

## Introdução

A gravidez é uma etapa do desenvolvimento muito sensível, de ambivalências em vários sentidos e de grande vulnerabilidade emocional (Maldonado, 2002 in Borsa, 2007). É uma fase de transformações a vários níveis que desafiam a grávida, o casal e a família, mas pode ser também encarada como uma possibilidade muito rica de crescimento e desenvolvimento (Campos, 2000).

Durante a gravidez, a mulher retoma aspetos de toda a sua vida anterior, das suas experiências com os seus pais, da vivência edipiana e dos movimentos de dependência e de separação que viveu nessa tríade, sendo uma nova oportunidade de elaboração de conflitos anteriores e de novos movimentos de individuação (Brazelton & Cramer 2002 cit. in Borsa, 2007), gerindo ainda tarefas como aceitação da gravidez e do feto, do relacionamento com o parceiro, aceitação da individualidade do bebé e integração da identidade parental (Colman & Colman, 1972 cit. in Campos, 2000), num movimento de dupla identificação pontuada também por dinâmicas narcísicas que dão sentido às mudanças relacionadas com o crescimento do seu filho (Ferrari & Donelli, 2010). Surge então a necessidade de “arrumar” o seu mundo interno, por forma a encontrar um espaço onde possa contruir o lugar de mãe e o lugar do filho que irá nascer (Ferrari et al., 2006 cit. in Ferrari & Donelli, 2010).

De facto, se tudo correr conforme esperado, o crescimento embrionário e fetal e o desenvolvimento da relação parental decorrem ao mesmo ritmo (Wertheim e Morris 1987, cit. in Campos, 2000). O bebé imaginário constrói-se neste conjunto de processos de integração e diferenciação que vão ocorrendo, e deve ser atualizado no nascimento (Ferrari & Donelli, 2010), pois também a mãe terá de conjugar a mãe que imaginou que seria com o papel de mãe que irá gradualmente contruindo. Esta harmonia e conjugação é de extrema importância, para que a dinâmica não fique comprometida com um choque entre fantasia e realidade, como acaba por acontecer nos casos de prematuridade.

Atualmente nascem cada vez mais crianças prematuras, possivelmente reflexo da cultura de grande exigência profissional e pessoal (Moreira, 2007), num tempo cada vez mais acelerado e impaciente. Apesar dos avanços nos cuidados ao bebé prematuro, o nascimento prematuro é uma das dez principais causas de morte neonatal e representa mais de metade das causas de morte no primeiro mês de vida (Blau et al., 1963). Grande avanços foram e continuam a ser feitos e já na segunda metade do Século XIX começou

a ser possível assegurar a sobrevivência de bebês nascidos antes de termo, algo impossível até então, graças aos desenvolvimentos da medicina neonatal e obstetrícia e aos avanços tecnológicos (Botelho, 2003), assistindo-se no fim deste século ao surgimento da incubadora e à criação da primeira unidade de cuidados intensivos neonatais, em 1895, em Paris (Gomes-Pedro et al, 1997, cit. in Botelho, 2003).

Nos anos 50 e 60 do século XX, os cuidados neonatais eram especialmente atentos aos perigos das doenças contagiosas, resultando em políticas de isolamento que separavam fisicamente as áreas de obstetrícia das áreas de pediatria, reunindo todos os bebês a termo em grandes enfermarias de onde os pais e familiares eram excluídos (Brum & Schermann, 2004). Na década de 70, os cuidados centrados na família permitiram a entradas dos familiares e a permanência dos bebês nos quartos das mães durante as visitas e nos anos 80 e 90 mães e filhos passaram a partilhar o quarto ( Klaus & Kennell, 2000 in Brum & Schermann, 2004).

Atualmente, e graças aos contínuos avanços na medicina e tecnologia, é possível a sobrevivência de bebês nascidos com apenas 23 semanas de gestação e peso inferior a 500 gramas (Botelho, 2003). Contudo, todo o processo que decorre após o nascimento de um bebê prematuro é extremamente complexo e envolve uma dinâmica relacional tão sensível quanto o novo ser que nasceu antes de estar pronto, para uma mãe também ela prematura.

