aprendendo a dominar todos os termos e códigos médicos relacionados ao quadro clínico do seu bebê.

Morsch e Braga (2007) atentam para a postura equivocada que a equipe de saúde pode ter ao julgar as mães que se comportam assim, alegando que elas estão invertendo as suas prioridades e que deveriam agir mais como mães, dedicando-se exclusivamente a descobrirem as competências e singularidades dos seus bebês. Desse modo, as autoras apontam que para Agman, Druon e Frichet (1999), assim como para muitos profissionais de UTI neonatal, a mãe de um recém-nascido hospitalizado pode “rivalizar” com o serviço. Isso significa que as relações entre as mães e os cuidadores profissionais, muitas vezes são permeadas por uma ambigüidade também presente no relacionamento com o seu próprio filho, que por ser prematuro não lhe oferece uma reciprocidade de forma a fabricá-la como mãe. Portanto, Morsch e Braga (2007) defendem que a preocupação médica primária não é uma recusa dessas mães em exercer a maternagem e também que elas não estariam preenchendo uma “função *mais* médica do *que* materna”, pois a



apropriação da linguagem médica teria como objetivo se adequar ao bebês e atender as suas demandas que, neste contexto de sobrevivência, seriam prioritariamente clínicas.

Segundo Morsch e Braga (2007), a “preocupação médica primária” funcionaria como um “mecanismo de transição” utilizado pelas mães para alcançar a “preocupação materna primária”. No final do artigo, as autoras sugerem a denominação “preocupação médico e materno-primária” como mais adequada para descrever o estado psicológico dessas mulheres/mães, já que a preocupação delas seria em “parte médica” e em “parte materna”. Essa “preocupação médico e materno-primária” também pode funcionar como “um atalho atabalhado capaz de viabilizar a instalação da materno-primária na medida em que diminui os obstáculos às trocas afetivas entre a mãe e seu bebê.”, e seria “um rito de passagem” próprio de qualquer UTI.

As autoras introduziram essa discussão sobre o conceito de “preocupação médica primária” por acreditarem ser importante refletir sobre esse termo que foi criado com o objetivo de dar conta das particularidades do estado psíquico materno nesse contexto de hospitalização do bebê prematuro.

### 3.3

#### O Método Canguru: Uma Política de Atenção Humanizada

Nas últimas duas décadas, a saúde da criança no Brasil tem avançado consideravelmente, principalmente em relação à redução da mortalidade infantil (menores de 5 anos). Em relação à mortalidade neonatal, esta redução tem sido mais lenta e é neste período, no primeiro dia de vida e principalmente na primeira hora de vida, que se dá boa parte dos óbitos na infância. (BRASIL, 2011)

Uma das estratégias para a redução da mortalidade neonatal utilizada pelo governo brasileiro é o Método Canguru, que integra a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2011)

Inicialmente idealizado e utilizado na Colômbia, o Método Canguru surgiu como uma alternativa ao cuidado neonatal convencional para bebês de baixo peso ao nascer priorizando o contato prolongado pele a pele entre a mãe e seu recém-nascido (RN) de baixo peso desde as primeiras semanas de vida para fortalecer o vínculo mãe e bebê, evitar o desmame precoce, o abandono materno e as altas taxas de mortalidade neonatal. (BRASIL, 2011)

Em 2000, o Ministério da Saúde publicou a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, que reúne diretrizes de cuidado e atenção à recém-nascidos internados em unidades neonatais, incluindo o trabalho com os profissionais das diferentes especialidades atuantes nesta área, com o objetivo de contribuir para a mudança de postura desses profissionais, visando à humanização da assistência ao recém-nascido e priorizando as necessidades do cuidado singular que envolve os pais e a família. (BRASIL, 2011; LAMY, 2003)

Conforme já mencionado anteriormente neste trabalho, a “*comunicação silenciosa*” entre a mãe e o recém-nascido, postulada por Winnicott, contribui para o desenvolvimento físico e psíquico do bebê e este motiva o *holding* materno, o que é essencial para estimular e aumentar a confiança da mãe nesse início. Assim, é nessa troca mútua que o vínculo da díade se fortalece. No caso de nascimento pré-termo, a mãe e o pai podem ficar parcialmente privados de oferecer o *holding* tanto em seu aspecto físico, como também em seus aspectos

afetivo e psicológico. Por isso o Método Canguru se faz tão necessário neste contexto, devendo ser aplicado o quanto antes caso o quadro clínico do bebê permita.

