



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE ALAGOAS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

EDUARDA WANDERLEY SANTOS VALENÇA

JULIANA OLIVEIRA NASCIMENTO PACHECO

**IMPLICAÇÕES DO CONFRONTO COM O BEBÊ REAL NA RELAÇÃO MATERNA
A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NA UTI NEONATAL DO HOSPITAL
PROFESSOR ALBERTO ANTUNES**

MACEIÓ

2022

EDUARDA WANDERLEY SANTOS VALENÇA

JULIANA OLIVEIRA NASCIMENTO PACHECO

**IMPLICAÇÕES DO CONFRONTO COM O BEBÊ REAL NA RELAÇÃO MATERNA
A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NA UTI NEONATAL DO HOSPITAL
PROFESSOR ALBERTO ANTUNES**

Trabalho apresentado na UFAL – Universidade Federal de Alagoas para a conclusão do curso de bacharelado em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Cleyton Sidney de Andrade

Maceió

2022

INTRODUÇÃO:

A idealização e construção de que a maternidade é um papel próprio da mulher é um constructo social propagado culturalmente durante séculos. Malvine Zalcborg (2019) aponta que “as escolhas para as mulheres eram, sem dúvida, então mais limitadas: a mais natural e esperada para a resolução da questão feminina era mesmo a maternidade”. Apesar de atualmente as mulheres desempenharem diversos papéis sociais, a mitologia da maternidade dominou profundamente a subjetividade feminina por um longo período da História (ZALCBERG, 2019), a falsa ilusão de que a mulher deve sempre ocupar o papel materno partindo do pressuposto de que este é um processo natural faz com que a maternidade seja cobrada socialmente até hoje. Na relação mãe-bebê, é cobrado da mãe que seja fonte de um amor puro, desinteressado, natural (JERUSALINSKY, 2014), é exigido que ela exerça a função materna, que ela seja o alicerce da família tradicional, que ocupe o lugar de cuidadora e responsável por zelar pelo bem-estar dos filhos. Na maternidade, para o senso comum, a mulher encontraria uma suposta completude (JERUSALINSKY, 2014).

A partir da vivência de estágio na UTI Neonatal do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes, percebe-se que, apesar da rotatividade de internamentos, acentua-se a presença constante das mães como acompanhantes ou visitantes, assim como evidencia-se a ausência da figura paterna. Diferente do que acontece com a função materna, a função paterna não se apoia em tradicionalismos sociais, operando em uma grande diversidade de configurações familiares (JERUSALINSKY, 2014) e estando muitas vezes ausente no ambiente hospitalar. Neste sentido percebe-se a importância de compreender como se dá o desenvolvimento da maternidade, visto que ela não se limita apenas a fatores biológicos, como a capacidade de procriação, mas também é formada a partir de processos psíquicos. Segundo Zalcborg (2019), “mais do que residir no útero, a maternidade habitaria nos sonhos, nas fantasias, nas ilusões, nas sublimações das mulheres”.

Ainda que hoje seja encarada como uma opção, a maternidade ainda é acompanhada por pensamentos tradicionais que moldam como a mulher é vista e aceita socialmente. O ser mãe é associado a uma cobrança familiar e social para que o filho seja amado incondicionalmente e é neste processo que também há uma sobrecarga materna ao ter um filho em situação de internação na UTI. A UTI Neonatal é um termo que carrega uma contradição, ao referir-se ao início da vida e ao risco de morte (IUNGANO, 2009). Para a mulher, a partir do momento em que ela descobre a gravidez, há um investimento libidinal no bebê e o início

de um processo de idealização, tanto da maternidade quanto do bebê que vai nascer. O laço mãe-bebê não é efeito nem do instinto previamente estabelecido como um saber da espécie acerca de ser mãe, nem do que pode ser racionalmente aprendido (JERUSALINSKY, 2014). No entanto, sabe-se que a idealização nunca condiz com a realidade, mas o que ocorre quando o bebê nasce muito diferente do idealizado? O que acontece quando a mãe passa por um parto prematuro que causa sequelas no filho ou quando o bebê nasce com malformação tendo que ficar dias ou meses na unidade de tratamento intensivo (UTI)?

