

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**CAMILA ALESSANDRA SCARABEL**

**A experiência da puérpera com o parto prematuro e internação do  
seu recém-nascido numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal:  
estudo a partir da psicologia analítica**

**São Paulo  
2011**

CAMILA ALESSANDRA SCARABEL

A experiência da puérpera com o parto prematuro e internação do seu recém-nascido numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: estudo a partir da psicologia analítica

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Laura Villares de Freitas

São Paulo  
2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo da publicação  
Biblioteca Dante Moreira Leite  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Scarabel, Camila Alessandra.

A experiência da puérpera com o parto prematuro e internação do seu recém-nascido em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: estudo a partir da psicologia analítica / Camila Alessandra Scarabel; orientadora Laura Villares de Freitas. -- São Paulo, 2011.

198 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Maternidade 2. Nascimento prematuro 3. Puerpério 4. Unidades de terapia intensiva 5. Psicologia junguiana I. Título.

HQ759

Nome: SCARABEL, Camila Alessandra

Título: A experiência da puérpera com o parto prematuro e internação do seu recém-nascido em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: estudo a partir da psicologia analítica

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Julgamento: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Julgamento: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Julgamento: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

*Às mulheres que foram mães de bebês prematuros.  
E a estes bebês.*

## AGRADECIMENTOS

À Inteligência Suprema, pela oportunidade desta vida e pela inspiração na caminhada.

Aos meus pais Honório e Maria Tereza, por terem me proporcionado a vida; pelo incentivo, desde cedo, ao caminho do saber e da leitura, mostrando que o conhecimento é a maior riqueza que podemos ter.

Às minhas irmãs queridas, Simone e Fernanda, que procuraram, através dos risos e entretenimento, deixar o trabalho mais suave.

Ao João Marcos, meu esposo, companheiro em minhas escolhas, incentivador do meu retorno à pesquisa acadêmica, e sempre atencioso e carinhoso para as flutuantes emoções decorrentes de um grande empreendimento.

Aos meus sogros, João Marcos Braga e Tereza Cristina, pelo carinho com que me acolheram em sua família, permitindo momentos de recolhimento necessários à confecção deste trabalho.

À orientadora deste trabalho, prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Laura Villares de Freitas, por ter aceitado participar dessa jornada comigo e me orientado sempre com disposição, afabilidade, com comentários que não contribuíram apenas para eu ser uma melhor pesquisadora, mas também como profissional e pessoa; alguém que, mesmo com a distância no último ano do mestrado, esteve sempre perto.

Aos colegas do Laboratório de Estudos da Personalidade (LEP): Ana Lúcia Pandini, Elisabete Magalhães, Gláucya Covelo, Guilherme Scandiucci, Gustavo Pessoa, Lydiane Fabretti, Renata Targino, Simone Côrrea e Tânia Pessoa de Lima, que proporcionaram a riqueza e o prazer de um trabalho em grupo. Agradeço as leituras, críticas e sugestões que foram realizadas nessa pesquisa.

À aceitação das professoras Dr.<sup>a</sup> Gláucia Rosana Guerra Benute e Dr.<sup>a</sup> Marion Rauscher Gallbach na participação da banca de qualificação, que em suas leituras atenciosas auxiliaram-me a refletir os próximos passos da pesquisa.

Ao Grupo de Psicologia Analítica de Porto Velho (GPA) onde em seu “banco”, ou melhor, sobre as almofadas, durante todos esses anos foram permitidos o conhecimento, a reflexão, a partilha, a amizade, os sonhos, a coragem. E, especialmente, à Elisabete Christofolletti, coordenadora do grupo, que me iniciou nos primeiros passos na psicologia analítica, recebendo-me em seu espaço sempre de forma acolhedora.

Ao Arnaldo Motta, analista junguiano, que em suas vindas a Porto Velho permitiu tornar-nos melhores conhecedores da psicologia analítica, e que foi um dos primeiros a acreditar nesse trabalho, lendo o projeto de pesquisa e fazendo comentários que muito o enriqueceram.

À Simone Cintra, grande amiga que a terra paulista colocou no caminho, onde compartilhamos nossas leituras, angústias, vivências. Dotada de um olhar muito humano, mostrando o cuidado que devemos ter, enquanto pesquisadores, para com o Outro, a quem devemos considerar nosso colaborador. Obrigada por tudo o que trocamos e continuamos a partilhar.

À Ana Luísa Fernandes de Moraes, que, envolta em sua própria pesquisa de mestrado sobre pacientes psiquiátricos e símbolos maternos, estava vivendo também concretamente a recém maternidade de Lila, deste modo contribuindo significativamente tanto com sua leitura cuidadosa quanto com sua percepção de mãe.

À Maria de Fátima Batista de Souza, Viviane Perillo e Isadora Litvac, parceiras do trabalho multiprofissional que dividiram e refletiram as “inquietações” do serviço comigo e me auxiliaram no retorno ao Hospital para a efetuação da pesquisa de campo.

À Risomar Ferreira de Souza, psicóloga responsável, no período da pesquisa de campo, pelos atendimentos no Berçário; e à Vânia Alves de Medeiros, psicóloga que foi observadora no grupo focal – parceiras de trabalho as quais muito contribuíram para a existência da pesquisa de campo.

Às colaboradoras desta pesquisa, que, mesmo em sua vivência de dor, permitiram compartilhar comigo esse momento; pela aceitação e cordialidade com que se colocaram à disposição da pesquisa. E também a todas as mulheres que atendi e venho atendendo nesses anos no Berçário, que muito têm me ensinado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES) pelo auxílio financeiro durante o primeiro ano desse trabalho.