## Prematuridade: Causas e implicações no desenvolvimento infantil

A prematuridade é a principal causa de morbidade e mortalidade perinatais (Gonçalves, 1996 cit. in Botelho, 2003) sendo por isso importante compreender tanto as causas como as implicações, de forma a poder prevenir e intervir precocemente e possibilitar o desenvolvimento saudável da criança a todos os níveis.

O nascimento é considerado prematuro quando ocorre antes das 37 semanas de gestação, mais precisamente até às 36 semanas e seis dias de gestação e pode acontecer devido a diversos fatores como alterações na placenta e líquido amniótico, infeções ou alterações no estado de saúde da mãe ou do feto, gravidez gemelar, anormalidades uterinas (Roberts et al 1995 in Botelho, 2003) entre outras causas que não encontram explicação na medicina (Silva et al., 2013). Já na década de 40 estudos extensos desenvolvidos acerca da etiologia da prematuridade não encontraram causas obstétricas ou orgânicas que explicassem o nascimento prematuro em mais de 50% dos casos em estudo, enfatizando causas multifatoriais desses nascimentos prematuros (Blau et al., 1963).

Estudos prospetivos De Muylder (1989, 1990 cit. in Botelho, 2002) concluíram que grávidas com risco de prematuridade relatavam dúvidas quanto ao desejo de ter o bebé e de se tornarem mães, manifestando mais sentimentos negativos e até de hostilidade e rejeição perante a gravidez do que as grávidas do grupo de controlo sem risco de prematuridade. O mesmo estudo apontou ainda que estas grávidas estavam mais insatisfeitas com aspetos da sua vida pessoal, sexual e com o corpo, mantendo com o feto uma relação pobre, em alguns casos não tendo sequer escolhido nome para o bebé, e frequentemente engravidam sem intenção (Blau et al., 1963). De facto, registos de tentativas de interrupção voluntária da gravidez estão muitas vezes associados aos dados clínicos das mães de bebés prematuros (Botelho, 2003) que são geralmente mais jovens, apresentam uma maior imaturidade emocional, preocupação narcísica com a imagem corporal, dificuldades de identificação feminina com a figura materna, conflitos na heterossexualidade e uma figura parental pouco significativa que dificulta ou impossibilita a resolução do complexo edipiano (Blau et al., 1963).

Estes dados contribuíram para compreender a importância da dimensão psíquica neste fenómeno assim como a existência de uma correlação entre características da

grávida e acontecimentos de vida stressantes, com o aumento na incidência da prematuridade (Adler & Heyes, 1990 in Botelho, 2003).

### Relação mãe-bebé na prematuridade

A relação entre mãe e bebé, assegurada pelo seu vínculo, é essencial para um desenvolvimento equilibrado e saudável ao longo de toda a vida, especialmente durante a infância, e é muito alimentada ainda durante a gestação pelas expectativas da grávida para com o seu bebé, pelas fantasias que elabora e pelas representações que cria nos momentos em que o imagina e imagina toda a maternidade (Borsa, 2007). Este vínculo precoce é influenciado pela possibilidade de investir narcisicamente no filho que a mãe demonstra (Zornig, Morsch, & Braga, 2004) e é fortemente influenciado por diversos fatores, como fatores prévios da mãe, fatores relacionados com a experiência da gravidez e do parto e fatores relacionados com o próprio bebé e com a relação que estabelecem.