A partir desses pontos e indagações, questionamos: “Quais implicações ocorrem na maternidade a partir do confronto com o bebê real em situação de internação na UTI Neonatal?”. A pesquisa possui como objetivo geral identificar as implicações na maternidade a partir do confronto com o bebê real em situação de internação na UTI Neonatal baseando-se na experiência de estágio no Hospital Professor Alberto Antunes e na discussão teórica investigando o fenômeno da maternidade a partir de Julieta Jerusalinsky e outros autores psicanalistas. Como objetivos específicos, pretende-se pesquisar o que ocorre quando o contato com o Outro Primordial é interrompido pela barreira hospitalar; as emoções que mais são descritas quando o bebê nasce muito diferente do idealizado; e, por fim, examinar quais eram as imagens mais descritas dos bebês antes do nascimento.

A pesquisa se originou a partir de inquietações que surgiram no decorrer do estágio na UTI Neonatal do Hospital Professor Alberto Antunes e a partir de leituras a respeito da perda gestacional com base na teoria psicanalítica. Evidencia-se que tanto na literatura acerca da UTI Neonatal quanto nos casos atendidos no estágio, a grande maioria dos bebês internados possuíam baixo peso, restrição de crescimento, malformação genética e/ou problemas cardíacos, também era predominante o número de partos prematuros. O trabalho se faz relevante para melhor compreender o sofrimento psíquico das mães que são acompanhantes destas crianças durante toda a estadia na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal e para fornecer mais informações a profissionais da área de saúde sobre como lidar com o sofrimento psíquico destas mulheres. Em âmbito social, a pesquisa se faz relevante para expandir o conhecimento acerca das mães que passam os primeiros dias e/ou meses de vida dos filhos em ambiente hospitalar e fornecer uma maior abertura para a discussão a respeito do tema tanto com familiares como também com funcionários da rede hospitalar.

Ressalta-se que, na literatura psicanalítica, referencial teórico deste trabalho, a figura materna é a responsável pela inserção do bebê no campo da linguagem, que pode ser feita, em um primeiro momento a partir da criação de um bebê imaginado (FERRARI, PICCINI, LOPES

2007), atribuindo a este bebê características físicas e também de personalidade e contribuindo para a interação mãe-bebê. Para Freud, como aponta Jerusalinsky (2002), os bebês são depositários das esperanças de transcendência e realização parental. A partir do nascimento prematuro e ao se deparar com o bebê real muito diferente do imaginado, as idealizações se transformam em angústias e incertezas.

METODOLOGIA:

A presente pesquisa foi realizada a partir de experiências que surgiram durante o período de estágio que ocorreu entre agosto de 2021 e março de 2022. O estágio obrigatório foi realizado na UTI Neonatal do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, localizado na cidade de Maceió, capital alagoana. Referência no estado para gravidez de alto risco e frequentado por mães que apresentam questões orgânicas de risco à saúde do bebê e/ou dela mesma, o hospital até o final do ano de 2021 não contava no quadro de funcionários da maternidade com um profissional da psicologia. Neste sentido, o estágio que inicialmente seria feito no setor da maternidade do hospital teve início na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal. A inserção neste setor se deu de forma secundária, visto que a primeira opção de estágio era ligada diretamente à mãe que, apesar de estar em situação de risco, ainda contava com idealizações de um bebê perfeito, livre da imagem do bebê real.

Segundo o Ministério da Saúde, portaria nº 930, Art. 5: “A Unidade Neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos”¹. Diante disto, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal contava com uma equipe multidisciplinar que possuía em seu quadro de colaboradores uma profissional da psicologia. Ao longo do período do estágio, foram observados e acompanhados junto com o a psicóloga diversos relatos de casos de mães que se encontravam diante da internação do filho recém-nascido. A partir da experiência de oito meses no estágio, na leitura e discussão dos casos em ambiente de supervisão, pretende-se identificar as implicações na maternidade a partir do confronto com o bebê real em situação de internação e investigar o fenômeno da maternidade a partir de Julieta Jerusalinsky e outros autores psicanalistas. Pretende-se pesquisar também o que ocorre quando o contato com o Outro Primordial é interrompido pela barreira hospitalar; as emoções que mais são descritas quando o bebê nasce muito diferente do idealizado; e, por fim, examinar quais eram as imagens mais descritas dos bebês antes do nascimento.

A partir das contribuições teóricas da psicanálise Winnicottiana, acerca do conceito de maternidade e o contato com o Outro Primordial, que, em geral, está encarnado na figura materna ou do cuidador (AZEVEDO; NICOLAU, 2017) e sobre a apresentação da maternidade exposta por Julieta Jerusalinsky nos seus trabalhos de 2002 e 2014 discutimos como a presença

¹ Portaria 930, art. 5 disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html#:~:text=DE%20UNIDADES%20NEONATAL-,Art.,f%C3%ADsicas%2C%20equipamentos%20e%20recursos%20humanos.

de um filho com deficiência congênita ou adquirida pode alterar rotinas e estilos de vida (DE OLIVEIRA; POLETTO, 2015). E, com este contexto, surge a necessidade de promover subsídios para uma melhor estadia das acompanhantes e também promover a escuta dessas mães que, na maioria das vezes, demonstram fragilidade e instabilidade emocional.

