



Expectativas e experiências da maternidade na gestação a termo e na gestação pré-termo: estudo comparativo com auxílio de Técnica Projetiva

**Alcimeri Kühn Amaral Veiga Prata
Izabella Paiva Monteiro de Barros**

Resumo: A maternidade é uma das mais complexas conquistas da vida de uma mulher, entretanto, esta conquista nem sempre se dá de forma tranquila. Imprevistos podem acontecer no decorrer deste processo. Com o intuito de aprofundar o estudo acerca dos possíveis efeitos da prematuridade na relação mãe e filho, esta pesquisa procurou investigar, tanto retrospectivamente como na vivência atual, a experiência de mães cujos filhos nasceram a termo comparativamente às mães que tiveram seus bebês prematuramente. Utilizou-se de um referencial psicanalítico para análise dos dados coletados por meio de entrevistas e aplicação de pranchas do Teste de Apercepção Temática (TAT). A partir da interpretação e análise dos dados, foi possível perceber que as principais diferenças entre mães que tiveram seu filho prematuramente e mães que tiveram uma gestação a termo, dizem respeito às questões relacionadas aos temores e fantasias durante a gestação e não só em decorrência do nascimento prematuro.

Palavras-chave: Prematuridade; maternidade; Teste de Apercepção Temática (TAT).

Expectations and experiences of motherhood in pregnancy at term and preterm gestation: A comparative study with the aid of Projective Technique

Abstract: Motherhood is probably one of the most complex achievements of a woman's life. Nevertheless, this achievement does not always take place smoothly, unforeseen events could arise during this process. In order to further assess the possible effects of prematurity on the mother-child relationship, this research sets out to evaluate both retrospectively as currently, the experience of mothers whose children were born at term compared to mothers who had their babies prematurely. A psychoanalytic approach to data analysis was carried out, being collected through interviews and planks of the Thematic Apperception Test (TAT). From the interpretation and analysis of data collected, it can be inferred that the main differences between mothers who had their child prematurely and mothers who underwent term pregnancies are related to the fears and fantasies taking place during pregnancy, rather than necessarily after the birth of de child.

Keywords: Prematurity; motherhood; Thematic Apperception Test (TAT).

Introdução

Vivenciar a maternidade pode ser uma experiência sublime, mas também cheia de surpresas. Em meio a todas as emoções, positivas e negativas, que o nascimento de um filho pode acometer, experienciar o nascimento de um bebê prematuro pode trazer vários questionamentos (Mathelin, 1999) e intensificar o “*estado original de desamparo*” (Camarotti, 2011, p.129) na díade materno-filial.

Se a maternidade já é normalmente considerada um estágio de crise na vida da mulher no contexto do nascimento de um bebê a termo, no contexto da prematuridade estas questões tendem a se apresentar ainda mais difíceis (De Felice, 2000; Barros, 2010). Por exemplo, o medo da morte e de possíveis sequelas, tanto para a mãe quanto para a criança em decorrência do parto, tendem a ser potencializadas quando o nascimento acontece prematuramente (Barreto, 2011; Mathelin, 2003).

Mesmo com as novas configurações e modos de funcionamento das famílias Maldonado (1989) aponta que “*os filhos ainda se inscrevem na biografia dos pais de maneira profunda e extensa*” (p. 27). Dessa forma o desejo por ter um filho é, por vezes, o propulsor para homens e mulheres enfrentarem os variados problemas advindos, inclusive, da dificuldade de concepção. Contudo, se somarmos a dificuldade de concepção e repetidas perdas gestacionais, podemos esperar por uma potencialização dessas dificuldades, conflitos, contradições e incertezas nas vidas daqueles que vivenciam esta situação (Nery, Monteiro, Luz & Crizóstom, 2006).

Todo nascimento, independente da história pregressa do casal, pode comportar certo grau de angústia e um remanejamento psíquico profundo. A chegada do bebê faz com que os pais se re-situem em sua própria história e revisitem suas próprias identificações (Boukobza, 2002). Desta forma, quando se trata de um nascimento prematuro é como se uma ‘*tempestade psíquica*’ caísse sobre o casal, agora também credenciados enquanto pais (Druon, 2011), demanda frente à qual se faz necessário o apaziguamento da ansiedade deles para que aos poucos possam restaurar as funções parentais (Weil-Halpern, 2002).

Druon (2011) ressalva que em um nascimento normal, mesmo havendo um momento de grande fragilidade narcísica, os movimentos internos geradores de conflito são amortizados pelos movimentos grupais em torno da mãe e da criança e pela presença desta, que se abre para a vida. Mãe e filho formam um casal simbiótico se protegendo contra os ataques vindos de fora. Os pais vivem a vinda da criança como uma revalorização narcísica. Ainda para esta mesma autora, em um nascimento prematuro, o mal-estar diante do fracasso da impossibilidade de ter o bebê consigo, os pais podem vivenciar uma profunda ferida narcísica, que poderá ser reestabelecida somente após a total recuperação do bebê.

Mesmo que nos dias atuais o desenvolvimento dos recursos médicos para o tratamento de bebês prematuros, ou seja, nascidos com menos de 37 semanas de gestação (Ramos & Cuman, 2009), tenha ocasionado um aumento significativo no índice de sobrevivência destas crianças, Maldonado (1989) sugere que prematuridade do parto ocasiona nos familiares um anticlímax, pois se instala a frustração de um sonho, que era o desejo de sair do hospital com o bebê no colo, levando-o para casa. O ajuste que os pais de um prematuro precisam fazer entre o bebê imaginado e o bebê real é exponencialmente maior do daquele de pais de uma criança a termo, “(...) *é um trabalho de luto pelo ideal perdido, no caminho de adaptação a uma realidade com muitas frustrações*” (Maldonado, 1989, p. 42). Esta mesma autora ressalva, porém, que este ajustamento entre bebê real e bebê imaginado também pode estar presente nos pais cuja gestação e parto transcorreram de forma tranquila.

Transcendendo a tipificação da angústia relacionada ao presente e ao futuro do bebê, muitas mães se sentem culpadas por possíveis desejos inconscientes que

poderiam ter causado o nascimento prematuro (Druon, 2011). Instalada a realidade da internação da criança na UTI neonatal, estas mães tendem a vivenciar um período no qual “*o tempo está em suspenso, e os dias só são contados em função das pesagens do bebê, que continua em gestação sem elas, numa incubadora que choca no seu lugar a criança que elas não souberam segurar*” (Mathelin, 1999, p. 135). Ainda de acordo com Mathelin (1999), a mãe, por vezes, não consegue olhar para aquela criança que está na incubadora, falar com ela, dar-lhe um nome, não consegue investir-lhe libidinalmente e colocá-la em um lugar de ideal onde a “*facilização*” seja possível.

Para Maldonado (1989) o temor da mãe em desenvolver uma relação de amorosidade e intimidade com o bebê prematuro, vem, acima de tudo, do medo de ligar-se a ele e vir a perdê-lo. Concomitante a este temor soma-se o fato real de ela não poder pegar o neném no colo, aconchegá-lo ou embalá-lo. “*Sua majestade, o bebê*”, do qual falava Freud (1914-1915/2006), para a mãe não parece com uma criança prematura. A mãe não se reconhece nessa criança pequena, nas palavras de Mathelin (1999), enrugada e magra.

Como muitos processos que auxiliarão tanto na constituição do sujeito no bebê como no seu desenvolvimento se passam no nível da inter-relação precoce estabelecida entre mãe e filho, torna-se relevante fazer uma breve referência à área dos cuidados maternos. Assim, destaca-se que os cuidados iniciais endereçados ao bebê e o conseqüente início do desenvolvimento emocional é caracterizado por uma fase denominada por Winnicott (1965/1990) de “*dependência absoluta*”. Nesta etapa o bebê não conhece a si mesmo como uma pessoa completa, nem aos outros, haja vista que ele ainda não se constituiu como uma unidade. Assim, a criança ainda não percebe que é um outro diferenciado daquele que está desempenhando a função materna, ou seja, está alienada ao desejo da mãe assim como dependente de seus cuidados. Estes cuidados, por sua vez, são a tradução da “*mãe dedicada comum*” às necessidades do seu filho (Winnicott, 1966/2006).

