

Prematuramente mãe de bebê prematuro

Prematurely mother of a premature baby

Severina Sílvia Ferreira*

Resumo: O nascimento prematuro de uma criança não é sem consequências tanto para a mãe como para o bebê. As separações precoces ocorridas em situações de risco como essa podem acarretar a fratura ou a destruição da função materna. Este trabalho analisa os efeitos dessas separações, articulando a condição da criança prematura com a antecipação da maternidade, o modo como a função materna pode ser construída ou reconstruída e o papel da equipe de neonatologia nesse trabalho de (re)construção.

Palavras-chave: Prematuridade. Separação precoce. Função materna. Equipe neonatal.

Abstract: *The premature birth of a child is not without consequences for both child and mother. Early separations that occur in such risky situations could bring fracture or destruction of the maternal function. This work analyses the effects of these separations, articulating the condition of the premature child with the anticipation of motherhood, the way in which the maternal function can be constructed or reconstructed and the role of the neonatology team in this work of reconstruction.*

Keywords: *Prematurity. Early separations. Maternal function. Neonatal team.*

* Psicanalista. Pós-doutora em Ciências da Linguagem. Membro cofundador do Núcleo de Estudos Psicanalíticos (NINAR). Membro de Intersecção Psicanalítica do Brasil (IPB). Membro da Coordination Internationale entre Psychothérapeutes, Psychanalystes et membres associés s'occupant de personnes Autistes (CIPPA). Professora convidada da UNIFAFIRE.

Este trabalho analisa a relação mãe-bebê após as separações precoces motivadas pela extrema prematuridade da criança por razões que justificam o seu imediato internamento na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e/ou sua passagem sucessiva pelas Unidades de Cuidados Intermediários (UCIs) até a sua chegada na Enfermaria Mãe-Canguru, quando o bebê pode ser diretamente cuidado pela mãe, antes da alta hospitalar¹. Até então, embora a mãe possa visitar e estar com o seu bebê, os cuidados da criança são realizados principalmente pela equipe de neonatologia.

Assim, quando mãe e bebê chegam à Enfermaria Mãe-Canguru a criança já terá passado muitos dias, às vezes até três meses, em outras unidades de tratamento, sob a assistência de outrem. De modo geral, são bebês prematuros de muito baixo peso, em condições bastante precárias, comuns às crianças nascidas nessas condições, muitas delas necessitando serem reanimadas. Nestes casos, o recém-nascido é sem demora separado da mãe para receber os primeiros procedimentos de urgência. O afastamento mãe-filho se dá então em meio ao pânico, à angústia e à incerteza.

Durante muito tempo, os equipamentos que o envolvem na incubadora o impedem de ser dali retirado. A mãe não pode então segurá-lo em seus braços, embora possa falar-lhe e tocá-lo. Ocorre que a visão do corpo esquelético do bebê, imobilizado por máquinas e equipamentos, não permite que a mãe veja ali mais que um puro real, libra de carne que não convoca investimento libidinal. Impossível antecipar ali um sujeito com uma história cuja hospitalização poderia ser apenas um episódio. Impossível pensar nele em termos como “com quem ele parece?” O bebê, por sua vez, não pode vir em socorro de sua mãe, para confirmar a sua maternidade.

Diante do bebê prematuro, doente ou em risco de morte, a mãe sente-se confrontada com uma imagem de mãe má: uma mãe que não pôde carregar o filho até o final da gravidez e que deu à criança uma vida frágil demais e que é, portanto, uma mãe perigosa para o filho (MATHELIN, 1999).

A ambivalência está presente durante todo o tempo da gestação. Mas, se a criança nasce no tempo previsto e é saudável, o nascimento do bebê renarcisa-

1. Este texto foi elaborado a partir do trabalho clínico psicanalítico desenvolvido na Maternidade-Escola do Centro Universitário Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM), da Universidade de Pernambuco (UPE), onde o Preaut Recife desenvolve estudos e pesquisas desde o ano de 2009.

rá a mãe, o que lhe permitirá o exercício da função materna sem dificuldades intransponíveis. Quando, no entanto, o parto se passa na urgência e o bebê nasce fraco e doente, “a realidade reencontra o fantasma e surge o trauma: meu filho pode morrer e eu sou a culpada disso” (MATHELIN, 1999, p. 17).

Engolida por “um fluxo de culpa” que “abala todas as suas referências” (MATHELIN, 1999, p. 17-24), a mãe pode não querer ver o filho que muitas vezes se torna para ela um perseguidor. A dificuldade ou mesmo a impossibilidade de se aproximar da criança no serviço de neonatologia pode decorrer ainda do fato de a mãe sentir-se perigosa para ele. Neste caso, afirma Mathelin, o desejo da mãe é de proteger o filho dela mesma, ou seja, do seu desejo de morte.

Como exercer a função materna nessas condições? Por um lado, a mãe não pode se reconhecer naquele bebê tão pequeno, tão magro, tão delicado, sobre cuja sobrevivência e futuro os médicos nada podem garantir. Por outro, nas condições em que se encontra, preso à incubadora e aos equipamentos que o envolvem e o penetram, o bebê não pode “criar uma mãe”, já que são os cuidados maternos e a resposta da criança a esses cuidados que atestam o funcionamento da função materna e a emergência do ser mãe. Como bem dizia Freud (1911/1976, p. 279), referindo-se à organização do sistema psíquico, quando se trata do bebê é necessário “incluir” o cuidado que ele recebe da mãe, acrescentando que o cuidado posterior da criança se modela no cuidado dos bebês.

Caberá à equipe médica e aos cuidadores da equipe neonatal escutar os apelos do bebê e responder a eles, enquanto não é possível para a mãe reaproximar-se efetivamente da criança. Não será, adverte Mathelin, querendo manter o laço mãe-bebê a qualquer custo que a equipe do serviço conseguirá reconstruir a função materna, pois o sentimento da mãe é de fracasso em relação à criança que acabou de nascer. Pelo contrário, esperando o momento em que a mãe poderá reencontrar o filho, toda a equipe evitará que mãe e bebê se devorem um ao outro. Assim, além do acolhimento do bebê através da fala e da posição de autorização para que a mãe se mantenha afastada, é necessário que a equipe dos serviços de neonatologia adote uma função paterna, através da qual venha proteger mãe e filho, separando-os.

Muitas vezes, no entanto, o afastamento do bebê logo após o nascimento, nas condições em que ocorre, não permite configurar uma separação. É como se o bebê não tivesse nascido, o que impede o trabalho de luto. Vem confirmar esse fantasma de não separação a correção da idade do bebê pelos pediatras: ainda que fora do ventre materno, espera-se o bebê atingir o tempo de quaren-

ta semanas para ser considerado “pronto para a vida” (cf. Método Dubowitz² ou NBS³ expandido).

Separação há concreta e traumática, mas não simbolização dela, o que pode ser ratificado pela proibição de que as mães se aproximem dos seus bebês nas incubadoras: “Não toque nela, não mexa nela”, repetem alguns médicos à mãe que se queixa de “não ter tido ainda o direito de pegar nessa menina desde que ela nasceu” (cf. prontuário de atendimento de uma mãe). Independentemente de quais sejam as razões dessa mãe, neste caso associadas a uma história cuja narrativa faz menção ao medo de lhe ser roubada a criança ou ao temor de ocorrer “uma troca de mãe”, a função materna não encontra aí, do terceiro, uma autorização para ser exercida.

A Enfermaria Mãe-Canguru é o lugar onde mãe e bebê vão se (re)encontrar e onde a criança ficará sob os cuidados sobretudo da mãe, embora ambos continuem contando com a atenção da equipe neonatal. É o instante do (re) encontro, marcado, no entanto, por um corte, por uma ferida: a mãe não foi capaz de dar vida ao filho; foram os médicos que o fizeram. Terá ela algum poder agora, o de dar continuidade à vida dele? Ou ela continua sendo um risco para ele e ele sendo um risco para ela? Como construir ou reconstruir a função materna em tais circunstâncias?

Não é infrequente observarmos que muitas mães se recusam a reaproximarem-se dos seus bebês, classificados pela semiologia médica de “bebês de risco”, quando eles foram abrupta e imediatamente levados para longe delas imediatamente depois do parto. Fantasmas ligados a desejos inconscientes são então vividos e revividos, especialmente se há experiências anteriores de perdas (aborto, natimorto ou óbito).

De acordo com os princípios do Método Mãe-Canguru⁴, o que a mãe terá que fazer “é muito simples”: manter colado ao seu corpo o corpo do bebê

2. Método de avaliação neurológica neonatal aplicável em RNPT (Recém-nascidos Pré-termo) e RNT (Recém-nascidos a Termo).

3. New Ballard Score – Método utilizado para determinar a Idade Gestacional (IG) do recém-nascido pré-termo.

4. O Método Mãe-Canguru foi desenvolvido na Colômbia pelo Dr. Edgar Rey Sanabria, em 1978. Indicado para recém-nascidos pré-termo e de baixo peso, o método recomenda o contato pele a pele com a mãe para atendimento da necessidade de calor do prematuro, que desse modo passa a ser estimulado pelos movimentos respiratórios e batimentos cardíacos provenientes do corpo materno.

pré-termo, até que ele possa estar pronto para nascer de novo. E, além disso, nutrir o bebê com o seu leite, como fazia antes quando ele se encontrava no seu ventre, alimentado por nutrientes provenientes dela. Tanto num caso como no outro, o que alimenta, dá vida ao bebê, vem da mãe. Fantasmaticamente, no entanto, o que primeiro alimentou o bebê, pôs em risco a sua vida e a dela. Como agora o corpo da mãe e o leite materno poderão livrá-lo da morte? O cuidado materno, nós sabemos, não é um ato inteiramente consciente. Logo, não é bastante informar à mãe sobre os benefícios do Método Mãe-Canguru.

Em 1937, Freud (1975) introduziu a noção de “construção ou reconstrução”, para se referir ao trabalho desenvolvido pelo analista, o qual consistia na extração de inferências a partir de fragmentos de lembranças, associações e comportamento do sujeito. Através desse trabalho de construção e reconstrução, são reveladas as conexões íntimas entre os sintomas e inibições e certas experiências e impulsos afetivos por elas invocados. Por meio da suplementação e da combinação, fragmentos da experiência perdida são recuperados a partir da “verdade histórica” que traz à tona elementos do passado esquecido e primevo.

Assim, é necessário esperar o tempo necessário para construção ou reconstrução da função materna destruída pelo arrebatamento da separação precoce, suportando escutar no discurso da mãe o enredo fastasmático no qual a criança e os pais estão comprometidos. Essa escuta é o que vai permitir-lhe falar da morte inscrita como realização de um desejo, formulado, por exemplo, na sentença profética: “Você é tão ruim que não tem filho”. “Esse saber, essa pré-ciência”, observa Mathelin, “marca o corpo do filho como lugar privilegiado de uma inscrição”, inscrição de morte. O trabalho do psicanalista não será, pois, tentar suprimir o sofrimento a qualquer preço, mas escutar a mãe falar de sua angústia, do trauma do nascimento, de modo que ela possa vir a acolher o filho para cuidar dele, colocando-o num lugar de ideal, condição para que a facilitação se torne possível.

A função materna é, sobretudo, função de antecipação, de atribuição, de formulação de hipóteses (FERREIRA, 2008, 2022). Como dizia uma mãe: “tem o desejo da gente (e) tem o desejo da criança”. Referia-se ela a ter passado, durante a gestação, a desejar comer um determinado tipo de alimento de que não gostava antes e que essa reação era uma resposta ao desejo do bebê. A mãe atribuía ao bebê um “desejo”, um gosto, uma preferência, uma demanda que lhe era destinada. Ela demandava que ele a demandasse.

A extrema prematuridade do bebê ou outras condições que implicam uma grande ferida narcísica podem produzir o que H. Coriat e F. Maciel (2004) chamam uma “fratura” na função materna. Um tempo de escuta faz-se então necessário até que ela se reconstitua e o bebê volte a ser investido.

A situação parece contraditória: num primeiro momento, há a separação concreta, confirmada ou não pela separação simbólica, quando a criança é levada para a UTIN; em seguida, há o reencontro “concreto” de mãe e bebê na Enfermaria Mãe-Canguru, cuja equipe adota a posição de autorização para que a mãe exerça a função materna, levando-os a se tornarem inseparáveis, colados corpo a corpo. Mas, para proteger essa mãe desse bebê e o bebê da mãe, a equipe terá uma dupla função: (1) autorizar a mãe a se tornar mãe para seu filho e (2) separar a criança da mãe, adotando então uma posição paterna. A necessidade desta função é ainda mais acentuada quando o pai está ausente e não há familiares em posição de apoiar a mãe.

Nesse tempo de corte, muitas vezes é necessária a intervenção do analista, a quem cabe trabalhar a questão da perda para que a simbolização do nascimento (primeiro ou segundo), em meio à urgência, ao drama e à insustentável presença da morte possa ocorrer. De todo modo, o trabalho analítico não poderá ser realizado sem que à mãe seja concedido o poder de escolher permanecer ou não ao lado do seu filho nas Unidades de Cuidados Intensivos e Intermediários e aconchegar-se ou não a ele na Enfermaria Mãe-Canguru.

Ocorre que, com frequência, a assistência da equipe focaliza, sobretudo, a necessidade de o bebê ser alimentado, já que o requisito para a alta hospitalar é o ganho de peso da criança. Desse modo, ora a equipe orienta a mãe a oferecer a dieta ao bebê em intervalos regulares, independentemente de a criança apresentar ou não sinais de desconforto, ora a equipe tende a interpretar qualquer sinal advindo do bebê como um pedido para receber alimentação. Nessas circunstâncias, o bebê permanece na condição de puro organismo, necessitado como tal de apenas ser nutrido para sobreviver. Por outro lado, à mãe cabe especialmente oferecer a refeição à criança.

A história de Antonio (FERREIRA, 2008) é ilustrativa dessa condição. Antonio é um recém-nascido pré-termo, nascido no sexto mês de gestação, separado da mãe logo após o nascimento, para receber os cuidados urgentes que seu desconforto respiratório exigia. Nascido em meio à urgência devido ao risco de morte, ameaça que o atinge, mas também à mãe, o recém-nascido é levado à Unidade de Terapia Intensiva onde passa a ser assistido pela equipe

neonatal. A mãe vai vê-lo na UTIN, mas mal se aproxima da incubadora onde ele está, não o toca nem fala com ele.

Quando vai vê-lo, a mãe de Antonio não se reconhece nele. Magro, esquelético, fraco, feio, ele não parece com ela, com o pai ou com os avós. O bebê, atravessado e penetrado por equipamentos, não pode ajudar a mãe: não pode ser tomado como objeto de satisfação ou como objeto fálico imaginário (LACAN, 1956-1957/1995). A separação física é acompanhada de uma descontinuidade na relação que antes se estabelecia entre os dois, na vida intrauterina.

Passado o primeiro mês, Antonio é conduzido a outra unidade de serviço, onde a mãe, com a assistência de uma equipe de saúde, pode ela mesma cuidar dele. No entanto, tomada de angústia, ela não consegue amamentá-lo. O bebê, por sua vez, embora clinicamente preparado para mamar, recusa o peito, sendo então necessário manter a alimentação através de sonda oral. O bebê não ganha peso, dorme a maior parte do tempo e não chora durante os intervalos da dieta. A recusa da alimentação através do peito, o sono ininterrupto e a ausência de sinais de demanda são indicativos de recusa de relação ao outro materno (Outro); e, conseqüentemente, de sofrimento psíquico.

A escuta de Antonio e de sua mãe permite lançar luz sobre o que se passa entre ela e o filho. A separação brusca dos dois, motivada pelo impacto da prematuridade e pelo risco de morte que ameaçava ambos, determina a emergência de uma fantasmática materna que a leva a evitar o bebê. Ela oferece riscos à vida do filho da mesma forma que ele é uma ameaça à sua vida. Ambos se encontram em desamparo. O socorro da criança vem dos cuidados da equipe neonatal e não da mãe, que não pode contar com a proteção do pai da criança, de um companheiro ou de um outro familiar.

A história de Christelle (CRESPIN, 2022) vem esclarecer a recusa que Antonio faz daquilo que vem do cuidador materno (Outro Primordial), o alimento necessário à manutenção da vida. Aos 6 meses de idade, em situação de urgência, por decisão judicial, Christelle é colocada em um abrigo, em decorrência de negligências graves e maus-tratos, incluindo privação alimentar. A equipe de cuidadores, preocupada essencialmente em satisfazer as carências da criança, oferece-lhe boas quantidades de alimento. Entretanto, o alimento oferecido como puro objeto da necessidade não preenche o “vazio” de Christelle. Passado um tempo, ao ser colocada no chão, mesmo de “barriga cheia” ela passa a vasculhar compulsivamente as lixeiras, comendo tudo o que encon-

tra nelas; o puro real da repleção (“barriga cheia”) não remete à “repleção simbólica”, pois a criança parece desligada de qualquer investimento libidinal da alimentação.

O que transforma um objeto da necessidade em objeto de dom (LACAN, 1956-1957/1995) falta à Christelle: nenhuma dimensão do dom havia transformado em “alimentação” o puro alimento, tanto da parte de sua mãe, quanto da parte dos substitutos maternos na instituição.

Seguindo Lacan (1956-1957/1995), Crespín (2022, p. 38) sublinha: “Alguém – e em particular uma mãe – só pode fazer um dom se mostrando desejante em relação à criança, que, conseqüentemente, se vê como suscetível de vir a satisfazer esse desejo”. Era preciso ter cuidado para não confundir o tempo de estar com Christelle com o tempo para lhe dar comida.

Com Antonio, num primeiro momento, amamentá-lo consistia exclusivamente num puro ato alimentar, com um objetivo único: fazer seu corpo atingir um certo peso, aquele que justificaria sua alta hospitalar. Alguma coisa do enodamento que faz com que um alimento se torne alimentação não ocorria, nem para Antonio nem para Christelle. A relação de alimentação entre criança e cuidador materno não deve ser unicamente *operatória*. É preciso que ela comporte uma dimensão *desejante* em relação à criança (CRESPIN, 2022).

No caso de Antonio, a função materna sofreu um despedaçamento, determinando um colapso do funcionamento real, imaginário e simbólico na relação mãe-bebê (FERREIRA, 2022). No caso de Christelle, a função materna parece não ter sido construída.

Para desenvolver os cuidados maternos toda mãe, ainda que não esteja plenamente consciente disso, faz uma suposição essencial: a de que o filho lhe dirige demandas, demandas que são destinadas exclusivamente a ela e que somente ela tem condições de entender e atender. Para a mãe, a criança tem não apenas necessidades, uma vez que ela demanda ser satisfeita de outras formas, e não somente pela ingestão de alimento. É graças ao que Winnicott (2006) chamou “preocupação materna primária” ou “loucura materna” que a mãe pode atribuir demandas ao seu filho, demandas que, mesmo encontrando sua origem nela própria – na medida em que se identifica com ele –, pode elevá-lo ao estatuto de sujeito. Na perspectiva de Lacan (1956-1957/1995), uma constelação imaginária preliminar determinaria o lugar atribuído (pela mãe) à criança: o de objeto fálico capaz de obturar a falta materna, ou seja, de satisfazer as demandas do cuidador primordial.

Durante o tempo de internamento nas unidades neonatais, verificamos que com frequência a mãe é orientada a se dedicar exclusivamente à criança, ainda que ela tenha um companheiro e outros filhos que precisam dela. De certo modo, é solicitado que a mãe não tenha, durante a hospitalização, outras preocupações, outros interesses, outros olhares, com exceção daqueles voltados para a criança prematura, o que configura uma ênfase numa relação completamente dual, o que pode produzir, no futuro, uma dependência extrema da criança. Como a função paterna pode aí fazer entrada e fechar a boca aberta do jacaré que ameaça engolir o bebê? A presença do analista se faz imprescindível nas unidades neonatais, para escutar e acompanhar os cuidadores que se dedicam aos cuidados das mães e dos bebês, em suas dificuldades para exercer a função paterna.

Severina Sílvia Ferreira
ninarrecife@yahoo.com.br

Referências

CORIAT, H.; MACIEL, F. *Criança, sujeito na equipe interdisciplinar* – Ciclo de Conferências. Cadernos do NINAR. Recife: Editora da UFPE, 2004.

CRESPIN, G. *A apetência simbólica do recém-nascido* – Do estabelecimento do laço precoce aos sinais de risco de autismo. Recife: NINAR – Núcleo de Estudos Psicanalíticos/Porto Alegre: Escola de Estudos Psicanalíticos, 2022.

FERREIRA, S. S. As interfaces da clínica com bebês. In: OLIVEIRA, E. F. L.; FERREIRA, S. S.; BARRETTO, C. A. (Org.). *As interfaces da clínica com bebês*. Recife: Bagaço, 2008. p. 71-84.

_____. A clínica psicanalítica com bebês sob a lógica do enlaçamento real, simbólico e imaginário. In: BERNARDINO, L. F. (Org.). *Infância em tempos distópicos: o que pode a psicanálise?* Salvador: Ágalma, 2022. p. 201-222.

FREUD, S. (1911). *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 272-286. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 12).

_____. (1937). *Construções em análise*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 289-304. (ESB, 23).

LACAN, J. (1956-1957). *O seminário, livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

MATHELIN, C. *O sorriso da Gioconda. Clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

WINNICOTT, D. W. *La mère suffisamment bonne*. Paris: Petite Bibliothèque Payot, 2006.