O relato de experiência, método utilizado neste trabalho, caracteriza-se por uma multiplicidade de opções teóricas e metodológicas; e valoriza a explicitação descritiva, interpretativa compreensiva de fenômenos, circunscrita num tempo histórico (DALTRO; FARIA, 2019). Por diversas razões, alguns recém-nascidos logo após o nascimento necessitam de cuidados especiais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), sem a qual a sua sobrevivência não seria possível (ALMEIDA; MORAIS; LIMA; SILVA, 2018). Neste sentido, para investigar o que ocorre quando o contato com o Outro Primordial é interrompido pela barreira hospitalar; deve se investigar o que ocorre quando o bebê nasce muito diferente do idealizado; e, por fim, examinar quais eram as imagens que essas mães tinham de seus bebês antes do nascimento. A pesquisa com a metodologia baseada no relato de experiência possui um caráter de trabalho de concatenação e memória, a elaboração de um acontecido que como vê seu relator, invocando suas competências reflexivas e associativas, bem como suas crenças e posições de sujeito no mundo (DALTRO; FARIA, 2019).

A pesquisa se baseia nas narrativas de tantas histórias diferentes, ouvidas nos corredores, nas poltronas ao lado das incubadoras, nos leitos de internação da maternidade durante oito meses. Para Dunker (2016), “a narrativa seria uma forma de construção de conhecimento, partindo de uma lógica de significação pautada no significado”. Devido ao fato de que as mães se fazem mais presentes no ambiente hospitalar durante o período em que os bebês estão internados, a pesquisa partiu de suas narrativas. As mães circulam na unidade de internamento a partir de visitas pré-estabelecidas pela instituição, ou como acompanhante de seus filhos, instaladas no Espaço das Mães Acompanhantes, que conta com oito leitos, onde ficam inseridas na dinâmica hospitalar em tempo integral, impossibilitadas de sair do hospital durante o período de internação do filho, devido a pandemia de COVID-19.

Seja no Espaço das Mães ou no acolhimento realizado 24 horas após o parto, o profissional da psicologia fornece a essas mães uma escuta atenta, onde na maioria das vezes, verbaliza ou sinaliza de alguma forma, como no silêncio, seus sentimentos diante de uma idealização interrompida. Ao ser informada que seu bebê não nasceu da maneira idealizada, há o questionamento de como será o futuro além da própria maternidade muitas vezes ser interrogada.

DISCUSSÃO:

Tornar-se mãe...

O tornar-se mãe é um processo que envolve alterações físicas e psíquicas na mulher, modificando completamente seu corpo e também seu comportamento. O exercício da função materna implica instaurar um funcionamento corporal subjetivado nos cuidados que realiza na relação com o bebê (JERUSALINSKY, 2014). No campo da psicanálise, a função materna situa-se como elemento central na constituição do psiquismo de um novo ser, ou seja, um bebê só poderá pleitear seu ingresso no campo humano por intermédio de um outro humano qualificado a exercer a condição de mãe (LOPES, 2012). A romantização da maternidade é apoiada nos discursos sociais que partem desde as instituições de saúde, a instâncias religiosas e também movimentos políticos. Segundo Andolfi (1988) o mito materno pode ser considerado como um conjunto de realidades em que coexistem elementos reais e da fantasia.

Nesta perspectiva, não sendo o amor materno da ordem da natureza, mas fazendo parte do campo da linguagem (RESENDE, 2017), a partir do momento da descoberta da gravidez inicia-se o processo da formação de um bebê imaginário, as expectativas criadas para o filho que ainda não nasceu começam a serem formadas e, não é incomum, que se comece a ouvir frases como “meu filho irá ser um grande jogador de futebol”, “minha filha será mais parecida com a mamãe”, “quero que meu filho tenha os olhos do pai”, etc.. A mãe, nos cuidados que dirige ao filho, articula a antecipação simbólica à sustentação do tempo necessário para que a constituição do bebê possa se produzir (JERUSALINSKY, 2014).