Contudo, após uma intensa adaptação às necessidades do recém-nascido, gradativamente, a mãe se permite a criar ciclos de presença/ausência. O bebê, por sua vez, sinaliza seu amadurecimento, tornando-se apto a suportar as falhas maternas. É este movimento de suporte, mas também de falhas, que Winnicott (1966/2006) chamou de “*mãe suficientemente boa*”. Como ressalva Kupfer (1999):

As mães não são culpadas, mas responsáveis pelo destino subjetivo de seus filhos. Entende-se aí a mãe em posição de Outro materno, atravessa pela articulação entre a sua fantasmática e sua posição de falada pelo discurso social, e que tem diante de si um bebê que se apresenta com uma materialidade que não pode ser negada. (p.101)

Vale destacar que operar a função materna e executar os cuidados com o corpo do bebê são atividades essencialmente diferentes, ainda que complementares. Para Barreto (2011), a mãe não se dirige ao seu bebê apenas como cuidadora, como alguém que cuida tecnicamente de seu filho, mas toma o seu bebê como objeto sexual completo, a quem ela remete seu próprio desejo pelas manifestações carregadas de afeto. Este objeto sexual,

ao qual nos referimos no sentido freudiano, pode ser tomado como fonte infindável de excitação para a mãe: ela acaricia seu bebê, beija-o e o embala, tratando-o como um substituto de um objeto sexual completo (Freud, 1905/2006).

Corroborando com as ideias freudianas, Mariotto (2009) ressalta que o laço de dependência mãe/filho deve se dar tanto no plano biológico – de cuidados essenciais como alimentação e higiene, como no plano simbólico no qual o bebê também é prematuro, ou seja, depende *de* alguém que sirva de suporte simbólico, e este alguém é a mãe que lhe empresta palavras. Diante disso pode-se dizer que as necessidades do bebê são satisfeitas de acordo com o código simbólico da mãe, de maneira que esta oferece ao seu filho não apenas alimento, mas, também a linguagem. Isso quer dizer que a mãe, emprestando sua fala ao filho, mostra-se enquanto função de suporte do campo da linguagem para esse sujeito que já nasceu nesse campo, mas ainda não se apropriou dele (Lacan, 1957-1958/1999).

Frente à complexidade e sobredeterminações que estão em jogo na tarefa da maternidade, vale destacar que a insegurança no modo de cuidar/maternar o seu filho pode tanto advir de mães de filhos prematuros ou não. Porém, a excepcionalidade nos cuidados com um bebê que se encontra internado em UTI neonatal são fenomenologicamente diferenciadas e se pode mesmo falar de um risco não só orgânico mas também psíquico (Motta, 2008) já que a mãe, mesmo exercendo a maternagem no hospital, só se autoriza a ser mãe quando tem o seu filho apenas sob os seus cuidados (Barreto, 2011). Desta forma, é importante, e pode-se dizer urgente, que se resgate a presença desejante da mãe para que no interjogo relacional este bebê prematuro encontre a possibilidade de estabelecer um laço que o constitua como um humano desejante. Sua sobrevivência, biológica e psíquica, dependem disso. Momentos como este caracterizam uma urgência psíquica (Motta, 2008).

Os estudos sobre prematuridade vêm se intensificando significativamente nas últimas décadas e a total dependência de um bebê humano, prematuro ou não, é sem dúvida inquestionável. A dependência do bebê humano em relação a um Outro, não se restringe aos cuidados que lhe assegurem a sobrevivência, mas também que esse Outro possa assegurar-lhe a constituição subjetiva. Muito pouco se sabia do que consistia o aparato de que vem dotado o bebê e que o torna capaz, desde os primeiros dias de vida, de ser um parceiro ativo na interação com seus pais e não mais algo inerte e facilmente moldável (Wanderley, 2003).

É a partir de uma nova concepção de bebê competente, mas nem por isto menos dependente, que o interjogo das relações mãe-pai-bebê vem sendo estudado pela psicanálise, para que não só algo do discurso dos pais possa ser escutado, mas também suas manifestações, que se fazem notar por seus sintomas e reações, sejam percebidas e reenviadas aos pais (Wanderley, 2003).

Se, conforme aponta Winnicott (1965/1990), para cada bebê que nasce, nasce também uma mãe, o desejo de pesquisar acerca da prematuridade surge a partir do questionamento de como se constitui a maternidade para uma mãe que voltou para casa sem o seu filho nos braços, pois ele ficou internado em uma UTI neonatal.

Na tentativa de abrir possibilidades de respostas a essa pergunta, a presente pesquisa procurou investigar, tanto retrospectivamente como na vivência atual, a

experiência de mães cujos filhos nasceram a termo comparativamente às mães que tiveram seus bebês prematuramente. Buscou-se estabelecer um comparativo das expectativas – em relação ao filho e à mulher como mãe – que habitam o imaginário de duas mães que tiveram parto prematuro com as de duas mães com gestação a termo.

Destaca-se que, por se tratar de pesquisa quanti-qualitativa de caráter exploratório, e, especialmente no que se refere às contribuições da Técnica Projetiva e dos subsídios do referencial psicanalítico, o material coletado foi tomado como realidade psíquica (Freud, 1914-1915/2006), ou seja, aquilo que no psiquismo das mulheres colaboradoras com a pesquisa, ganha estatuto de realidade. Sendo assim, apesar da coleta de material ter sido realizada com mães em uma data muito posterior aos seus primeiros partos, visto que seus filhos primogênitos estavam entre cinco e 10 anos, ainda assim, seus discursos foram tomados como tendo um estatuto de verdade para elas enquanto sujeitos.

Método

A presente pesquisa utilizou-se de um enfoque quanti-qualitativo com ênfase em um estudo exploratório e amostra por conveniência. Este tipo de amostragem ocorre quando a participação é voluntária e/ou quando os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência, e também por a pesquisa buscar estudar relações entre variáveis mais do que estimar acuradamente valores da população (Cozby, 2003). A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2012, na grande São Paulo, com mulheres que voluntariamente responderam a solicitação de candidatas divulgada por e-mail, enviado a um grupo de mulheres do convívio social das pesquisadoras.

Ao encontro dos objetivos desta pesquisa e considerando que o grupo de observação e informação contivesse o conjunto de experiências e expressões que se pretendia alcançar, participaram deste estudo quatro mulheres, nos termos que seguem: duas mães que tiveram partos prematuros, duas mães que tiveram partos a termo (os referidos partos foram de seus primeiros filhos).

Para critérios de inclusão foram considerados as prerrogativas de que essas quatro mulheres tivessem tido seus primeiros filhos após os 23 e antes dos 38 anos de idade e em hospital particular; possuísem nível universitário; fossem economicamente ativas; fossem casadas; e que seus filhos primogênitos – que foram os estudados nesta pesquisa, mesmo que estas mulheres tivessem tido outros filhos posteriormente – estivessem com cinco a dez anos de idade na época da realização da pesquisa, independentemente de serem menino ou menina. Como critérios de exclusão foram considerados os seguintes aspectos: mães com psicopatologia previamente diagnosticada e mães que tivessem filhos com algum comprometimento grave de saúde física ou psíquica.

Utilizou-se uma entrevista semiestruturada, cujo roteiro foi elaborado para atender exclusivamente aos objetivos da pesquisa. Esta entrevista, que foi realizada entre cinco a 10 anos após o parto do filho primogênito, permitiu uma postura reflexiva, mais flexível e aberta, visto que o pesquisador/entrevistador teve a liberdade de introduzir questões para a precisão de conceitos ou obter maior informação sobre os temas desejados. De

forma geral, as questões abordadas na entrevista semiestruturada referiam-se: a coleta de dados de informações básicas, como idade, profissão, número de gestações e de filhos; informações referentes à gestação ao qual estava sendo pesquisada, como idade da mãe durante a gestação, fantasias, temores, ansiedade e desejos na qual a mulher pudesse se recordar; como também o desenvolvimento biopsicossocial e dados atuais da relação da dupla mãe/filho.