Deve então apoderar-se da mãe o estado de “Preocupação materna primária”, semelhante quase a um estado de dissociação, para que possa voltar toda a sua atenção para as necessidades do bebé, criando um “ambiente suficientemente bom” para que sejam desenvolvidas as suas potencialidades e o vínculo possa construir-se (Winnicott, 1998 in Borsa, 2007), numa continuidade temporal através das interações maternas, que permitem ao bebé ir adquirindo um esboço de self, sustentado pelo espaço de ilusão e pela crença de onipotência que a mãe cria no bebé (Ogden, 1996 in Zornig et al., 2004). A mãe “suficientemente boa” funciona, depois do nascimento, quase como funcionava na gravidez, isto é: “psicologicamente, o bebé recebe de um seio que faz parte dele e a mãe dá leite a um bebé que é parte dela mesma” (Winnicott, 1971, p. 27), em que a separação e diferenciação dos dois ocorre progressivamente ao longo do desenvolvimento e a partir de um momento onde eram um só.

A forma como o bebé é segurado e cuidado é essencial na continuidade previsível da sua existência, para este possa sentir-se seguro num meio novo e que este meio se apresente segundo um padrão mais ou menos estável, evitando a imprevisibilidade que seria assustadora (Winnicott, 1971). O desenvolvimento

complica-se e a ideia de onipotência do bebé fica comprometida por um meio/mãe não responsivo e pouco seguro (Winnicott, 1971).

No momento do parto, a mãe confronta-se de forma definitiva com o facto de o bebé, que gerou, ser uma pessoa diferente de si, e entram em confronto o bebé da fantasia e o bebé real (Borsa, 2007), tarefa especialmente complexa nos casos de prematuridade, onde a vivência é traumática, tanto para a mãe como para o bebé, interrompidos no seu desenvolvimento conjunto por uma situação impensada que rompe com a elaboração da separação que acontece durante os últimos meses da gravidez, ao mesmo tempo que se torna numa separação abrupta e brutal, porque o bebé se torna alvo de cuidados extremos e a mãe não pode participar neles, ao mesmo tempo em que a possibilidade de morte do recém-nascido se torna um medo constante. (Ferrari & Donelli, 2010).

Estabelece-se uma inevitável distância entre ambos, a relação imediata mãe-bebé é comprometida, o que dificulta a emergência do papel, que fica colocado em segundo plano, uma vez que os cuidados maternos são restritos e só quando o bebé está estável pode ter o seu primeiro contacto com a mãe (Pontes & Cantillino, 2014) ficando a relação entre ambos em suspenso.. Os conflitos reativados pelo nascimento de um filho, perfeitamente comuns, não podem ser elaborados porque a criança não pode ser devidamente investida, acentuando-se a distância física e psíquica pelo próprio contexto de internamento e pelo espaço de incerteza, pelo medo da perda e pela angústia de confronto entre bebé real e bebé imaginário (Moreira, 2007). A prematuridade ocupa assim o lugar destinado ao espaço de ilusão entre a mãe e o bebê, que permitiria à mãe identificar-se com ele e responder às suas necessidades, e o bebé fica entregue a um meio desconhecido e estranho, sem uma forma de transição através dos cuidados parentais que o ajudassem a adaptar a esse meio (Zornig et al., 2004).

Este espaço físico, que protege o bebé, limita-o aos contactos ao mesmo tempo que o deixa desamparado, sem contenção materna, numa quebra no continuar a ser fora do útero, sujeito a uma série de procedimentos dolorosos e intrusivos extremamente indutores de stresse que afetam inclusivamente, pela presença excessiva de cortisol, o sistema imunológico e o desenvolvimento cerebral (Shore, 2002 in Moreira, 2007).

Neste contexto, toda a comunicação fica comprometida, uma vez que o choro do bebé, que numa relação mãe-bebé saudável invoca o cuidado da mãe, não tem resposta

nem tradução (Moreira, 2007) assim como nenhuma interação do bebê pode ter, num contexto permanentemente invadido. O recém-nascido pode assim isolar-se perante o ambiente, para evitar o sofrimento e as respostas dolorosas que recebe deste (Winnicott, 1952 in Moreira, 2007).