De acordo com o Manual Técnico do Método Canguru (BRASIL, 2011), os benefícios trazidos pela aplicação desse método nas UTIs neonatais são: o aumento do vínculo mãe-filho; a redução do tempo de separação mãe-filho; a melhora da qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do RN de baixo-peso; estimula o aleitamento materno, permitindo maior frequência, precocidade e duração; permite um controle térmico adequado; favorece a estimulação sensorial adequada do RN; contribui para a redução do risco de infecção hospitalar; reduz o estresse e a dor dos RN de baixo peso; propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; possibilita maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, inclusive após a alta hospitalar; contribui para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários devido à maior rotatividade de leitos.

Lamy (2003) aponta que o Método Canguru não substitui as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, seu objetivo é o de atender de uma forma humanizada ao recém-nascido, partindo da premissa básica de que a humanização oferece uma assistência capaz de cuidar do bebê com toda a tecnologia necessária para a sua segurança. Segundo a autora, a mudança na forma do cuidado neonatal proposta pelo Método Canguru está baseada em quatro fundamentos básicos: acolhimento do bebê e sua família; respeito às individualidades; promoção do contato pele a pele o mais precoce possível e envolvimento da mãe nos cuidados do bebê.

Toda a equipe de saúde responsável pelo atendimento do bebê, dos pais e da família, deve estar adequada e capacitada para o pleno exercício do método, fornecendo, além das informações sobre a saúde do bebê, suporte emocional e conforto, funcionando como um elo entre os pais, a família e o bebê. Esse elo entre a família e a equipe, favorece os cuidados intensivos neonatais do acompanhamento do bebê e a confiança materna, ao apoiar a mulher na execução dos cuidados com o filho. As funções parentais são resgatadas e amparadas pela a equipe, proporcionando aos pais uma base segura quanto ao seu saber para os cuidados com o bebê. A posição pele a pele devolve aos pais a segurança de que o filho os reconhece e possui com eles uma ligação especial e única, além de

diminuir as dúvidas e as inquietações após a alta hospitalar, possibilitando um cuidado mais seguro para o bebê por parte dos pais e evitando os sentimentos depressivos e de baixa autoestima da mulher. (BRASIL, 2011; LAMY, 2003)

Bernard Golse (2002) assinala que o processo de simbolização possui uma *ancoragem corporal*, uma *ancoragem interativa*, bem como uma *dupla ancoragem corporal e interativa*. O autor ao discorrer sobre um “EU-corporal” menciona que, para Freud, “o Ego é antes de tudo um Ego corporal”. Para Golse (2002), o pensamento organiza-se em primeiro lugar e, sobretudo, nas sensações em nível do corpo, e são essas sensações que irão progressivamente ascender ao status de percepções, etapa evidentemente importante para a mentalização. Assim, é no corpo que se enraíza a vida psíquica, e a nossa pele possui uma função psicológica. Sobre esta, Didier Anzieu (1988) postula um “EU-pele” que se desenvolve a partir das experiências precoces ligadas à superfície da pele, existindo uma influência precoce e prolongada das estimulações táteis sobre o funcionamento e desenvolvimento do bebê.

Baseado neste conceito de envelope cutâneo, de continente-pele, Golse (2001) criou o conceito de “envelopes psíquicos”, que correspondem à parte do aparelho psíquico que reúne as diferentes partes da psique em um todo coerente. O autor afirma que, para a pele ter uma dupla função – limitante e continente – é necessário que o meio que o bebê vive assegure essa função (função maternante), de modo que ele possa interiorizar essa dupla função psíquica da pele. Golse (2002) lembra que Winnicott assinalou a *ancoragem interativa* quando afirmou que um bebê não pode existir sozinho. O autor considera que o bebê hospitalizado por um longo período em UTI Neonatal pode ficar muito tempo sem contato físico e cutâneo adequados e também sem uma atenção psíquica suficiente. Golse (2001) aconselha, portanto, que se deve buscar um equilíbrio o menos penoso possível para o bebê e cita como exemplo de solução o contato pele a pele com os seus pais.