*“A beleza da mãe é a maternidade que serve.”*

**Rainer Maria Rilke**

## RESUMO

SCARABEL, C. A. **A experiência da puérpera com o parto prematuro e internação do seu recém-nascido em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: estudo a partir da psicologia analítica.** 2011. 198 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

A temática do trabalho é a situação da mulher diante de uma gravidez que é interrompida por um parto prematuro, ou seja, aquele que acontece entre a 20<sup>a</sup> a 36<sup>a</sup> semana de gestação. Nestes casos, o recém-nascido tem que ser internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) para a salvaguarda de sua vida. A pesquisa é um estudo qualitativo e tem como objetivo geral discutir como as puérperas que passaram pelo parto prematuro e estão com seus recém-nascidos em UTI Neonatal experienciam este momento. E como objetivos específicos, procura identificar essa experiência, averiguando como abordam o parto, a situação de UTIN, o significado do ‘ser mãe’ e a relação com o bebê. Para isso, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e um grupo focal em um hospital estadual no Estado de Rondônia. Foram feitas 10 entrevistas com mulheres que estavam com seus recém-nascidos internados na UTIN, que tinham mais de 18 anos e passavam por uma primeira experiência de parto prematuro. Destas mulheres, quatro participaram do grupo. As entrevistas e o trabalho em grupo foram analisados por categorias criadas dentro de eixos temáticos, na proposta de processamento simbólico arquetípico. Os eixos foram tomados de acordo com os objetivos específicos, assim se configurando as categorias dentro de cada um deles: o parto (o inesperado; a busca de explicação; duas vidas em jogo; o *tremendum* e o *majestas*; os apoios); a situação de UTIN (os sentimentos pela ida do bebê para a UTIN; entre o viver e o morrer; a comunicação da equipe com a família; a rotina difícil; a esperança; buscando forças); o significado do ‘ser mãe’ (o numinoso; as dificuldades; a ambivalência); a relação mãe-bebê (o rápido primeiro encontro; a imagem do bebê: real e idealizada; o desejo de pegar o filho no colo; a ausência do filho; o contato; as reações do filho). O embasamento teórico constitui-se principalmente na psicologia analítica de Carl Gustav Jung e seus sucessores. Verificou-se que a experiência da maternidade, quando acontece o parto prematuro, é marcada pela ambivalência de sentimentos: ao mesmo tempo em que, por um lado, é bom que o bebê tenha nascido com vida e possa ao menos ser tocado, por outro lado, é também pesaroso ter um filho com que não se possa estar durante todo o tempo, sequer pegá-lo nos braços e levá-lo para casa, precisando ir todo o dia ao hospital e lidar com a ansiedade gerada pela notícia de sua evolução clínica. A esperança ajuda a superar cada dia, assim como o apoio da família, da equipe, e a proximidade ao filho, percebendo suas reações e participando dos cuidados. Práticas institucionais acolhedoras mostram-se imprescindíveis para minimizar o sofrimento da mulher.

**Palavras-chave:** maternidade; nascimento prematuro; puerpério; unidades de terapia intensiva; psicologia junguiana.

## ABSTRACT

SCARABEL, C. A. **The puerperal mother's experience with premature birth and the internment of her newborn in a Newborn Intensive Care Unit: a study based on analytic psychology.** 2011, 198 p. Master's degree dissertation, Institute of Psychology, University of Sao Paulo, Sao Paulo, 2011.

The subject of this work is the woman's condition whenever facing the interruption of her pregnancy by premature birth, in other words, that one which happens between the 20th and the 36st gestation weeks. In these cases, her baby is interned in a Newborn Intensive Care Unit (NICU) in order to save his life. This research is a qualitative study and has the general objective of discussing how the puerperal mothers who had a newborn due to premature birth and whose newborns are interned in Newborn ICU do experience this moment. And, as specific objectives, this work aims to identify such experience, by verifying how they discuss the parturition, the situation of NICU, the meaning of 'to be mother' and their relation with their babies. For this purpose, half-structured interviews and a focal group in a state hospital at Rondonia State were carried out with them: 10 interviews took place with women who were over 18 years old and were in their first experience of premature birth, with their newborns interned at NICU. Four of those women also participated on the focal group. Both the interviews and group work were analyzed through categories created on thematic axes, within the approach of archetypal symbolic processing. These axes were taken in accordance with the specific objectives, with the categories arranged in each one them as following: the parturition (the unexpected; the search for an explanation; two lives at stake; the *tremendum* and the *majestas*; the supports); the situation at the NICU (the feelings for the baby's internment at the NICU; between life and death; the communication between the staff and the family; the difficult daily routine; the hope; finding strength); the meaning of 'to be mother' (the numinous; the difficulties, the ambivalence); the relation mother-baby (the slight first encounter; the baby's image: real and idealized; the desire to hold the baby in the arms; the contact; the baby's reactions). The theoretical basement is principally settled on the analytical psychology of Carl Gustav Jung and his successors. It was positively established that the experience of motherhood, when the premature birth happens, is marked by the ambivalence of feelings: if, on one hand, it is good to know that the baby was born alive and the mother at least can touch him, on the other hand, it is sorrowful for her to have a baby with whom she can't be all the time, that she can't hold him in her arms and take him home, besides having to go every day to the hospital and dealing with the anxiety caused by the expectation of her baby's clinic evolution. Hope helps her to surpass every day, as well as the support of the family, of the staff, and the proximity with her baby, realizing his reactions and participating in his caretaking. The sheltering institutional practices turned out to be indispensable to decrease woman's suffering.

**Key-words:** motherhood; premature birth; post-delivery; intensive care units; Junguian psychology.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Dados gerais das colaboradoras .....	123
---	-----

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Deusa primitiva.....	23
Figura 2 – O alquimista .....	97
Figura 3 – Desenho de Sabrina .....	154
Figura 4 – Desenho de Nadira .....	155
Figura 5 – Maria com Jesus.....	165
Figura 6 – Parvarti com Ganesh .....	165
Figura 7 – Deméter com Core .....	165
Figura 8 – Ísis com Hórus.....	166

# SUMÁRIO

## **Introdução:**

eis que surge o meu símbolo.....	16
----------------------------------	----

## **PARTE I**

### **CONTRIBUIÇÕES PARA A ELUCIDAÇÃO SIMBÓLICA – APORTES TEÓRICOS**

Capítulo 1 - Quando acontece o parto prematuro.....	24
1.1. Aspectos da prematuridade.....	32
1.2. Alguns pontos de vista para a maternidade.....	35
1.2.1. A maternidade do ponto de vista sócio-histórico.....	36
1.2.2. A maternidade do ponto de vista mitológico.....	46
1.3. Adentrando a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	48
1.3.1. A morte nesse ambiente.....	53
Capítulo 2 - Contribuições da psicologia analítica.....	58
2.1. Nossa base em comum: os arquétipos do inconsciente coletivo.....	58
2.2 A Grande Mãe: o arquétipo materno.....	63
2.3. A psique constelada: o complexo materno.....	72
2.4. Vivência simbólica: o ego e os símbolos.....	75
Capítulo 3 - A mãe e seu bebê: a relação.....	80
3.1. A relação mãe-bebê na condição da prematuridade.....	94