O bebê imaginado

Segundo Marques (1995), a partir do clima de euforia e fantasia que surge a partir da espera do filho, a família começa a projetar no novo membro sonhos, ideias, faltas e vivências que são próprias dela. Com relação a mãe, ocorre uma identificação com o bebê que, ainda desconhecido e em formação encontra-se fora do seu campo de conhecimento tátil e visual, ao mesmo tempo que é parte de seu corpo (MARQUES, 1995). Neste sentido, a mãe constrói uma imagem para seu filho, partindo dela mesma e com traços de familiares próximos. A partir da discussão exposta por Marques (1995), nota-se como a ideia da idealização e identificação que se inicia durante o período da gravidez é marcante. No entanto, sabemos que há quem inicie esse processo de idealização antes mesmo de saber que está grávida, durante o planejamento da gravidez também há o investimento de afeto na criança que ainda nem existe. Durante o

processo da gravidez, percebe-se que a idealização do filho que estava sendo planejado se intensifica.

Para a psicanálise, a figura materna é a responsável pela inserção do bebê no campo da linguagem, que pode ser feita, em um primeiro momento a partir da criação de um bebê imaginado (FERRARI; PICCINI; LOPES, 2007), nesse caso, a mãe atribui a esse bebê, que até então foi desejado, características físicas e também de personalidade e com isso há uma aproximação dela com o bebê. Sabe-se que a construção de um bebê imaginado é de grande importância durante a gravidez porque ela gera um impacto na futura interação mãe-bebê (FERRARI, PICCINI, LOPES 2007). A partir do nascimento há uma quebra das idealizações colocadas no filho e esta quebra é ainda maior quando a mãe se depara com um filho que, devido a problemas orgânicos, destoa bastante do bebê que foi imaginado e idealizado durante a gestação.

A questão do amor materno, geralmente, envolve a associação de sentimentos positivos a respeito da condição de ser mãe (RESENDE, 2017). Todos os pais se perguntam como irão ser seus filhos (JERUSALINKSY, 2002), mas quando o bebê passa por complicações no momento inicial de sua vida, os sentimentos a respeito da maternidade se distanciam do que até então é esperado. A comunicação do diagnóstico pode representar um fator de sofrimento para os pais e de dificuldades para o profissional médico que geralmente é o responsável pela informação (FERRARI; ZAHER; GONÇALVES, 2010). Neste momento difícil, uma rede de apoio presente torna-se essencial para os pais, visando auxiliá-los na passagem por esse processo que, apesar de individual e singular, requer investimento psíquico para superar esse período de descobertas.

Expectativas para a maternidade

Dentro das expectativas que contornam a descoberta da maternidade, espera-se que o filho nasça dentro de um padrão culturalmente aceito e pré-estabelecido pela medicina, que inclui membros perfeitos, órgãos funcionando de maneira normal, vitalidade do corpo em perfeita harmonia e nenhum sinal de patologia congênita. A idealização e a criação do bebê imaginário acontecem para inserir o bebê que ainda não nasceu no campo da linguagem e também para fortalecer a ligação mãe-bebê para que, no momento do nascimento, não aconteça um choque na mudança total da realidade. O lugar do filho se constitui para os pais inconscientemente como uma possibilidade narcísica de transmissão de seus próprios ideais, e é justamente esse ponto de endereçamento de uma criança ao ideal-do-eu parental que pode ser

flanqueado diante do precoce diagnóstico ou levantamento da suspeita de uma patologia (JERUSALINSKY, 2002). Todo o processo da maternidade é novo, mas quando ocorre de o bebê nascer com algum tipo de patologia, a mãe se depara com a realidade cultural de que o diferente é excluído, que a rede pública de saúde é precária, caso seja necessário seu uso, e que, muitas vezes, também não há um apoio das pessoas próximas para fazer com que esse processo inicial seja menos traumático e estressante. Em grande parte dos casos de crianças que apresentam problemas orgânicos de base, encontramos superposto um sintoma de passivização psíquica. (JERUSALINSKY, 2008).