Desta forma, o Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial, promovendo uma atenção integral a tríade pai-mãe-bebê que favorece o desenvolvimento físico e psíquico do recém nascido, ajuda na formação e fortalecimento dos laços afetivos e funciona como um facilitador do processo de parentalidade.

**4****A Psicologia na Neonatologia: uma experiência de atendimento psicológico em UTI Neonatal**

A Neonatologia é uma especialidade que muito cresceu nas últimas décadas, e a substancial melhora dos cuidados intensivos neonatais tem elevado significativamente as taxas de sobrevivência dos recém-nascidos prematuros, de tal forma que bebês nascidos com idade gestacional de 25 semanas já encontram possibilidade de sobrevivência, ainda que devido a um grande aparato tecnológico. Este aparato também assegura, em vários casos, um prolongamento de vida (aumento da expectativa de vida) ou sobrevivência aos bebês malformados, nascidos prematuros ou não. Nesse contexto cresce, cada vez mais, a preocupação com a qualidade de vida desses bebês após a alta hospitalar, de modo que o seu desenvolvimento seja satisfatório e dentro dos parâmetros esperados. . (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, s.d.)

No âmbito dessas preocupações, a inserção dessas crianças junto às suas famílias surge como um ponto que merece ser olhado com atenção. Diferentemente de um bebê que nasce e logo vai para a casa, esses recém-nascidos permanecem dentro da UTI, por vezes em períodos prolongados, sendo cuidados por profissionais de saúde altamente especializados, o que acaba por remeter a mãe a um reposicionamento frente ao seu lugar de primeira cuidadora de seu filho. O pai também se vê numa situação para a qual muitas vezes não se vê preparado, assim como os outros filhos que acabam afastados do bebê que nasceu e, conseqüentemente, de sua mãe, a qual geralmente permanece no hospital enquanto o recém-nascido permanece internado. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, s.d.)

Além disso, com o avanço da Medicina Fetal e dos diagnósticos intra-úteros, temos também um aumento da sobrevivência de bebês nascidos com síndromes genéticas, malformações e que necessitam de cirurgias logo após o nascimento. Esses são casos que mobilizam muito as famílias, particularmente a mãe e o pai do bebê, de modo que toda a configuração familiar, incluindo os outros filhos, sofre uma alteração que necessita ser vista e acompanhada. O

nascimento de um bebê que requer os cuidados de uma UTI Neonatal acirra ainda mais a inexorável separação que ocorre entre ele e sua mãe no nascimento. Entretanto, no bebê a termo ou sem malformações, o fato de ter que se separar do ambiente onde estava sendo gestado é de alguma forma suprido pelo contato que rapidamente ele estabelece fora do útero com a sua mãe. No caso do bebê que imediatamente após o seu nascimento é afastado da mãe, colocado em uma incubadora, passando a receber cuidados tecnológicos por um período de tempo indeterminado, o distanciamento e a dor desse afastamento pode afetar a díade mãe-filho, uma vez que essa relação, ainda tão inicial, terá que se estabelecer em bases tão diferentes daquela geralmente esperada e ansiada pelas figuras parentais. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, s.d.)

O trabalho do psicólogo em uma UTI neonatal se insere exatamente no atendimento e acompanhamento dessas famílias, de modo a auxiliá-las na vivência e elaboração de um nascimento que se dá de forma tão diferente da imaginada. Cabe ao psicólogo acolher as dificuldades da mãe e do pai em se aproximarem de seu bebê, em oferecer-lhes uma escuta diferenciada frente ao sofrimento e à iminência de morte, assim como atuar interdisciplinarmente junto à equipe, de forma a ser um facilitador da comunicação naquele espaço onde a tensão e a urgência se fazem presentes. Em relação aos outros filhos, também é função do psicólogo recebê-los na unidade e acompanhá-los na visita aos bebês internados, para que se percebam realmente parte daquela família. A visita dos irmãos aos bebês é uma atividade fundamental tanto para o recém nascido quanto para os irmãos mais velhos, uma vez que é comum a ocorrência de sintomas tais como insônia, terror noturno, inapetência, dificuldade de atenção na escola, agressividade etc. Acompanhar a visita dos avós é outra atividade de interesse ao psicólogo, uma vez que são estes que, na maioria das vezes, dão suporte aos seus filhos, formando uma importante rede social. Além disso, os aspectos transgeracionais, fundamentais para a compreensão do lugar destinado ao bebê recém-nascido, podem ser observados durante essas visitas. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, s.d.)