## **PARTE II**

### **VIVENDO O SÍMBOLO – A PESQUISA DE CAMPO**

Capítulo 4 - Um jeito de olhar: o método .....	98
4.1. O foco: os objetivos .....	103
4.2. O contexto: as características da instituição .....	103
4.3. Os instrumentos: as entrevistas e o grupo focal .....	106
4.3.1. Buscando os símbolos na fala individual: as entrevistas .....	106
4.3.2 . Buscando os símbolos na fala conjunta: o grupo focal .....	109
4.4. Os meios para refletir: a análise e discussão .....	113
Capítulo 5 - A reflexão: os resultados .....	115
5.1. Apresentação das colaboradoras .....	115
5.1.1. Nas entrevistas .....	115
5.1. 2. No grupo .....	124
5.2 . <i>Circum-ambulando</i> : as categorias e a discussão dos resultados .....	128
5.2.1. O parto .....	129
a) O inesperado .....	129
b) A busca de explicação .....	131
c) Duas vidas em jogo .....	133
d) O <i>tremendum</i> e o <i>majestas</i> .....	134
e) Os apoios .....	136
5. 2. 2. A situação de UTIN .....	137
a) Os sentimentos pela ida do bebê para a UTIN .....	137
b) Entre o viver e o morrer .....	138
c) A comunicação da equipe com a família .....	140
d) A rotina difícil .....	143
e) A esperança .....	146
f) Buscando forças .....	149
5.2.3. O significado do ‘ser mãe’ .....	151
a) O numinoso .....	151

b) As dificuldades.....	157
c) A ambivalência .....	158
5.2.4. A relação mãe-bebê.....	159
a) O rápido primeiro encontro.....	159
b) A imagem do bebê: real e idealizada.....	161
c) O desejo de pegar o filho no colo.....	163
d) A ausência do filho.....	167
e) O contato.....	169
f) As reações do filho.....	170

### **Considerações finais:**

o percurso da minha elaboração simbólica.....	172
---	-----

<b><u>Referências</u></b> .....	178
---------------------------------	-----

### **Apêndices**

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	192
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Individual.....	194
APÊNDICE C – Roteiro do Grupo.....	195

### **Anexo**

ANEXO A - Aprovação Comitê de Ética.....	196
--	-----



## **INTRODUÇÃO:** **eis que surge o meu símbolo**

Esta pesquisa começou a ser pensada a partir dos meus atendimentos aos familiares, principalmente as mães, de bebês internados em Unidade Neonatal em um hospital público. Iniciei nesse serviço aproximadamente um ano e meio após o término da graduação, por meio de um concurso público para a Secretaria Estadual de Saúde de Rondônia, em 2004. Nessa Secretaria, há algumas possibilidades de local de trabalho: policlínicas, ambulatórios, hospitais gerais, pronto-socorros e programas no gabinete. Fiquei me indagando onde iriam me lotar após tomar posse, já que no serviço público geralmente não há escolha pessoal, encaminha-se ao local onde há necessidade do profissional. E assim, fui lotada em um hospital geral em Porto Velho. Em seguida, tive que me apresentar aos Recursos Humanos deste hospital e, após a entrega de alguns documentos, solicitaram para que me dirigisse à Divisão onde fica o Serviço de Psicologia. Nisto, tomei contato com a minha chefe, que perguntou quais eram as minhas experiências e preferências de trabalho. Respondi que gostaria da Pediatria ou da Maternidade, mas ela disse que já havia psicólogas nessas clínicas, portanto, iria conferir quais clínicas estavam disponíveis e, dentre essas, a que tivesse mais proximidade com a minha escolha.

Durante esse tempo, fiquei aguardando com ansiedade. Houve alguns dias de espera, antes de iniciar o novo trabalho, pelo fato do desligamento do emprego anterior, ainda em curso. No dia de começar, a chefe me conduziu ao meu novo local de atuação: Unidade Neonatal (que denominam Berçário neste hospital). Ao adentrar neste espaço, visto que era um setor fechado, com entradas restritas, veio-me o impacto: não imaginava que existissem tantos recém-nascidos prematuros, mesmo sabendo que era um hospital regional, que atendia inclusive pacientes de alguns municípios de estados vizinhos. Seres tão pequenos com tantos aparelhos ligados a eles! E logo de imediato foi-me dada a notícia: havia três situações de óbito, ou seja, teria que atender os familiares destes bebês.

Morte. Isso faria parte, desde então, da minha rotina de trabalho. Não somente a morte física, como neste caso, mas a morte simbólica que acontece neste contexto: da gravidez ideal, do filho perfeito, de vivenciar o contato físico com o filho, de nutri-lo em seu colo.

Embora nunca tivesse atuado diretamente nessa área, o atendimento seria aos familiares, algo com que eu já tinha certa experiência por ter trabalhado com famílias desde a graduação. Mas não deixava de ser algo muito novo. Eu era a primeira psicóloga exclusiva para o setor, não havendo uma rotina sistematizada de trabalho. Assim como a maior parte da clientela dessa clínica, também posso considerar que me sentia “prematura” nesta função. Não existiam muitas referências bibliográficas em que eu pudesse ter um maior apoio, principalmente na abordagem em que me baseio, a psicologia analítica, que escolhi como campo de estágio na clínica, no último ano da graduação, e na qual continuei o aprofundamento através da participação em um grupo de estudos.

Como mencionado, eu era a primeira psicóloga fixa dessa clínica. Anteriormente outras psicólogas lá atendiam em situações de **intercorrência** (dentro do hospital é considerado um caso de “emergência”, algo que acontece fora do “esperado” – e aí se gera o que foi tema para muitas discussões entre os próprios colegas psicólogos e demais profissionais: o que seria uma emergência psicológica?). No entanto, estar na Unidade Neonatal durante quase todo o dia, e não somente para atender as intercorrências, implicaria em qual forma de atuação? Como abordar as mães que lá entravam para ver seus filhos? Senti-me tal como Alvarenga (2008) expõe sobre a busca do Graal, eu procurando o meu Graal no fazer profissional:

A busca do Graal, como processo individual, faz-se a partir de determinado ponto da floresta, visto como o mais escuro e onde não há caminho ou, ainda, a partir de um ponto onde o caminhar faz o próprio caminho. A par de ser individual, a busca dá-se através de procedimentos não conhecidos por antecipação; não há como saber qual é o caminho a seguir. O importante, acima de tudo, é buscar e enfrentar as dificuldades ou, mais ainda, criar e inovar soluções nunca antes intuídas, rendendo-se finalmente à divindade que, de alguma forma e em algum lugar, estará à espera de quem se propuser à tarefa. (p.15)

E foi escutando a “divindade” referida no trecho acima, reunindo-me com a observação do movimento, da rotina do setor, conversando com as pessoas que trabalhavam no local há mais tempo, fazendo supervisão e chegando até as mães, vendo qual era a necessidade, percebendo seus sentimentos, estando atenta à escuta, que fui então construindo uma rotina, mas não no sentido de ter que ser sempre a mesma coisa, estagnada, no de estabelecer como fazer, por exemplo, uma triagem, já que eram na época 42 leitos,<sup>1</sup> fora os extras em momentos de lotação, tendo-se uma média de 50. Nisso, fui notando quanta coisa essas mães tinham em comum, e as diferenças também.

---

<sup>1</sup> Atualmente são 61 leitos.

Essas mulheres vêm de vários municípios: algumas já encaminhadas para este hospital para realizarem ali o seu parto, por terem uma gravidez de risco e o hospital ser referência neste tipo de gravidez; outras fazem o parto em sua cidade e o bebê é logo conduzido para receber os cuidados necessários por não haver a infraestrutura necessária em suas cidades; há ainda as que são da própria cidade onde se localiza o hospital, mas o parto aconteceu em outros nosocômios. Os motivos são diversos para a internação de um recém-nascido: prematuridade, malformações, necessidades cirúrgicas, infecções, etc. Uma Unidade Neonatal não atende, portanto, somente prematuros, embora seja a maior demanda.

De acordo com a minha experiência, as mães de bebês prematuros sofrem, sobretudo, pelo desejo frustrado de uma gravidez perfeita, pelo medo constante da morte de seus filhos recém-nascidos, que possuem uma vida muitas vezes tão frágil, e pela separação dos outros filhos, que ficaram em casa. As mães que moravam em outros municípios, na época da pesquisa de campo, ficavam durante toda a hospitalização em uma casa de apoio localizada nas dependências do hospital, que foi posteriormente desativada. Atualmente, permanecem em casas de amigos ou parentes ou em casas de apoio fora do hospital. Assim, além do estresse ocasionado pela internação dos seus filhos, ainda se deparam com a distância de suas famílias.

Após três anos de trabalho e quase cinco de término da graduação, foi-me intensificando o desejo de voltar a realizar um estudo sistematizado. Isso fez com que acentuasse meu anseio em voltar a fazer pesquisa, experiência que tive com a Iniciação Científica na graduação e que me foi muito prazerosa. Além destes aspectos, há as questões que fui me fazendo, decorrentes dos atendimentos, as quais sistematizei para formular esta pesquisa.

Com o estudo da psicologia analítica e pensando nos atendimentos, chamava-me a atenção o que Carl Gustav Jung (1875-1961) estabelece como “arquétipo materno”, e como ele se manifesta nessas mães. Assim, as seguintes questões embasaram esta pesquisa: Como a mulher lida com a experiência do parto prematuro? Qual a percepção que tem de si enquanto mãe? Como se constela o arquétipo materno nesta situação? Como fica a sua relação com o bebê? Com vistas a pesquisar estas questões norteadoras, este trabalho tem como objetivo geral discutir como as puérperas que tiveram parto prematuro e estão com seus recém-nascidos em UTI Neonatal experienciam este momento. E os objetivos específicos consistem em caracterizar essa experiência, averiguando como essas mães abordam o parto, a situação de UTIN, o significado do ‘ser mãe’ e a relação com o bebê.

Fiquei três anos afastada das atividades desse hospital, em licença, com o objetivo de cursar o mestrado em São Paulo. Assim, a pesquisa de campo foi realizada quando eu não era a psicóloga do Berçário. Depois desses três anos, voltei a Porto Velho e retomei as atividades no setor, ainda com o mestrado em andamento, depois de ter sido aprovada no exame de qualificação. No trabalho há, agora, uma outra psicóloga, de modo que nos alternamos nos turnos, dada a ampliação de leitos e a grande demanda de pacientes para atendimento, que sobrecarregaria um único profissional.

O percurso delineado para a apresentação deste trabalho foi pensado a partir das considerações de Penna (2004) sobre o processo de pesquisa. A autora discute o modelo junguiano de pesquisa, realçando a interface deste com a metodologia qualitativa de pesquisa. Como método de investigação, explica que se processa pela busca da apreensão do símbolo<sup>2</sup> e sua compreensão. O objeto de investigação seria, então, os símbolos a serem compreendidos e a pesquisa se caracterizaria pelo processamento simbólico do material pesquisado, o que, ao tornar conhecidos aspectos desconhecidos do símbolo, produziria um novo conhecimento. Os resultados de uma pesquisa, assim, são elucidações dos símbolos. Ao tomar contato com esse método, coloquei-me no papel de identificar e ser a interlocutora dos símbolos que surgiriam (as minhas indagações da pesquisa). Jung (1949/2009)<sup>3</sup> explica que, na medida em que toda teoria científica comporta uma hipótese, um conjunto de fatos cuja essência ainda se desconhece, ela pode ser considerada como símbolo. Assim, os resultados obtidos pelos instrumentos de pesquisa foram considerados neste trabalho como símbolos que auxiliam a compreender o fenômeno pesquisado.

Penna (2009, p.88) dispõe que

será considerado símbolo qualquer evento que provoque ou mobilize a atenção, seja de um indivíduo, no caso de símbolos individuais, seja de um grupo, no caso de símbolos coletivos. A presença de um símbolo é percebida pela consciência como instigante, surpreendente ou intrigante, provocando estranhamento, curiosidade, inquietação, atração ou repulsa, admiração ou reprovação. Dessa forma, os fenômenos/símbolos são aqueles que têm grande repercussão no contexto em que eles ocorrem em razão de seu alto valor de significado e sentido.

O trabalho percorre, em sua primeira parte, a construção teórica pensada para contribuir com a compreensão da experiência da mãe de um bebê prematuro internado em UTI Neonatal. Para isso, no primeiro capítulo discute-se como a maternidade é vivida pela

---

<sup>2</sup> Sobre os símbolos, são explanados no Capítulo 2.