Após a entrevista, foi aplicado o Teste de Apercepção Temática (TAT), pois, levando em consideração o que aponta Laplanche e Pontalis (2004), os testes projetivos fazem com que os sujeitos percebam o meio ambiente e respondam a ele em função dos seus próprios interesses, aptidões, hábitos, estados afetivos duradouros ou momentâneos, expectativas e desejos. Optou-se pela aplicação das pranchas 1, 7MF e 16 do TAT.

“As pranchas do TAT, por constituírem estímulos projetivos, são ambíguas, favorecendo a interferência da subjetividade na apreensão de seus conteúdos” (Silva, 1989, p. 9). Na prancha 1, intitulada *“O menino e o violino: é sempre a primeira prancha a ser aplicada, pois, em geral, não apresenta uma situação muito ameaçadora. A personagem é uma criança, percebida como distante do próprio sujeito, e a situação é relativamente estruturada”* (Silva, 1989, p. 11).

A prancha 7MF, que tem por título “Menina e boneca” e que é aplicada apenas em mulheres, o que é evocado é exatamente a relação com a figura materna, que tanto pode ser vista como modelo, apoio ou obstáculo à satisfação das próprias necessidades. Esta prancha possibilita ainda a investigação de problemática referente à maternidade, principalmente quando à distorção ou hesitação em relação à boneca (Silva, 1989).

Já a prancha 16, que é em branco, o sujeito é levado a projetar-se totalmente. A temática em geral refere-se às necessidades mais prementes do indivíduo ou, ainda, poderá ser reflexo da relação transferencial na situação de teste. (Murray, 1943 *apud* Silva, 1989).

No que se refere ao uso de testes projetivos, poucos foram os trabalhos encontrados que contribuem para a pesquisa da relação mãe-filho. Klatskin e Eron (1970) utilizaram-se do Rorschach e das pranchas 4, 7MF, 8MF, 10, 13HF e 16 do TAT para prognosticar o pós-parto de algumas mulheres, ainda durante a gravidez. Concluíram que aquelas que passaram por esse momento com mais tranquilidade, ou seja, que se adaptaram melhor, não necessariamente estavam menos deprimidas durante a gestação, mas, sim, menos preocupadas com a gravidez e aceitando melhor a ideia da maternidade.

Gardner (1971) propôs uma escala para determinação dos sentimentos maternos (fatores conscientes e inconscientes). Os itens referentes aos aspectos inconscientes foram elaborados a partir das contribuições do Teste de Apercepção Temática (pranchas 1, 2, 7MF, 13R e 19) e de informações decorrentes de associação livre. Os resultados do estudo decorreram da tabulação do material a partir de escalas que compilaram os escores atribuídos tanto às respostas conscientes obtidas nas entrevistas, como às inconscientes extraídas dos protocolos de TAT. Tabulou e categorizou os sentimentos maternos em três níveis (alto, normal e baixo). Após análise do material Gardner (1971) ressaltou que, para se avaliar os sentimentos maternos, considerar apenas os aspectos conscientes pode levar a conclusões errôneas acerca do fenômeno, já que são um conjunto complexo de fatores que interagem entre si, sobre determinando-se.

Esses dois trabalhos foram os únicos encontrados que se utilizaram do TAT para estudar algum aspecto da relação entre mãe e filho. Ambos já estão bastante defasados em relação ao tempo de realização da pesquisa.

Os resultados foram analisados à luz da teoria psicanalítica, de modo quantitativo, priorizando uma análise temática. Primeiramente, os dados obtidos nas entrevistas foram analisados levando em consideração as duas condições principais deste estudo: mães com filhos prematuros e mães com filhos de gestação a termo. As pranchas do TAT aplicadas foram inicialmente analisadas individualmente de acordo com a recomendação feita pelo autor do teste, Henry Murray (1943) e ampliada por Silva (1989).

Dando seqüência ao processo de análise dos resultados, realizou-se uma confluência das informações extraídas do TAT e dos dados da entrevista. Os dados mais objetivos da entrevista foram organizados em uma tabela para compreensão contingencial das informações.

A pesquisa foi autorizada pela Comissão Interna de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie, nº T100/10/11, em consonância com a resolução do Ministério da Saúde 196/96, sendo que todos os sujeitos envolvidos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as diretrizes nacionais e internacionais de pesquisa.

Resultados

A tabela a seguir apresenta a caracterização das participantes.

Tabela 1 – Apresentação dos dados coletados em entrevista.

Questões	Grupo: mães de prematuros (P)		Grupo: mães com gestação a termo (A)	
	Mãe 1	Mãe 2	Mãe 3	Mãe 4
Idade atual	42 anos	44 anos	43 anos	35 anos
Idade em que teve o bebê	33 anos	38 anos	35 anos	25 anos
Profissão	fonoaudióloga	médica	cantora lírica	publicitária
1ª gestação foi planejada	Sim	sim	sim	Não
Demorou para engravidar	3 anos	5 anos	2 meses	Não planejou engravidar
Nº de gestações	3	6	2	3
Nº abortos espontâneos	2	5	Nenhum	Nenhum
Sexo/idade filho mais velho (em questão neste estudo)	Menino 9 anos	Menina 6 anos	Menino 8 anos	Menino 10 anos
Outros filhos	Não	não	2 meninos gêmeos/6anos	2 meninos 4 e 5 anos
Preferência sexo do bebê	Não	Não	Sim – menina	Sim – menino

Com base nas entrevistas realizadas com as quatro mães, colaboradoras desta pesquisa, foi possível perceber divergências e confluências de dados advindos destes dois diferentes pares estudados: mães que tiveram seu filho prematuramente (que aqui chamaremos de Grupo P) e mães que tiveram uma gestação a termo (que chamaremos de Grupo A). Dentre as mães entrevistadas, as duas mães que tiveram seus filhos prematuros são mães de um único filho, enquanto as mães de gestação a termo tiveram outros filhos após o nascimento do primogênito. É importante salientar que no Grupo P as mães sofreram sucessíveis abortos espontâneos, dado este relevante para justificar o fato de ambas terem tido filhos únicos.

A preferência pelo sexo do bebê é algo que marca clara distinção entre os dois grupos apresentados: enquanto as mães do Grupo P disseram não haver preferência pelo sexo do bebê, as mães do Grupo A afirmaram que tinham uma predileção por menino ou menina. Parece-nos que diante da possibilidade de não poderem ter filhos e por estarem absortas em um momento de fragilidade narcísica (Druon, 2011), na qual o sonho de tornar-se mãe poderia estar comprometido, o grupo de mães de filhos prematuros não ousavam desejar ou imaginar o sexo do bebê. O simples fato de poder concretizar a maternidade já seria algo contemplador. A fala de uma das mães de filho prematuro ilustra melhor esta situação:

meu principal medo era porque já havíamos perdido dois filhos, então meu medo era de levar até o fim. Meu ginecologista falava 'aguenta até a vigésima oitava, que depois da vigésima oitava a gente não perde mais nenhum bebê'. Então, acho que isso era a maior preocupação. Não importava nenhum pouco se fosse menino ou menina.

No tocante ao período gestacional, encontramos no Grupo P a colocação explícita do medo de perder o bebê, sendo o principal fato gerador deste medo um histórico de abortos espontâneos. Contudo, a gestação das participantes do Grupo A também transcorreu com alguns medos e incertezas inerentes. Quando perguntadas sobre as preocupações que tinham em relação ao bebê durante a gestação, três mães responderam que a maior preocupação era com a saúde do filho (a), tal como nos fala uma das mães que teve seu bebê a termo: “a maior preocupação era a dele ser perfeito e não ter nenhuma doença. Por mais exames que a gente faça, sempre fica aquela dúvida se vai nascer e ser saudável”.