Sobre o papel do psicólogo de oferecer um ambiente de *holding* (suporte) para a mãe e o bebê, funcionando como um facilitador para a construção e/ou fortalecimento dos laços afetivos da díade, assim contribuindo tanto para a constituição física e psíquica do bebê, quanto para o processo de tornar-se mãe, me identifiquei com o termo “preocupação terapêutica primária”. A psicóloga Susana Gomes (2000), utilizando o conceito winnicottiano de “preocupação materna primária”, cunhou o termo “preocupação terapêutica primária” para dar conta de descrever a especificidade do funcionamento psíquico do psicólogo ao atender seus pacientes, que deve ser, similarmente a “preocupação materna primária”, o de uma identificação que permita ao profissional atender de forma criativa e espontânea as necessidades daqueles à quem atende, mantendo um senso próprio de subjetividade para que possa interpretar as demandas dos pacientes de forma adequada.

Jerusalinsky (2002), ao discorrer sobre a intervenção do clínico no marco da estimulação precoce, também se refere a “preocupação materna primária” para descrever a relação terapeuta-paciente, afirmando que o psicólogo que trabalha com a clínica pais-bebê deve desenvolver esse “estado de loucura necessária”. Para a psicanalista, a intervenção do clínico em estimulação precoce consiste em uma dupla operação, na medida em que ele deve produzir essa “loucura necessária” que garante a sustentação das antecipações simbólica, imaginária e funcional constitutivas para o bebê, assim como realizar intervenções, cortes de sentido e escanções no discurso parental, para que os pais possam vir a ocupar seu justo lugar e sustentar tal articulação temporal para o filho. De acordo com Jerusalinsky:

“O clínico, a partir da transferência parental, passa a integrar a constelação do Outro primordial do bebê; ele opera como um agente articulador do circuito de desejo e demanda que possa vir a repuxar a corda pulsional do bebê e enlaça-la no campo do Outro; e opera com os pais no sentido de propiciar que eles possam situar-se como agentes de funções maternas e paterna para o bebê. Tal articulação, que se encontra com obstáculos, impedimentos ou fraturas, é inicialmente suportada pela transferência depositada na pessoa do clínico.” (JERUSALINSKY, pag.134, 2002)

Ainda segundo a autora:

“Se, como clínicos, somos convocados pela família a integrar a constelação do Outro primordial do bebê, é importante considerar que isto é efeito de uma transferência/resistência a ser trabalhada. Através da transferência, o clínico é colocado em diferentes lugares pelos pais ao longo do tratamento – pode ser colocado como avô ou avó, diante do qual os pais ficam situados como crianças; como a mãe ideal do bebê, dando lugar a movimentos de identificação ou de rivalidade; como um terceiro do laço mãe-bebê, enquanto pai que efetua cortes desde a lei; entre tantos outros lugares que dependerão da tela simbólica parental e do momento do tratamento. Se ao longo do tratamento, ocorre uma atribuição ao clínico de diferentes personagens (diferentes transferências imaginárias), sua função não é a de ficar efetivamente colado a uma suplência imaginária de família ideal, mas de possibilitar os efeitos instauradores da constituição do bebê e do exercício das funções imprescindíveis para que ela se dê.” (JERUSALINSKY, 2002, pag134-135)

Levando em consideração a ênfase deste trabalho, as idéias dessas autoras corroboram com as minhas percepções e meus sentimentos em relação aos atendimentos psicológicos realizados com as puérperas/mães e seus bebês.