<sup>3</sup> Para orientação da leitura, as referências de Jung se compõem, ao longo do texto, a partir do ano da edição original seguida da obra consultada e do parágrafo (este quando houver citação direta).

mulher, em termos gerais, e quando acontece o parto prematuro. Como amplificação<sup>4</sup>, são trazidos também aspectos sócio-históricos e mitológicos. É necessário igualmente conhecer o universo da hospitalização, em que consiste, e quais as causas para o parto prematuro. A UTI é uma das alas do Berçário no hospital pesquisado; escolhi-a por ser o primeiro setor para onde o bebê prematuro é conduzido após o nascimento. Neste primeiro capítulo, então, são apresentadas as características desse setor, que é onde as mães geralmente vêem seus filhos pela primeira vez.

Este trabalho toma seu referencial teórico principalmente a partir da psicologia analítica de Jung e seus sucessores; mas também se vale de outros referenciais para ampliar o tema, como os da psicanálise e da psicologia transpessoal, na psicologia, além de trabalhos da medicina, das ciências sociais, da filosofia e da história.

No segundo capítulo, são apresentados alguns conceitos centrais da psicologia analítica aplicados à compreensão de aspectos ligados à maternidade. No terceiro capítulo, introduz-se o olhar deste referencial para a relação mãe-bebê, assim como o da pediatria ao especificar essa relação quando acontece o parto prematuro.

A segunda parte deste trabalho traz os aspectos da pesquisa de campo. O capítulo quatro versa a respeito da pesquisa qualitativa, que é o tipo de pesquisa deste trabalho, dos instrumentos (de como foram utilizados e trabalhados), e o tipo de análise procedida. O capítulo cinco oferece os resultados da pesquisa. A partir da análise dos dados, mostra as categorias que foram criadas e a discussão em vista dos dados e da bibliografia sobre o tema.

Para compor esse trabalho, também foi realizado o levantamento bibliográfico em livros e periódicos especializados. A revisão bibliográfica se justifica para o aprofundamento teórico sobre o tema, tendo-se o conhecimento prévio do estágio em que se encontra o estudo do tema em discussão e a posterior comparação com os dados de campo, que foram coletados em um hospital estadual em Rondônia. Procurou-se usar as obras originais no texto; no entanto, algumas delas, por não terem sido encontradas, ficaram como citação da citação. Mesmo assim, foram mantidas por se entender que trazem elementos importantes para a reflexão efetuada.

Esta pesquisa justifica-se pela contribuição ao atendimento a essa clientela. Considera-se que a vivência do parto prematuro pode desencadear uma intensa fragilidade emocional, e que a mãe precisa se organizar psiquicamente para elaborar conteúdos que surgem do inconsciente, podendo até mesmo se desequilibrar, e do desequilíbrio advir uma patologia

---

<sup>4</sup> Termo explicado no tópico 1.2.2

psíquica. O Ministério da Saúde lançou, por meio da Portaria nº 693 de 5/7/2000, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru) visando uma assistência de melhor qualidade, mais integrada, considerando o ser em sua totalidade. Com isso, um dos pontos realçados são a situação psicológica da mulher e sua saúde mental, da díade mãe-bebê e da família. O Manual do Método Canguru (BRASIL, 2006) expõe que há estudos relatando que o nascimento de um bebê pré-termo normalmente representa um momento de crise<sup>5</sup> para a família, um período limitado de tempo de desequilíbrio e/ou confusão, durante o qual os pais podem ficar temporariamente incapazes de responder adequadamente. Estes irão buscar assumir o problema e desenvolver novos recursos fazendo uso de suas reservas internas e/ou da ajuda de outros para voltar a um estado de equilíbrio.

Freitas (2002, p.140) explica que o “sofrimento mobiliza a energia psíquica, criando uma condição favorável à ação arquetípica e à reorganização da personalidade”. Levando essa afirmação para o caso dessas mulheres, vê-se que o equilíbrio psíquico se faz também necessário para que elas possam se dedicar ao seu bebê – que se encontra numa incubadora e é submetido a uma série de procedimentos invasivos e dolorosos –, amenizando a sua dor. Podem auxiliá-lo participando das visitas hospitalares, tocando e conversando com ele, acalentando-o, visto que a voz materna já é reconhecida devido à formação da audição por volta da 25ª semana de gestação; ajudar em alguns cuidados, como trocar fraldas; e ter produção de leite materno satisfatória para coleta<sup>6</sup>, pois um dos hormônios que liberam a descida do leite materno é a ocitocina, emitida pelo hipotálamo, estando muito ligada aos fatores emocionais. Ansiedade, medo, fadiga e dor prejudicam a sua liberação, enquanto que calma, confiança e tranquilidade a favorecem.

Uma relação contínua, íntima, compensadora e afetiva com a mãe, segundo Bowlby (2002), está na base do desenvolvimento da personalidade e da saúde mental. Destarte, entender como se estrutura o psiquismo da mãe e verificar a percepção que esta tem, de si e da vivência do parto prematuro, é de suma importância no intuito de melhor auxiliá-la, por meio

---

<sup>5</sup> Para a definição de crise, tem-se a contribuição de Caplan (1980, *passim*) que considera como: “período transitório que apresenta ao indivíduo tanto uma oportunidade de crescimento da personalidade quanto o perigo de crescente vulnerabilidade ao distúrbio mental, cujo desfecho, em qualquer caso determinado, depende em certa medida do seu modo de controlar a situação. [...] O fator essencial que influi na ocorrência de uma crise é um desequilíbrio entre a dificuldade e a importância do problema, por um lado, e os recursos imediatamente disponíveis para resolvê-lo. [...] Cada crise representa uma nova situação em que novas forças internas e externas são envolvidas. O desfecho será determinado por opções que são feitas, em parte, ativamente, e em parte, por acaso e por outros aspectos da situação.”

<sup>6</sup> Geralmente, nas Unidades Neonatais a coleta de leite materno é realizada nos Bancos de Leite. Este leite é armazenado e levado ao bebê assim que ele tiver condições clínicas de ser alimentado via enteral. Para que a produção do leite materno não cesse, principalmente quando o período de hospitalização é prolongado, pede-se à genitora que constantemente faça a retirada.

de intervenções psicológicas que refletirão também na interação mãe-bebê, possibilitando que a mulher fique mais estável psiquicamente e, logo, solícita às necessidades do filho.