O filho idealizado é perdido e a identidade materna é posta em causa imperando sentimentos de fracasso e inferioridade pela mãe, que se sente incapaz de gerar um filho e não se sente incentivada a interagir com ele, por um lado porque ele não é responsivo às suas interações pela sua imaturidade, por outro lado, porque existe um movimento defensivo da mãe que teme perder o bebê (Marson, 2008). Sente-se frequentemente incapaz de compreender e responder adequadamente ao seu filho, sendo inevitável um processo de luto perante o nascimento de um bebê prematuro, que desilude e dececiona e que suscita sentimentos de culpa consciente e inconsciente (Brazelton, 1988 in Brum & Schermann, 2004). O bebê real prematuro, nada semelhante ao imaginado, fere profundamente o narcisismo materno e retoma as fantasias de castração e de abandono, por ter deixado o bebê nascer antes do tempo e por o ter abandonado no hospital, resultando numa dificuldade em criar um espaço simbólico para este bebê, que lhe permitisse construir a sua identidade materna e integrar progressivamente este bebê (Marson, 2008).

Se é no rosto da mãe que o bebê vê o seu reflexo, como num espelho, e sente que existe (Winnicott, 1971), quando este rosto reflete o medo da mãe e os seus sentimentos de incapacidade, assim como aspetos do luto que está a elaborar, isso terá impactos na relação de ambos. Os pais colocam em si um peso brutal de responsabilidade quando passam a ser eles a cuidar do bebê e situações como choro ou doenças tornam-se momentos de verdadeiro terror, onde é preciso agir rapidamente e não há espaço para tentar entender o que o bebê precisa ou testar hipóteses (Ferrari & Donelli, 2010). O discurso médico, já tão familiar, ocupa o lugar das hipóteses maternas como forma de defesa para a mãe, que teme a morte do bebê e por isso se serve dos termos médicos para se distanciar e assegurar que está a agir da forma mais correta (Ferrari & Donelli, 2010).

Este bebê fica muitas vezes, aos olhos destes pais, prematuro para toda a vida e a relação que estabelecem com ele será mais ou menos investida consoante as possibilidades e particularidades de desenvolvimento que lhe foram dadas (Cabassu, 1997 in Ferrari & Donelli, 2010).

Todos estes aspetos podem comprometer seriamente o desenvolvimento psíquico destes bebés, que ficam entregues a uma sensação de mal-estar sem recursos simbólicos que a traduzam ou signifiquem (França, 2004, in Moreira, 2007), gerando-se uma angústia de desamparo que ficará associada à história de crianças que nasceram prematuramente (Moreira, 2007).

As consequências no desenvolvimento de um bebé prematuro podem incluir deficiências cognitivas, dificuldades escolares e comportamentais, atrasos de linguagem e desenvolvimento motor, cognitivo e social, entre outras, que se reconhece estarem relacionadas com as características do meio ambiente onde cresceram esses bebés e não apenas com o facto de serem bebés prematuros (Bradley et al, 1995 & Martins et al, 2005 in Ferrari & Donelli, 2010).

Estudos longitudinais apontam bebés com peso inferior a 1500g como um grupo de risco para problemas de desenvolvimento psicológico (Novello, Degraw & Kleinnan, 1992; Waber & McComick, 1995; Werner 1986 in Linhares et al., 2000) e que o melhor prognóstico dessas crianças está no padrão de interação entre mãe-bebé que se estabelece (Brazelton, 1994 in Linhares et al., 2000).

Os pais de bebés prematuros percecionam distorcidamente os seus filhos como vulneráveis, por se concentrarem mais nos défices do que nos recursos e acabam por estabelecer frequentemente com eles relações de insegurança e superproteção, definindo-os ao longo de todo o seu crescimento como prematuros (Carvalho, 2000 in Linhares et al., 2000). Tendem a caracterizar estas crianças como difíceis, mais agitadas e impacientes, tendo também maior incidência de enurese, asma e crises respiratórias (Linhares et al., 2000).

Estudos demonstram que um bebé prematuro apresenta menos alterações respiratória, melhor funcionamento cerebral, ganho de peso e melhor progresso no desenvolvimento se for tocado, embalado e se a mãe comunicar com ele durante o seu internamento, além de potenciar a relação de vínculo entre ambos (Brazelton, 1988, Klaus & Kennel, 2000 in Brum & Schermann, 2004).