Ao longo da capacitação profissional para atuação em UTIN, exerci todas essas funções que cabem a Psicologia no campo da Neonatologia, realizando o atendimento e acompanhamento psicológico dos pais, avós e irmãos dos bebês internados; inserindo estes bebês em seu contexto familiar, levando em consideração os fatores intergeracionais e transgeracionais; auxiliando os pais e a família a elaborarem as dificuldades da vivência de um nascimento tão conturbado, oferecendo-lhes um espaço de escuta e acolhimento; facilitando a construção/fortalecimento dos vínculos afetivo da tríade pai-mãe-bebê; atuando interdisciplinarmente junto à equipe, de forma a ser um facilitador da comunicação naquele espaço onde a tensão e a urgência se fazem presentes.



## 5 Considerações finais

Ninguém nasce mãe ou pai, torna-se. Torna-se pai ou tornar-se mãe demanda um complexo processo subjetivo, assim como o processo subjetivo de construção da parentalidade.

Em relação ao processo de tornar-se mãe, cujo desenvolvimento é essencial para que a mulher se sinta mãe e assim consiga exercer uma maternagem, diversos autores como os citados neste trabalho (Bydlowsky, 2002; Golse, 1999-2001; Lebovici, 1987; Raphael-leff 1977; Stern, 1997) apontam para uma série de tarefas psíquicas que a gestante precisa realizar de modo a conseguir se reorganizar mentalmente. Dentro do processo de torna-se mãe, encontra-se o período no qual ocorre a “preocupação materna primária”, estado psíquico descrito por Winnicott (1956) como sendo o de uma loucura necessária para que a mulher se torne uma mãe “*suficientemente boa*” para o seu filho, construindo a relação com este através de uma “comunicação silenciosa” onde o bebê com suas capacidades e competências irá motivar o “*holding*” materno, fortalecendo seus sentimentos de confiança e competência para ser mãe.

No contexto de um parto pré-termo que exija a internação do bebê em UTIN, o processo de tornar-se mãe encontra obstáculos ainda maiores, que costumam intensificar os sentimentos ambíguos e conflitos psíquicos já inerentes ao tornar-se mãe em um contexto de parto a termo que o bebê nasce saudável. A distância do bebê real para o bebê imaginário idealizado aumenta, o que pode complicar o processo de luto simbólico que a mãe precisa realizar para se adaptar ao bebê real, até porque este pode não lhe oferecer uma reciprocidade que fabrique seus sentimentos maternos. Além disso, o medo do bebê não sobreviver pode acionar mecanismos de defesas - como o de negação - dos pais, que não conseguem se deparar com a possibilidade da perda concreta do seu filho.

A “*preocupação médica primária*” é um conceito criado por M. Agman, C.Druon e A.Frignet (1999) com o objetivo de dar conta das especificidades do funcionamento psíquico materno e da relação entre mãe e bebê pré-termo internado em uti neonatal. As autoras dizem que as puérperas não conseguem

desempenhar a função materna, pois não se sentem mães, já que o serviço neonatal “interdita” a simbiose entre a mãe e o bebê que deveria ter uma continuidade após o nascimento. Então, para as autoras, essas puérperas acabam focando nos cuidados médicos do bebê, aprendendo todas as terminologias médicas referentes ao quadro clínico do filho, exercendo assim uma “função mais médica do que materna”. Morsch e Braga (2007) discordam dessa opinião, argumentando que a “*preocupação médica primária*” seria um recurso estratégico utilizado pelas mães para se aproximarem de seus filhos, em um contexto de internação onde a sobrevivência do bebê passa a ser prioridade e ele próprio estaria utilizando seus recursos para se adaptar a essa situação hostil. Desta forma, para Braga e Morsch (2007) essas mulheres não estariam cumprindo uma “função *mais* médica do *que* materna” e a “*preocupação médica primária*” funcionaria como um “rito de passagem” ou “mecanismo de transição” necessário para que a “preocupação materna primária” se instale. Assim, as autoras sugerem que o termo mais adequado seria “preocupação médico e materno-primária”. Concordo que o uso deste termo proposto por Morsch e Braga (2007) seja melhor por abranjer as diferentes possibilidades da dinâmica do psiquismo materno neste contexto, por ter observado realmente que a preocupação das mulheres/mães em relação aos seus bebês pré-termos pode ser “em parte” médica e “em parte” materna. No entanto, acredito que a predominância destes dois tipos de função (médica e materna) exercidas pela puérpera costuma oscilar ao longo da internação do bebê na UTIN, principalmente se existirem melhoras e pioras do quadro clínico imprevisíveis para os pais ao longo do percurso. Deste modo, creio que fica difícil pensarmos em um processo linear onde a “preocupação médica primária” seria como um pré-requisito para que se instale a “preocupação materna primária”, na medida em que elas podem se sobrepor, oscilar a predominância, ou podem simplesmente ser uma possibilidade por si só, sendo que a “preocupação médica primária” não necessariamente é uma dificuldade ou uma recusa da puérpera de exercer a função materna. A partir da minha experiência em UTI Neonatal, concordo que ao se apropriarem da linguagem médica, algumas puérperas podem adquirir sentimentos de competência e confiança, tanto para lidar com o seu bebê, quanto para lidar com a equipe e esclarecer as dúvidas em relação as intervenções e ao prognóstico. Contudo, observei mães que se apropriaram de todos os termos médicos referentes ao quadro clínico do seu bebê