## PARTE I

### CONTRIBUIÇÕES PARA A ELUCIDAÇÃO SIMBÓLICA – APORTES TEÓRICOS



**Figura 1 - Deusa primitiva**

Fonte: CAMPBELL, J; MOYERS, B., 2006, p.174.



## CAPÍTULO 1 – QUANDO ACONTECE O PARTO PREMATURO

*“[...] Não te entristece devastar assim  
Meu vale amoroso? Vê, sou frágil;  
Nada mais tenho que torrentes de leite  
e de lágrimas. Sempre foste o excesso.*

*A este preço me foste prometido.  
Por que não saltaste ferozmente do meu ventre,  
se de um tigre necessitavas para te dilacerar?  
Fui educada numa casa tranquila e feminina*

*para tecer tuas roupas limpas e macias,  
sem o menor detalhe que pudesse te ferir:  
Esta, toda a vida que foi minha  
e agora subvertes a natureza inteira.”*

**Rainer Maria Rilke**

Numa gestação que termina no prazo esperado, aos nove meses, a mulher passa por certas adaptações psicológicas. Stern (1997) denomina de **constelação da maternidade** a nova e única organização psíquica que a mulher vive com o nascimento do bebê, principalmente do primeiro filho. Essa organização formará uma nova série de tendências de ação, sensibilidades, fantasias, medos e desejos, que é temporária, sendo a duração variável para cada mulher, de alguns meses até anos.

As mudanças não terminam com o parto; o puerpério deve ser considerado como um período em que costuma acontecer grande parte da ampliação da personalidade, uma vez que há “novas mudanças fisiológicas, consolidação da relação pais-filhos e grandes modificações da rotina e do relacionamento familiar” (MALDONADO, 1996, p. 28). O puerpério, sobreparto ou pós-parto, conforme classificação da medicina (REZENDE; MONTENEGRO, 2003), é um período cronologicamente variável durante o qual se desenrolam todas as manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna ocorridas após o parto. Esta involução puerperal acontece geralmente no prazo de seis semanas, podendo ser dividido este

período que se sucede ao parto, conforme os autores acima referenciados, em: 1) puerpério imediato (do 1º ao 10º dia); 2) puerpério tardio (10º ao 45º dia) e 3) puerpério remoto (a partir do 45º dia).

Em uma situação de parto prematuro a nova mãe terá de vivenciar, além das adaptações mencionadas, um período puerperal diferenciado para uma gravidez que ocorreu de forma distinta: um parto antecipado, rompendo com seus projetos e desejos, ou seja, desfazendo a situação idealizada.

O parto prematuro caracteriza-se como aquele que acontece antes de 37 semanas gestacionais completas (259 dias completos), precisamente entre a 20ª semana completa e a 37ª incompleta. Esta classificação é vigente desde 1972, de acordo com a Comissão de Metodologia da Organização Mundial de Saúde (OMS), (*ibidem*) sendo que aproximadamente 8% a 10% das gestações culminam neste tipo de parto. Segundo o Ministério da Saúde, a porcentagem de nascimentos prematuros na população brasileira têm se mantido constante nos últimos anos, com média de 6,6%, sendo variáveis de Estado para Estado, podendo atingir taxas de até 9% e com tendência à elevação em algumas metrópoles, enquanto que em países desenvolvidos como o Canadá, Estados Unidos, Austrália e Dinamarca o índice de partos prematuros vêm aumentando (BITTAR; ZUGAIB, 2009).

Os recém-nascidos pré-termos geralmente são encaminhados logo após o nascimento a uma UTI Neonatal, onde ficam em incubadoras e recebem tratamento e cuidados especializados. Segundo Goulart (2004), bebês pré-termos representam a principal população atendida nas Unidades Neonatais, constituindo-se de um grupo bastante amplo e heterogêneo, que inclui crianças desde o limite da viabilidade até próximo ao termo,<sup>7</sup> apresentando, portanto, características fisiológicas e patológicas variáveis. Embora as taxas de sobrevivência dos prematuros tenham melhorado ao longo dos anos, a prematuridade ainda se mostra como a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal (BITTAR; ZUGAIB, *op.cit.*)

Segundo a minha experiência em atendimento em Unidade Neonatal, a puérpera ao adentrar na UTI Neonatal, em sua primeira visita, de posse da imagem idealizada de seu bebê, defronta-se com o bebê real que está em sua frente; nesta cena impactante, vem-lhe o sentimento de ansiedade a respeito da saúde do filho, que vê inserido num ambiente associado à dor, em vista dos procedimentos hospitalares de que necessita. Maldonado (1996, p.90) aponta que

após o parto, a mulher se dá conta de que o bebê é outra pessoa: torna-se necessário elaborar a perda do bebê da fantasia para entrar em contato com o

---

<sup>7</sup>Termo: recém-nascido de 37 semanas e menos de 42 semanas completas. (GOULART, 2004, p.3)

bebê real. Essa tarefa torna-se particularmente penosa no caso de crianças que nascem com problemas graves ou com malformações extensas.

Assim, fica difícil imaginar que este bebê aparentemente fraco, magro, pequeno - no caso de bebês extremamente prematuros, entre a 20 a 28<sup>a</sup> semana<sup>8</sup> - e dependente de diversos aparelhos possa crescer e ficar normal e saudável. Essa mãe pode se ver como uma geradora de um ser “incompleto, doente”, entrando em contato com suas próprias deficiências e, muitas vezes, culpando-se por isso. O Manual do Método Canguru (BRASIL, 2006, p.41) dispõe que

caso existam sentimentos de culpa, eles aumentarão a ansiedade. Os pais temem que algo que tenham feito ou deixaram de fazer durante a gestação seja a causa do nascimento antecipado do seu bebê quando ele nasce antes do tempo.

Em condições normais, quando mãe e bebê estão bem fisicamente, o período puerperal já é considerado de sensibilidade e reajustamento emocional. Essa situação pode se acentuar quando o recém-nascido necessita da hospitalização, ou seja, não estando com a mãe, em seu útero, pela antecipação do nascimento, e nem próximo a ela, em função dos cuidados necessários pela internação. Druon (1999, p.37) aponta que todo nascimento comporta um certo grau de angústia e um redistribuição psíquica profunda, e, no caso do parto prematuro, acontece uma “tempestade psíquica” nos pais, dada a quantidade de sentimentos e ideias suscitados. Ela elenca algumas destas dificuldades dos genitores: eles devem se sentir pais de uma criança doente, que ainda não deveriam estar conhecendo, mas que está na frente deles; não podem carregá-la nos braços enquanto que a equipe de saúde, ou seja, estranhos, tocam nela; têm que vestir trajes esterilizados como os profissionais, porém se sentem incapazes, e o são neste contexto, de cuidar sozinhos do bebê; devem investir sentimentos nele, mas também se protegem de um luto caso ele morra; sentem-se responsáveis, inúteis e dispensáveis.