Os métodos de contato com o bebê durante a internação e os primeiros dias de vida do bebê no hospital foram muito similares entre os dois grupos. Enquanto o Grupo P utilizava-se do método mãe-canguru,¹ o Grupo A se colocou na relação com o bebê de forma acolhedora, pegando os recém-nascidos no colo.

Por outro lado, a amamentação foi uma grande dificuldade encontrada por todas as mães nos primeiros dias de vida do bebê no hospital e em casa. O discurso de ambos os grupos em relação à amamentação foram muito similares. Uma das mães do grupo de

¹ A proposta do método Mãe-Canguru é que, da mesma forma que os cangurus, as mães de bebês prematuros irão carregar os seus filhos, quando esses se encontrarem em condições clínicas, gástricas e respiratórias que viabilizem uma situação saudável (Andrade; Guedes, 2005).

gestação a termo fala que “*a grande dificuldade foi a questão da amamentação, foi uma dificuldade que também envolvia uma dor física, mas no demais foi tudo tranquilo. Na verdade eu tinha muito medo de tocar nele, medo de tudo*”. Esta colocação é endossada pelas outras três, como se pode verificar na colocação de uma das mães do grupo de prematuros:

a maior dificuldade foi a amamentação. Como ela era baixo peso, ela não podia cansar. Então ela era pesada antes e após a amamentação e o excedente do leite eu tirava no banco de leite. (...) Mas mesmo depois dela sair do hospital a amamentação continuou sendo um problema. No final da tarde era o horário do chorô dentro de casa. Nessa hora não tinha nada que fizesse o bebê parar de chorar.

A equipe de funcionários do hospital – ou como falado pelas próprias mães: “*o hospital*” – foi apontado pelas quatro mães como um terceiro que muito as auxiliou no aprendizado com os primeiros cuidados para com o bebê. A saída do hospital e a chegada do bebê em casa causou temor tanto nas mães do Grupo P, quanto nas mães do grupo A.

Um dos fatores que nitidamente diferenciam os dois grupos é a forma como as mães imaginavam seus filhos e como se imaginavam como mães. As mães de filhos prematuros (Grupo P) não conseguiam vislumbrar um futuro como mães e nem mesmo imaginar como seriam os seus filhos. Já as mães de filhos nascidos a termo imaginavam seus filhos com certas características físicas e comportamentais e, inclusive, tinham ideia de como seriam como mães. Porém, no momento da realização da entrevista todas se perceberam como boas mães e disseram tentar educar suas crianças da melhor forma possível.

Uma característica comum entre todas as colaboradoras era a maneira como se dispunham a traduzir e a nomear os desejos, incômodos e pedidos dos seus filhos. Observou-se neste ponto a função materna operante, nos moldes do que propõe Lacan (1957-58/1999), ou seja, enquanto função de suporte do campo da linguagem para seus *enfants*. Para saberem das necessidades destas crianças ainda enquanto bebês, estas mães se utilizavam de recursos semelhantes, tentando nomear o choro para saber do que ele precisava. “*Era um jogo de tentativa, erro e acerto. Mas aos poucos, com calma, fui conseguindo descobrir o que ele queria*” (mãe do grupo P).

Em relação ao desenvolvimento biopsicossocial foi pedido para que as mães comentassem como transcorreram as questões relacionadas à alimentação, sono, fala, psicomotricidade e desenvolvimento emocional, cognitivo e relacional de seus filhos. Houve uma diferença sutil no relato das mães em relação a estas questões. As mães do Grupo P assinalaram alguns pontos relacionados ao desenvolvimento que, ainda embora dentro da normalidade, causaram certa apreensão, como por exemplo, a demora em falar ou andar, a dificuldade cognitiva e de se relacionar com outras crianças. Como observado nesta fala da mãe de prematuro:

Eu já me peguei justificando algumas questões da minha filha por conta da prematuridade. Este ano, por exemplo, [filha estava com seis anos], me peguei ‘corrigindo’ a idade dela na escola, porque ela estava muito mais imatura do que as outras crianças. Mesmo porque ela é a mais nova da classe, as amiguinhas dela

chegam a ter dez meses de diferença. Se a gente for pensar em idade corrigida, ela estaria um ano atrás. Na escola eu até cheguei a cogitar a possibilidade de dar uma segurada, mas eles disseram que não, que ela ainda estava dentro do esperado para a faixa etária e que ela havia tido um ganho, um crescimento muito grande. A escola me disse que ela estava preparada para o segundo ano, mas acho que eu não estou preparada para o segundo ano.

Parece-nos que frente à possibilidade da perda, tanto diante dos prévios abortos, quanto da prematuridade, estas mães tendem a superproteger seus filhos. Remetidas aos movimentos inconscientes de que poderiam ter causado o nascimento prematuro (Druon, 2011), culpabilizavam-se pelo risco real, não só orgânico, mas também psíquico, do filho (Motta, 2008). O Grupo A não mencionou nenhum tipo de alteração no desenvolvimento biopsicossocial de suas crianças.

As mães que tiveram seus filhos prematuros e que colaboraram para este estudo, relatam acreditar que a prematuridade não influenciou ou influencia o modo como criam seus filhos, tal como se pode observar a seguir: *“Eu acho que a prematuridade não foi o problema. A questão é o milagre dela. Ela é uma milagrinha no meio de tantos abortos. Ela é uma filha única, de uma mãe com uma história de infertilidade. Isso para mim é muito maior do que a prematuridade* (mãe, cuja filha prematura estava com seis anos na época da pesquisa). Já uma outra mãe de um filho prematuro – que estava com nove anos quando realizada a pesquisa- afirma *“(…) a prematuridade ficou no passado. Acho que a prematuridade faz parte da história dele, mas ele não é diferente por causa disso”.*

Na sequência poderemos observar as sínteses globais do Teste de Apercepção Temática – TAT – das quatro mães sujeitos desta pesquisa. Para a elaboração destas análises, levou-se em consideração a análise formal e de conteúdo. Na análise formal a atenção esteve voltada para o modo peculiar pelo qual o indivíduo se desincumbiu da tarefa proposta atendendo às demandas da realidade como: tempo, comportamento, linguagem e estruturação. Já na análise de conteúdo o enfoque foi baseado na hipótese de que o indivíduo identificou-se com um ou mais personagens, atribuindo a estes suas próprias características e necessidades (Silva, 1989).

Análise do TAT da Mãe 1 (mãe de prematuro): Levando em consideração a análise das três pranchas aplicadas nesta pesquisa, foi possível perceber que a Mãe 1 faz bom uso de seus recursos egoicos quando diante das temáticas de relação com autoridade (figura materna) e atitude frente ao dever, casos em que apresenta superego atuante. Porém, quando se percebe em uma situação mais desorganizada e desestruturada, o uso das defesas se intensifica frente à ansiedade perturbadora, o que resulta de uma fraca integração do ego e do funcionamento de um superego rígido, tal como evidenciado no seguinte trecho de uma das histórias: *“era um pensamento, uma possibilidade, que não tinha nenhuma conclusão, não tinha nenhum final definido. Mesmo o começo era indefinido. Era uma grande incerteza”.*

Ela se mostrou extremamente racional e as questões referentes à maternidade – que permearam todo o protocolo – revelam um conflito entre princípio de prazer (desejo de ser mãe) e princípio de realidade (projeto de ter um filho), entre sua condição de

conseguir realizar e a incerteza que a invade sobre suas possibilidades de fazê-lo, conflito este que não consegue solucionar devido a uma falha no emprego de suas defesas.

A Mãe 1 expõe um movimento de oscilação entre a necessidade de compensar um fracasso por meio de um empenho renovado, superar obstáculos e a si mesma, procurar apoio, ajuda e proteção, como pôde ser percebido neste fragmento: “*Ele abriu a caixa e tirou de dentro um violino, então ele ficou meio decepcionado (...). Ele assistiu ao concerto e viu como funcionava, então ele pediu para ter aulas de violino e ao final ele se tornou um grande violinista*”. Geralmente ela, primeiramente, percebe o ambiente como favorável, mas, posteriormente, acaba por percebê-lo como adverso, talvez evidenciado a mesma relação que ela tenha tido com a prematuridade.