e seu discurso era tão técnico que, por vezes, eu só enxergava uma médica na minha frente, chegando a ser uma fala desprovida de afeto. Nesses casos, penso que o predomínio da terminologia médica no discurso das puérperas seja consequência de mecanismos de defesa inconscientes que tenham por objetivo afastá-la do bebê real, e não aproximá-la. Pelo que observei isso aconteceu em casos que o bebê estava em um estado clínico grave e/ou instável, podendo ser muito difícil para a mãe olhar para ele como um corpo-sujeito, sendo mais fácil, portanto, olhá-lo como um corpo-objeto. Ser médica do próprio filho se torna mais fácil do que ser mãe dele, pois enxergar apenas a doença é menos angustiante do que enxergar a doença em um sujeito que é importante para ela, mas tem grande probabilidade de não sobreviver. Sendo assim, a mãe pode não negar a doença, mas nega o bebê em seu estatuto de sujeito como uma forma de defesa, o que realmente pode vir a ser um risco para o desenvolvimento do bebê caso ele sobreviva. A linguagem médica em sua essência é desprovida de afeto e se opõe à linguagem melodiosa e harmoniosa do “manhês”, mas as mães podem colorí-la afetuosamente dependendo da forma como a utilizam para falar com os seus bebês ou para se referirem a ele. Tendo isso em vista, é necessário ter uma sensibilidade ao realizar o atendimento psicológico da díade mãe-bebê de modo a distinguir esses diferentes intuitos maternos no que diz respeito a essa utilização da terminologia médica em seu discurso. Nesse contexto de internação do bebê pré-termo em UTIN é necessário que o psicólogo consiga entender as demandas psíquicas da puérpera/mãe, fazendo intervenções para ajudá-la a enxergar o seu bebê real e investir nele como um sujeito para além de sua doença/problemas de saúde. Para isso, o psicólogo pode intervir no sentido de ajudá-la a compreender a insubstituível importância de sua função materna para o desenvolvimento físico e psíquico do seu filho. No caso do bebê ter um prognóstico incompatível com a vida, deve-se ter ainda mais sensibilidade no atendimento, pois os mecanismos de defesa envolvidos que impedem a mãe de enxergar o seu bebê real se fazem necessários para preservar a sua saúde mental de uma possível desestruturação abrupta causada pelo intenso sofrimento de olhar para um filho que irá morrer. Nestas situações, o psicólogo pode intervir identificando os mecanismos de defesa e trabalhá-los com muito cuidado para permitir que a mãe possa fazer um luto antecipatório.

O desenvolvimento de uma “preocupação terapêutica primária” por parte do

psicólogo se faz, assim, essencial para que este ofereça o “*holding*” adequado à puérpera, facilitando a construção de sua “preocupação materna primária” e, conseqüentemente, facilitando a construção do seu processo subjetivo de tornar-se mãe.

## Referências Bibliográficas

AGMAN, M. et. al. **Intervenções psicológicas em neonatologia**. In: Wanderley, Daniele de Brito (org.). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador: Ágalma, 1999. p. 17-34.