Graças à sua enorme plasticidade, os bebés beneficiam de uma intervenção que lhes ofereça um ambiente mais adequado às suas necessidades e os pais beneficiam de um apoio que aumente a possibilidade de estabelecerem com o filho um vínculo seguro, tendo mais capacidades de gerir o esforço extra que o bebé exige e as dificuldades que

possam surgir (Bee, 1997 in Brum & Schermann, 2004). Um estudo com 46 mães, avaliadas no nascimento dos filhos prematuros e avaliadas novamente 14 meses depois, conclui que os bebês cujas mães estavam no grupo de apoio demonstravam vínculo mais seguro do que os bebês das mães que não beneficiaram de apoio (Jacobson & Fry, 1991 in Brum & Schermann, 2004). Nestas situações, a intervenção precoce é muito importante e os pais devem se incentivar a expressar o seu luto e tristeza por uma situação que não correu da forma que imaginavam (Brum & Schermann, 2004)

O processo de luto da mãe deve ser verbalizado e elaborado por estes pais, para posteriormente começarem a investir nesse bebê real, cientes da importância da responsividade da mãe nessa etapa precoce e devidamente amparados por uma rede de apoio e suporte (Brum & Schermann, 2004). Nos casos de nascimento prematuro em que o bebê fica separado e em cuidados intensivos, a mãe suficientemente boa torna-se assim a sua mãe biológica mas também toda a equipa que presta os cuidados ao bebê e que deve ser responsável por criar um ambiente que se adapte a todas as necessidades do recém-criado (Brum & Schermann, 2004). A criação de um ambiente saudável onde esse bebê possa começar a sua construção enquanto pessoa e retomar o seu processo de desenvolvimento que foi interrompido bruscamente com a significação e simbolizações necessárias para que elabore estes primeiros momentos da sua vida (Moreira, 2007).

---

## Reflexão

Refletir sobre a problemática da prematuridade implica uma visão alargada sobre diversos fatores que lhe são inerentes, mas que poderíamos facilmente desconsiderar se nos focássemos numa visão reducionista dos fenómenos. De facto, uma visão dinâmica dos processos psíquicos, associada naturalmente à nossa conceptualização teórica, levou-nos a uma compreensão que tentámos ser global acerca desta questão, permitindo-nos compreender que um nascimento prematuro vem acompanhado de um histórico de fatores múltiplos que, em conjunto, o potenciam, dentre eles, e de grande importância, os fatores das vivências internas das mães prematuras. O que nos leva a um ciclo que pode facilmente tornar-se perverso, na medida em que o bebé confirma as angústias da mãe, antecipadas, e a mãe gera as angústias do filho, criando também, no bebé, dinâmicas internas enfraquecidas por um tempo precoce de desamparo e insegurança.

Não queremos, com isto, limitar o desfecho de um nascimento prematuro mas, antes, realçar a importância de uma intervenção precoce, o mais precoce possível, assim como são as relações mais importantes do desenvolvimento de qualquer sujeito enquanto pessoa- a díade mãe-bebé. Esta relação, num contexto de nascimento prematuro, tem inevitavelmente de ser trabalhada, e é inevitavelmente trabalhada por esta mãe, com ou sem apoio terapêutico que vai, melhor ou pior, mais cedo ou mais tarde, fazer o luto deste filho que talvez até nunca tenha de facto nascido, para esta mãe, nas suas vivências inconscientes. Este luto que tem de ser feito, deve ser um luto simbólico, num espaço e tempo próprios que não comprometam ou não atrasem o nascimento do outro filho, o real, que está à espera de uma mãe que lhe mostre que ele, afinal, existe, enquanto está a lutar por essa existência. A intervenção precoce é, por tudo isto, indispensável a um bom prognóstico de desenvolvimento a dois e da criança, atualmente com grandes hipóteses de sobrevivência, nos seus aspetos mais básicos de integração e vinculação, na sua sobrevivência psíquica.

---

## Referências bibliográficas

- Blau, A., Slaff, B., Easton, K., Welkowitz, J., Ph, D., Springarn, J., ... Ph, D. (1963). The Psychogenic Etiology of Premature Births A Preliminary Report. *Psychosomatic Medicine*, *XXV*(3), 201–211.
- Borsa, J. C. (2007). Considerações acerca da relação Mãe-Bebê da Gestação ao Puerpério. *Contemporânea-Psicanálise E Transdisciplinaridade*, *2*, 310–321.
- Botelho, T. M. (2003). *Avaliação do Perfil Factorial da Personalidade de Mulheres que Sofreram um Parto Prematuro*.
- Brum, E. H. M. De, & Schermann, L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saúde Coletiva*, *9*(2), 457–467. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000200021>
- Campos, R. C. (2000). Processo gravídico, parto e prematuridade: Uma discussão teórica do  
Campos, R. C. (2000). Processo gravídico, parto e prematuridade: Uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. *Aná. Psicológica*, *18*(1), 15–35.
- Ferrari, A. G., & Donelli, T. (2010). Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. *Contextos Clínicos*, *3*(2), 106–112. <https://doi.org/10.4013/ctc.2010.32.04>
- Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Bordin, M. B. M., Chimello, J. T., Martinez, F. E., & Jorge, S. M. (2000). Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, *10*(1991), 60–69. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2000000100006>
- Marson, A. P. (2008). Narcisismo materno: quando meu bebê não vai para casa... *Revista Da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, *11*(1), 161–169. Retrieved from [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582008000100012&amp;script=sci\\_artext&amp;tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582008000100012&amp;script=sci_artext&amp;tlng=es)
- Moreira, J. D. O. (2007). A ruptura do continuar a ser : o trauma do nascimento prematuro. *Mental*, *5*(8), 91–106.

- Pontes, G. A. R., & Cantillino, A. (2014). A influência do nascimento prematuro no vínculo  
Pontes, G. A. R., & Cantillino, A. (2014). A influência do nascimento prematuro no  
vínculo mãe-bebê. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4), 290–298.  
<https://doi.org/10.1590/0047-2085000000037mãe-bebê>. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*,  
63(4), 290–298. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000037>
- Silva, R., Caires, B., Nogueira, D., Moreira, D., Gradim, C., & Leite, E. (2013). Prematuridade :  
Características Maternas E Neonatais Segundo Dados Do Sistema De Informações Sobre  
Nascidos Vivos Prematurity : Maternal and Neonatal Characteristics According To Data.  
*Revista Enfermagem UFPE on Line*, 7(5).  
<https://doi.org/10.5205/reuol.3960-31424-1-SM.0705201313>
- Winnicott, D. . (1971). *O Brincar & a Realidade*.
- Zornig, S., Morsch, D., & Braga, N. (2004). Os tempos da prematuridade. *Rev. Latinoam.  
Psicopat. Fund*, 7(4), 135–143. Retrieved from  
[https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/u/0/?ui=2&ik=39b2479593&view=att&th=15c11d8c6523d938&attid=0.2&disp=inline&safe=1&zw&saddbat=ANGjdJ98ZV9MAnHuMpuu96pqPWZPgQgk3NHVdP4EVM0VWK\\_\\_2Hld7aUnZ3CRpnl-Sfkcsuky8qNGrhplXhnJo-eGF2L-tsP6lhwy-HYNU](https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/u/0/?ui=2&ik=39b2479593&view=att&th=15c11d8c6523d938&attid=0.2&disp=inline&safe=1&zw&saddbat=ANGjdJ98ZV9MAnHuMpuu96pqPWZPgQgk3NHVdP4EVM0VWK__2Hld7aUnZ3CRpnl-Sfkcsuky8qNGrhplXhnJo-eGF2L-tsP6lhwy-HYNU)