A relação com figuras de autoridade, principalmente a materna, revelou-se como fonte de apoio, ou seja, permeada por dependência e busca de amparo. Suas ansiedades estão relacionadas à própria capacidade de realização, à impotência e à privação, deixando de realizar atividades prazerosas em decorrência de altíssimas exigências superegoicas.

Para conseguir lidar com as angústias e ansiedades desencadeadas, faz uso de mecanismos de defesa que a impelem a se colocar passivamente em determinada situação, ou que intensificam uma antítese a um impulso inaceitável, ou ainda que compensam algum aspecto negativo que encontra em si mesma por meio de algum outro que a caracterize mais positivamente.

Prancha 7MF:

(...) então ela pegou uma boneca e foi sentar perto da mãe dela que estava lendo, mas ela tinha mais interesse em ficar brincando lá fora. Ela ficou apenas com a boneca no colo e ficou meio entediada e a mãe dela ficou conversando com ela, contando quando ela era crianças e costumava brincar de boneca.

Este trecho da história narrada pela mãe 1, revela sua característica passiva frente à situações que lhe causam desconforto.

É possível verificar também que em uma tentativa de defender o ego, a Mãe 1 não consegue encontrar uma saída para o plano exterior de ideias e afetos inconscientes relacionados a interdições sociais e censuras, por isso acaba por retornar essa energia contra o próprio ego sob a forma de punições, privações, autocensura e culpa.

Análise do TAT da Mãe 2 (mãe de prematuro): a Mãe 2 faz bom uso de seus recursos egoicos quando está diante de uma situação mais estruturada, tal como nas relações com autoridade ou com a maternidade, como fica evidente neste trecho da história: “*(...) A partir deste momento o violino deixou de ser uma coisa intrigante, um desafio, uma angústia. A partir desse momento o violino passou a ser um companheiro na vida desse menino*”. Contudo, quando se depara com um estímulo que suscita suas necessidades mais prementes ela não consegue elaborar eficazmente o conflito e aumenta as defesas, o que deixa à mostra uma razoável integração do ego, tal como é possível observar neste fragmento: “*(...) Na hora os pais começaram a entender a preciosidade daquele amor, a preciosidade daquela vidinha... os problemas acabaram e viveram felizes para sempre*”.

Tende a manter na impessoalidade suas relações e pouco se envolver emocionalmente, como também pode agir impulsivamente algumas vezes, apresentado labilidade emocional e ansiedade, fato este evidenciado por sucessivas interrogações, tais como: “*É em branco mesmo? E eu preciso contar uma história do zero? Pode ser relacionada ao nosso tema?*”.

Suas maiores ansiedades estão relacionadas à própria capacidade, a perda do objeto de amor e à sua própria impotência (Barreto, 2011; Mathelin, 2003) diante das situações em que se percebe enredada por seus conflitos, situações essas que aparecem na história narrada da seguinte maneira: “*Na verdade, os tempos dela eram diferentes dos tempos dos pais (...), as coisas tinham que acontecer do jeito que eles (pais) estavam imaginando. Isso trouxe muito sofrimento para essa meninazinha*”.

Necessita realizar atividades difíceis e superar a si mesma, mas ainda assim recorre às figuras de apoio, que segundo sua percepção são as parentais. Tende a desafiar as convenções, a agir da maneira que mais lhe convém e a seguir seus próprios impulsos com o intuito de controlar o ambiente e de persuadir aos que estão a sua volta. Desta forma, o ambiente geralmente é propício para a satisfação de suas necessidades, mas em algumas situações precisa lidar de forma mais enfática com as figuras de autoridade. Mesmo que a relação com estas seja marcada por bom envolvimento afetivo, acaba por se tornar tensa, pois ora essas figuras são percebidas como fonte de apoio e ora como um entrave à sua autonomia.

Seu conflito principal gira em torno da autonomia versus dependência, o qual tende a resolver de maneira efetiva, agindo por méritos próprios e respeitando o socialmente aceito. Sente-se disposta a enfrentar desafios, mas esbarra em seu próprio medo de fracassar, por isso algumas vezes idealiza muito e acaba se frustrando posteriormente. Para conseguir proteger o ego dos ataques internos, utiliza-se da idealização, levando as qualidades boas do objeto ao extremo.

Recorre também à projeção, momento no qual atribui ao outro os impulsos destrutivos, como aparece no trecho a seguir: “*(...) a irmãzinha não estava muito interessada (no bebê) e a mãe queria transportar para a irmãzinha todo o amor que ela sentia pelo bebê*”. Aparece também o mecanismo de defesa de racionalização, sempre tem uma justificativa lógica para tentar dar sentido às suas atitudes, evitando a angústia. Além disso, se vale também da repressão, mecanismo que mantém inconsciente um impulso inaceitável. A Mãe 2 apresenta um superego atuante e bom equilíbrio psíquico.

Análise do TAT da Mãe 3 (mãe a termo): avaliando a análise de todo o protocolo do TAT, pode-se considerar que a Mãe 3 apresenta vivacidade e capacidade de adaptar-se rapidamente à novas situações, embora também demonstre impulsividade e labilidade emocional. Também foi possível observar uma perda de distanciamento diante das pranchas que suscitavam a relação com figuras de autoridade e com a maternidade, como também comportamentos regressivos frente aos problemas, como pode ser evidenciado nas falas a seguir: “*Muito familiar! Era uma vez o B. (utiliza o nome do próprio filho), que pediu para aprender a tocar violino. A mamãe checou se era isso que ele realmente queria.*”; “*(...) era a mais velha que ganhou um irmãozinho, ao mesmo tempo que era sua bonequinha, era quem tinha roubado o seu trono*”.

Parece que suas necessidades estão mais relacionadas à realização de uma atividade difícil, que requeira dedicação apesar de, muitas vezes, não conseguir satisfazê-las. Mas, ao mesmo tempo, diante de situações que não sabe como lidar, tende a se tornar passiva e por isso tenta superar o fracasso por meio de um empenho renovado, ansiando por superar fraquezas e reprimir o medo, assim como frente à prancha 1, refere-se ao receio do menino em tocar violino: “*No começo era tudo muito legal, brincadeira, mas quando a coisa foi ficando mais séria foi essa carinha que ele fez assim* (aponta para a figura da prancha) *e disse: puxa vida, onde eu fui me meter?*”.

Em outros momentos, sua necessidade é a de poder defender-se de ataques, críticas e acusações, superando pela força a oposição. Mas o ambiente geralmente não se mostra propício para a satisfação de suas necessidades, principalmente diante da relação com a figura materna e com o filho, já que estas relações são configuradas por sentimentos ambivalentes (Camarotti, 2011).

Parece que existe uma relação de pouco envolvimento afetivo, além de conflituosa com a maternidade, pois esta mãe não se sentia preparada para a chegada de um filho, o que acaba por reproduzir a maneira como se sentia como filha, resultando em uma identificação maciça com o filho primogênito (Boukobza, 2002). Como está identificada com o filho a partir de sua própria posição como filha, suas dificuldades iniciais com a maternidade acabam por desembocar na rivalidade imaginária com o filho, o qual vem funcionando como receptáculo das projeções maternas. Por isso, os principais conflitos desencadeados são entre o princípio de prazer e o princípio de realidade, entre afiliação e abandono e entre entrega e renúncia, o que acaba gerando ansiedade frente à própria capacidade de realização e frente à perda do objeto de amor.

Para conseguir lidar com estas ansiedades, a Mãe 3 faz uso de defesas que a levam a justificar de forma coerente e racional situações que não consegue explicar para si mesma e, alguma vezes, eleva excessivamente as qualidades boas do objeto, negando o seu verdadeiro conteúdo. Outras vezes acaba se punindo, de forma desproporcional, ao mal que acredita ter causado. Tende a se infantilizar, a colocar no meio conteúdos que são seus e a compensar suas deficiências por meio de um outro aspecto valorizado por si que a caracterize e que considera como trunfo.