A criança já existe psiquicamente na mãe antes de nascer, até antes de ser gerada (*ibidem*), mas ela vai tomando o seu componente de ser “real” mais precisamente no terceiro trimestre de gestação (sexto ao nono mês), pois é quando começam os movimentos fetais com maior intensidade, a barriga torna-se mais saliente e a proximidade do parto vai colocando-a em contato com como será após o nascimento do bebê. Neste período, ela vive a elaboração do parto e da imagem do filho que carrega. Os sonhos com esses elementos costumam ser

---

<sup>8</sup> Quanto menor for a idade gestacional do recém-nascido, mais ele terá essas características e precisará estar em uma UTIN. Há bebês prematuros que nascem próximo dos nove meses completos e nesse caso pode ser mais rápida a hospitalização ou nem ser necessária. Caso precise, será apenas uma fase de adaptação, na qual a respiração pode estar mais rápida nas primeiras horas de vida, normalizando-se em pouco tempo e possibilitando a alta (MOREIRA; BOMFIM, 2006).

mais freqüentes do que nos meses anteriores, contribuindo também nesta preparação. No entanto, quando acontece um parto prematuro no terceiro trimestre ou no final do segundo, a mulher fica despreparada para lidar com esse nascimento, visto que não teve o tempo previsto – os nove meses – para se adequar à condição de ser mãe, faltando o “tempo, tempo de maternidade, tempo de sonhar” (CHAILLOU; OLLIVIER; RAYNAND, 1999, p.126).

Klaus e Kennell (1993) esclarecem que gerar um filho normal é o principal objetivo da maioria das mulheres, e a maior parte tem medo de que o bebê possa ser anormal ou revelar suas próprias fraquezas secretas internas. Durante a gravidez o apego materno ao feto aparece caracterizado pela ambivalência: um estado dominante de amor antecipatório – preparando-se para o nascimento de um bebê saudável - que se sobrepõe com a idéia de uma perda antecipatória - medo de uma criança deficiente ou natimorta (BENFIELD *et al.*, 1976). Desse modo, o parto prematuro traz um filho diferente, necessitado de cuidados especiais, e posiciona a mulher diante da fraqueza e da perda que possa ter imaginado:

[...] o nascimento de um bebê prematuro é um severo golpe à auto-estima das mães, às suas capacidades de maternagem e ao seu papel feminino. É concebido como uma perda de uma parte do corpo, uma afronta à sua integridade corporal e um sinal de inferioridade interior. O nascimento prematuro reforça um sentimento de irrealidade em relação à criança, que é percebida como estranha, e portanto, mais facilmente rejeitada. (Cramer *in*<sup>9</sup> KLAUS; KENNEL, 1993, p.201).

Este indivíduo prematuro que adentra a vida fora do útero já nasce na falta: do tempo, da maturidade, da realização do desejo dos pais. Estes ainda se deparam com uma situação ambígua: de nascimento e de morte, com opostos caminhando juntos, já que existe o risco de morte para esses bebês que acabam de nascer. Maldonado, Dickstein e Nahoum (2002, p.76) discorrem que “quando o bebê morre, a expectativa do nascimento não se cumpre. É preciso criar força para encarar essa perda, que provoca um impacto emocional tão profundo”. Este impacto é demonstrado em um estudo de Cullberg, referenciado por Klaus e Kennell (*op.cit.*), em que aproximadamente 40% das mães estudadas de um a dois anos após a morte de seus neonatos haviam desenvolvido distúrbios psiquiátricos, como psicoses, crises de ansiedades, fobias, ideias obsessivas e depressões profundas. A ida de um bebê prematuro para a UTIN também pode desencadear distúrbios mentais, como o Transtorno por Estresse Pós-

---

<sup>9</sup> O livro de Klaus e Kenner (1993), “**Pais/bebê: a formação do apego**”, conta com a participação de comentários de autores em suas falas originais, que serão marcadas ao longo do texto pelo “*in* KLAUS; KENNEL, 1993”. Conforme consta no prefácio da referida obra, p.15: “Nesta revisão, tivemos a felicidade de contarmos com a colaboração de um grande número de comentaristas críticos notáveis dos Estados Unidos, Inglaterra, Canadá e França. Incluímos seus comentários ponderados e perspicazes no texto, esperando que estimulem, bem como ampliem e esclareçam os assuntos para o leitor.”

Traumático (TEPT). Em um estudo da Escola de Medicina de Stanford, realizada por Shaw (2009) *et. al.*, foram acompanhados 18 pais de bebês prematuros que ficaram em tratamento intensivo prolongado, tanto homens quanto mulheres. Após quatro meses, três tinham diagnóstico de TEPT, e dez foram considerados com alto risco de desenvolver a doença. Em outro estudo desenvolvido por Holditch-Davis *et al.* (2003) da Universidade de Duke, foram entrevistadas 30 mães de recém-nascidos prematuros seis meses após a data de nascimento, e elas foram avaliadas em três sintomas de estresse pós-traumático: evasão, falta extrema de sono e flashbacks ou pesadelos. Todas as mães entrevistadas tinham ao menos um sintoma de TEPT, 12 tinham dois e 16 tinham três. Shaw *et al.* (2009) comenta ainda que o risco de TEPT não possui relação com o tamanho ou a saúde do bebê, ou o tempo de permanência na UTIN, mas sim com a forma como os pais lidam com a internação, dadas as características psicológicas de cada um.

Klaus e Kennell (1990) explicam que a reação da mãe ao estresse por ter tido um filho prematuro pode ser influenciada por múltiplos fatores: dotação genética; o modo como o neonato reage a ela; como ela foi cuidada quando era criança; tradições culturais; a extensão da separação mãe-bebê; o comportamento e atitudes de várias pessoas, como médicos, enfermeiros, demais profissionais da saúde, família e amigos; políticas do hospital e situação financeira da família.

