

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**FUNÇÃO MATERNA EM MULHERES COM FILHO PRÉ-
TERMO INTERNADO EM UNIDADE NEONATAL**

Danielle Barbosa Maciel de Souza Teixeira

Recife

2019

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**FUNÇÃO MATERNA EM MULHERES COM FILHO PRÉ-
TERMO INTERNADO EM UNIDADE NEONATAL**

Pesquisa apresentada como requisito para a avaliação da banca do Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde na Faculdade Pernambucana de Saúde.

Mestranda: Danielle Barbosa Maciel de Souza Teixeira

Orientadora: Profa. Dra. Clarissa Barros

Coorientadora: Prof. Tathiane Gleice da Silva Lira

Recife

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Danielle Barbosa Maciel de Souza Teixeira

Psicóloga pelo Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), Especialista em Intervenções na Clínica Psicanalítica pela Faculdade Frassinete de Recife (FAFIRE), Mestranda em Psicologia da Saúde na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Local de trabalho: Rua Padre Carapuço, 968. Centro Empresarial Queiroz Galvão, Torre Janete Costa, sala 808. Boa Viagem. CEP: 51.020-280

Telefone: (81) 99545-5752. E-mail: daniellebmst@gmail.com

Clarissa Maria Dubeux Lopes Barros

Graduação em Psicologia, Especialização e Mestrado em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP) e Doutorado em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com período sanduíche no Instituto de Ciências Sociais - Universidade de Lisboa. Psicoterapeuta em Consultório Particular e Tutora da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) no curso de graduação em Psicologia e pós-graduação em Psicologia da Saúde. Telefone: (81) 98891-8552. E-mail: claramabarros@gmail.com

Tathiane Gleice da Silva Lira

Mestrado em psicologia pela UFPE. Psicóloga do IMIP. Coordenadora de Tutoria do 2º período de psicologia da FPS. Psicóloga da Policlínica da Criança de Vitória de Santo Antão. Telefone: (81) 99649.1575. E-mail: tathyanesilva@gmail.com

**FUNÇÃO MATERNA EM MULHERES COM FILHO PRE-TERMO
INTERNADO EM UNIDADE NEONATAL**

Dissertação do Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde apresentado a Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS, submetido à defesa pública para a obtenção do Título de Mestre em Psicologia da Saúde, aprovada em fevereiro de 2019.

Banca examinadora

Prof. Dra. Clarissa Maria Dubeux Lopes Barros - Instituição: Faculdade Pernambucana
de Saúde

Assinatura: _____ Julgamento: _____

Prof. Tathyane Gomes da Silva - Instituição: Faculdade Pernambucana de Saúde

Assinatura: _____ Julgamento: _____

Prof^a. - Instituição: Faculdade Pernambucana de Saúde

Assinatura: _____ Julgamento: _____

Prof^a. - Instituição:

Assinatura: _____ Julgamento: _____

Recife

2019

AGRADECIMENTOS

A alegria de finalizar a presente dissertação de mestrado é tão grande quanto a que senti ao ser selecionada para iniciar meus estudos. Mas nada disso seria possível sem uma longa caminhada, repleta de momentos alegres, mas também difíceis, assim como é a vida.

Ao longo desse percurso, pude contar com o precioso apoio de algumas pessoas, mas uma delas em especial foi minha orientadora, Professora Clarissa Barros, que com seu profissionalismo e sua paciência, esteve sempre ao meu lado, apoiando e incentivando, para que eu conseguisse dar o meu melhor.

Também não posso deixar de mencionar a contribuição da minha co-orientadora, Professora Tathiane da Silva, que com sua experiência e olhar atento contribuiu para a enriquecer o trabalho.

Agradeço também todos os professores e profissionais envolvidos nesse processo de aprendizagem, em especial à equipe da Unidade Neonatal do IMIP que me acolheu com muito carinho. Também agradeço a todas as mães e seus bebês que fizeram parte dessa pesquisa, e me ensinaram que mesmo na dor é preciso acreditar na vida.

Desejo igualmente agradecer a todos os meus colegas do mestrado, em especial a Patrícia Guedes, Renata Teti, Ítalo Gomes e Mônica Soares, cujo apoio e amizade estiveram presentes em todos os momentos.

Não posso deixar de lembrar que até aqui Deus esteve sempre ao meu lado, guiando meus passos e minha escrita, para que eu conseguisse passar para o papel todos os sentimentos que vivi com essas mães e seus bebês. Espero que a presente pesquisa

possa contribuir para a humanização dos cuidados envolvendo as questões da prematuridade do nascimento.

Por último, mas não menos importante, quero agradecer à minha família, em especial meu marido José Antônio, pelo seu amor paciente e por acreditar que eu conseguiria, ao meu filho João Victor, pela admiração e incentivo, à minha filha Maria Alice, por me acompanhar nas madrugadas em frente ao computador sempre com uma palavra de carinho, aos meus pais e irmãos, e aos meus amigos pelo apoio incondicional e incentivo nos momentos difíceis.

Agradeço a todos que tiveram paciência nos momentos em que não pude estar presente, pois sabiam que era por um motivo maior: o amor pela profissão e pelo cuidado com o ser humano.

RESUMO

O **cenário** onde foi desenvolvido o presente estudo foi Unidade Neonatal do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), e teve por **objetivo** analisar como a função materna pode ser afetada pelo diagnóstico de prematuridade do nascimento e pelo itinerário terapêutico em Unidade Neonatal de referência para o Método Canguru. Tratou-se de uma pesquisa com **método** de natureza qualitativa, do qual participaram 06 mães e seus bebês, observadas e entrevistadas em uma unidade neonatal. Para investigar as condições de exercício da função materna e compreender a experiência emocional dessas mães diante dos contatos com seu bebê pré-termo, utilizou-se os operadores conceituais dos eixos do protocolo da Pesquisa de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI), Estes eixos funcionam também como uma lente interpretativa para análise das entrevistas contextualizando e complementando os dados coletados. O estudo se embasou em preceitos éticos e foi submetido ao Comitê de Ética, estando de acordo com as instruções postuladas na Declaração de Helsinque e na resolução 510/2016. Através de uma análise temática de conteúdo, construímos os seguintes eixos temáticos de análise: 1) O início do caminho para tornar-se mãe; 2) Repercussões do nascimento prematuro na subjetividade da mãe; 3) Sobre o tempo e as redes de apoio. A função materna desenvolvida em contexto da unidade neonatal aponta para as especificidades subjetivas do tornar-se mãe próprias de uma situação de prematuridade do nascimento. Pôde-se observar a importância do tempo de espera em relação à internação, e da relação transferencial com a equipe e a instituição como fatores que possibilitaram o suporte necessário para a construção da função materna.

Palavras-chave: Prematuridade; relação mãe-bebê, Psicanálise; função materna; Unidadeneonatal.

ABSTRACT

The scenario where the present study was developed was in Neonatal Unit of IMIP, and aimed to analyze how the maternal function can be affected by the diagnosis of prematurity at birth and the therapeutic itinerary in the Reference Neonatal Unit for the Kangaroo Method. It was a qualitative research, involving 06 mothers and their babies, observed and interviewed in a neonatal unit. To investigate the conditions for the exercise of maternal function and to understand the emotional experience of these mothers in the contacts with their preterm babies, the guidelines of the Research for Clinical Indicators of Risk for Child Development (IRDI) were used as a interpretive lens to analyze the interviews contextualizing and complementing the data collected. The study was based on ethical precepts and was submitted to the Ethics Committee, being in accordance with the instructions postulated in the Declaration of Helsinki and resolution 510/2016. Through a thematic analysis of content, we construct the following thematic axes of analysis: 1) The beginning of the path to becoming a mother; 2) Repercussions of premature birth in the mother's subjectivity; 3) About time and support networks. The maternal function developed in the context of the neonatal unit points to the subjective specificities of becoming the mother of a premature birth situation. It was possible to observe the importance of waiting time in relation to hospitalization, and the transferential relationship with the team and the institution as factors that enabled the necessary support for the construction of the maternal function.

Keywords: Prematurity; mother-baby relationship; Psychoanalysis; maternal function; Neonatal Unit.

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- CNPQ:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- FAPESP:** Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
- IMIP:** Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
- IRDI :** Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil
- ISSN:** Internacional Normalizado para Publicações Seriadas
- OMS:** Organização Mundial de Saúde
- UCINCa:** Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
- UCINCo:** Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
- UTIN :** Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	11
1.1. Função materna.....	15
1.2. A prematuridade e suas implicações.....	21
II. OBJETIVOS.....	26
2.1. Objetivos Gerais.....	26
2.2. Objetivos Específicos.....	26
III. MÉTODOS.....	27
3.1. Desenho do estudo.....	27
3.2. Local do estudo.....	27
3.3. Período do estudo.....	28
3.4. População do estudo.....	28
3.5. Amostra.....	28
3.6. Critérios e procedimentos para seleção dos participantes.....	28
3.7. Procedimentos para captação dos participantes.....	29
3.8. Procedimento para coleta de dados.....	30
3.9. Análise das entrevistas.....	32
3.10. Aspectos éticos.....	32
IV. RESULTADOS.....	33
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
VI. REFERÊNCIAS.....	61
APÊNDICES.....	64
APÊNDICE 1– Roteiro de Entrevista.....	64

APÊNDICE 2–Grade geral das mães - dados saúde materno-infantil.....	65
ANEXOS.....	66
ANEXO 1 – Carta de Anuência.....	66
ANEXO2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	67
ANEXO 3 – Normas de formatação e submissão para a Revista Psicologia Clínica.....	69

I. INTRODUÇÃO

O nascimento prematuro de um bebê humano, demarcado pela ocorrência do parto anterior à 37ª semana gestacional, tem sido alvo de estudos e pesquisas por todo o mundo. Tais estudos comprovam a existência de inúmeras causas que justificam esse fenômeno, tais como as relacionadas ao aparelho genital feminino, à idade materna e à primiparidade. Ainda assim, a causa específica, na maioria dos casos, é desconhecida. O nascimento prematuro e suas especificidades constituem fatores de risco para o desenvolvimento infantil e a história dos cuidados envolvendo bebês nascidos em situação de risco demonstra as grandes evoluções que ocorreram no atendimento às mães e seus bebês em relação a avanços tecnológicos, biológicos e psicológicos.¹

Os avanços tecnológicos possibilitaram o diagnóstico e tratamento de algumas enfermidades que acometem o feto ainda no útero de sua mãe, como também as abordagens e tratamentos em recém-nascidos, principalmente os de baixo peso, possibilitaram chances cada vez maiores de reanimação e sobrevivência desses bebês.

Porém, apesar de todos os avanços científicos e tecnológicos, apenas as intervenções médicas não são suficientes para garantir uma qualidade de desenvolvimento adequada ou mesmo a sobrevivência psíquica de um bebê nascido nessas condições.^{1,2,3} Fazem-se necessárias intervenções visando um equilíbrio entre as necessidades biológicas e psíquicas.

Diante disso, as atuais intervenções têm sido pensadas priorizando o atendimento humanizado através do qual a família ganha um papel de destaque no que diz respeito ao suporte necessário para que todas as intervenções interdisciplinares surtam os efeitos esperados. A simples presença da mãe, como comprovou Spitz, já

serviria de estímulo para as respostas do bebês, sendo de fundamental importância para a constituição psíquica o seu desenvolvimento nos primeiros anos de vida.^{4,5}

As pesquisas e descobertas a respeito da importância dos cuidados neonatais exercidos não só enquanto protocolos e roteiros de atuação, como também pensando na humanização desses espaços, acrescidos aos esforços para garantir a vida do bebê, tiveram um efeito direto na transformação de unidades neonatais, em ambientes mais acolhedores. Apesar de todos os esforços envolvidos, nem todos os bebês sobrevivem, e dos que sobrevivem, muitos vão para casa com sequelas importantes.²

O atendimento perinatal tem sido foco de ações que visam à redução da mortalidade infantil, à integralidade dos cuidados obstétricos neonatais e à qualidade da assistência nesses cenários. Diante desse contexto, surgiu na década de 90 o Método Canguru, modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial, tendo como base a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso do Ministério da Saúde.³

O início do estudo psicanalítico sobre a importância das primeiras relações mãe-bebê encontra-se no trabalho de Freud, especificamente em seu artigo *Instintos e suas vicissitudes*⁶, no qual argumenta que a criança possui necessidades fisiológicas que devem ser satisfeitas, sobretudo de alimento e conforto, e que o bebê se torna interessado em uma figura humana, especificamente a mãe, por ela ser a fonte de sua satisfação.⁶

Spitz⁴ enfatizou a importância da presença dos pais e do afeto como fator determinante no desenvolvimento infantil, chegando a enfatizar a presença da mãe como elemento de estímulo para as respostas do bebê, mais ainda, apontou sua influência como decisiva durante o primeiro ano de vida.

Alguns autores da Psicanálise contemporânea coadunam-se com os pensamentos de teóricos da primeira infância. Cada vez mais, trabalhos vão surgindo com a atenção voltada para intervenção precoce e observação dos primeiros sinais de risco psíquico nos bebês. Isso parece ser de imensa importância quando se pensa em um contexto que envolve toda a ambivalência afetiva presente na gestação, aqui intensificado pelo fato de se tratar de um parto antecipado, prematuro, no momento em que nem bebê nem mãe estariam preparados para este encontro, sendo preciso de ambos os lados um rearranjo psíquico para dar conta simbolicamente de uma antecipação que se impõe.^{1,2,7,8,9,10}

A gestação e o nascimento de um filho constituem momentos de importância singular para os genitores, repercutindo de maneira similar no contexto da família, independente de qual seja a configuração parental. A chegada de um bebê provoca rearranjos na posição que cada membro ocupa, além de vir carregado de expectativas, projetos e fantasias, ou seja, uma série de sentimentos e dúvidas. Esse bebê que nasce também ocupará um lugar subjetivo, configurado antes mesmo dele nascer, impregnado de lembranças do tipo de cuidados que seus pais um dia receberam enquanto bebês.^{1,2,3}

Desse modo, as primeiras experiências registram marcas que vão repercutir na constituição psíquica do bebê que nasce. O parto prematuro antecipa o encontro desses pais com um bebê frágil, muitas vezes adoecido e que está debilitado demais para interagir com o ambiente. Esses bebês ao nascerem já precisam de cuidados da equipe médica e de períodos de internação às vezes longos. Todos esses fatores, somados ao medo, insegurança e culpa que invadem as mães, pode dificultar o seu investimento inicial.

A presença da mãe, mais próxima e atuante no ambiente de unidade neonatal, mostrou aspectos positivos importantes na melhora dos quadros clínicos dos bebês nascidos prematuramente.¹¹

A presença do Outro¹ é estruturante para o bebê, quando existe nos pais um desejo endereçado a ele, construindo, portanto, um lugar simbólico. Os cuidados iniciais dispensados a esse bebê, o investimento libidinal da mãe, seu olhar, seu toque e sua voz, vão criando o ambiente necessário para que o bebê venha a se constituir como um sujeito desejante.

O bebê se vê através do olhar do outro para poder interiorizar essa imagem, para isso, é necessário que haja um lugar no Outro, encarnado pela mãe ou por alguém que desempenhe a função materna. É o olhar da mãe, juntamente com sua voz, que o nomeia, lhe promove um lugar na história familiar, na vida social e no campo do simbólico. É sobre o olhar de um Outro que se forma a unidade corporal, ainda que o sujeito esteja tomado pela prematuridade de um organismo.^{12,13,14}

O presente trabalho buscou observar quais os efeitos da prematuridade no exercício da função materna, ou seja, de que maneira o fato de ter tido um bebê prematuramente afetou a condição de exercício da função materna pela mãe biológica.

Para buscar respostas a esta indagação, partiremos do pressuposto de que a condição da prematuridade do nascimento traz consequências que podem incidir na construção da função materna e conseqüentemente no estabelecimento da relação mãe-bebê. Dito de outra forma, abordaremos a seguir, pelo viés da Psicanálise, a função materna e a prematuridade e suas implicações.

¹Outro: Lacan utilizou o termo Outro ou Outro primordial para falar de um lugar simbólico, referindo ao campo da linguagem. O Outro é compreendido como a cultura, a sociedade, lugar por excelência do nascedouro dos significantes, campo do simbólico. O "Outro" é grafado em maiúsculo para diferenciá-lo do "outro" minúsculo, que corresponde ao semelhante. Para Lacan, o inconsciente é fundado no discurso do Outro, ou seja, ao ocupar a função materna, a mãe ou cuidador ocupa o lugar do Outro primordial.

1.1. Função Materna

A psicanálise reconhece a importância das primeiras relações na vida de um bebê como base para a constituição psíquica do sujeito, que estão vinculadas à formação de que todos os bebês desenvolvem um elo com a mãe biológica ou mãe substituta (cuidador primário). É a partir dessa relação que a constituição psíquica acontece, possibilitando a emergência futura do sujeito.

Spitz⁴ observou bebês em orfanato e percebeu que aqueles que eram alimentados e vestidos, mas não recebiam afeto, apresentavam, com o tempo, uma falta de interesse em se relacionar com os cuidadores e muitos chegavam a morrer. Assim, relacionou a presença dos cuidadores primários e do afeto como fator determinante para a constituição do psiquismo e o desenvolvimento infantil saudável.

Winnicott¹⁵, por sua vez, descreveu o desenvolvimento emocional primitivo em termos da jornada da dependência à independência e, segundo ele, seria na fase de dependência absoluta que a mãe desenvolveria o que chamou de “preocupação materna primária”. Segundo esse autor, o desenvolvimento emocional da criança acontece em três períodos que caminham para a maturação: dependência absoluta, dependência relativa e autonomia relativa ou independência relativa. Na dependência absoluta, o bebê está em uma fusão com a mãe e encontra-se totalmente dependente dos cuidados maternos. Nesse período, mãe e bebê são “um só”, pois do ponto de vista do bebê, nada existe além dele próprio e, portanto, a mãe seria uma extensão dele. Na dependência relativa, o bebê começa a se diferenciar progressivamente de sua mãe evoluindo gradualmente para a independência, passando a desenvolver meios para suprir o cuidado materno.

A capacidade da mãe de se dedicar exclusivamente ao bebê nesses primeiros momentos é o que Winnicott chamou de preocupação materna primária, ou seja, um estado psicológico altamente sensível, que começa a se manifestar ainda durante a gravidez, especificamente nos últimos meses de gestação, e permanece nas primeiras semanas após o parto. Esse estado de “loucura” materna", seria um momento natural, através do qual a mãe se adaptaria às necessidades do bebê nos primeiros momentos de sua vida. Ao desenvolver esse estado de preocupação materna primária, a mãe possibilita que a constituição psíquica do bebê se inicie, pois oferece o suporte necessário para um ambiente acolhedor.

Entre um estágio e outro, há uma continuidade sustentada pela mãe suficientemente boa, que, por servir como primeiro ambiente, tem a função de apresentar o mundo ao bebê. A mãe suficientemente boa é aquela capaz de oferecer o objeto de satisfação, quando o seu bebê necessita.

O bebê humano ao nascer está imerso em um desamparo psíquico, e depende de um outro humano, adulto, para suprir suas necessidades físicas e desempenhar os cuidados básicos. Porém, ainda que dependente, ele não é totalmente passivo, já nascendo com uma pré-disposição ao contato com o outro, algo que vai se dar de maneira “suficientemente boa” – utilizando um termo de Winnicott – ou não, a depender da qualidade das primeiras relações com o Outro cuidador e o de suas trocas com o meio ambiente.

Isto significa dizer que, para o mesmo vir a se constituir enquanto sujeito e se estruturar subjetivamente, é preciso que alguém, e na maioria das vezes essa função é exercida pela mãe, venha a investir expectativas, desejos e sonhos nele e para ele, supondo ali uma possibilidade de futuro, fazendo uma aposta no sucesso de sua subjetivação. Esse investimento organiza psiquicamente o protótipo de sujeito, uma vez que estabelece

nele uma antecipação subjetiva. Em outras palavras, o bebê está posicionado como um sujeito a advir, mas para isso, é necessária uma particularização dos cuidados dirigidos ao mesmo.¹⁰

Seria essa a diferença entre maternagem (que seria da ordem do universal) e função materna (que é da ordem do singular). Maternagem envolve os cuidados necessários à sobrevivência, já a função materna é o que faz um cuidador primordial quando transmite ao bebê o significante que imprime no corpo dele marcas do seu desejo e o insere no mundo da linguagem. Função materna é o exercício de uma função simbólica, que remete o sujeito à dimensão de uma constituição psíquica por sua relação com o campo da linguagem. É próprio da função materna cuidar, dar carinho, tocar, falar com o bebê, pois só assim ele pode se identificar com esse olhar, com o olhar de quem cuida exercendo tal função. Essa função não necessariamente precisa ser realizada pela mulher que deu a luz ao bebê, mas sim por qualquer pessoa que desempenhe e sustente essa relação permeada de desejo e expectativas de futuro.¹⁰

O exercício da função materna é fundamental para que o bebê humano possa se constituir enquanto sujeito, uma vez que necessita desse primeiro Outro, para inicialmente aliená-lo e, num segundo momento, promover uma separação para que o bebê possa se tornar um sujeito de desejo.

Da relação mãe-bebê surge, aos poucos, um esboço da constituição do que Dolto¹⁶ postulou de “imagem inconsciente do corpo”, fruto da erogeneização necessária para a organização do próprio corpo, construção simbólica resultante das trocas com o outro cuidador. Para Dolto¹⁶, o ser humano possuiria um esquema corporal “inato”, e ao falar da imagem inconsciente do corpo como sendo a encarnação simbólica do sujeito desejante, ela demonstrou que apesar do “saber” genético do corpo, é necessário que esse corpo venha a tomar sentido, e isso só ocorre quando existe a relação do sujeito

com o outro. Sem a dimensão do desejo, o potencial genético pode não garantir o desenvolvimento subjetivo.¹⁷

A voz materna, sua fala, seu olhar, vai organizando o mundo do bebê e dando sentido à sua realidade. A mãe, ao traduzir as sensações e emoções do bebê, transforma aquilo que inicialmente era apenas um apelo fisiológico, em um chamado, em uma demanda. Nos cuidados que a mãe dirige ao bebê, nas brincadeiras que realiza com ele, no jogo de presença-ausência, já se estabelece uma estruturação de linguagem, pois ao supor um sujeito no bebê, a mãe dá saber ao seu filho, dá voz ao seu corpo e a suas manifestações.¹⁸

Para que isso ocorra, porém, é necessário que a mãe realize uma ilusão antecipatória ao exercer a função materna, que ela atribua ao bebê um lugar simbólico de sujeito desejante. Um bebê não se engaja na relação com o Outro se esse chamado, essa voz que lhe é endereçada, não for no mínimo convidativa, ou seja, que venha repleta de encantamento e disponibilidade para o encontro com o ele.¹⁸

Ao se ocupar dos cuidados do bebê, a mãe não o faz sem algum referencial, e sim derivado de sua própria história e referências de quando um dia foi criança, ou seja, ao buscar satisfazer seu bebê, a mãe articula essa satisfação a uma lei que para ela se estabeleceu como referencial simbólico. Ao fazê-lo, a mãe não pode ser toda presença, nem pode ser pura ausência, é necessário que estabeleça com os objetos pulsionais uma alternância presença-ausência, dando ritmo aos cuidados que exerce.¹⁸

Para a mãe, o bebê não pode ser seu único objeto de satisfação, nem pode tentar realizar todas as necessidades de seu bebê. É preciso um equilíbrio que inclua nesse cenário a satisfação das demandas do bebê, mas também os limites e castrações necessárias, ou seja, o interdito. Vale dizer, esse interdito depende do que a mãe anteriormente internalizou dos efeitos da função paterna.

A mãe também precipita para o bebê algo que ainda não está lá, dando significado ao que se manifesta corporalmente. Desse modo, estabelece uma demanda, engajando o funcionamento corporal do bebê ao seu saber inconsciente.

É a mãe quem “sabe” do que o bebê necessita, mas esse saber se relaciona a uma suposição inconsciente, dependendo do lugar que esse bebê ocupa para a mãe. Sendo assim, ela se faz imprescindível na relação do bebê com o mundo e na sua inscrição subjetiva. Quando isso não ocorre de maneira satisfatória, ou seja, quando de alguma maneira a mãe se vê insegura sobre o que se passa com seu bebê, ou quando ela não encontra sentido nas manifestações dele, essa suposição de sujeito no bebê deixa de operar. Nem saber absoluto nem puro sem sentido. É preciso um equilíbrio para que essas operações constituintes ocorram de maneira a possibilitar um engajamento tanto da mãe, quanto do bebê.¹⁸

Catão⁷ explica claramente os quatro eixos fundamentais na relação mãe-bebê que resumem as operações de constituição subjetiva, e que testemunhariam os efeitos das inscrições das marcas que seriam impressas no corpo do bebê pelo Outro cuidador. Esses eixos são os norteadores presentes na Pesquisa Multicêntrica que desenvolveu os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI)⁵, protocolo que estará presente nas análises das narrativas das mães entrevistadas, observando a presença ou não dos eixos norteadores e de como estaria ocorrendo o exercício da função materna.

O IRDI⁵ é um protocolo com estudos de validade na identificação de fatores de risco para o desenvolvimento, composto por 31 indicadores voltados à relação cuidador-criança durante os primeiros 18 meses de vida desta. A perspectiva adotada pelo protocolo do IRDI é a de que expressões iniciais dos problemas de desenvolvimento podem ser situadas nos desencontros das trocas, demandas e linguagem estabelecidas

entre o bebê e seu cuidador. A criação e a validação do IRDI ocorreram no contexto da Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil realizada entre 2000 e 2008 em nove cidades brasileiras, a pedido do Ministério da Saúde e com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

O protocolo propõe investigar o exercício da função materna articulando pontos oriundos da Psicanálise, da Pediatria, da Nutrição, da Fonoaudiologia e da Psiquiatria em torno dos sinais de risco para o desenvolvimento infantil, partindo do encontro entre o agente cuidador e o bebê.

Este protocolo vem sendo utilizado principalmente para observar os sinais de entaves na relação com aquele que desempenha a função materna e assim poder intervir precocemente prevenindo o surgimento de patologias da primeira infância. Apesar de o IRDI não ser o foco desta pesquisa, entendemos que este instrumento subsidiará a investigação do desempenho da função materna para a mãe que teve seu filho de parto prematuro e por esse motivo não pode prescindir dos cuidados de uma equipe neonatal.

Segundo o IRDI, esses eixos seriam: suposição de sujeito (uma espécie de antecipação que a mãe faz do corpo do bebê, essencial para a constituição subjetiva do mesmo); estabelecimento da demanda (a mãe interpreta o grito do bebê como um apelo, uma demanda, traduzindo-o em palavras); alternância presença-ausência (entre a demanda do bebê e sua realização é preciso que haja um intervalo, um espaço tanto físico quanto psíquico, para que se possa aguardar a resposta do bebê o surgimento do seu desejo) e a função paterna (aqui a mãe precisa ter a criança em relação a um terceiro, geralmente o pai, dessa maneira a criança deixa de ser seu único objeto de

gozo²). Os itens são sinais de risco ou de saúde psíquica, pois abordam aspectos da relação mãe-bebê os quais são indicativos de que a construção da subjetividade da criança está em curso. A presença dos sinais é algo positivo e sua ausência indica riscos para o desenvolvimento.⁵

1.2. A Prematuridade e suas Implicações

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o bebê pré-termo é aquele que nasce antes das 37 semanas de gestação. São divididos em “prematuros extremos”, os que nascem antes das 28 semanas e assim correm mais risco de vida do que os bebês que nascem algum tempo depois, pois apresentam um estado de saúde muito frágil. Os nascimentos prematuros considerados “intermediários” são aqueles que ocorrem entre 28 e 34 semanas, e constituem os bebês pré-terms. Já os “prematuros tardios”, nascem entre 34 até 37 semanas. Este é um grupo que aumentou bastante no Brasil, devido ao número cada vez maior de cesárias eletivas e vem preocupando os profissionais da área de saúde pública.¹⁹

A prematuridade do nascimento é decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis, e que pode ocorrer em qualquer lugar ou classe social. Atinge tanto as famílias quanto a gestante, afetando as expectativas e anseios em relação ao desenvolvimento do bebê, além de exigir da estrutura assistencial capacidade técnica para possibilitar as melhores intervenções.¹

A questão da prematuridade espontâneo parto impõe refletir sobre as vicissitudes da constituição subjetiva do sujeito, uma vez que ocorre de maneira

² O conceito de gozo elaborado por Lacan inclui manifestações de dor e sofrimento bem como os fenômenos de repetição que foram referidos por Freud à pulsão de morte (Valas, 2001, p.7).

antecipada quando nem o bebê nem os pais estavam preparados. Mesmo em casos de nascimento a termo, com boas condições clínicas e adequado nível de maturidade, é necessário um certo período de tempo para que o bebê alcance uma auto-regulação e equilíbrio de seus diferentes sistemas.²⁰

Diante das exigências de processos fisiológicos que estão presentes em um contexto de prematuridade, o bebê precisa privilegiar a manutenção de seu bem-estar biológico, adiando ou diminuindo sua disponibilidade para trocas e interação com o meio externo. O parto prematuro antecipa uma prontidão que o bebê ainda não é capaz de ter, devido a sua fragilidade e imaturidade orgânica.²⁰

O nascimento prematuro de um bebê apresenta um contexto de dúvidas, inseguranças e angústias para essas mães que se deparam com um bebê frágil, pequeno e imaturo, bem diferente do bebê imaginário. Essa imagem da criança vai sendo construída a partir dos movimentos do seu bebê ainda no útero, na preparação do enxoval, o berço psíquico vai fabricando também o corpo do bebê, na cabeça da mãe. Essa construção da imagem do bebê na fantasia parental tem uma influência sobre o lugar simbólico que o filho irá ocupar na família. Esse imaginário vai se constituindo ao longo de toda a gestação e se intensificaria nos últimos meses de gestação, quando a mãe passa a sentir os movimentos de seu bebê em seu útero.⁹

Para Dolto e Hamed²¹, o bebê, desde sua vida pré-natal, já é marcado pela maneira como é esperado, pelo que representa, em seguida, ao nascer, nas projeções inconscientes dos pais. O nascimento seria o luto do bebê imaginário parental, para a adaptação ao bebê real.

A chegada do bebê real pode se configurar como um impacto emocional para a mãe que pode ser agravado pelo contexto da prematuridade. A mãe vai se deparar com um bebê totalmente diferente daquele por ela imaginado, um bebê frágil, pequenino,

que nada se parece com ela e que necessita dos cuidados médicos para sobreviver, o que pode implicar numa dificuldade inicial de aproximação.

A chegada de um bebê pré-termo é marcada pelo trauma e pela urgência, tanto para a mãe, quanto para o bebê e a família, podendo trazer riscos para a relação mãe-filho, conseqüentemente para a estruturação psíquica deste. Diante da prematuridade, as mães podem se sentir assustadas e impotentes em prover a proteção ao seu filho. Além disso, a mãe pode não conseguir reconhecer inicialmente o filho como seu (uma vez que ele é cuidado pelos médicos e enfermeiras), além de todo o aparato de equipamentos que os separa e ao quadro clínico instável, o que dificultaria o desempenho da função materna¹⁷.

A aproximação do bebê real ao bebê antes imaginado, pode necessitar de um tempo maior para que venha a ocorrer, muitas vezes indo além do período de hospitalização do bebê. As mães muitas vezes parecem esperar que as respostas e a evolução clínica de seu bebê dê garantias de que elas possam investir nessa relação, sem riscos de perdas.²⁰

No contexto de unidade neonatal, vida e morte permeiam o vínculo mãe-bebê; e no caso dos partos prematuros, essa mãe não tem tempo de fazer o luto do filho imaginário, uma vez que o filho real está ali, e sua relação com ele é inicialmente permeada de angústia, insegurança, medo, culpa e a possibilidade de um luto iminente.

A situação de internação em unidade neonatal, frequentemente traz implicações no exercício da função materna. Função esta que, quando não ressignificada, pode chegar a instalar graves conseqüências na relação com o bebê, as quais podem vir a incidir em sua constituição como sujeito e em seu desenvolvimento futuro. Diante da complexidade que envolve um nascimento prematuro, e de todas os sentimentos que o bebê desperta na mãe, ela precisará de um tempo de elaboração subjetiva talvez maior

para poder ocupar-se dos cuidados com seu bebê. Aos poucos, ao ir entendendo a situação, reconhecendo os sinais de seu bebê e se ocupando dos cuidados em relação a ele, a mãe poderá então ir desempenhando a função materna.¹⁰

No ambiente de internação, onde o movimento dos profissionais é intenso, repleto de aparelhos, barulhos e intervenções, o bebê acaba por perder sua dimensão subjetiva, uma vez que os cuidados não são particularizados e seguem protocolos e ritmos específicos de uma unidade neonatal. Além disso, geralmente em suas placas de identificação das incubadoras, o registro que aparece é o de recém nascido de fulana de tal, e não o seu nome. Ao ser colocado como objeto de cuidados da equipe médica, sua passividade pode dificultar a instauração de um circuito pulsional, com trocas afetivas e investimento narcísico da mãe que possa olhar além do real do corpo do bebê.²⁰

Os bebês nascidos de parto prematuro, costumam se sentir facilmente exaustos, mesmo quando lhes apresentamos estímulos atrativos. Sua prontidão para essas trocas ainda está tão fragilizada que muitas vezes os estímulos são sentidos como algo invasivo, perturbador. Geralmente dormem muito na tentativa de se regular ou se afastar das luzes do berçário. Suas capacidades para interação e recepção de estímulos só começam a melhorar com algum tempo, chegando então a poder suportar as trocas de olhares e o toque.²²

Tais reações ou mesmo a dificuldade de responder às investidas da mãe, podem fazer com que ela passe a investir menos em seu bebê. Essa resposta negativa desperta uma nova ferida narcísica, e os sentimentos de culpa e fracasso podem ser novamente vividos.^{11,22}

Por isso o tempo de internação, quanto mediado pelos cuidados da equipe em relação a permitir essa elaboração e resignificação, pode ser benéfico no sentido de proporcionar um espaço potencial para aproximação entre mãe e bebê.²⁰

Nesse contexto, a escuta e acolhimento do sofrimento dessas mães pode contribuir tanto para que haja simbolização do encontro faltoso, quanto para que a paralisação diante do impacto do nascimento prematuro dê lugar ao tempo de compreender, ao tempo de luto e ao tempo de ressignificar.^{2,9}

É necessário que essas mães – que têm um filho pré-termo internado em unidade neonatal, necessitando dos cuidados intensivos de uma equipe médica para garantir-lhe o direito à vida – possam contar com uma equipe que lhes proporcione um espaço de fala, onde possam simbolizar suas dores, passando a se sentirem mais seguras para então cuidar e investir libidinalmente em seus bebês, não de uma maneira que imponha a aproximação entre mãe e filho num momento em que essa mãe ainda não está pronta, mas sim acolhendo sua fala, permitindo que essa possa elaborar seu luto, e aí sim ser capaz de estabelecer um laço com seu filho. Tal investimento é primordial para a constituição psíquica do bebê, uma vez que ele é acima de tudo um suposto ser desejante à procura de um outro, ao buscar pela complementariedade de seu ser na relação com esse outro. Daí a importância de estabelecer estratégias em programas de saúde materno-infantil que tenham como alvo de atenção estas primeiras experiências e o cuidado da equipe neonatal em relação aos sentimentos dessas mães⁷.

Diante disso, a prematuridade traz questões fundamentais para se investigar a respeito do exercício da função materna, e em especial no contexto da internação.

II.OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a construção da função materna no contexto da prematuridade do nascimento e internação em Unidade Neonatal.

2.2 Objetivos Específicos

- Compreender os significados maternos a respeito do nascimento prematuro.
- Analisar as condições de construção da função materna no contexto da unidade neonatal.

III. MÉTODOS

3.1. Desenho de Estudo

O estudo configura-se como uma pesquisa de natureza qualitativa com método de análise do conteúdo de modalidade temática incluindo utilização dos eixos que compõem o IRDI, tendo a psicanálise como lente interpretativa.²³

3.2. Local de Estudo

O estudo foi realizado na Unidade Neonatal do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, Recife, Pernambuco. Este serviço é referência nacional para o Método Canguru, Política de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso. O IMIP é um dos pioneiros nesta experiência do Método Canguru brasileiro. Este hospital é uma instituição filantrópica fundada em 1960. Atualmente, 100% SUS, o IMIP atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária. Volta-se para o atendimento da população pernambucana, uma vez reconhecido como uma das estruturas hospitalares mais importantes do país, sendo centro de referência assistencial em diversas especialidades, inclusive na saúde materno-infantil. Por tudo isso, a unidade neonatal do IMIP se configura como um local significativo para uma pesquisa desta natureza.

3.3. Período de Estudo

A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril a setembro de 2018, sendo iniciada após a aprovação no Comitê de Ética do IMIP (anexo 1).

3.4. População do Estudo

O estudo foi realizado com mães maiores de 18 anos, que estavam realizando acompanhamento de seus filhos nascidos pré-termos e internados em unidade neonatal do IMIP.

3.5. Amostra

A amostra foi composta por seis mães e seus bebês pré-termos, nascidos com peso inferior a 2.500g, internados em unidade neonatal.

Durante a coleta de dados, houve a recusa de uma das participantes. Inicialmente foram entrevistadas sete mães.

O fechamento amostral foi baseado nos critérios de saturação propostos por Minayo.²⁴

3.6. Critérios e procedimentos para seleção dos participantes

Critérios de Inclusão: Mães maiores de idade com condições de fala e seus bebês pré-termos, nascidos com idade gestacional menor que 37 semanas e com peso ao

nascer abaixo de 2,500g, internados e acompanhados até a alta hospitalar – UTINà UCINCa.

Bebês: - Idade gestacional menor que 37 semanas

- Peso ao nascer: abaixo de 2,500g

Mães: - Maiores de idade

- Com condições de fala

Crítérios de Exclusão: Mães menores de idade e sem condições de fala e seus bebês pré-termos, nascidos com peso igual ou superior a 2,500g. Bebês portadores de alguma malformação e bebês providos de gestação gemelar, pois existiriam outras variáveis a serem levadas em consideração, o que ampliaria muito o foco da pesquisa.

Bebês: - nascidos com peso igual ou superior a 2,500g

- portadores de alguma malformação

- providos de gestação gemelar

Mães: - Menores de idade

- Sem condições de fala

3.7. Procedimento para captação dos participantes

A pesquisadora inicialmente entrou em contato com o Setor de Psicologia da instituição e com a coordenação da Unidade Neonatal.

Após autorização para realização do estudo (Apêndice 2), foi realizada a leitura do senso hospitalar do dia, documento no qual constam informações sobre data de nascimento, tempo de internamento do bebê e nome da mãe, para identificar os critérios de inclusão e exclusão. Levou-se em conta também o contato com a psicóloga do setor e/ou prontuário para informações adicionais. Ao identificar algumas mães que se

encaixavam nos critérios de seleção, a pesquisadora entrou em contato pessoalmente com as que estavam por ocasião na sala de recepção do setor.

3.8. Procedimento para coleta de dados

O convite às mães participantes foi feito no local da pesquisa, individualmente, enquanto essas estavam na sala de espera. Ao se identificar para cada mãe, era feita uma breve apresentação oral e informal do objetivo do estudo, associada à leitura do TCLE (anexo 2) dos possíveis riscos envolvidos e do auxílio que poderia ser prestado caso houvesse necessidade.

Foi desenvolvido roteiro de entrevista semi-estruturada (apêndice 4), cada entrevista foi gravada e o áudio posteriormente transcrito para as análises. As entrevistas eram compostas de perguntas norteadoras e tentou-se observar na fala das mães, elementos que fizessem referência aos indicadores presentes no IRDI, e assim foi possível criar categorias e sub-categorias temáticas, sendo elas:

Aspectos Sócio Demográficos:

Rotina: cronologia da internação (quanto tempo o bebê está na UTI, quantas vezes ela vem visitá-lo)

Caracterização da saúde da criança e da mãe:

Doenças pré-existentes, abortos anteriores, sinais de prematuridade, pré-natal, impacto em relação ao parto prematuro.

Caracterização da gravidez de risco:

Especificamente para as gestantes que já possuem indícios de prematuridade e possíveis complicações.

Desejo de gravidez:

Pré-história da gravidez, planejamento ou não, expectativa durante a gravidez, condições de chegada, Sistema de Saúde, condições do parto.

Função Materna operando- Indicadores dos 4 Eixos presentes no IRDI:

Sentimentos envolvidos quanto ao saber que o bebê não iria para a casa, Sentimentos envolvidos nas visitas durante a UTI e quando não se está na UTI (O que espera que aconteça quando você está aqui na visita? O que espera que aconteça quando seu bebê sair daqui? Como se sente ao se ausentar?), Expectativas em relação ao bebê, Identificação ao bebê (como é seu bebê?)

Suposição de sujeito, Estabelecimento de Demanda (A mãe sabe o que ele quer quando chora?) (A mãe identifica os sinais e expressões corporais de seu bebê? Dá significado a esses comportamentos?) (A mãe se vê enquanto alguém importante para a recuperação de seu filho?)

Alimentação/Amamentação do bebê (a mãe se sente segura para amamentar/alimentar seu bebê?), (Há troca de olhares, toque, manhês?), o bebê reage ao ouvir a voz da mãe, ao ser tocado?

Apoio Social, Apoio Familiar, Relação com Equipe

Nesse sentido, a transcrição procurou destacar os elementos paralinguísticos e suprasegmentares marcados da seguinte forma: ... espaço no início ou na hesitação da fala, [...] recorte da mesma fala e ____ falas não identificadas.

Para as entrevistas, foi utilizada a pergunta disparadora “Como foi para você ter tido um filho de parto prematuro?” , seguida de perguntas que faziam referência às categorias previamente estabelecidas e de acordo com os objetivos específicos. O protocolo IRDI também foi utilizado como subsídio para a criação de algumas categorias, e enquanto referência para apoiar as interpretações das falas sendo guiadas

pelos eixos nele propostos. Porém não se pretendeu utiliza-lo enquanto instrumento de coleta de dados.

3.9. Análise das entrevistas

Os dados foram analisados e como fundo interpretativo, utilizou-se da análise temática tal qual sugerida por Minayo.²⁴ Após as transcrições das entrevistas, o material foi analisado e discutido entre o grupo da pesquisa (aluna e orientadoras), construindo matrizes para a partir dos diferentes olhares encontrar a construção interpretativa das falas, tendo como suporte a avaliação dos aspectos de cunho transferencial.

3.10 Aspectos éticos

A pesquisa obedeceu às diretrizes e normas regularizadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, regida pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde 510/2016 e teve seu projeto submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde. Após aprovação do Comitê deu-se início à captação das participantes e à coleta de dados, sob o numero da aprovação do CAAE: 79486317.3.0000.5201 (Apêndice 2).

IV. RESULTADOS

Os resultados apresentados seguirão as normas da Revista Psicologia Clínica (anexo 3), periódico com publicação quadrimestral de trabalhos científicos originais nas áreas de Psicanálise: clínica e cultura; Psicologia Social: indivíduo e sociedade; Família, Casal e criança: teoria e clínica; Clínica e neurociências; Desenvolvimento humano e saúde.

Com registro ISSN (International Standard Serial Number) – 0103-5665 e Qualis A2.

**FUNÇÃO MATERNA EM MULHERES COM FILHO PRE-TERMO INTERNADO EM
UNIDADE NEONATAL**

MATERNAL FUNCTION IN WOMEN WITH PRE-TERM CHILD IN NEONATAL UNIT

**FUNCIÓN MATERNA EN MUJERES CON HIJO PRE-TERMO INTERNADO EN
UNIDAD NEONATAL**

FUNÇÃO MATERNA EM UNIDADE NEONATAL

Resumo

O **cenário** onde foi desenvolvido o presente estudo foi uma Unidade Neonatal, e teve por **objetivo** analisar como a função materna pode ser afetada pelo diagnóstico de prematuridade do nascimento e pelo itinerário terapêutico em Unidade Neonatal de referência para o Método Canguru. Tratou-se de uma pesquisa com **método** de natureza qualitativa, do qual participaram 06 mães e seus bebês. Para investigar as condições de exercício da função materna e compreender a experiência emocional dessas mães diante dos contatos com seu bebê pré-termo, utilizou-se os operadores conceituais dos eixos do protocolo da Pesquisa de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI). Estes eixos funcionam como uma lente interpretativa para análise das entrevistas contextualizando os dados coletados. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética, estando de acordo com as instruções postuladas na Declaração de Helsinque e na resolução 510/2016. Através de uma análise temática de conteúdo de acordo com Minayo, encontramos os seguintes eixos temáticos: 1) O início do caminho para tornar-se mãe; 2) Repercussões do nascimento prematuro na subjetividade da mãe; 3) Sobre o tempo e as redes de apoio.

Palavras-chave: Prematuridade; relação mãe-bebê; Psicanálise; função materna; Unidade neonatal.

Abstract

The scenario where the present study was developed was in the Neonatal Unit, and aimed to analyze how the maternal function can be affected by the diagnosis of prematurity at birth and the therapeutic itinerary in the Reference Neonatal Unit for the Kangaroo Method. It was a qualitative research, involving 06 mothers and their babies. To investigate the conditions for the exercise of maternal function and to understand the emotional experience of these mothers in the contacts with their preterm babies, the guidelines of the Research for Clinical Indicators of Risk for Child Development (IRDI) were used as a interpretive lens to analyze the interviews contextualizing the

data collected. The study was submitted to the Ethics Committee, being in accordance with the instructions postulated in the Declaration of Helsinki and resolution 510/2016. Through a thematic analysis of content according to Minayo, we find the following thematic axes: 1) The beginning of the path to becoming a mother; 2) Repercussions of premature birth in the mother's subjectivity; 3) About time and support networks.

Keywords: Prematurity; mother-baby relationship; Psychoanalysis; maternal function; Neonatal Unit

Introdução

As pesquisas e descobertas a respeito da importância dos cuidados neonatais exercidos não só enquanto protocolos e roteiros de atuação, tiveram um efeito direto na transformação de unidades neonatais, em ambientes mais acolhedores, ainda que, em alguns casos, longe do ideal. Apesar de todos os esforços envolvidos, nem todos os bebês sobrevivem, e dos que sobrevivem, muitos vão para casa com sequelas importantes.

Seguindo o referencial teórico da Psicanálise, pretendeu-se, a partir da escuta do discurso das mães de bebês pré-termos, analisar como a função materna pode ser afetada pelo nascimento prematuro e da necessidade de internação do bebê em Unidade Neonatal, partindo do pressuposto de que todo nascimento prematuro não é sem consequências para o inconsciente dessas mães.

Diante desse cenário, a prematuridade do nascimento seria fator de risco para a construção da função materna durante o itinerário terapêutico em unidade neonatal?

Função Materna

O bebê humano ao nascer está imerso no desamparo psíquico e depende de um outro humano, adulto, para suprir suas necessidades físicas e desempenhar os cuidados básicos. Porém, ainda que totalmente dependente, ele não é totalmente passivo, já nascendo com uma pré-disposição ao contato com o outro, algo que vai acontecer de uma maneira “suficientemente boa” – utilizando um termo de Winnicott – ou não, a depender da qualidade das primeiras relações com o Outro cuidador e o meio ambiente (Catão, 2009; Jerusalinsky, 2000).

Para a Psicanálise, essa dependência que o recém-nascido tem de outro ser humano, pelo seu desamparo inicial, leva-o a se constituir com este de quem depende e estabelecer nessa relação um sentimento de que ele e o mundo externo são um só.

Para o bebê vir a se constituir enquanto sujeito e se estruturar subjetivamente, é preciso que alguém, e na maioria das vezes essa função é exercida pela mãe, venha a investir expectativas, desejos e sonhos nele e para o mesmo, supondo ali uma possibilidade de futuro. Esse investimento organiza psiquicamente o suposto sujeito uma vez que estabelece nele uma antecipação subjetiva, na qual o bebê está posicionado como um sujeito a advir, e para isso, é necessário que haja uma particularização dos cuidados dirigidos ao bebê (Jerusalinsky, 2000; Catão, 2009; Rabelo, 2005).

Seria essa a diferença entre maternagem (que seria da ordem do universal) e função materna (que é da ordem do singular). Maternagem envolve os cuidados necessários à sobrevivência, já a função materna é o que faz um cuidador primordial quando transmite ao bebê o significante que imprime no corpo dele marcas do seu desejo e o insere no mundo da linguagem. Função materna é o exercício de uma função simbólica, que remete o sujeito à dimensão de uma constituição psíquica por sua relação com o campo da linguagem. É próprio da função materna cuidar, dar carinho, tocar, falar com o bebê, pois só assim ele pode se identificar com esse olhar, com o olhar de quem cuida exercendo tal função. Essa função não necessariamente precisa ser realizada pela mulher que deu à luz ao bebê, mas sim por qualquer pessoa que desempenhe e sustente essa relação permeada de desejo e expectativas de futuro (Winnicott, 1990; Jerusalinsky, 2000).

Catão (2009) cita quatro eixos fundamentais na relação mãe-bebê que resumem as operações de constituição subjetiva, e que testemunhariam os efeitos das inscrições das marcas que seriam impressas no corpo do bebê pelo Outro cuidador. Esses eixos são os norteadores presentes na Pesquisa Multicêntrica que desenvolveu os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI). Segundo o IRDI, esses eixos seriam: suposição de sujeito (uma espécie de antecipação que a mãe faz do corpo do bebê, essencial para a constituição subjetiva do mesmo); estabelecimento da demanda (a mãe interpreta o grito do bebê como um apelo, uma demanda, traduzindo-o em palavras); alternância presença-ausência (entre a demanda do bebê e sua realização é preciso que haja um intervalo, um espaço tanto físico quanto psíquico, para que se possa aguardar a resposta do bebê o surgimento do seu desejo) e a função paterna (aqui a mãe precisa ter a criança

em relação a um terceiro, geralmente o pai, dessa maneira a criança deixa de ser seu único objeto de gozo).

A Prematuridade e suas Implicações

O nascimento prematuro de um bebê apresenta um contexto de dúvidas, inseguranças e angústias para essas mães que se deparam com um bebê frágil, pequeno e imaturo, bem diferente do bebê imaginado. Mathelin (1999) aponta para as dificuldades das mães desses bebês conseguirem descrever a relação com o filho imaginado em decorrência da privação dos últimos meses de gestação. Muitas geralmente nem chegam a fazer o enxoval do bebê, ou mesmo pensar em um nome para seu filho.

Antes mesmo de ser gerado, um filho já começa a existir no imaginário idealizado de seus pais, representando suas fantasias, esperanças, sonhos, medos e expectativas para o futuro. Para Dolto e Hamed(1998), o bebê, desde sua vida pré-natal, já é marcado pela maneira como é esperado, pelo que representa, em seguida, ao nascer, pelo que, na sua existência, ele representa nas projeções inconscientes dos pais. O nascimento seria todo ele, o luto do *bebê imaginário* parental, para a adaptação ao *bebê da realidade*. O bebê imaginário e o bebê real referem-se às representações maternas que vão sendo construídas ao longo da gestação e transformadas após o nascimento no encontro com o bebê real.

Os movimentos do bebê no segundo trimestre de gestação, contribui para a elaboração dessa representação imaginária do bebê e a transição para o encontro com o bebê da experiência concreta. Segundo alguns autores, a antecipação do nascimento e, um parto prematuro, pode gerar dificuldades na relação mãe-bebê, na idealização e no investimento no bebê da realidade (Brazelton, 1988; Mathelin, 1999; Fleck, Piccinnini, 2013).

A chegada de um bebê pré-termo é marcada pelo trauma e pela urgência, tanto para a mãe, quanto para o bebê e a família, podendo trazer riscos para a relação mãe-bebê, conseqüentemente para a estruturação psíquica do bebê.

Ao dar à luz a um filho pré-termo, que lhe é retirado imediatamente para ser cuidado, devido aos perigos que os médicos dizem que ele corre, a mãe depara-se com a dificuldade em se identificar com esse bebê frágil, doente e pequenoso então dominada por um sentimento de culpa tão grande que a faz perder as suas referências, já que ali, o saber sobre seu filho é dos médicos e não dela, fato que pode dar origem à dificuldade de fazer laço afetivo com esse bebê real (Mathelin, 1999; Jerusalinsky, 2000; Boreggio, 2016; Rabello, 2005).

A situação de internação em unidade neonatal, segundo Jerusalinsky (2000), frequentemente traz implicações no desempenho da função materna e dificuldades na sustentação da função paterna. Funções estas que, quando não são ressignificadas durante o tempo da internação, podem chegar a instalar graves conseqüências na relação com o bebê. Conseqüências que podem permanecer mesmo após a alta e vir a incidir em sua constituição como sujeito e em seu desenvolvimento futuro.

Nesse contexto, a escuta psicanalítica no hospital, especificamente no âmbito de uma unidade neonatal, tanto pode contribuir para que o sofrimento dessas mães possa ser posto em palavras, com o intuito de que haja simbolização do encontro faltoso, quanto para que a paralisação diante do impacto das vicissitudes na unidade neonatal dê lugar ao tempo de compreender, ao tempo de luto e ao tempo de ressignificar (Boreggio, 2016; Rabello, 2005).

Diante disso, e pensando na importância das primeiras relações para o fundamento da constituição psíquica do sujeito, surgiu a questão que norteia o presente estudo: A prematuridade do nascimento seria fator de risco para a construção da função materna durante o itinerário terapêutico do bebê em uma unidade neonatal?

Método

Participaram desta pesquisa 06 mães de filhos pré-termos e de baixo peso (bebês nascidos com idade gestacional menor que 37 semanas e com peso ao nascer abaixo de 2.500g). Os critérios de inclusão de participação foram ter sido mães e terem seus bebês pré-termos, nascidos com peso abaixo de 2,500g, internados e acompanhados até a alta hospitalar – da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), à Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa).

Inicialmente, foi elaborado um projeto que foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética sob o registro númeroCAAE: 79486317.3.0000.5201. Utilizou-se entrevista semiestruturada com pergunta disparadora, sendo gravadas em áudio, com o intuito de analisar as falas, com a seguinte indagação “Como é para você ter tido um parto prematuro e ter seu filho internado em uma unidade neonatal?”

Também procurou compreender os aspectos sócio-demográficos, a caracterização da saúde da criança e da mãe, a caracterização da gravidez de risco, o desejo de gravidez e a função materna. As mães assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram transcritas e posteriormente os dados foram analisados de acordo com Análise temática de Conteúdo de Minayo (2014) e com o aporte da teoria psicanalítica como fundo interpretativo. Após as transcrições das entrevistas, o material foi analisado e discutido entre o grupo da pesquisa (aluna e orientadoras), construindo matrizes para a partir dos diferentes olhares encontrar a construção interpretativa das falas, tendo como suporte a avaliação dos aspectos de cunho transferencial, o que possibilitou sempre quando necessário a reavaliação do roteiro. Primeiramente houve a leitura flutuante, exploração inicial dos dados para depois se capturar o sentido latente das falas e os sentidos atribuídos a elas. Foi observada também a sequência, as pontuações e as pausas das falas.

Resultados e Discussão

A seguir, serão apresentados os resultados e discussões das análises das entrevistas. O conteúdo será exposto por categorias emergentes. Em cada uma delas serão apresentados os recortes das falas, articulando com o aporte teórico da Psicanálise. A fala das mães entrevistadas aparece em itálico seguido de seus nomes fictícios, escolhidos a partir de nomes de flores, que simbolizam a fertilidade, a delicadeza e o feminino. Deixamos a cargo de cada mãe escolher seu “nome” a partir de sua flor de preferência. Para contextualizar os dados, foi organizado um quadro de informações onde constam dados da saúde materno-infantil. (Apêndice 5).

No presente trabalho, construímos os seguintes temas, a partir das categorias analisadas: 1) O início do caminho para tornar-se mãe; 2) Repercussões do nascimento prematuro na subjetividade da mãe; 3) Sobre o tempo e as redes de apoio.

1) O início do caminho de tornar-se mãe

O seguinte tema engloba as categorias referentes ao planejamento da gestação, ao pré-natal, à saúde da mãe e ao histórico familiar de doenças ou partos prematuros.

Encontramos histórias de vida bastante diversas quanto a um planejamento ou não da gravidez, inclusive relatos de mulheres que descobriram que estavam grávidas somente após alguns meses de gestação. Aqui fica claro como no nascimento prematuro muitas mães não têm a oportunidade do tempo necessário de preparação e como para algumas, o próprio fato de descobrir que estava grávida já se configurou em uma surpresa. O tempo de gestar, de preparar o enxoval, de escolher o nome, de se preparar para o parto, enfim, os nove meses necessários para uma nova elaboração psíquica dessa mulher que viria a se tornar mãe, ficam reduzidos, e se impõe a urgência.

Foi planejada, eu queria, tinha parado os comprimidos e tudo mas assim, quando eu fiquei grávida, daí eu nem, com dois meses que eu vim, que caiu a ficha que eu tava, grávida, que eu descobri... (Tulipa)

Aí eu fiz prevenção[...]mas aí eu terminei engravidando nesse tempo, tava dependendo do resultado da prevenção, só meio tempo, aí não deu pra ir na ginecologista né, e quando foi, já deu nisso né. Já tava com dilatação, aquela coisa toda. (Margarida)

Eu já descobri com quatro meses [...] não foi uma gravidez, não é questão, desejar, assim planejada, não foi planejada e por ter sido, minhas gravidez sempre ser de risco, eu cheguei a pensar que eu não poderia ter... ela não poderia chegar... aos nove meses e poderia acontecer algum imprevisto nisso, ela não poderia chegar a viver. (Orquídea)

Durante a gravidez, a gestante vivencia uma preparação para um futuro com inúmeras projeções para seu bebê. É um período que envolve os exames pré-natais, a preparação do enxoval, a escolha dos nomes, enfim, todo um investimento dos pais que aos poucos vai dando corpo a um bebê. A maioria das mulheres experimenta sentimentos de ansiedade, desamparo e agradável expectativa (Brazelton, Cramer, 1992). O período de nove meses da gestação, além de uma função orgânica essencial para o bebê, atua como um período de preparação emocional da mulher para o parto e para o papel de mãe (Mathelin, 1999). Em um nascimento pré-termo, no entanto, muitas mães não têm a oportunidade desse tempo necessário de preparação, o que fica evidente nas falas trazidas é a surpresa que essas mulheres sentiram tanto ao descobrirem que estavam grávidas, quanto no momento em que o parto ocorreu prematuramente.

Tulipa e Margarida falam de uma programação, de um planejamento para a gravidez, de um desejo, mas de tudo ter sido muito rápido, como se faltasse tempo para vivenciar e elaborar a gestação, pois logo veio o parto prematuro.

No caso de Orquídea, não foi uma gravidez planejada, e sua fala deixa dúvidas quanto ao desejo de ter um filho. Essa mãe só descobriu que estava grávida por volta dos 4 meses de gestação, como se tentasse negar as mudanças que seu corpo certamente vinha sinalizando, e mesmo ao saber achava que ele não poderia chegar a nascer.

Orquídea falava da culpa que sentia pelo fato de ter trombofilia e hipertensão arterial, e relacionava o parto prematuro com essas causas. Ao falar da gestação, diz que não foi planejada, que tinha receio que não chegasse aos nove meses e se referenciava ao seu histórico de lutos: “Na minha cabeça veio um sentimento de culpa. Porque assim (...) por causa da minha pressão alta, por causa da minha doença, eu comecei a me culpar por isso...” (Orquídea)

Com histórico de cinco gestações, duas resultando em abortos, e uma filha que ela relata ter nascido, mas após alguns dias, falecido em seus braços, Orquídea fala sobre o trauma que ainda está vivo em seus fantasmas: “Ela morreu nos meus braços, e isso foi um trauma que até hoje não sai da minha cabeça.” Ao falar sobre seu bebê, essa mãe diz que ela não foi a primeira filha que nasceu prematura, mas que, comparada com a outra (que chegou a falecer), “que eu também perdi aqui”, não se deixa de ouvir em sua fala algo do seu inconsciente que escapa, como se ainda não creditasse no bebê que está internado, a possibilidade de estar viva, como se esta já estivesse sido perdida também, como se a reedição de uma morte se fizesse presente circundando a incubadora.

Klaus e Kennel (1992), ao citarem as contribuições de pesquisas como as de Kaplan e Mason (1960), detalham bem todo o processo pelo qual as mães de bebês prematuros chegam a passar, e falam de uma “reação aguda ao trauma”, que seria um recurso utilizado para lidar com o momento de crise. Essa mãe em especial, por já ter referências anteriores de perda e trauma, pareceu apresentar uma espécie de luto antecipatório gerado tanto pelo parto prematuro, quanto pelas incertezas que a saúde desse bebê desperta. Essas mães experimentariam uma vazão tão grande, gerado por essa separação abrupta onde lhes faltam palavras para simbolizar tais sentimentos, que chegam a evitar fazer planos para o futuro, investir nesse bebê e no caso de Orquídea, ela não conseguia sequer dar um nome a sua bebê.

Tulipa falou da certeza que tinha de que o parto seria prematuro por ter uma condição orgânica que segundo ela a impedia de levar as gestações até o fim: “Devido a meu útero, útero bicornio (...) eu já sabia que ele seria prematuro”. (Tulipa)

Ao se deparar com esse filho frágil, entre a vida e a morte, que surge no trauma, algumas mães pareciam impedidas de investir libidinalmente, quer pelo fato de não se reconhecer nesse filho, quer pelo medo e a insegurança a respeito do futuro desse bebê.

Além da angústia e insegurança em relação ao presente e ao futuro do bebê, as mães que tiveram doenças pré-existentes chegam a se culpabilizar, vivendo a ambivalência entre amor e ódio incessantemente durante a hospitalização (Druon, 1999).

Observamos nos relatos de Girassol, Tulipa e Orquídea, a busca por uma causa, um motivo, uma resposta para o que aconteceu. Talvez diante do trauma fosse necessário algo que sustentasse uma elaboração possível, ou seja, um espaço para a fala e possível reelaboração psíquica.

No caso de Bromélia, uma jovem de 23 anos em sua primeira gestação, esse motivo parecia ser algo que se transgeracional. Ela relatou que sua avó e sua mãe tiveram abortos e partos prematuros por motivos de pré-eclampsia, a mesma situação que ela viveu, e que fez ela se sentir com muito medo e preocupada. O fato de sua mãe ter tido filhos de parto prematuro, e pré-eclampsia, parecia dar a ela as respostas que buscava para explicar o que ocorreu, mas também uma certeza de que algo poderia dar errado com ela também.

Eu achei que não ia sobreviver pelo fato da minha mãe ter tido dois partos prematuros e não ter sobrevivido”. [...] Ela teve pre-eclampsia, em duas gestação(...) ela teve três, eu e mais duas, ai depois ela engravidou de novo, ai teve prematuro com seis meses (...) sendo que não resistiu por causa da pressão também...(Bromélia)

Uma pré história antecede o bebê, através do seu nome ele fará parte de uma família, uma linhagem. A partir dessa pré-história e desse discurso que o antecede, o bebê virá a ocupar um lugar e a possibilidade ou não de advir enquanto sujeito. Segundo Rabello (2005), essa linhagem não impõe um determinismo, havendo então uma possibilidade para o sujeito se constituir através de seu desejo, desde que aquele que cuida possa colocar em palavras o não dito expresso no corpo do bebê.

No caso de Bromélia, a ligação transgeracional, ou seja, a referência que essa mãe parece ter é a de uma impossibilidade que herdou de sua mãe, uma mulher, que também gerou filhos pré-termos. Os medos e incertezas de como seria esse bebê, se viria doente ou até mesmo se sobreviveria são fantasmas que se atualizam na relação dela com sua bebê. Uma vez que as experiências que ela viveu ao lado da mãe foram negativas e fizeram marcas, essa história precisa ser ressignificadas para dar possibilidade de se interromper uma repetição nesse bebê que também nasceu menina (Rabello, 2005; Mata, Cherer, Chatelard, 2017).

Ao ouvir essas mães entrevistadas, foi possível identificar em suas falas a importância que o tempo de internação teve no sentido de favorecer a ressignificação do acontecimentotraumático. O

tempo parece favorecer a segurança da mãe de se aproximar de seu filho, de reconhecer aos poucos algo dela na fragilidade desse bebê, e isso de alguma maneira aproxima mãe e filho. Os cuidados da equipe, a abertura que as enfermeiras e médicos ofereceram para que fosse construído um espaço potencialmente acolhedor e o apoio das outras mães nos momentos de conversa surgiram como elementos fortalecedores da relação mãe bebê, o que conseqüentemente favoreceu o exercício da função materna.

A chegada de um bebê prematuramente impõe à mãe a necessidade de elaborar o luto do bebê imaginado para poder investir no bebê da realidade. Contudo, a prematuridade, por ser um fenômeno da urgência, do repentino, reduz o tempo para que os pais possam ajustar as representações acerca de seu filho. Além disso, bebês pré-termos geralmente nascem com muito baixo peso, frágil e necessitando dos cuidados médicos, o que pode ampliar as diferenças entre o bebê construído na fantasia e o bebê da realidade, além de limitar os cuidados que a mãe inicialmente teria, podendo assim interferir nas condições de exercício da função materna (Mata, et al., 2017).

Dessa maneira, o início do tornar-se mãe envolve desde a preparação de um corpo orgânico para receber um bebê até a possibilidade de um espaço simbólico e subjetivo onde ele possa ser gestado. Ficou claro que as preocupações das mães entrevistadas eram principalmente em relação ao seu corpo e à sua saúde, pois tudo deveria estar pronto para receber esse bebê. O parto prematuro, porém, antecipou a chegada de um bebê quando emocionalmente elas ainda não estavam preparadas.

2) Repercussões do nascimento prematuro na subjetividade da mãe:

Este tema aborda questões referentes ao impacto do parto prematuro e as possíveis incidências na relação mãe-bebê, no contexto de uma unidade neonatal. Apresentando os aspectos relativos às repercussões na subjetividade materna e no estabelecimento da relação mãe-bebê.

Encontramos relatos de desespero, medo e surpresas, mostrando que essas mães logo muito cedo sentem reações emocionais intensas.

Muito medo, porque eu já tinha perdido um, que nasceu morto né, que inclusive tentaram segurar uma semana, porque a bolsa rompeu... De nascer morto de novo né, graças a Deus ta vivo né. Mas é muito, melindroso né, é uma caixinha e surpresa...(Margarida)

E quando eu vi, nossa, muito pequenininha. Eu disse... Chorei, porque eu não esperava que seria desse jeito, esperava ser um parto tranquilo, nove meses, quando eu vi eu achei que não iria sobreviver. (Bromélia)

Eu nem imaginava que ia ter um filho prematuro(...) A bolsa estourou e eu fiquei desesperada... (Violeta)

Margarida, apesar do medo e insegurança em relação ao futuro de seu bebê, demonstra em sua fala já conseguir localiza-lo em um lugar subjetivo ao oferecer significantes a ele: “melindroso”, “caixinha de surpresa”. Essas nomeações colocam o bebê em um lugar possível para a subjetivação materna, ou seja, a suposição de sujeito aponta para as características e comportamentos que a mãe identifica no bebê e assim vai definindo um esboço da relação entre ela e seu filho.

Para a mãe que já havia tido um filho pré-termo, esse fato parece interferir de alguma maneira na gestação seguinte: “Foi assim um pouco mais tranquilo, porque eu já tenho uma menina, que também foi prematura(...) já sabia de tudo um pouco né, aí foi mais tranquila...” (Tulipa)

Apesar de a cada nascimento se construir uma nova relação, um novo encontro entre mãe e filho, visto que isso é da ordem da singularidade, para essa mãe, o fato de já ter tido uma gravidez anterior de alguma maneira parece oferecer a “tranquilidade” de saber os protocolos que terá que passar com sua bebê, apaziguando algumas angústias e fantasias.

Girassol relatou a surpresa que sentiu pelo nascimento prematuro de seu primeiro filho, pois não havia nenhum indício ou causa que justificasse o ocorrido: “Pra mim foi uma surpresa, nunca imaginava, até porque eu não tive nenhum... não se sabe a causa, não tive pré-eclâmpsia, não tive nenhuma infecção, não tive nada... aí pra mim foi... mas assim, foi uma surpresa muito grande”. (Girassol)

Essa mãe, em especial, desenvolveu uma relação com a equipe como se fizesse parte desta, assim como seu bebê foi adotado por todos da equipe, tornando-se um membro temporário. Questiona-se se o fato dessa mãe estar identificada com os membros da equipe e com toda a

terminologia médica não seria um mecanismo que desenvolveu para suportar os dias que passava acompanhando seu filho. Girassol sabia da evolução, sabia “ler” as máquinas, relatava o prontuário de seu filho com tantos termos técnicos.

As relações que essas mães podem estabelecer mais com a patologia de seu bebê do que com ele podem incidir em riscos à construção imaginária desse sujeito, e conseqüentemente sobre a possibilidade de uma constituição subjetiva (Santos, Vorcaro, 2016).

Por outro lado, ao se voltar para informações sobre os aparelhos e procedimentos que mantinham seu bebê vivo, essa mãe parecia fazer um esforço para que assim pudesse reencontrar-se com seu bebê, recuperando o lugar de saber sobre o mesmo e enfim, o seu lugar de mãe. Ao oferecer um lugar subjetivo ao seu bebê, a mãe antecipa algo que ainda não está lá, uma vez que para existir uma mãe é preciso existir um bebê, como ocorre na antecipação de sujeito.

Ao se sentir importante nos cuidados com seu bebê e ao ocupar o lugar simbólico de quem entende as demandas dele, de quem exerce a função materna, Girassol demonstrava supor nele um sujeito, com demandas e subjetividade, sinais presentes nos eixos Suposição de Sujeito e Estabelecimento de Demanda do IRDI.

Apesar do cenário de ambigüidade, trauma e desespero, as mães entrevistadas conseguiram elaborar a dor e dar nova saída, mesmo que seja a de ir para uma função mais de técnica, como foi observado em Girassol. Segundo Rabello (2005), o trauma não se constitui no absoluto. Os arranjos e narrativas que se farão a respeito das referências simbólicas, na história de cada um, também são da ordem da singularidade.

O exercício da função materna implica os cuidados de ordem subjetiva da mãe em relação ao seu bebê, estabelecendo com o ele o filho um circuito pulsional onde nessa troca ele obtém satisfação ao ponto de não mais poder prescindir desse que cuida. A mãe, ao se ocupar dessa função, oferece o suporte necessário para que o bebê possa vir a se constituir psiquicamente.

É uma relação que vai se estabelecendo aos poucos, no encontro entre mãe e bebê, e que se dará para cada dupla de uma maneira singular. Através da voz, do olhar e do toque, a mãe vai

estabelecendo uma aproximação afetiva com seu bebê e subjetivando aquilo que ela recebe de reações dele. A relação entre mãe e filho é fruto então de um processo, não se dá no momento do nascimento, mas acontece a sua maneira, desde a gestação, e o que vai ser construído em cada encontro é da ordem do singular.

Kupfer (2000) ressalta que a mãe através de seu desejo, antecipará em seu bebê uma existência que ainda não há, mas que se instalará através do olhar, dos gestos e das palavras, investindo libidinalmente. A mãe, enquanto Outro primordial, inscreve assim as primeiras marcas subjetivas no corpo do bebê, oferecendo-lhe bordas que são banhadas de linguagem, linguagem essa referência ao que é da ordem do simbólico, da entrada desse bebê na cultura. Como observamos na fala de Tulipa, uma mãe que nomeia as características de seu bebê e já lhe confere um lugar de sujeito: “Ele é bem chorão, bem brabo[...]bem nervoso[..]O jeitinho dele, além da brabeza, que ele gosta que converse com ele, é bem sorridente”. (Tulipa)

As mães entrevistadas relataram o fato de que com o passar do tempo de internação, apoiadas pela equipe médica e pelas enfermeiras, já conseguiam, mesmo que de maneira ainda insegura, se sentirem mais capacitadas para cuidar de seu bebê, o que fica ilustrado nas falas de Orquídea e Bromélia.

Quando você começa a pegar seu bebê, eu acredito que a recuperação dele é mais rápida(...) Ela já ouvir minha voz, eu já vejo ela já mudando os olhinhos, escutando, levantando os olhos...[...] Já esses dias tava chupando as mãos com fome...(Orquídea)

Ah fico com medo de deixar minha filha aqui só, sem ta comigo (...) e sempre que ela toma sem ser o meu leite, ela regurgita...[...] Acontece que ganha mais rápido peso, porque fica mais tempo com a mãe... (Bromélia)

Acreditamos que essa aproximação foi possível tanto pela equipe que soube fazer a mediação desse encontro de uma maneira que as mães não se sentiram forçadas a antecipar algo que ainda não estavam seguras, quanto pelo fator tempo de internação, que possibilitou a elaboração do trauma inicial.

Ainda em relação a esse estabelecimento de laço inicial entre mãe e bebê, foi observado por meio dos relatos das mães, que algumas já conseguiam identificar necessidades e nomear respostas

de seus bebês. A maioria, apesar de estar tomada pelo medo, insegurança e culpa, aos poucos, pelas respostas que foram recebendo de seus bebês, permitiram estar mais próximas nesse encontro, e assim se sentindo capaz de desempenhar a função materna. No caso de Bromélia, ela foi uma outra mãe que foi possível observar na interação com seu bebê, inclusive em mais de um momento. Bromélia e seu bebê foram acompanhados nos momentos de amamentação e pode-se observar a interação entre mãe e filha, o pele a pele da posição canguru, o manhês quando a mãe timidamente ia se comunicando com sua bebê que, apesar de ainda tão pequena e frágil, já reagia à sua voz. Foi um momento de observação importante para a pesquisa, inclusive pelas impressões que despertou na pesquisadora. Era possível perceber o quanto Bromélia estava segura na rotina de cuidados com sua filha, e também nas expectativas que desenhava para a sua alta. O trauma inicial já parecia estar superado, e outras preocupações iam tomando espaço, como os cuidados com a saúde do bebê ao sair do hospital. Aqui a função paterna surgiu ao falar das orientações para visitas: “Quando ela tiver alta aqui do hospital, ela não vai poder receber visita, só quando a médica liberar”.

Segundo Jerusalinsky (2014), na relação mãe-bebê, de um lado há a mãe, com suas fantasias e fantasmas, que pode acolher ou não esse bebê, e de outro o bebê, que pode ter aptidões para responder a esse encontro ou fazer obstáculo para que o jogo se estabeleça. Essas aptidões englobam seu aparato neuro-anatômico, plasticidade neuronal e a permeabilidade a inscrições significantes. Na presente pesquisa, foi observado esse jogo entre mãe e bebê quando as mães relataram que ao falarem com seus bebês, ao tocarem ou ao lhes alimentarem, recebiam desses as respostas que as faziam se sentir importantes e necessárias, e com isso retornavam o investimento libidinal em seus bebês. Esse fato está ilustrado na fala a seguir: “Eu acho que a medida que você começa a tocar no seu bebe, acho que a recuperação é bem melhor...É, carinho, começa a engordar...”. (Orquídea)

Jerusalinsky (2014) segue enfatizando que a relação mãe-bebê não se dá de forma assimétrica, ou seja, o bebê precisa inicialmente ser colocado pela mãe no lugar de alguém capaz de responder aos investimentos da mãe não só reais, de cuidados no corpo, mas ser antecipadamente

suposto sujeito. Entre a estrutura simbólica que antecede o nascimento do bebê, e a produção dos efeitos de inscrição psíquica em sua estrutura, é necessário um intervalo de tempo, para que só então o bebê possa produzir suas respostas subjetivas, pois a constituição do sujeito depende da inscrição de diferentes momentos lógicos, sendo algo em construção, que não se dá por completo em um dado momento.

Nesses encontros e aproximações da dupla mãe-bebê, todas as mães entrevistadas puderam falar sobre o que percebiam de sua relação com seu bebê, e de como foram aos poucos se sentindo parte importante na recuperação de seu filho. Foi preciso um tempo cronológico, mas também um tempo subjetivo para que rearranjos psíquicos fossem feitos em relação ao trauma do nascimento prematuro. Para essas mulheres que foram mãe prematuramente, foi necessário um tempo de gestar a relação entre elas e seus filhos, tendo a equipe médica e as redes de apoio como mediadores nesse processo.

3) Sobre o Tempo e as Redes de Apoio

As falas a seguir retratam os efeitos do tempo de internação na reelaboração que cada mãe pôde fazer em sua singularidade ao longo do período de hospitalização de seu bebê, e como isso favoreceu a aproximação com seu bebê real. Também será possível observar a questão da transferência em relação ao hospital e a importância da rede de apoio criada pela equipe e por algumas mães.

Eu tô aprendendo a ter paciência, porque o tempo não é o meu (...) ai eu tenho que aprender esperar o tempo dela...(Orquídea)

A rotina de ter que... Fazer sempre as mesmas coisas né [...]Um dia de glória, de vitórias e outro dia não, nem sempre vai acontecer o que a gente quer... (Bromélia)

Não sei se é por conta do tempo,(...) comecei a aceitar, aceitei que tinha que ser assim [...] amadurecer...(Girassol)

Essas mães, cada uma à sua maneira, foram aprendendo a lidar com a falta imposta pelo real da situação da internação. De alguma forma elas achavam que deveriam passar por aquilo, numa espécie de aprendizado necessário que o tempo foi capaz de favorecer.

A rotina, o ritmo e os horários bem estabelecidos de uma unidade neonatal, assim como a crescente apropriação da mãe pelos cuidados com seu bebê, estimulados pela equipe médica, pareceram proporcionar uma maior segurança para que elas pudessem fortalecer o laço com seu bebê e o exercício da função materna. A unidade neonatal pode funcionar como suporte para a mãe, quando lhe oferece os contornos necessários, permitindo-lhe dar expressividade à sua função junto ao filho (Rabello, 2005).

Dolto(1980) apontava que o sofrimento humano é uma consequência do vazio de palavras que se traduz em feridas e marcas na história do sujeito. A situação de risco ocorre quando há um vazio de palavras, sem possibilidade de elaboração. Possibilitadas de falar, sempre com alguma enfermeira, médico ou mesmo com outras mães, elas puderam elaborar suas feridas narcísicas, lidando com seu sofrimento e possibilitando não só a reanimação do corpo do bebê, mas também da possibilidade de investimento libidinal, ou seja, reanimando o bebê no desejo de cada mãe.

O fato de estarem na mesma situação, de poder ouvir de outra mãe um pouco sobre sua experiência, seus medos e sua relação com o bebê, parecia produzir efeito de apoio e sustentação, ou seja, a internação hospitalar, nesse sentido, parece favorecer o tempo de elaboração do trauma.

Algumas participantes percebiam as outras mães, a equipe médica e as enfermeiras como uma rede de apoio. Segundo Maldonado (1985), a rede de apoio aumenta os sentimentos de autoconfiança, realização pessoal e dedicação ao bebê. As falas a seguir retratam bem o suporte funcionando como sustentação para a mãe:

Pelo que a gente passa aqui, a gente tem que viver como se fosse uma família [...] Converso...conversa de tudo. Até às vezes quando a gente precisa de um conforto, tem algumas (mães) que está mais próxima de você e dá uma palavra de conforto. Como eu também posso dar, isso ajuda [...] já teve gente de chegar pra mim pra conversar, de coisas que tavam acontecendo lá fora e elas ficaram sabendo aqui dentro... (Bromélia)

Elas (as enfermeiras) sempre vão aconselhando você assim, lhe acalmando. (Orquídea)

Graças a Deus todas as residentes, as médicas que estão com ele, eu não tenho o que reclamar não, sempre me apoiando, sempre apoiando ele, fazendo o possível...(Girassol)

Em um nascimento prematuro, equipe médica e as outras mães do setor se unem na tentativa de resgatar esse bebê, o que conseqüentemente opera como um resgate de cada um desses atores envolvidos. Nesse momento, a equipe de saúde tem função de terceiro na relação mãe-bebê, quando atua protegendo um do outro de suas fantasias mortíferas. Ouvir a mãe para tentar trabalhar o luto, a perda e a separação do filho idealizado para que ela consiga investir nesse filho real, do presente, e quem sabe poder ser capaz de projetar para ele um futuro possível, um projeto vivo. O tempo de hospitalização muitas vezes é capaz de permitir à mãe também um trabalho de reparar sua própria imagem, autorizando-a a se tornar mãe para seu filho (Mathelin, 1999).

Para as mães entrevistadas, a referência à equipe médica e ao hospital surgiu como uma transferência importante para a função materna. Apesar de inicialmente terem que confiar os cuidados de seu bebê a um terceiro ou seja, a uma equipe que saberia cuidar para que ele sobrevivesse, nos casos observados, a equipe soube valorizar o lugar dessas mães ao ponto de elas irem aos poucos reconquistando sua competência materna.

Sinto segura sim. Bastante segura em relação aos cuidados que eles tão dando a ele (Violeta).

Aqui no hospital, é o hospital que os bebês assim, os prematuros tem chance de sobreviver. Aqui é onde ele tem chance porque é um hospital indicado. (Orquídea)

Essa relação entre as mães de bebês hospitalizados e a equipe médica, muitas vezes pode vir permeada de ambigüidade e rivalidade, quando algumas mães chegam a perceber a equipe enquanto instância que as julga por não terem sido capazes de “fabricar” um filho saudável. Em outros casos, quando a equipe vai aos poucos valorizando, reconhecendo seu lugar de mãe e cuidando dessa aproximação com o bebê, a mãe se sente capaz e confiante em cuidar de seu bebê (Morch e Braga, 2007).

Ao serem perguntadas sobre as expectativas em relação à alta de seu bebê, surgem logo as preocupações e inseguranças quanto ao dia a dia, a rotina dos cuidados, mas principalmente se vai dar tudo certo, se seu bebê vai sobreviver sem os cuidados da equipe, como se questionassem a

capacidade delas em dar conta dos cuidados de seu filho no momento em que estiverem longe dos cuidados da equipe.

Porque ele tinha os probleminhas de refluxo, na hora da dieta ele cansava, aí eu confesso que tive bastante medo, bastante medo quando eu fui pra casa...(Tulipa)

Eu sei que prematuro tem que ter bastante cuidado. Cuidado porque, é muito sensível né, em relação a imunidade dele... muito sensível, aí eu tenho que ter bastante cuidado com ele, pra não pegar... nem um resfriado, pra não pegar. Porque eu sei que é difícil de, controlar. (Violeta)

Segundo Wanderley (1999), a volta para casa constitui um momento difícil para os pais, em especial para a mãe, que se depara constantemente com a dúvida quanto à sua capacidade de exercer sua maternidade. Para os pais, será o primeiro momento em que estarão sós diante de seu bebê, um bebê frágil, que requer ainda bastante cuidados e que muitas vezes pode apresentar sequelas. A alta do hospital é apenas uma das etapas de muitas que virão, às vezes repletas de tratamentos, exames e terapias, uma nova rotina que requer a adaptação de toda a família.

Por isso acreditamos ser de imensa importância a preparação para essa alta, não só pela equipe hospitalar, mas fortalecendo a rede de apoio que a mãe irá contar fora do hospital, ou seja, a família e os serviços de saúde, através de ações educativas que possibilitem informar os agentes envolvidos nos cuidados com a mãe e seu bebê a respeito da importância de cuidar da saúde emocional da mãe uma vez que isso implica em um cuidado também com o desenvolvimento saudável do bebê.

Conclusão

O presente trabalho buscou observar como o exercício da função materna aconteceria em um ambiente específico de prematuridade do nascimento e internação em unidade neonatal. Diante desse cenário, tentou-se responder se a prematuridade do nascimento seria fator de risco para a construção da função materna durante o itinerário terapêutico em unidade neonatal.

Foram criadas cinco categorias analíticas de acordo com os elementos que acreditávamos serem importantes para explorar nas entrevistas, sendo elas: aspectos sócio demográficos;

caracterização da saúde da criança e da mãe; desejo de gravidez e função materna. Dessas categorias, surgiram três eixos temáticos: o início do caminho de tornar-se mãe; repercussões do nascimento prematuro na subjetividade da mãe e sobre o tempo e as redes de apoio.

O tempo de internação, a confiança na equipe e algumas vezes o apoio das outras mães, pareceu ter efeito positivo para que essas mães pudessem começar a se autorizar a respeito do saber inconsciente sobre seu filho, ou seja, apesar da prematuridade ser em algum aspecto fator de risco, o tempo de espera e de elaboração psíquica para as mães, o apoio transferencial com a equipe e a rede de apoio de outras mães contrabalanceou com o risco, podendo ser concebidos como fatores de proteção.

Referências

- Brazelton, T. B. (1988). O desenvolvimento do apego. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. (1992). As primeiras relações. São Paulo: Martins Fontes.
- Boreggio, B. W. (2016). A prematuridade no discurso materno: de que se trata? (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Catão, I. (2009) O bebê nasce pela boca: Voz, sujeito e clínica do autismo. São Paulo: Instituto Langage.
- Dolto F. (1980). Psicanalise e pediatria. 4.ed. Rio de Janeiro: Zahar.
- Dolto, F. & Hamad, N. (1980). Destino das crianças. São Paulo: Martins Fontes.
- Druon, C. (1999). Ajuda ao bebê e aos seus pais em terapia intensiva neonatal. In: D. B. Wanderley, D. B. (org). Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade (pp. 35-54). Salvador: Ágalma.
- Fleck, A., & Piccinini, C. A. (2013). O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta. Aletheia, 40, 14-30. Recuperado em 17 de outubro, 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942013000100003&script=sci_abstract

- Jerusalinsky, J. (2000). Do neonato ao bebê: a estimulação precoce vai à UTI neonatal. *Estilos da Clínica*, 5(8), 49-63. Recuperado em 17 de outubro, 2018, de <http://www.revistas.usp.br/estic/article/viewFile/60930/63966>
- Jerusalinsky, J. (2014). *A Criação da criança: brincar, gozo e fala entre mãe e o bebê*. Salvador: Àgalma.
- Klaus, M. H. & Kennell, J. H. (1992). *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kupfer, M. C. M. (2000). Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância. *Psicologia da USP*, 11(1), 85-105.
- Maldonado, M. T. (1985). *Psicologia da gravidez, parto e puerério*. Petrópolis: Vozes.
- Mata, G. D., Cherer, E. Q. & Chatelard, D. S. (2017) Prematurity and subjective constitution: considerations on care at a neonatal intensive care unit. *Estilos da Clínica*, 22(3), 428-441.
- Mathelin, C. (1999). *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec.
- Morch, D. & Braga, M. C. (2007). À procura de um encontro perdido: o papel da "preocupação médico-primária" em UTI neonatal. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4), 624-636. Recuperado em 13 de julho, 2017, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142007000400005
- Rabello, A. M. (2005). Construção subjetiva e prematuridade na UTI Neonatal. *Primórdios*, 4(4), 13-24. Recuperado em 13 de julho, 2017, de http://cprj.com.br/primordios/04/2_Primordios_MioloVol4_Prova03-4.pdf
- Santos, L. C., & Vorcaro, Â. M. R. (2016). Implicações da patologia e da hospitalização do bebê ao nascer: a contribuição da psicanálise e de seu método clínico. *Estilos da Clínica*, 21(2), 282-301.

Wanderley, D. B (1999). Agora eu era rei. In: Daniele de Brito Vanderley (org). Agora eu que era rei: os entraves da prematuridade (p. 141-151). Salvador: Ágalma.

Winnicott. D. W. (1990). Natureza humana. Rio de Janeiro: Imago Editora.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As entrevistas realizadas nessa pesquisa trouxeram esclarecimentos importantes sobre o contexto de prematuridade e como esse fato pode de alguma maneira interferir na constituição do vínculo entre mãe e filho.

Algumas mães se prepararam para uma gestação, mas nem todas planejavam engravidar nesse momento, e a notícia da gravidez inicialmente trouxe preocupações e incertezas diante de um futuro imaginado. As mães entrevistadas falaram sobre sua preparação do pré-natal, mas algumas só perceberam que estavam grávidas após alguns meses de gestação, e logo em seguida veio o parto prematuro, o que impediu que elas tivessem o tempo de gestar sua relação com o bebê imaginário, antecipando uma subjetividade tanto para ela quanto para seu bebê. As que puderam fazê-lo, ao se deparar com a urgência e o caos de um parto prematuro, relataram o medo e desespero diante da fragilidade da situação.

À medida que ocorre uma melhora no estado clínico do bebê, as mães passavam a investir mais afetivamente em seus filhos, não mais apenas nos cuidados médicos e rotineiros. Essa relação dialética parecia facilitar a aproximação e o enlace entre mãe e filho, como se um se espelhasse no outro, refletindo a melhora na evolução do quadro. A melhora clínica do seu bebê, fazia com que a mãe passasse a identificar melhor as respostas e comportamentos de seus filhos, passando a dar sentido a cada manifestação do bebê. Um puro grito passava a ser interpretado como fome, ganhando estatuto de demanda endereçada a ela, e ao leite que ela produzia para alimentá-lo. Aliás, a questão da amamentação foi outro ponto importante observado, pois na fala de algumas mães entrevistadas, o leite e o carinho delas era algo essencial para “engordar” o bebê, acrescentando as gramas tão esperadas para alcançar a alta hospitalar.

Algumas mães, a cada evolução de seu bebê, pareciam se apropriar da competência de sua função materna, isso porque a partir do momento em que iam se sentindo capazes de cuidar do seu bebê, as que estavam situadas em sua “preocupação materna primária”, tornavam-se atentas às manifestações fisiológicas do bebê, mas agora passando a atribuir significação simbólica a elas.

O tempo de hospitalização, não foi de todo negativo, apesar de cansativo para algumas mães. Esse período foi importante para fortalece-las em sua função, além de permitir à equipe ouvir e “intervir” quando necessário para facilitar que a mãe elaborasse o luto do filho idealizado e pudesse investir no filho da realidade. Os resultados também mostraram a segurança que as mães sentiam no Hospital, por ser uma referência de instituição onde os bebês “sobrevivem”, o que entraria como um terceiro na triangulação mãe e filho, dando o suporte e favorecendo essa possibilidade da mãe acreditar em uma vida para seu bebê. A equipe também foi citada por todas como uma referência positiva, que transmitia a segurança necessária às mães de que alguém cuidaria de seu bebê, mas não a ponto dela ser substituída, desnecessária, mas favorecendo a elaboração de seu luto e fortalecendo sua função materna.

A equipe mostrou ter condições de favorecer o espaço necessário para a aproximação entre mãe e filho, principalmente nos momentos de escuta e incentivo do fortalecimento da função materna. Acreditamos ser de imensa importância a preparação para a alta, não só pela equipe hospitalar, mas fortalecendo a rede de apoio que a mãe irá contar fora do hospital, ou seja, a família e os serviços de saúde.

Equipe, mãe e bebê merecem o cuidado de uma escuta no sentido de permitir um espaço de elaboração das angústias presentes nesse contexto, visando quem sabe propostas de cuidado e promoção de saúde materno-infantil, mas não para garantir que sintomas não surtirão, e sim para estar presente atuando, enquanto possibilidade de

escuta singular do sofrimento para uma possível elaboração do trauma e ressignificação de histórias.

O presente estudo mostrou a importância de propostas que visem à capacitação das equipes interdisciplinares, e o estímulo à criação de grupos de apoio em unidades neonatais, visto que esse suporte favoreceu o fortalecimento do exercício da função materna nos casos entrevistados.

Os resultados obtidos expressam a relevância dos estudos acerca das vicissitudes presentes no contexto da prematuridade do nascimento, além da importância de intervenções precoces que ofereçam apoio a essas mães e seus bebês já nos primeiros momentos após o parto, objetivando a promoção e prevenção em saúde mental. Pensar em trabalhos de intervenção precoce tanto junto às mães, para ajudarem a elaborar a situação de angústia que envolve a prematuridade do nascimento, quanto em relação ao bebê, oferecendo a ele um lugar de sujeito, favorecendo a reconstrução de um espaço de aproximação entre mãe e bebê.

No contexto da situação de prematuridade, o papel da equipe médica é de fundamental importância no sentido de mediar as relações e cuidar não só do bebê mas dessa mãe e sua família, fortalecendo o papel de cada um.

O presente trabalho mostrou a importância de estudos e intervenções que visem a sustentação de uma prática profissional consciente de sua influência na construção de projetos de vida e de processos de significação nas vidas de mães de bebês prematuros, no futuro desses bebês (que podem a partir daí reescreverem suas histórias), e nas vidas desses profissionais que lidam com as urgências e as questões de vida e morte em unidades neonatais.

VI. REFERÊNCIAS

1. Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009;13(2):297-304.
2. Rabello A. Construção subjetiva e prematuridade na UTI Neonatal. Pulsional Rev. Psicanál [periódico on line]. 2005 [acesso em 12 ago 2018]; 17(181): 46-53. Disponível em: http://www.editoraescuta.com.br/pulsional/181_07.pdf
3. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (BR). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011.
4. Spitz R. Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. Psychoanal Study Child. 1945; 1(1):53-74.
5. Kupfer MCM, Jerusalinsky AN, Bernardino LMF, Wanderley D, Rocha PSB, Molina SE et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco psíquico para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. Lat Am J of Fund Psychopath [periodico on line]. 2009 [acesso em 16 set 2014]; 6(1):48-68. Disponível em: <http://132.248.9.34/hevila/Latinamericanjournaloffundamental-psychopathology/2009/vol6/no1/4.pdf>
6. Freud S. Os instintos e suas vicissitudes. Rio de Janeiro: Imago; 1976. Edição Standard Brasileira das obras completas, v. 16.
7. Catão I. O bebê nasce pela boca: Voz, sujeito e clínica do autismo. São Paulo: Instituto Langage; 2009.
8. Marciano RP. A constituição do vínculo materno com o bebê prematuro: possibilidades de intervenção precoce [dissertação]. Goiana (GO): Universidade Federal de Goiás; 2016.

9. Fleck A, Piccinini A. O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta. *Aletheia*. 2013;(40):14-30.
10. Jerusalinsky J. Do neonato ao bebê: a estimulação precoce vai à UTI neonatal. *Estilos Clín*. 2000; 5 (8): 49-63. Dossiê.
11. Valas P. As dimensões do gozo: do mito da pulsão à deriva do gozo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
12. Lacan J. O estágio do espelho como formador da função do eu. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
13. Lacan J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.
14. Zornic SAJ, Morsch DS, Braga NA. Os tempos da prematuridade. *Rev Latinoam de PsicopatolFundam*. 2004; 7(4): 135-143.
15. Winnicott D. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: Winnicott D. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1982. p. 79-87.
16. Dolto F. *Psicanálise e pediatria*. 4.ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1980.
17. Mathelin C. *O sorriso de Gioconda: clínica psicanalítica com bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud; 1999.
18. Freud S. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranoides). Rio de Janeiro: Imago; 1980. *Obras Completas de Freud*, v. 12.
19. World Health Organization. Preterm birth [on line]. Genebra: A organização, 2018 [acesso em 01 out 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>
20. Brazelton TB. *O desenvolvimento do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.

21. Dolto, F. & Hamad, N. (1980). Destino das crianças. São Paulo: Martins Fontes.
22. Klaus MH, Kennell JH. Pais/bebê: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
23. Silva CM, Macedo MMK. método psicanalítico de pesquisa e a potencialidade dos fatos clínicos. *Psicol Ciênc Prof* [periódico on line]. 2016 [acesso em 16 out 2018]; 36(3): 520-533. Disponível em: www.scielo.br/pdf/pcp/v36n3/1982-3703-pcp-36-3-0520.pdf
24. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome:

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Escolaridade:

- 1- Como é para você ter tido um parto prematuro e ter seu bebê internado em unidade neonatal?
- 2- Quanto tempo o seu bebê está internado?
- 3- Você chegou a realizar o pré-natal?
- 4- Teve algum aborto anterior?
- 5- Havia algum indício de que a gravidez era de risco?
- 6- Foi uma gravidez planejada?
- 7- Quais eram suas expectativas durante a gestação?
- 8- Como foi seu parto?
- 9- Quais foram seus sentimentos ao saber que seu filho nasceria de parto prematuro?
- 10- Como você se sente em relação aos cuidados da equipe médica?
- 11- Como você se sente ao ter que se separar dele?
- 12- Como você acha que ele fica quando você vai embora?
- 13- Quais seus sentimentos envolvidos durante as visitas?
- 14- O que espera que aconteça quando seu bebê sair daqui?
- 15- Quais são suas expectativas em relação ao bebê?
- 16- Como é o seu bebê?
- 17- Você sabe identificar o que ele quer quando chora?
- 18- Você acha que ele sente a sua presença?
- 19- Você se sente segura para amamentar/ alimentar seu bebê?
- 20- Há troca de olhares, você costuma conversar com ele?
- 21- Seu bebê reage ao ouvir a sua voz ou ao sentir seu toque?

APÊNDICE 2

Grade geral das mães - dados saúde materno-infantil

Mãe	Idade	Escolaridade	Nat.	Estado Civil	Abortos anteriores		Prematuridade em gestação anterior	Pré-natal		Gravidez Planejada		Intercorrências na gestação e Condições da saúde da mãe.	Parto	Outros filhos
					Sim	Não		Sim	Não	Sim	Não			
Violeta	26	Fund.Incomp	Recife/PE	Casada	x (1)		Não	x		x		Ameaça de aborto. Tomou medicação para adiar. Provável causa: infecção urinária.	Normal	Tem um filho mais velho de 5 anos.
Girassol	24	Sup. Completo	Afogados da Ingazeira/PE	Casada		x	Não	x			X	Nenhuma	Cesária	Não
Orquídea	28	Fundamental	Caruaru/PE	Solteira	x (2)		Sim. Uma chegou a sobreviver, a outra morreu dias após o parto.	x			X	Tem trombofilia e teve pressão alta durante a gestação	Cesária	Uma filha de 3 anos, também de parto prematuro.
Bromélia	23	Ens. Médio	Recife/PE	Casada		x	Não	x			X	Pressão alta a partir da 29ª semana.	Cesária	Não
Margarida	27	Fund.Incomp	Recife/PE	Casada	x (1)		Sim. Nasceu morta com 22 semanas de gestação	x		x		Ameaça de aborto na 25ª semana. Teve que ficar de repouso e usar medicação.	Normal	1 filho de 16 anos.
Tulipa	25	Fund.Incomp	Recife/PE	Casada		x	Sim	x		x		Apresenta útero "Bicorno" e relata ser essa a justificativa para todos os partos serem prematuros.	Normal	Sim. 01 filha de 6 anos que também nasceu prematura.

ANEXOS

ANEXO1

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos, para os devidos fins, que concordamos em disponibilizar esta Unidade Neonatal para o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa, intitulado: **O desenvolvimento da função materna em mulheres com filhos prematuros internados em UTI Neonatal no Método Canguru: estudos de casos**; coordenado pelas pesquisadoras, Clarissa Maria Dubeux Lopes Barros, Tathiane Gleice da Silva Lira e Danielle Barbosa Maciel de Souza Teixeira. O objetivo do projeto é compreender como a função materna pode ser afetada pelo diagnóstico de prematuridade e a necessidade de internação em UTI Neonatal. E estará cumprindo com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Recife, 18 de setembro de 2017

Tathiane Gleice da Silva Lira

Pesquisadora responsável pela pesquisa no IMIP.

concordo com a solicitação () Não concordo com a solicitação

Geisy Lima

Chefia da Unidade Neonatal do IMIP

DRA GEISY LIMA
CHEFE DA UNIDADE NEONATAL

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL – Dec. Lei 9851 de 08/11/67
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL – Dec. Lei 5013 de 14/05/84
UTILIDADE FEDERAL – Dec. Lei 86238 de 30/07/81
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 05.879-1
INSCRIÇÃO ESTADUAL: isento
C.G.C. 10.988.301/0001-29

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista
Recife-PE – Brasil CEP 50070-550
PABX: (081) 2122-4100
Fax: (081) 2122-4703 Cx. Postal 1393
E-mail: imip@imip.org.br
Home Page: <http://www.imip.org.br>

ANEXO 2**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Dados de identificação

Título do Projeto: Função materna em mulheres com filho pré-termo internado em unidade neonatal.

Pesquisadora Responsável: Danielle Barbosa Maciel de Souza Teixeira

Orientadora: Clarissa Maria Dubeux Lopes Barros

Coorientadora: Tathiane Gleice da Silva Lira

Instituição a que pertence a Pesquisadora Responsável: Programa de Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde

Telefone para contato: (81) 99545-5752

Nome da voluntária:

Idade: _____ anos R.G. _____

Convidamos você a participar do projeto de pesquisa intitulado **Função materna em mulheres com filho pré-termo internado em unidade neonatal**, de responsabilidade da pesquisadora **Danielle Barbosa Maciel de Souza Teixeira**.

Esse convite se deve ao fato de você ter tido um parto prematuro e estar com seu filho internado em UTI Neonatal _____. Esta pesquisa tem como objetivo compreender a experiência do parto prematuro em mães com bebês internados em UTI Neonatal no _____. Sua participação consistirá em relatar como está sendo sua experiência em relação ao diagnóstico de prematuridade.

Sua participação nesta pesquisa é **VOLUNTÁRIA**. Você não terá despesas nem receberá nenhuma remuneração. A qualquer momento, você pode retirar seu consentimento e desistir de participar desta pesquisa, sem prejuízos de qualquer ordem, bastando informar à pesquisadora.

Os encontros serão gravados, futuramente transcritos e lhe serão apresentados para que possa confirmar a autenticidade do que foi exposto. **Vale salientar que todas as informações coletadas nesta pesquisa serão confidenciais.** Seu nome será substituído por uma sigla e não estará em nenhum documento, protegendo, assim, sua

identidade. Todos os dados serão guardados em um arquivo que só será acessado pela pesquisadora, por um prazo máximo de 5 (cinco) anos, sendo destruídos após esse tempo.

Os riscos que poderão existir a partir da sua participação serão de mobilizar alguns sentimentos de angústia, tristeza, ansiedade, constrangimento e/ou outros, pois ao relatar suas experiências e abordar determinados assuntos, isso pode lhe afetar emocionalmente. Havendo necessidade, a pesquisadora se disponibiliza a prestar suporte psicológico durante o tempo que for necessário, com o objetivo de diminuir qualquer dano que possa ter sido causado pela sua participação na pesquisa.

Você receberá uma cópia deste documento, com o endereço e o telefone da pesquisadora, e poderá tirar dúvidas sobre sua participação e sobre a pesquisa, a qualquer momento. Lembramos que, em caso de problemas durante o processo, favor entrar em contato com a pesquisadora, pessoalmente, via email (daniellebmst@gmail.com) ou ainda via celular (99545-5752).

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntária, do projeto de pesquisa acima descrito, autorizando que sejam utilizados os dados fornecidos durante a pesquisa e a divulgação de imagens, falas e resultados da pesquisa.

Recife, _____ de _____ de _____

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa voluntário

Nome e assinatura da Pesquisadora

Testemunha

Testemunha

ANEXO 3

Normas de formatação e submissão para a Revista Psicologia Clínica

06/02/2019

Submissões



[CAPA](#) [SOBRE](#) [ACESSO](#) [CADASTRO](#)

[Capa](#) > [Sobre o periódico](#) > **Submissões**

Submissões

- » [Submissões Online](#)
- » [Diretrizes para Autores](#)
- » [Declaração de Direito Autoral](#)

Submissões Online

Já possui um login/senha de acesso à periódico Psicologia Clínica?

[ACESSO](#)

Não tem login/senha?

[ACESSE A PÁGINA DE CADASTRO](#)

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso.

Diretrizes para Autores

A revista *Psicologia Clínica* é uma publicação quadrimestral de trabalhos originais em psicologia. Aceitamos artigos não somente em português, mas também em espanhol, inglês e francês. Os manuscritos submetidos para publicação na Revista *Psicologia Clínica* devem ser originais, não estar em avaliação por nenhum outro periódico e devem seguir as Normas de Publicação do *Publication Manual of the American Psychological Association* (2010, 6ª edição).

Psicologia Clínica é uma publicação do Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Tendo sido iniciada em 1986, vem sendo publicada semestralmente desde 2001, resultando de uma modificação e modernização do formato mais antigo, as quais tiveram como objetivo adequar nossa publicação à política editorial implementada pela CAPES em todo o Brasil. A revista possui abrangência internacional quanto a autores, corpo editorial e conselho científico, com especificação da afiliação institucional dos autores, do corpo editorial e do conselho científico em todos os fascículos. Seu público alvo são alunos de graduação e de pós-graduação, bem como pesquisadores e profissionais de psicologia e de áreas afins. Os artigos publicados são originais, inéditos e produzidos a partir de pesquisas originais, não divulgadas em outros periódicos da área.

A revista publica estudos teóricos, revisões bibliográficas, resultados de pesquisas empíricas, relatos de experiência profissional e resenhas de obras publicadas recentemente, além de contar ocasionalmente com uma seção especial na qual se publicam entrevistas com pesquisadores de renome e/ou traduções de textos clássicos da área. Apesar de o periódico ser temático, estamos gradualmente abrindo espaço editorial para artigos em áreas adjacentes à psicologia clínica, em um esforço para considerar o

OPEN JOURNAL
SYSTEMS

[Ajuda do sistema](#)

USUÁRIO

Login

Senha

Lembrar usuário

TAMANHO DE
FONTE

.....

atual movimento de diversificação e de abertura de novas fronteiras para os pesquisadores e profissionais da área clínica.

Normas para Publicação

Para submeter um artigo:

1. Os manuscritos originais deverão ser submetidos online no endereço eletrônico <http://submission.scielo.br/index.php/pc/index>. A folha de rosto identificada deve ser anexada como documento suplementar, bem como a carta de encaminhamento descrita abaixo.
2. Todos os manuscritos devem ser acompanhados de uma carta de encaminhamento, assinada por todos os autores (anexar como documento suplementar), atestando que o artigo não fere as normas éticas da profissão, cedendo os direitos autorais à revista *Psicologia Clínica*, atestando não haver nenhum potencial conflito de interesse em relação ao artigo e assumindo plena responsabilidade por seu conteúdo.
3. Todos os autores devem estar cadastrados no sistema e os dados inseridos devem ser completos (nome, filiação, endereço etc.).
4. Os autores serão comunicados imediatamente sobre o recebimento do manuscrito pelo Conselho Editorial.

Para submeter uma resenha

1. A resenha – de livro publicado nos últimos dois anos – deve ter no mínimo duas e no máximo seis laudas e deverá ser encaminhada em Times New Roman, tamanho 12, em espaço duplo.
2. Todos os autores devem estar cadastrados no sistema e os dados inseridos devem ser completos (nome, filiação, endereço etc.).
3. O título da resenha deverá estar em português, inglês e espanhol, seguido do título e de todas as referências do livro resenhado, inclusive o número de páginas.
4. Em caso do uso de citações, as normas de citações e de referências bibliográficas são as mesmas utilizadas para os artigos.

Nosso procedimento ao receber um manuscrito

Os manuscritos recebidos são inicialmente apreciados pelo Conselho Editorial. Se estiverem de acordo com as Normas e forem considerados como potencialmente publicáveis pela revista *Psicologia Clínica*, eles serão encaminhados para Consultores ad hoc, que são escolhidos pelos Editores entre pesquisadores de reconhecida competência na área. Os Consultores não terão acesso à identificação dos autores e nem os autores à identificação dos consultores. Após análise cega do manuscrito, os Consultores ad hoc recomendam sua aceitação para publicação (eventualmente condicionada a modificações que visam melhorar a clareza ou precisão do texto) ou o rejeitam. Os autores serão notificados sobre as decisões ao longo do processo e informados sobre a data em que os artigos aceitos serão publicados ou sobre sua rejeição. A cada passo, os autores receberão cópias não identificadas dos pareceres dos consultores. O Conselho Editorial reserva-se o direito de fazer pequenas modificações no texto dos autores para agilizar o processo de submissão ou publicação dos manuscritos.

Reformulação do manuscrito e procedimentos para submissão final

Os autores de manuscritos recomendados para aceitação com

modificações deverão informar sobre as reformulações realizadas, destacando os trechos modificados no corpo do texto. Caso os autores tenham decidido não realizar algumas das modificações sugeridas, devem justificar essa decisão, ficando a critério do Conselho Editorial a decisão final sobre a publicação do artigo. Esta carta (com a identificação subtraída) e o manuscrito reformulado serão encaminhados novamente aos pareceristas para análise. Caso as reformulações estejam a contento, o artigo é aprovado. Caso contrário, o artigo pode ser rejeitado ou novas modificações podem ser solicitadas.

Elaboração do manuscrito:

O manuscrito deve ser digitado em Times New Roman, tamanho 12, espaçamento duplo. Deve apresentar em torno de (25) vinte e cinco laudas, com todas as margens de 2,0 e numeradas. Qualquer situação não contemplada nestas Normas deve seguir o indicado no American Psychological Association (2010). Publication Manual of the American Psychological Association (6th Ed.). Washington, DC. As submissões que não estiverem inteiramente de acordo com as normas serão arquivadas e os autores notificados. A apresentação dos manuscritos deve seguir a seguinte ordem, em páginas separadas:

I. Folha de rosto identificada (carregar como documento suplementar)

1. Título em português, inglês e espanhol (máximo de quinze palavras);
2. Título abreviado para cabeçalho (máximo de cinco palavras);
3. Nome de cada um dos autores, seguido da afiliação institucional de cada um (Departamento, Instituição, Cidade, Estado, País);
4. Endereço completo de todos os autores para correspondência com o Corpo Editorial (telefone, fax e e-mail do autor).
5. Indicação das fontes de financiamento, quando houver.

II. Folha de rosto sem identificação (página 1)

1. Título em português, inglês e espanhol;
2. Título abreviado para cabeçalho.

III. Resumos (página 2)

1. Resumo, em português (de 150 a 200 palavras);
2. Palavras-chave, em português (de 3 a 5);
3. Abstract em inglês (tradução do resumo);
4. Keywords (tradução das palavras-chave).
5. Resumen em espanhol (de 150 a 200 palavras);
6. Palabras-clave em espanhol (de 3 a 5);

IV. Texto (página 3 e seguintes)

Esta parte do manuscrito deve começar em nova página, numerada como página três (3), com o título centrado no topo da mesma. Cada página subsequente deve ser numerada. Não inicie uma nova página a cada subtítulo. Separe-os usando uma linha em branco. Apenas a primeira letra do título/subtítulo e nomes próprios devem estar em maiúscula. No caso de itens dentro de um mesmo subtítulo, utilize o formato *itálico* para identificá-lo.

Quando o artigo for um relato de pesquisa, o texto deverá apresentar, além das páginas de Rosto e Resumos, Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão e Referências. Se necessário, outros subtítulos podem ser acrescentados. Em alguns, pode ser conveniente apresentar resultados e discussão juntos, embora essa

estratégia não seja recomendável como regra geral.

Utilize o mínimo de notas. Quando realmente indispensáveis, devem ser indicadas por algarismos arábicos no texto e listadas, após as referências, em página separada, intitulada "Notas".

Informe, no texto, a inserção de figuras e tabelas, que deverão ser apresentadas em anexo.

Observe as normas de citação, dando crédito aos autores e as datas de publicação dos estudos referidos. A citação literal de um texto vem entre aspas duplas e exige a referência ao número da página do trabalho de onde foi copiada. Todos os nomes de autores cujos trabalhos forem citados devem ser seguidos da data de publicação na primeira vez em que forem citados em cada parágrafo. Todas as citações secundárias devem informar as referências originais. Evite utilizar citações secundárias, especialmente quando o original pode ser recuperado com facilidade. Não utilize *ibid.*, *idem*, *op. cit.*.

V. Referências

Não inicie uma nova página para a seção de Referências. Não numere as referências. Utilize espaço duplo também nesta seção, não deixe um espaço extra entre citações e não utilize recuos. As referências devem ser citadas em ordem alfabética, pelo último nome do autor. Cada uma das referências deve aparecer como um novo parágrafo (sem recuo) e os sobrenomes devem estar em minúsculas (com exceção da inicial).

VI. Anexos

Os anexos devem ser apresentados em nova página após as referências, numerada consecutivamente, em espaço duplo. Use anexos somente se isso for realmente imprescindível para a compreensão do texto. Figuras e tabelas devem ser apresentadas com as respectivas legendas e títulos, uma em cada página. As figuras e tabelas não poderão exceder 11 X 17,5 cm.

VII. Citações e referências

As citações com até 40 palavras devem vir no corpo do texto, entre aspas, sem itálico. As citações com mais de 40 palavras devem vir em novo parágrafo, com espaçamento simples, fonte tamanho 11 e com recuo de 3,75 da margem esquerda.

1. Artigo de autoria múltipla:

- a) Artigo com dois autores: cite os dois sobrenomes sempre que o artigo for referido;
- b) Artigo com três a cinco autores: cite todos os autores na primeira vez que mencioná-lo; daí em diante utilize o sobrenome do primeiro autor seguido de *et al.*, da data e nº da página;
- c) Artigo com seis ou mais autores: cite apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de *et al.*, da data e nº da página. Porém, na seção de Referências, todos os nomes dos autores deverão ser relacionados.

2. Obras antigas e reeditadas:

Utilize o formato "Autor (data de publicação original/data de publicação consultada e nº da página)". Por exemplo: Freud (1912/1969, p.154). Caso haja outras citações ou referências de outros textos da mesma publicação consultada, diferencie com letras minúsculas. Por exemplo, Freud (1939/1969a) e assim sucessivamente.

3. Citação ou referência secundária:

Trata-se da citação de um artigo discutido em outra obra consultada, sem que o original tenha sido utilizado. Por exemplo: Selye (1936, citado por Lipp, 2001). Na seção de referências, citar apenas a obra consultada (no caso, Lipp, 2001).

Exemplos de referências

1. Artigo em periódico científico:

Féres-Carneiro, T. F. (2008). Pesquisa e prática clínica: construindo articulações. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(3), 349-355 (Se a revista científica for paginada por fascículo, incluir o número do fascículo, entre parênteses, sem sublinhar, após o número do volume)

2. Artigo de revista científica no prelo:

Indicar no lugar da data que o artigo está no prelo. Incluir o nome do periódico em itálico, após o título do artigo. Não referir data e números do volume, fascículo ou páginas até que o artigo seja publicado.

3. Livros:

Rodrigues, A., Assmar, E. L. & Jablonski, B. (2009). *Psicologia Social*, Petrópolis: Vozes.

4. Capítulos de livro:

Levy, L. (2009). Terapia de casal e questões contemporâneas. In: I. C. Gomes (org.). *Clínica psicanalítica de casal e família: a interface com os estudos psicossociais* (pp. 25-31). São Paulo: Livraria Santos Editora.

5. Trabalho apresentado em Congresso, mas não publicado:

Landeira-Fernandez, J. (2008 e mês). Different patterns of defensive freezing response associated with different anxiety disorders. XIII Congresso Colombiano de Psicologia, Bogotá, Colombia.

6. Trabalho apresentado em Congresso com resumo publicado em anais:

Rudge, A. M. (2000). Pressupostos da "nova" crítica à psicanálise. [Resumo]. In: Sociedade Brasileira de Psicologia (org.). *Psicologia no Brasil: diversidade e desafios, XXX Reunião Anual de Psicologia* (p. 27). Brasília: Universidade de Brasília.

7. Teses ou dissertações:

Serra, D. C. G. (2008). Entre a esperança e o limite: um estudo sobre a inclusão de alunos com autismo em classes regulares. (Tese de Doutorado. Curso de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ).

8. Obra antiga e reeditada:

Piaget, J. (1965). *Le jugement moral chez l'enfant*. Paris: Z. Alcan. (Trabalho original publicado em 1932)

Freud, S. (1995a). Dois princípios do funcionamento mental. In: S.

06/02/2019

Submissões

Freud. Obras completas de S. Freud, vol. X. Madrid: Biblioteca Nueva (Trabalho original publicado em 1911).

9. Autoria Institucional:

American Psychological Association (2002). Publication manual (5ª ed.). Washington, DC: Autor.

10. Comunicação pessoal:

Cite apenas no texto, dando o sobrenome e as iniciais do emissor e a data e identifique como comunicação pessoal. Não inclua nas referências.

11. Documentos em meio eletrônico:

Kawasaki, J. L., & Raven, M.R. (1995). Computer-administered surveys in extension. *Journal of Extension*, 33, 252-255. Recuperado em 2 junho, 1999, de <http://joe.org/joe/index.htm>.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. O trabalho não foi publicado e não está sendo submetido para publicação em outro periódico.
2. Todos os autores listados como autores aprovaram seu encaminhamento para publicação nesta revista.
3. Qualquer pessoa citada como fonte de comunicação pessoal aprovou a citação.
4. O manuscrito apresenta título, resumo e palavras-chave em português, inglês e espanhol.
5. O manuscrito apresenta nome de cada um dos autores, seguido da afiliação institucional de cada um (Departamento, Instituição, Cidade, Estado, País).
6. Os dados apresentados seguem os padrões de conduta ética recomendados.
7. O manuscrito está em conformidade com o Manual de Publicação da American Psychological Association, Sexta Edição, 2010.

Declaração de Direito Autoral

A revista *Psicologia Clínica* possui direitos autorais de todos os artigos publicados por ela. A reprodução total dos artigos desta revista em outras publicações, ou para qualquer outro fim, por quaisquer meios, requer autorização por escrito do Editor. Reproduções parciais de artigos (resumo, *abstract*, mais de 500 palavras de texto, tabelas, figuras e outras ilustrações) deverão também ter permissão por escrito do Editor e dos autores.

ISSN: 1980-5438