Apresenta um superego atuante tendendo à rígido e sua capacidade de elaboração dos conflitos é razoável, pois embora consiga manifestá-los, não consegue elaborá-los, lidando superficialmente com a problemática que se apresenta, ou seja, suas necessidades mais prementes, como pode ser visto no trecho que segue:

Meu irmão roubou o meu trono, embora eu tivesse a atenção constante dos meus pais. B. [nome do próprio filho], meu primogênito, passou por isso, está passando... O grande desafio é eu me dividir por três crianças, cada um a sua maneira, mostrar para cada uma as suas particularidades e o meu amor por elas.

Análise do TAT: Mãe 4 (mãe a termo): a Mãe 4 faz bom uso da linguagem verbal, mas muitas vezes apresenta ansiedade manifesta, labilidade emocional, impulsividade e perda de distanciamento em relação às suas necessidades mais prementes, que são a relação com figuras de autoridade e à maternidade, indicando uma integração razoável

do ego. Mesmo que o conflito apareça, ela não consegue utilizar suas defesas de modo eficiente para conseguir solucioná-lo, tal como pode ser visto na história que conta a relação do menino com a professora (prancha 1), que é permeada por sentimentos hostis, mas com um desfecho socialmente aceito:

(...) Chegando na aula eu me deparei com uma professora muito chata, mas eu tinha que corresponder a vontade dos meus pais e eu encarei a aula. As três primeiras aulas foram muito difíceis, mas eu consegui e hoje eu me tornei um violinista de sucesso.

Percebe-se uma predominância de um comportamento evasivo, pois tenta livrar-se rapidamente do contato com a relação com figuras de autoridade, principalmente a materna.

A Mãe 4 pode realizar ações relacionadas com as suas necessidades de controlar o ambiente e influenciar ou dirigir o comportamento de outros por meio de sugestão, sedução, persuasão ou ordens, como pode ser visto no trecho a seguir: “(...) *Eu não quero mais as minhas amigas na minha casa, eu quero continuar brincando sempre com a minha boneca*”.

Observou-se também que necessita superar obstáculos e atingir um padrão elevado, mesmo que seja com o apoio de pessoas amigas, as quais pode admirar, apoiar e submeter-se à suas influências, assim como citado nesta passagem de uma das histórias: “*Os meus pais querem que eu faça aula de violão... violino. Talvez não é o que eu queira, mas eu acho que para satisfazer a vontade deles eu vou fazer*”. Porém, por vezes, não consegue manter este nível de exigência ao qual se submete, ora resignando-se ao destino e ora tentando superar pela força a oposição.

O ambiente é percebido como desfavorável e há indícios de conflito intrapessoal. Apresenta sentimentos de rejeição os quais possivelmente decorrem de sua própria fantasia. Há aumento da ansiedade frente à perda do objeto de amor e de abandono, levando, algumas vezes, à agressividade e impulsividade para lidar com os conflitos, agressividade esta que parece surgir reativamente frente aos sentimentos depressivos e de desamparo. Desta forma, suas relações são marcadas por sentimentos ambivalentes muito em função da frustração frente às expectativas que tem de que o outro irá ajudá-la, ajuda esta que não vem. Frente a esta frustração se defende negando-a, o que faz com que se exima conscientemente de aceitá-la. O ajuste entre o filho real daquele imaginado pode fazer parte deste processo de adaptação frente à frustração de suas expectativas (Maldonado, 1989).

Predominantemente esta mãe se vale de mecanismos defensivos contra angústia no qual se coloca passiva diante de situações conflituosas e retrai-se sem conseguir agir, ou nega o conteúdo destas conflitivas, pois apresenta dificuldades em lidar com a agressividade, a qual na maior parte do tempo dirige contra o próprio ego, não conseguindo saídas sublimatórias, tal como pode ser percebido neste fragmento da história: “(...) *Essa é a lei da vida e mesmo assim a nossa vida continua com todo sentido que a gente deu a ela o tempo todo*”.

Pode-se pensar ainda que tende a apresentar uma explicação coerente do ponto de vista lógico, ou até mesmo aceitável do ponto de vista moral em situações frente às quais apresenta dificuldade em vivenciar ou entrar em contato, como, por exemplo, quando precisa lidar com suas necessidades mais prementes.

A ansiedade está relacionada à passividade, abandono, submissão e medo da perda do objeto de amor, o que se aproxima de seu funcionamento melancólico. Existe um sujeito que deseja coisas, mas estes desejos são atravessados pelas vontades e anseios de terceiros, ou seja, tem muita dificuldade em se colocar. A Mãe 4 apresenta razoáveis recursos egoicos, consegue manter um bom nível de vocabulário e faz uso pouco eficiente das defesas.

Discussão

As quatro mães entrevistadas dizem, em um registro consciente, estarem satisfeitas com a maternidade. Porém, em um nível latente seus discursos não deixaram de revelar angústias, temores e receios que o desempenho da função materna naturalmente desperta, já que a maternidade pode ser considerada um estágio de crise, seja no nascimento prematuro ou a termo (De Felice, 2000; Barros, 2010). As mães que colaboraram com esta pesquisa têm *backgrounds* bastante distintos, pois possuem diferentes profissões, idades variadas e etnias diversas, sendo o principal elo entre elas a vivência da maternidade.

As mães de filhos prematuros demoraram muito mais tempo para engravidar e tiveram sucessivos abortos antes que pudessem ter seus filhos, desta forma, como expuseram na entrevista, a maternidade era um desejo ou um projeto consciente e a busca por se tornarem mães fazia parte de seus cotidianos de uma forma muito mais concreta do que as das mães que não tiveram seus filhos prematuramente. Concomitantemente, os resultados do TAT apontaram para uma angústia frente à perda de objeto de amor bastante significativa. Já o grupo de mães de filhos a termo pouco esperaram para realizar o desejo da maternidade, inclusive, a gestação da Mãe 4 não foi planejada e a Mãe 3, de acordo com o TAT, não se sentia preparada para a chegada de um filho. Ambas demonstraram um funcionamento muito mais ansioso diante da gestação a partir da análise das pranchas do TAT do que as do grupo de mães prematuras, o que corrobora com os achados das entrevistas, pelos quais se pode inferir que as mães de filhos a termo criaram expectativas, por vezes fantasiosas, sobre a gestação e a saúde do bebê. Em ambos os grupos o espaço e a disponibilidade interna para receber o bebê independiam do desejo consciente de tê-lo (Freud, 1914-1915/2006).

Independentemente da forma como o bebê nasceu, prematuramente ou a termo, cada bebê é único em sua subjetividade incipiente e não evoluirão de maneira idêntica (Wanderley, 2003). Se levarmos em consideração que o termo ‘prematuidade’ significa “*precoce*” e, corroborando com as análises do TAT (Murray, 1943/1989), podemos dizer que embora as Mães 1 e 2 tenham tido partos pré-termo, foram as Mães 3 e 4 que, do ponto de vista psicológico, se tornaram mães prematuramente.

A Mãe 3 (filho a termo), de acordo com o TAT e com a entrevista, se mostra ansiosa, insegura e estabelece um relacionamento ambivalente frente a maternidade (tanto como filha, como quanto mãe, o que acaba por gerar uma identificação maciça com o filho primogênito, revelando um simbiose entre os dois). Este estado de simbiose mãe-filho e de dependência absoluta, essencial no início da vida e do desenvolvimento emocional do bebê, deveriam ser, gradativamente, substituídos por uma relação que tornar-se possível a independência relativa desta criança (Winnicott, 1965/1990; 1966/2006), o que, como se pôde observar, não ocorreu nesta mãe.