Considerando a puérpera que teve parto prematuro e está com seu recém-nascido internado em UTIN, apresentam-se algumas pesquisas que contemplam esse aspecto, situando este trabalho no contexto atual.

Lamy, Gomes e Carvalho (1997) fizeram uma pesquisa com o objetivo de analisar a percepção dos pais sobre a internação de seus filhos em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. O estudo foi realizado na UTIN do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro. Foi utilizada a metodologia qualitativa através das técnicas de observação participante, história de vida e entrevista semi-estruturada com vinte casais jovens. As categorias temáticas encontradas foram: a percepção da internação, o bebê enquanto sujeito, enfrentando a idéia da morte, a visão do atendimento, o conceito de doença e gravidade.

Vizziello, Rebecca e Calvo (1997) pesquisaram 33 bebês prematuros nascidos entre a 27<sup>a</sup> a 36<sup>a</sup> semana gestacional em um hospital perto de Pádua, na Itália. Foram observados desde o nascimento até os dozes meses de vida. Houve dois grupos de controle com bebês nascidos a termo para comparar o apego e o desenvolvimento até o primeiro ano de vida. Foram realizadas entrevistas específicas, escalas de avaliação do desenvolvimento e gravação

em vídeo. Os resultados encontrados foram que 36,4% dos bebês prematuros têm um apego seguro, 21,2% inseguro-evitativo, e 12,1% inseguro-ambivalente e 30,3% desorganizado, dados diferentes dos 32 bebês nascidos a termo, que foram: 53,4% apego seguro, 28,1% inseguro-evitativo, 0% inseguro-ambivalente e 18,7% desorganizado. Na entrevista, a porcentagem de mães com apego “complicado” que têm filhos prematuros é maior que as que têm nascidos a termo. A evolução positiva dos bebês prematuros acontece com aquelas que conseguem se organizar rápida e coerentemente com a representação advinda da situação de prematuridade. A forte interação, bem como as dificuldades que nela surgem, influem no coeficiente de desenvolvimento ao longo do tempo; esta induzindo falta de harmonia no desenvolvimento da criança.

Gomes (2001), em sua dissertação, ilustra a partir de estudo de casos, a relação das mães e seus bebês prematuros extremos atendidos no Berçário anexo do Instituto Central do Hospital das Clínicas de São Paulo. Em sua tese, Gomes (2009), no mesmo hospital, faz uma investigação clínica selecionando três casos entre os dez pesquisados para ilustrar as intervenções da equipe de saúde na relação mãe-bebê e investigar se estas favorecem ou não uma aproximação e contato da mãe com o seu recém-nascido pré-termo extremo em diferentes momentos da internação: contatos iniciais com o bebê na UTI; possibilidades de o bebê começar a mamar e a alta do bebê. Considera que os pais e o bebê vivem uma condição de **desamparo**, principalmente no início da internação, decorrentes da falta de acolhimento, comunicação e disponibilidade da equipe para com os pais.

Fraga e Pedro (2004) desenvolveram um estudo que pretendeu conhecer os sentimentos das mães de bebês prematuros internados na UTI Neonatal do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre. A pesquisa foi qualitativa, sendo realizadas entrevistas semi-estruturadas. Foram excluídas para o estudo as mães de recém-nascidos pré-termo menores de 31 semanas ou maiores de 36 semanas de gestação e bebês portadores de alguma malformação. Os menores de 31 semanas foram excluídos devido aos sentimentos manifestados pelos pais serem confundidos com sentimentos de perda iminente, e os maiores de 36 semanas por possuírem características próximas do recém-nascido normal, com internações breves. Uma das categorias levantadas foi denominada “sentimentos”, evidenciando-se duas subcategorias: percepções iniciais e percepções posteriores. Como percepções iniciais, identificaram-se as primeiras impressões afetivas das mães, tendo surgido tristeza, medo, culpa. Nas percepções posteriores apareceu o desejo de recuperação do filho e manifestações de religiosidade. Na segunda categoria, designada “acontecimentos”, as subcategorias foram: separação mãe-bebê, tratamento e aspectos físicos do recém-nascido.

Correia, Carvalho e Linhares (2004) fizeram uma pesquisa que caracterizou os conteúdos verbais expressos durante intervenção de apoio psicológico com vinte mães de prematuros com muito baixo peso (igual ou abaixo de 1.500g) internados na UTIN do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, sendo dez mães com indicadores clínicos emocionais avaliados pelos Inventários de Depressão de Beck e de Ansiedade Traço-Estado. O estudo mostrou que expressões sobre sentimentos ou reações com conotação negativa são independentes dos sintomas emocionais clínicos de ansiedade e depressão. As mães com indicadores clínicos emocionais tenderam a apresentar mais expressões de sentimentos ou reações maternas com conotação negativa quando comparadas às mães que não apresentaram esses indicadores. Estas apresentaram mais verbalização sobre expressões de sentimentos ou reações com conotação positiva e sobre a comunicação e relação com a equipe de saúde, comparado ao outro grupo. Os resultados da análise dos relatos verbais maternos sugerem que o nascimento pré-termo e a hospitalização precoce do bebê em UTIN são, por si só, variáveis que podem comprometer o equilíbrio emocional materno e familiar.

Holanda (2004) relata um projeto de extensão desenvolvido em um hospital público em Natal (RN) no projeto Mãe-Canguru com a abordagem da psicanálise. Discorre sobre a implantação do serviço de psicologia neste projeto e apresenta reflexão sobre a queixa das mães sobre a maternidade.

O estudo de Scortegagna *et. al.* (2005) foi realizado com nove bebês, recém-nascidos pré-termo nascidos entre 28 e 36 semanas de idade gestacional, em um hospital no interior do Rio Grande do Sul. Os bebês foram de ambos os sexos, sendo quatro meninos e cinco meninas. Foram estudados os bebês de famílias de nível socioeconômico baixo e que necessitaram permanecer em atendimento na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal/Pediátrica entre o terceiro e o décimo dia de vida, sendo que o estudo estendeu-se também às respectivas mães. Essa pesquisa visou avaliar a interação mãe-bebê pré-termo e os sinais de desenvolvimento do vínculo afetivo no ambiente hospitalar. Isso ocorreu por meio das observações-participantes e em vídeo. A interação a partir da mãe e a resposta do bebê ao contato foram avaliadas segundo algumas categorias: corporal, visual, vocal, facial, subdivididas em subcategorias. