

SIMPÓSIO DE PSICANÁLISE E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE

NASCIMENTO PREMATURO: A FUNÇÃO MATERNA EM SUSPENSÃO

Karina Stagliano de Campos¹; Sílvia Nogueira Cordeiro²

Introdução

Esse trabalho é fruto de uma pesquisa de Mestrado desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina, cujo objetivo centrou-se na investigação dos sentimentos e as vivências das mães de bebês muito prematuros e/ou prematuros extremos ainda hospitalizados.

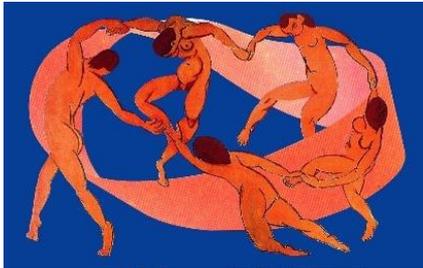
A classificação da prematuridade segue alguns parâmetros. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), esta pode ser definida compreendendo-se a idade gestacional do bebê ao nascer. Dessa maneira, classifica-se como bebês prematuros moderados aqueles que nasceram entre 32 a 37 semanas de gestação. Esses bebês apresentam uma sobrevida maior e menor chances de óbito infantil ou de sequelas graves.

No entanto, os bebês cujos efeitos da prematuridade podem ser mais severos são classificados em bebês muito prematuros, cuja idade gestacional compreende-se entre 28 e 32 semanas de gestação e os bebês prematuros extremos, que apresentam idade gestacional inferior a 28 semanas de gestação (OMS, 2017).

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

¹ Mestra em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina, Londrina- PR, Brasil. ka_stagliano@hotmail.com

² Profa. Doutora do Departamento de Psicologia e Psicanálise, Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, Brasil. silvianc2000@gmail.com



SIMPÓSIO DE PSICANÁLISE E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE

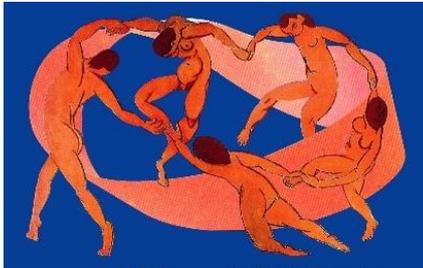
O estudo “Prematuridade e suas possíveis causas”, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), mostra que a prevalência de partos de crianças prematuras no Brasil chega em de 11,7%, segundo os últimos dados epidemiológicos divulgados em 2013 (Caparelli & Amorim, 2013).

As causas para um parto prematuro são multifatoriais, dentre as quais é possível citar: condições sócio-econômicas, comportamentos aditivos (álcool e tabagismo); ruptura de membrana, hipertensão crônica, pré-eclâmpsia (pressão alta durante a gestação), descolamento prematuro da placenta, dentre vários outros fatores (Rades, Bittar & Zugaib, 2004; Motta, 2017).

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

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

Após o parto prematuro, há o desdobramento de tempos bastante difíceis para essa mãe e sua família, uma vez que precisará enfrentar situações as quais, até então, não eram consideradas, e que poderão dificultar o exercício da função materna dentro do âmbito hospitalar, em especial, de duas operações que a caracterizam nos primeiros meses de vida do bebê: a *Suposição de Sujeito* e o *Estabelecimento da Demanda*. (Jerusalinsky, 2002), obstaculizando ainda o desenvolvimento da *Preocupação Materna Primária*. (Winnicott, 1958/2000) uma vez que se irrompe uma mãe cujo lugar materno, em construção, foi antecipado em virtude de um corte. (Netto & Duarte, 2010).



SIMPÓSIO DE PSICANÁLISE E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE

Destaca-se que a operação da *Suposição de Sujeito* caracteriza-se pela leitura, por parte da mãe, de diversas reações involuntárias como sendo produções de um sujeito de desejo. Já o *Estabelecimento da Demanda* é interpretação que o agente materno realiza das ações do bebê como se fossem a ela dirigidas (Jerusalinsky, 2002). A *Preocupação Materna Primária*, por sua vez, indica um estado psicológico de preocupação peculiar da mulher, no qual ela se retrai de seu entorno, focalizando sua atenção para seu bebê, ficando atenta às produções orgânicas e biológicas de seu filho (Winnicott, 1958/2000).

A mãe do bebê prematuro fica, ainda, devido à situação de hospitalização, cercada pelo saber médico necessário e deslocada de seu saber, desautoriza-se do exercício de sua função, não conseguindo também apaziguar a criança que está em sofrimento e recoberta por fios que impossibilitam, muitas vezes, o contato com seu bebê. Ele está nas mãos de outras pessoas, do saber médico, e a mãe não pode envolver-se completamente com seu bebê. Nesses momentos, é comum que a mãe esteja em uma “*Preocupação Médico- Primária*” e não *Preocupação Materno Primária*, ocupando uma função mais médica do que maternal (Morsch & Braga, 2007).

Método e Resultados

Esta pesquisa ocorreu por meio de pesquisa clínico-qualitativa, cujos participantes foram mães de bebês, muito prematuros e/ou prematuros extremos ainda hospitalizados. A pesquisa clínico-qualitativa, como salientado por Turato (2003), coloca em destaque os múltiplos fenômenos existentes no campo saúde-doença.

A técnica para coleta dos dados foi a amostragem intencional com fechamento da amostra por saturação teórica, cujo instrumento foi a entrevista semidirigida, segundo os pressupostos de Turato (2003). Os nomes das participantes foram alterados a fim de preservar o sigilo.



SIMPÓSIO DE PSICANÁLISE E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE

Já o procedimento utilizado para a lapidação dos achados foi a análise temática de conteúdo (Bardin, 2011), com a estipulação de cinco categorias *a posteriori*, analisadas segundo o referencial teórico da psicanálise: “*Eu entrei em choque, falei ‘e agora como vai ser?’*”: O encontro com o Real e a vivência traumática; Encontro com o bebê: o bebê sonhado e o bebê real; A vivência do luto da gestação idealizada e seus desdobramentos; Ser mãe de um bebê muito prematuro e suas vicissitudes e Considerações sobre a relação entre as mães e a equipe hospitalar. A questão apresentada neste trabalho é um dos aspectos trabalhados na categoria “Ser mãe de um bebê muito prematuro e suas vicissitudes”. Destaca-se que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em pesquisa com seres humanos, CAAE n. 85673118.0.0000.5231.

Discussão

Para Brito e Pessoa (2006), a situação de internamento de um bebê promove que as mães, na maioria das vezes, sintam dificuldades em se apropriarem da função materna e de exercer, em sua totalidade, seu papel como mães, dando sequência ao que seria esperado após o nascimento de seus filhos.

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

Nessa passagem, Jasmim expõe o desconforto em não poder manusear e cuidar do seu filho da maneira como deseja e quando deseja. Enfatiza-se o recorte “[...]quando está ali é seu, você pega a hora que quiser [...]”, uma vez que é possível inferir que, enquanto o bebê está hospitalizado, ele não



SIMPÓSIO DE PSICANÁLISE E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE

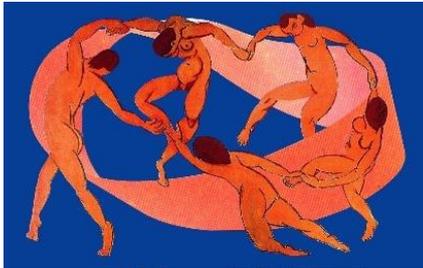
pertence integralmente à mãe, visto que ela não pode cuidar de seu filho da maneira que acha melhor; este bebê pertence, em parte, ao hospital.

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

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

Na passagem destacada, Hortência deixa claro o impedimento que possui de ler as produções de seu bebê e de tentar significá-las. Ao menor sinal, demonstrado por seu filho, da existência de uma importante fragilidade orgânica, a mãe deposita o saber total na equipe de saúde, deslocando-se de seu saber enquanto mãe. Vivencia, como se houvesse uma barreira simbólica, uma interdição de sentir-se mãe de seu bebê, como bem salienta Agman, Druon & Frichet (1984/1999).

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



SIMPÓSIO DE PSICANÁLISE E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE

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

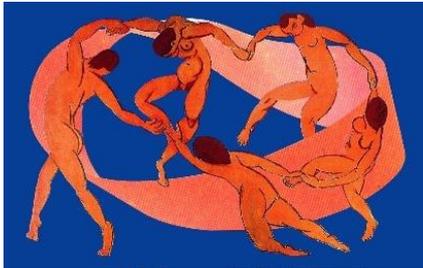
No que diz respeito às operações que implicam a função materna notou-se a presença marcante da primeira operação da função materna, a *Suposição do Sujeito*, posto que as participantes colocam a autoria de ações, que poderiam ser pensadas como reflexos involuntários, ao bebê, apostando neles a existência de um sujeito de desejo, o qual promove ações voluntárias.

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

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

Pôde-se apreender, ainda, que essas mães apresentavam, a despeito de toda dificuldade inerente à situação do neonato, uma configuração de uma “*Preocupação Materna Primária*”, uma vez que se trata de um aspecto materno que continua em configuração após o nascimento do bebê. Destaca-se esse aspecto nos recortes:

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



SIMPÓSIO DE PSICANÁLISE E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE

Entretanto, a fim de contornar as dificuldades de exercer a função materna em sua totalidade, observou-se a existência marcante da *Preocupação Médico-Primária* nas entrevistadas:

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

Considerações Finais

Compreende, portanto, que a maternidade dessas mulheres, com seus bebês hospitalizados e com risco iminente de morte, é constantemente ameaçada. Ainda que tentam operar manobras preciosas para recobrir essa angústia, como a “*Preocupação Médico- Primária*”, ousa-se dizer que elas possuem uma função materna limitada, em suspensão, e aguardam o momento em que poderão realizá-la em sua completude (Morsch & Braga, 2007; Agman, Druon & Frichet, 1984/1999).

A mãe do bebê prematuro encontra dificuldades em apropriar-se de papel na vida do seu filho e de dar continuidade a toda organização entre mãe e bebê que fora interrompida pela irrupção do parto antecipado.

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



SIMPÓSIO DE PSICANÁLISE E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE

Palavras-chave: Nascimento Prematuro; Maternidade; Psicanálise; Função Materna.

Referências

- Agman, M. Druon, C. & Frichet (1984). As Intervenções Psicológicas em Neonatologia. In Wanderley, D.D.B. (org). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Brasil, Salvador: Ágalma, pp. 35-54. 1999 (Publicado originalmente em 1984).
- Bardin, J. (1977). *Análise de Conteúdo*. 3a ed. Lisboa: Edições. 2011. (Publicado originalmente em 1977).
- Brito, M.H.A. & Pessoa, V.L.M.P. (2006). Um perfil da mãe prematura. In Melgaço, R.G. (org). *A ética na atenção ao bebê: psicanálise, saúde, educação*, São Paulo: Casa do psicólogo, pp. 115-123.
- Caparelli, E. & Amorim, A. (2013). *Estudo faz alerta sobre a situação da prematuridade no Brasil*. Recuperado a partir de: https://www.unicef.org/brazil/pt/media_25849.html
- Conde, A. & Figueiredo, B. (2005). *Ansiedade na gravidez: implicações para a saúde e desenvolvimento do bebê e mecanismos neurofisiológicos envolvidos*. Recuperado a partir de: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4646>
- Fonseca, L.M.M. & Scochi, C.G.S. (2009). *Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família*. FIERP/EERP-USP.
- Jerusalinsky, J. (2002). *Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês*. Brasil, Salvador: Álgama.
- Mathelin, C. (1997b). *O sorriso da Gioconda: Clínica psicanalítica com bebês prematuros* (Procópio Abreu, trad.). Brasil, Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 1999. (Publicado originalmente em 1997).
- Morsch, D.S. & Braga, M.C.N.D.A. (2007). À procura de um encontro perdido: o papel da “preocupação médico-primária” em UTI neonatal. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4), pp. 624-636. doi: 10.1590/S1415-47142007000400005



SIMPÓSIO DE PSICANÁLISE E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE

Motta, E.V.da. (2017). A compreensão clínica e emocional da prematuridade: o olhar de um obstetra. In Ruas, T.C.B. (Org). *Prematuridade extrema: olhares e experiências*. Brasil, Barueri. São Paulo: Minha editora. pp. 54-65.

Netto, M. V. R.F & Duarte, L.S. (2010). Frankenstein na UTI neonatal: o conflito entre o filho real e o filho imaginário. *Psicanálise e Barroco*, 8(1), pp. 175-188.

Organización Mundial de La Salud (OMS) (2017, novembro). *Nacimientos prematuros – nota descriptiva*. Recuperado em 26 de novembro de 2017. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es>

Piccoli, A., Soares, C. R. S., Costa, G., Silveira, J. L., Fiatt, M. P. & da Cunha, R. S. (2012). Perfil clínico de neonatos de muito baixo peso internados em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. *Clinical & Biomedical Research*, 32(4). Recuperado a partir de <http://www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/31904>

Rades, E., Bittar, R.E. & Zugaib, M. (2004). Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. *RBGO*. 26(8), pp. 655-682. doi: 10.1590/S0100-72032004000800010

Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida de uma mulher – uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. Brasil, São Paulo: Casa do Psicólogo.

Turato E.R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.

Winnicott, D.W. (1958). A preocupação materna primária. In Winnicott, D.W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. (D. Bogomoletz Trans). Brasil, Rio de Janeiro: Imago. pp. 399-405. 2000. (Publicado originalmente em 1958).