Já a gestação da Mãe 4 não foi planejada, mas o desejo de ter um filho menino era muito forte. Esta mãe diz na entrevista que o filho “*precisava ser perfeito*”, antecipando a revalorização narcísica inquestionável para ela (Druon, 2011). Esta afirmação é endossada pela análise do TAT que revela um alto grau de exigência com ela mesma e com os que a rodeiam. Esta exigência consigo mesma diante da maternidade e com os demais, acaba por suscitar sentimentos angustiantes e estresse frente às problemáticas que se instauram quando não consegue suprir tamanha exigência. A relação com a maternidade também é afetada, pois fantasiosamente acredita que “*precisa*” cuidar do filho enquanto seus semelhantes podem fazer o que querem, ou seja, se sente obrigada a cumprir os cuidados maternos enquanto os demais podem ter prazer. Este movimento pode provocar sentimentos de culpa ou de responsabilização pelo destino de seu filho, caso algo ocorra de maneira diferente da que planejou (Kupfer, 1999).

Como colocado por Barros (2010) a função materna é a maneira especial como a mãe se ocupa do bebê e que vão além dos cuidados dispendidos para com ele. A Mãe 4 se ocupou da maternidade tão excessivamente que, embora tenha conseguido cumprir adequadamente a função materna, talvez não tenha conseguido êxito naquilo que Winnicott (1966/2006) chamou de mãe suficientemente boa, o que aponta para uma diferença significativa entre o projeto de ser mãe e o desejo de ter um filho, conforme proposta por Barros (2010).

Outro dado coletado que merece um olhar mais cuidadoso é em relação à preferência pelo sexo do bebê. As mães de filhos prematuros (Grupo P) disseram não haver preferência pelo gênero de seus bebês, já as mães de filhos a termo (Grupo A) afirmaram que tinham predileção por menino ou menina. Podemos supor que o histórico de sucessivos abortos espontâneos mobilizaram as mães do grupo P, de tal forma, que impediram estas mães não só de ousar a ter preferência pelo sexo do bebê, como também não se permitiram imaginar seus filhos (não imaginavam características físicas ou comportamentais). Nery *et. al.*, (2006) alertam que para além da perda da gestação, a mulher acometida por um aborto espontâneo vê desaparecer também seus sonhos e esperanças. Esta perda geralmente é seguida de um sentimento de culpa, raiva, desespero e frustração. Para essas mesmas autoras as vivências do processo abortivo causam nas mulheres uma interrupção abrupta no desejo de realizar a função materna, cessando seus sonhos. Dessa forma, embora vissem e sentissem a gestação, estas mães (Grupo P) não conseguiam fazer planos, não conseguiam imaginar a maternidade, pois ainda sofriam com as perdas gestacionais anteriores, para elas o resgate e a presença desejante eram prementes para que se pudesse estabelecer o laço inicial mãe-bebê, possibilitando que os filhos se constituíssem como humanos desejantes (Motta, 2008).

Este fato marca, fundamentalmente, a maior diferença encontrada nesta pesquisa entre as mães do Grupo P e as mães do Grupo A. A principal diferença entre esses dois grupos se deu na gestação, na forma como vivenciaram o período pré-natal e não, necessariamente, a maternidade. O que nos remete a afirmação de Motta (2008) de que mesmo frente à complexidade e sobredeterminações que estão em jogo na tarefa da maternidade, a insegurança no modo de cuidar e de maternar o filho podem tanto advir de mães de prematuros ou não.

No entanto, para as mães de prematuros houve momentos angustiantes vivenciados durante a internação de seus bebês, como quando a mãe teve alta hospitalar e o seu filho continuou internado. Nesta circunstância pode ocorrer uma interrupção abrupta da construção do vínculo entre mãe e bebê, o que comumente acarreta para a mãe sentimentos de culpa, impotência e de frustração, pois a mãe, mesmo exercendo a maternagem no hospital, só se autoriza a ser mãe quando tem o seu filho apenas sob os seus cuidados (Barreto, 2011). Este fato pode ser evidenciado na fala da Mãe 2: “*eu quase não ficava em casa, ficava no hospital das 7h da manhã às 10h da noite, (...) lá (no hospital) eu fazia mãe-canguru, dava banho, amamentava e trocava fralda*”. Parece que a maternagem aqui mencionada, ou seja, o cuidado para com o bebê, autoriza a mãe a criar um vínculo com o seu filho e desperta o desejo da mãe em ocupar-se do bebê de forma particularizada, exercendo a função materna (Barros, 2010).

As similaridades entre estas mães corroboram com a literatura psicanalítica que expõe que, depois do nascimento, os pais irão conhecendo o seu bebê à medida que cuidam dele e o bebê, por sua vez, também responde aos estímulos dos pais (Mathelin, 1999; Winnicott, 1965/1990). A atitude emocional da mãe e seu afeto orientam o bebê, conferindo qualidade de vida à sua experiência, tal como nos diz Freud (1905/2006), a mãe toma o bebê como um substituto de um objeto sexual completo, ou seja, o bebê é fonte infindável de excitação para a mãe.

Após o nascimento, as quatro mães referem ter tido preocupações muito similares, principalmente relacionadas ao bem estar de seus bebês. Estas apreensões estavam principalmente referenciadas à saúde, amamentação e ao sono. As entrevistas, contudo, trouxeram informações do nível consciente, o que não exige que elas puderam estar se referindo àquilo que tem como referência social ao que se espera de uma “boa mãe”. Por outro lado, logo que os bebês nascem, conforme aponta Winnicott (1966/2006) a mãe devotada não é sinônimo de pessoa inteligente ou culta, mas é aquela capaz de achar que pode atender às necessidades do bebê.

Ficou evidenciando que, tal como as Mães 3 e 4, as mães do Grupo P (Mães 1 e 2) também revelaram aspectos ambivalentes em relação à maternidade, característica normativa da vivência materna (Barros, 2010; Barreto, 2011). De acordo com a análise do TAT (Murray, 1943/1989) a mãe 1 apresentou ansiedades advindas de sua função como mãe, principalmente àquelas relacionadas a sua capacidade de realização, o que desencadeou um conflito frente à sua impotência. Tal como a Mãe 1, a Mãe 2 também apresentou ansiedades relacionadas à sua capacidade de realização, uma das possíveis causas para o desencadeamento deste conflito podem ser os sucessivos abortos e a incapacidade de gerar outros filhos. A busca de um ideal de maternagem, para a Mãe 2, acaba esbarrando na frustração da impossibilidade de fazê-lo.

Podemos dizer que as quatro mães sujeitos desta pesquisa criaram tanto laços biológicos de cuidados essenciais como alimentação e higiene, como laços no plano simbólico, no qual todo bebê é prematuro (Mariotto, 2009).

Considerações finais

A gestação é um momento especial para muitas mulheres. Poder-se-ia pensar que diante da gravidez as futuras mães sonham com filhos saudáveis e cultivam sentimentos de satisfação e felicidade. Mas esta afirmação pode ter os mais variados desdobramentos, pois, conforme apontado nas discussões, a gestação, o parto e os primeiros contatos da mãe com o seu bebê podem estar carregados de sentimentos ambivalentes. A angústia e insegurança de cuidar de um filho, principalmente em se tratando do primeiro filho, foram fatores presentes na realidade das quatro mães sujeitos desta pesquisa e não exclusivamente de mães de filhos prematuros ou de mães que tiveram seus filhos a termo.

A partir da interpretação e análise dos dados coletados, foi possível perceber que as principais diferenças entre mães que tiveram seu filho prematuramente e mães que tiveram uma gestação a termo, dizem respeito às questões relacionadas aos temores e fantasias durante a gestação. A relação que se estabelece *à posteriori* parecem ser experiências típicas na vivência entre mãe e filho, conforme a literatura aponta.

Na pequena amostra estudada os maiores índices de ansiedade foram mais intensos durante a própria gravidez do que após o parto prematuro, ou seja, em decorrência dele. Porém, é prematuro dizer que não há impactos em outros grupos de mulheres, como por exemplo, naquelas em que o parto prematuro foi totalmente inesperado – condição esta diferente da amostra desta pesquisa, cujo grupo de mulheres que tiveram parto prematuro tinham histórico de abortos anteriores.