Um fator de angústia para os pais é quando recebem informações diferentes sobre o mesmo caso, dadas por mais de um profissional, ou quando as informações são inconsistentes (FERRARI; ZAHER; GONÇALVES, 2010). No ambiente hospitalar no qual houve a coleta dos casos, é comum ouvir das mães a solicitação para que a psicóloga acompanhante explique novamente o que foi informado pelo profissional da medicina ou da enfermagem. Isto ocorre quando não há compreensão do prontuário do recém-nascido, no qual contém as informações sobre o quadro clínico do bebê. O nascimento de um bebê deficiente não vem acompanhado de alegrias e congratulações, mas, em grande parte das vezes, por um sentimento de desconforto de todos, inclusive dos profissionais (FERRARI; ZAHER; GOLÇALVES, 2010). A realidade da hospitalização do recém-nascido promove a separação entre os pais, familiares e a criança e, neste sentido, Mathelin (1997, 1999) aponta que a capacidade de se vincular com o bebê fica comprometida. Sabemos que certos eventos ou ditos familiares relacionados ao entorno do nascimento podem fazer obstáculos ao reconhecimento do bebê (JERUSALINSKY, 2002) prejudicando a interação do mesmo com familiares.

A partir do contato com o bebê real, da quebra de idealizações, surge a necessidade de fazer uma nova significação. MacCollum (1984) afirma que os pais experimentam a perda das expectativas e dos sonhos que haviam construído em relação ao futuro descendente ao se deparar com o bebê. O processo de aceitação da realidade é lento e, frequentemente, há uma culpabilização, por parte da mãe, a respeito do que ocorreu com o filho, é nesse momento que se faz importante uma rede multidisciplinar que saiba explicar e alertar a mãe a respeito da nova realidade. Em muitos casos, observa-se que a mãe é tomada pela culpa ao descobrir que o filho possui malformação congênita.

Dentro das possibilidades de reação dos pais, Miller (1995) aponta duas como as mais prováveis: enfrentando e reagindo ou através do mecanismo de negação. Como enfrentamento e reação entende-se que a família encontra meios de se adaptar à nova realidade com o bebê,

descobrimo maneiras de lidar com os problemas e com as emoções decorrentes do nascimento precoce e da patologia. Quando um diagnóstico de uma patologia se estabelece em um tempo em que o bebê ainda não tem idade para realizar certas conquistas muito valorizadas desde o social pode vir a dificultar ainda mais as operações de inscrição simbólica e a construção de uma imagem para o filho (JERUSALINSKY, 2002). Já o mecanismo de negação pode acontecer de maneira consciente, na qual se ignora o problema na expectativa de que ele vá embora ou de maneira inconsciente, na qual há observação dos fatos, mas não há como percebê-lo como verdadeiro.

Diante de diversos casos, os bebês ficam internados na UTI Neonatal durante os primeiros meses após seu nascimento, muitas vezes eles precisam de máquinas para dar continuidade a vida. No ambiente da UTI, há vários profissionais da saúde e equipamentos como incubadoras que, nesse primeiro momento da vida dos bebês, fazem o papel do possível útero da mãe ou do braço materno ou paterno. Também se faz presente máquinas, fios e sons que se diferenciam bastante do lugar silenciosos que o recém-nascido costumava ocupar. Sondas de alimentação substituem o seio materno, distanciando ainda mais o filho da mãe. Ao invés do bebê depender da figura materna para se manter vivo nos primeiros meses de vida, ele passa a depender de máquinas e da equipe multiprofissional para trocar fralda, se alimentar e tomar a medicação. A imagem do bebê frágil, diferente do que a sociedade e a própria mãe consideram “normal”, gera susto na maioria das mães, Winnicott nos diz que o rosto da mãe é o primeiro espelho para o bebê e ao ver sua imagem no espelho, o bebê volta-se para a mãe, que autentifica a imagem refletida como sendo a do bebê (JERUSALINSKY, 2002).

Confronto com o bebê real

O confronto com o bebê real e a queda do bebê imaginado acontece de maneira abrupta e, nesses casos, a rede de apoio hospitalar busca fornecer métodos que auxiliem nesse processo tentando facilitar a adaptação da nova mãe a rotina com o bebê que apresenta características atípicas, malformação ou transtornos fisiológicos – que em sua maioria consiste em problemas neurológicos. As pessoas encaminham-se para os hospitais por razões aleatórias à sua vontade, por uma urgência física, e a cura orgânica é a sua meta (GUEDES, 2006), no entanto, nos casos destes bebês a cura é algo que dificilmente é atingida. Os pais, ao perderem o filho desejado podem, imersos em seu sofrimento e não elaborando o luto, estarem impedidos de estabelecer um vínculo com o bebê real (BRUNHARA; PETEAN, 1999). Outros pais podem estabelecer o vínculo com a deficiência e não com o filho deficiente (BRUNHARA; PETEAN, 1999). Deste modo, tanto a criança quanto o bebê encontram-se situados numa passividade em relação ao

futuro (JERUSALINSKY, 2002). Na maioria dos casos, observa-se que há um rompimento por parte da mãe com o que era comum em seu dia-a-dia, seus hábitos e rotinas, sendo assim, modificado drasticamente. É comum em todos os casos o sentir a falta da vida anterior à hospitalização dos filhos, especialmente nos casos em que as mães fazem do Espaço das Mães Acompanhantes, sua moradia no período da internação.