ANZIEU, D. **O eu-pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

BRAGA, MARIA CRISTINA; MORSCH, DENISE. **À procura de um encontro perdido**: o papel da "preocupação médico-primária" em UTI neonatal. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, vol. 10, n. 4, dezembro, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 10 janeiro. 2017.

BRAGA, NINA DE ALMEIDA; MOREIRA, ELIZABETH LOPES; MORSCH, DENISE STREIT. **Quando a vida começa diferente**: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. (Coleção Criança, Mulher e Saúde)

BRAGA, NINA DE ALMEIDA; MORSCH, DENISE STREIT. **Maternagem ampliada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. (Coleção Criança, Mulher e Saúde)

BR, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso**: método canguru. Manual Técnico. 2. ed. Brasília. 2011. (Série A. normas e manuais técnicos). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo\\_canguru\\_manual\\_tecnico\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf)>. Acesso em: 15 junho. 2017.

CORRÊA FILHO, LAURISTA; FRANÇA, PAULO SÉRGIO; GIRADE CORRÊA, MARIA HELENA. (Org.). **Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos**. saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasília: L. G. E., 2002.

DAVIS, M. ; SHEPHERD, R; WINNICOTT, C. **Explorações Psicanalíticas:**

D. W. Winnicott. Porto Alegre: Artmed, 1994.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Artigo: **Justificativa do Curso de Capacitação Profissional em Psicologia:** o trabalho da psicologia no campo da neonatologia. Disponível em: <http://www.sigals.fiocruz.br/pub/curso/dadosCurso.docodU=474&codC=683>. Acessado em: outubro de 2017

GOLSE, B. **Bébé en réanimation**. Paris: Odile Jacob, 2001

\_\_\_\_\_. **Do corpo ao pensamento**. Lisboa: Climepsi Editores, 2002

GOMES, S. M. L. **Mães-bebês em risco:** um estudo psicanalítico das manifestações psicossomáticas precoces, dissertação(mestrado em Psicologia Clínica) Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2000.

JERUSALINSK, JULIETA. **Enquanto o futuro não vem.** a psicanálise na clínica inerdisciplinar com bebês. Salvador: Ágalma, 2002. (Calças curtas, v.3).

LAMY, Z. C. **Metodologia Canguru:** facilitando o encontro entre o bebê e sua família na UTI neonatal. In BRAGA, NINA DE ALMEIDA; MOREIRA, ELIZABETH LOPES; MORSCH, DENISE STREIT (ORGS). **Quando a vida começa diferente:** o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.141-156. (Coleção Criança, Mulher e Saúde)

LEBOVICI, SERGE. **O bebê, a mãe e o psicanalista.** Tradução Francisco Vidal. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

MATHELIN, CATHERINE. **O sorriso da Gioconda.** clínica psicanalítica com os bebês prematuros. Procripio Abreu. Rio de Janeiro: Companhia Freud, 1999.

RACAMIER, P. C. **A propos des psychoses de la maternité,** in. Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée.Paris: ESF, 1997.

RAPHAEL, LEFF J. **Gravidez: a história interior**. Tradução Rui Dias Pereira. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

STERN, DANIEL N. **A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê**. Tradução Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

SOULÉ M. **O filho da cabeça, o filho imaginário**. In: BRAZELTON TB et al. A dinâmica do bebê. Traduzido por Débora Regina Unikowski. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

WINNICOTT, D. W. **Acriança e seu mundo**. Tradução Álvaro Cabral. 6. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

\_\_\_\_\_. **A família e o desenvolvimento individual**. Tradução Marcelo Brandão Cipolla. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. (Textos de psicologia)

\_\_\_\_\_. **Da pediatria à psicanálise**. Obras escolhidas / por D. W. Winnicott. Introdução Masud M Khan. Tradução David Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

\_\_\_\_\_. **O ambiente e os processos de maturação**. estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983.

\_\_\_\_\_. **Os bebês e suas mães**. Tradução Jefferson Luiz Camargo. Revisão Técnica Maria Helena Souza Patto. 4. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012. (Textos de psicologia)

\_\_\_\_\_.  **Holding e interpretação**. Tradução Sonia Maria Tavares Monteiro de Barros. 3. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010. (Coleção textos de psicologia)