Observou-se que as dificuldades e ansiedades no processo de maternagem se mostraram semelhantes nas quatro mulheres estudadas e, além disso, inerentes aos estágios iniciais do estabelecimento da relação mãe e filho. Apenas com relação às expectativas é que foram observadas divergências entre os dois grupos com relação à maior intensidade e frequência, no grupo das mães prematuras, das ideias de que a gravidez poderia ser interrompida a qualquer momento, resultando na perda do bebê.

Assim posto, pode-se considerar que os objetivos desta pesquisa foram plenamente atingidos, já que foi possível aprofundar o estudo acerca dos possíveis efeitos da prematuridade na relação mãe e filho. Efeitos estes que, a partir da amostra, não tiveram maior relevância na maneira como as mães se relacionaram com seus filhos, pois a vivência da maternidade foi marcada por sentimentos ambivalentes nos dois grupos de mães estudados.

Também foi possível estabelecer um comparativo das expectativas em relação ao filho e à mulher como mãe, que habitam o imaginário destas mães. Estas expectativas, contudo, foram muito mais rígidas nas mães que tiveram partos a termo, pois estas traçaram metas previamente delineadas para seus filhos, como por exemplo, planos e preocupação para um futuro profissional dos filhos desde uma idade muito precoce. Já

nas mães que tiveram seus partos prematuramente foi possível observar que existe uma maleabilidade em relação às demandas das crianças, com uma tendência a se ajustar, sempre que necessário, a um novo cenário advindo das necessidades dos filhos.

É importante salientar que este estudo pôde contribuir com as mães envolvidas, visto que, a partir de seus próprios comentários, as mães se sentiram satisfeitas em poder falar sobre os conflitos, satisfações e angústias que vivenciaram durante e após a gestação. Compreender de forma sistemática os anseios, obstáculos e idealizações destas mães, auxiliou para ampliação do olhar no que tange a prevenção de sofrimento psíquico, tanto nos casos de parto prematuro como a termo.

Esta pesquisa pôde ampliar o estudo dos possíveis efeitos da prematuridade na relação mãe e filho. Contudo, vale ressaltar a importância de futuras pesquisas que retomem alguns questionamentos que surgiram durante este processo, como, por exemplo, assuntos relacionados à perda gestacional consecutiva e prematuridade e o papel do pai durante a gestação e no parto prematuro.

As dificuldades vivenciadas durante este trabalho, como a busca por sujeitos de pesquisa que se enquadrassem na amostra e a disponibilidade das mães em participar do estudo, puderam ser superadas, permitindo a exposição dos resultados finais apresentados e a conclusão do trabalho de forma gratificante. Também é importante salientar a contribuição do TAT como técnica projetiva que auxiliou neste estudo. O uso do TAT, em associação com uma entrevista semiestruturada, é um método pouco encontrado na literatura para a pesquisa da relação mãe-filho (prematuros ou não). Este tipo de material projetivo, em conjunto com a entrevista, pôde auxiliar na identificação das situações vivenciadas pelas mães, como também colaborou para a inferência de significados latentes a partir do discurso manifesto, permitindo uma compreensão mais abrangente do material estudado.

Referências

- Andrade, I. S. N., & Guedes, Z. C. F. (2005). Sucção do recém-nascido prematuro: Comparação do método mãe-canguru com os cuidados tradicionais. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, 5(1), 61-69.
- Barreto, C. P. O. (2011). *Maternagem e função materna em UTI neonatal: Um estudo psicanalítico*. Dissertação de mestrado apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP.
- Barros, I. P. M. (2010). *Movimentos do desejo materno antes e após o nascimento do filho: Um estudo longitudinal*. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo/SP.
- Boukobza, C. (2002). O desamparo parental perante a chegada do bebê. In: L. M. F. Bernardino, & C. M. F. Rohenkohl (orgs). *O Bebê e a Modernidade: abordagens Teóricas Clínicas* (pp. 15-25). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Camarotti, M. C. (2011). O bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: dor e psiquismo precoce. In: Marie Christine Laznik, & David Cohen (orgs). *O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa* (pp.129-136). São Paulo: Instituto Langage.

- Cozby, P. C. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas.
- De Felice, E. M. (2000). *A psicodinâmica do puerpério*. São Paulo: Vetor.
- Druon, C. (2011). Ajuda ao bebê e aos seus pais em terapia intensiva neonatal. In: Daniele de Brito Wanderley (Org.), *Agora eu era o rei: Os entraves da prematuridade* (pp.35-54). Salvador: Álgama.
- Freud, S. (1905/2006). *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Um caso de histeria, três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos. Vol. VII. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- _____ (1914-1915/2006). *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud: A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos. Vol. XIV. Sobre o narcisismo: uma introdução*. Rio de Janeiro: Imago.
- Gardner, R. A. (1971). A proposed scale for the determination of maternal feeling. *Psychiatric Quarterly*, 45(1), 23-34.
- Klatskin, E. H., & Eron, L. D. (1970). Projective Test content during pregnancy and postpartum adjustment. *Psychosomatic Medicine*, 32(1), 487-493.
- Kupfer, M. C. (1999). Psicose e autismo na infância: problemas diagnósticos. *Estilos da Clínica: Revista Sobre a Infância com Problemas*, 7(1), 96-107.
- Lacan, J. (1957-58/1999). *O seminário – livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Laplanche, J., & Pontalis, J-B. (2004). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Maldonado, M. T. (1989). *Maternidade e paternidade: Situações especiais e de crise na família*. Petrópolis: Vozes.
- Mariotto, R. M. M. (2009). *Cuidar, educar e prevenir: As funções da creche na subjetivação de bebês*. São Paulo: Escuta.
- Mathelin, C. (1999). *O sorriso de Gioconda: Clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- _____ (2003). Prática analítica em neonatologia. In: Daniele de Brito Wanderley (Org.), *Palavras em torno do berço* (pp.129-142). Salvador: Álgama.
- Motta, S. P. P. (2008). Anorexia neonatal e intervenções precoces. In: L. M. Atem. *Cuidados no início da vida: clínica, instituição, pesquisa e metapsicologia* (pp. 213-222). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Murray, H. (1943/1989). *Teste de apercepção temática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nery, I. S., Monteiro, C. F. S., Luz, M. H. B., & Crizóstomo, C. D. (2006). Vivências de mulheres em situação de aborto espontâneo. *Revista Enferm., UERJ*, 14(1), 67-73.
- Ramos, H. A. C.; Cuman, R. K. N. (2009). *Fatores de risco para a prematuridade: pesquisa documental*. Acessado em <10 de setembro de 2011> Disponível em <<http://www.scielo.br>>.
- Silva, M. C. V. M. (1989). *TAT: Aplicação e interpretação do teste de apercepção temática*. São Paulo: EPU.
- Wanderley, D. B. (2003). *Palavras em torno do berço*. Salvador: Álgama.

- Weil-Halpern, F. (2002). Tornar-se mãe graças aos progressos da medicina. In: L. M. F. Bernardino, & C. M. F. Rohenkohl (orgs). *O Bebê e a Modernidade: abordagens Teóricas Clínicas* (pp. 27-34). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. W. (1965/1990). *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- _____. (1966/2006). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.

Recebido em novembro de 2012

Aceito em junho de 2013

Alcimeri Kühl Amaral Veiga Prata – Psicóloga formada pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Psicanalista formada pelo Centro de Estudos Psicanalíticos, CEP – São Paulo.

Izabella Paiva Monteiro de Barros – Psicóloga Clínica. Doutora em Psicologia Clínica (IP-USP). Mestre em Psicologia Clínica (IP-USP). Especialista em Psicanálise pelo Laboratório Sujeito e Corpo (IP-USP). Professora e Supervisora do Serviço-Escola da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Endereço para contato: alcimeriprata@hotmail.com