O Espaço das Mães Acompanhantes, por sua vez, foi uma maneira que a unidade hospitalar encontrou de proporcionar as mães a proximidade com os filhos durante o período de internação deles, sendo reconhecido como direito delas estarem como acompanhantes. Ele é constituído por oito camas, divididas em dois quartos, cada um com seu respectivo banheiro. Todas as mães têm o direito de realizar a escolha de permanecer no hospital e acompanhar o caso do bebê de perto, com acesso livre a Unidade Neonatal, ou voltar para a sua residência, sendo permitido apenas visitas duas vezes por semana, devido a pandemia de COVID-19. O número de visitas, nesse contexto, para os familiares que não estão residindo no Espaço das mães, foram diminuídas, com o objetivo de diminuir as chances de contágio.

A respeito da maternidade, sabe-se que há diversas idealizações da relação mãe-bebê, mas o que é observado no contexto hospitalar é que a relação de um filho com sua mãe é intransferível e única, afinal, no início da vida, o bebê é dependente de outro ser e, geralmente, o primeiro contato que ele tem com o mundo se dá através da mãe. Para Lebovici (1987), coexistem três bebês na mente materna: um edípico, um imaginário e o bebê real. Sendo o bebê edípico o bebê da fantasia, resultado dos desejos infantis da mãe, o imaginário construído durante a gestação – formado a partir de expectativas e idealizações, - e o bebê real que é o bebê que os pais vão segurar em seus braços. A perda do estereótipo do filho desejado, anteriormente idealizado pelas expectativas construídas no imaginário dos progenitores, instaura uma ferida narcísica nestes (DE OLIVEIRA; POLETTTO, 2015). Percebe-se que no ambiente da UTI Neonatal, as experiências relatadas pelas mães são únicas, indo desde a morte do filho idealizado ao sentimento de culpa pelo que o bebê está passando e também pelos processos familiares que são gerados a partir do surgimento do filho real.

O cuidado das mães e dos pais perante as demandas de seu filho com deficiência, como apontam De Oliveira e Poletto (2015), é um processo árduo, pois todas as tarefas devem contemplar as limitações e impossibilidades destes filhos; e poderá trazer repercussões aos progenitores. Sendo assim, cada relato, assim como acontece na clínica, é extremamente pessoal e envolve questões subjetivas que são internalizadas de maneiras diferentes por cada um dos casos. O modo como os pais ficam implicados na vida de um bebê, a forma com que se fazem

presentes, os padecimentos e as manifestações patológicas de um ser que ainda não fala, são peculiaridades que exigem que um bebê e uma criança sejam situados de modo diferenciado no enquadramento clínico (JERUSALINSKY, 1971/2002). Ao tratar-se de crianças acometidas de graves patologias, também vamos lidar com uma constituição psíquica que, mesmo que não esteja fechada, já tem instalado um modo de funcionamento das respostas sintomáticas e dos seus circuitos pulsionais (JERUSALINSKY, 2002).

Mas, e quando o bebê morre?

No caso da morte do bebê real, vemos diversas maneiras de lidar com o luto, a mãe pode demonstrar sentimentos de fragilidade e surpresa, mesmo quando as condições do recém-nascido já são apresentadas durante a gravidez. Percebe-se que mesmo diante da morte, o funcionamento da UTI não para, visto que, mesmo diante de uma mãe fragilizada a equipe continua fazendo suas determinadas funções com os outros bebês ali presentes. No momento em que um bebê morre e que sua mãe está em contato com outras mães devido a uma rede de apoio, o medo toma conta de todas as mães, como observado em relatos.

Atualmente, com o desenvolvimento da noção social de infância, cada criança foi, assim, única e insubstituível (JERUSALINSKY, 1971/2002). Percebe-se que mesmo em casos em que há um conhecimento da fragilidade da criança previamente, há ainda uma idealização do bebê que vai nascer, mesmo portando o conhecimento de que o estado de saúde de seu filho era incompatível com a vida, os pais planejam um possível futuro com ele, indo além da lógica racional e passando pelo processo da construção da maternidade e paternidade, e da criação de laços afetivos com o bebê. Durante todo o processo da gravidez a mãe, assim como outras pessoas da família, costuma idealizar formato do rosto, traços da personalidade, o mês do provável nascimento, e dificilmente essa família está preparada para lidar com uma realidade diferente da idealizada. Ao se deparar com a queda do bebê idealizado, os sentimentos que surgem vão desde euforia até a frustração e a angústia ao se deparar com novo.

Nota-se que, no momento em que uma família recebe as informações acerca do recém-nascido, se faz necessário a presença de profissionais de saúde. No hospital em questão, há a presença de uma equipe multidisciplinar, responsável por dar as informações sobre o quadro clínico da criança e suporte para as mães. Durante todo o processo dentro do hospital, a mãe tem acesso à equipe de psicologia, no entanto, devido a estrutura hospitalar, ela não possui privacidade ao expressar seus sentimentos, onde, muitas vezes é acompanhada por psicólogo (a) diante de terceiros. Percebe-se que, ao receber a notícia da internação do bebê, a família

precisa de suporte emocional adequado, porém o primeiro contato que a mesma tem são com os médicos e o acolhimento por parte da equipe de psicologia, que só acontece 24 horas após a internação, pois é, quando normalmente, a mãe está livre das possíveis intercorrências ocasionadas pelo parto (normal ou cesáreo).

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A partir da experiência no estágio, nota-se como o nascimento do bebê prematuro e portador de malformação genética vai de encontro ao que foi idealizado durante a gestação, tanto pela mãe como também por familiares. Ressalta-se o fato de que o bebê idealizado nunca condiz com o real, no entanto, quando a realidade confrontada pelo nascimento vai de encontro ao que é considerado socialmente normal, a mulher e seus familiares passam por um processo de luto pela perda da fantasia do filho perfeito, da criança sadia (FIAMENGHI JR; MESSA, 2007).

O pré-natal, assim como os exames e consultas feitas durante o período da gravidez e anteriores ao parto, certificam a família sobre o estado de saúde do bebê, mas mesmo assim não são garantias para que a mãe não idealize um futuro com seu filho. Percebe-se que durante a gravidez a mulher passa por profundas transformações (DE OLIVEIRA; POLETTTO, 2015), e mesmo diante de um quadro no qual há indícios de que o filho irá falecer, os processos que levam à formação psíquica da maternidade continuam a ocorrer. Desde o princípio da gestação, ao invés de visualizar o embrião, a gestante cria uma relação imaginária com o feto, sendo este um corpo imaginado já desenvolvido com todas as atribuições que são necessárias para a completude do ser humano (AULAGNIER, 1990).

A mãe é atravessada por diversos aspectos que interferem na construção da expectativa de vida e na idealização de um filho saudável. Todo esse investimento psíquico, quando não concretizado, gera sentimentos indesejados na mãe que podem ser pontuados como choque, tristeza, dor, raiva, angústia, medo, dúvida, decepção, culpa e impotência (DE OLIVEIRA; POLETTTO, 2015). Percebe-se também que há também a esperança de uma futura compensação em uma outra gestação, a culpabilização de que ela gerou uma vida com características atípicas assim como pressão psicológica para que haja a aceitação da criança e o desperta-se como cuidadora.

Por fim, se faz necessário ressaltar que a maternidade sempre traz alterações físicas e psíquicas na mulher. Os pais sempre devem se organizar para os cuidados ao bebê, mudando toda uma dinâmica da estrutura familiar (FIAMENGHI JR.; MESSA, 2007). No entanto, a presença de um filho com deficiência congênita ou adquirida pode alterar rotinas e estilos de vida por ser um acontecimento surpreendente (DE OLIVEIRA; POLETTTO, 2015). Pontua-se que a perda do estereótipo do filho desejado, anteriormente idealizado pelas expectativas construídas no imaginário dos progenitores, instaura uma ferida narcísica nestes (DE

OLIVEIRA; POLETTO, 2015), se antes os pais imaginavam um futuro para a criança sem grandes complicações e intervenções clínicas, eles se deparam com uma realidade diferente que é, desde o momento do nascimento, transpassada pelas paredes hospitalares. Se faz necessário diante dessa realidade, o fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê, onde ambos, devem ser abarcados pela estrutura hospitalar, familiar e profissional, afim de que haja um meio mais adequado, emocionalmente e fisicamente para esse momento dentro um contexto familiar.

REFERÊNCIAS:

- ALMEIDA, Cinthia Reis; MORAIS, Aisiane Cedraz; LIMA, Karinne Dayane França; SILVA, Anna Carolina Oliveira Cahim Silva. Cotidiano de mães acompanhantes na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. Enfermagem UFPE on-line*. Recife, 12 (7): 1949-56, jul., 2018.
- ANDOLFI, Maurício. A construção do mito familiar e sua evolução em terapia. In: ANDOLFI, Maurício. *Tempo e mito em psicoterapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. Cap. 5, p. 77 – 92.
- AULAGNIER, P. (1990). *Um intérprete em busca de sentido*. São Paulo: Escuta.
- AZEVEDO, Marcela Maria de Paiva Azevedo; NICOLAU, Roseane Freitas. Autismo: um modo de apresentação do sujeito na estrutura de linguagem. *Estilos clin*. Vol. 22 no. 1 São Paulo abr. 2017.
- BRUNHARA, Fabíola; PETEAN, Eucia Beatriz Lopes. Mães e filhos especiais: Reações, sentimentos e explicações à deficiência da criança. *Paidéia, FFCLRP-UPS, Rib. Preto*, junho/99.
- DALTRO, Mônica Ramos; FARIA, Anna Amélia. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos & Pesquisas em Psicologia*. V. 19, n. 1 (2019).
- DE OLIVEIRA, Isaura Gisele; POLETTO, Michele. Vivências emocionais de mães e pais de filhos com deficiência. *Rev. Spagesp vol. 16 no. 2 Ribeirão Preto* 2015.
- DUNKER, Christian Ingo Lenz. *Análise psicanalítica de discursos: perspectivas lacanianas / Christian Ingo Lenz Dunker, Clarice Pimentel Paulon, José Guillermo Milán-Ramos. - 1. ed. - São Paulo: Estação das Letras e Cores, 2016.*
- FERRARI, Gabriela; PICCINI, Cesar; LOPES, Rita. O bebê imaginado na gestação: Aspectos teóricos e empíricos.
- FERRARI, Solimar; ZAHER, Vera Lúcia; GONÇALVES, Maria de Jesus. O nascimento de um bebê prematuro ou deficiente: Questões de bioética na comunicação do diagnóstico. *Psicologia USP, São Paulo*, 2010, 21 (4), 781-808.
- FLAMENGGHI JR., GERALDO A.; MESSA, ALCIONE A. Pais, filhos e deficiência: Estudos sobre as relações familiares. *Psicologia, Ciência e profissão*, 2007, 27 (2), 236 - 245.
- GUEDES, Carla Ribeiro. A supervisão de estágio em Psicologia Hospitalar no Curso de Graduação: Relato de uma experiência. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2006, 26 (3) – 516 – 523.
- IUNGANO, E. M. A relação entre a mãe e o bebê prematuro internado em UTI neonatal. *Psicologia em Pediatria*. São Paulo, p. 26-30, 2009.

JERUSALINSKY, Julieta. Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês. Salvador, BA: Ágalma, 2002.

JERUSALINSKY, Julieta. Angústia na pós-maternidade. Revista da APPOA Os tempos do sujeito. N. 35. Porto Alegre: APPOA, julho/dezembro 2008.

JERUSALINSKY, Julieta. A criação da criança. Brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê. Salvador, BA: Ágalma, 2014.

Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.

LOPES, Clea Maria Ballão. As vicissitudes da constituição da função materna: um percurso teórico em Winnicott e Freud. / Clea Maria Ballão Lopes. – Curitiba, 2012.

Marques, L. P. (1995). O filho sonhado e o filho real. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Piracicaba, 2(3), 121-125.

Mathelin, C. (1997). Prática analítica em neonatologia. In D. B. Wanderley (Org.), *Palavras em torno do berço: intervenções precoces bebê e família* (pp. 129- 142). Bahia: Ágalma.

McCollum, A. T. (1984). Gireving Over the Lost Dream. *Excepcional Parent14*: 9-12

Pesquisa em Psicanálise: transmissão na Universidade / Fuad Kyrillos Neto, Jacqueline Oliveira Moreira, organizadores. – Barbacena MG: EdUEMG, 2010. 179 p. ISBN 978-85-62578-05-2

RESENDE, Deborah Kopke. Maternidade: Uma construção histórica e social. Pretextos – Revista da Graduação em Psicologia PUC Minas. V. 2, n. 4, jul./dez. 2017 – ISSN 2448-0738.

ZALCBERG, Malvine. De menina a mulher: cenas da elaboração da feminilidade no cinema e na psicanálise / Malvine Zalcberg - 1 ed. - Rio de Janeiro: Edições de Janeiro, 2019.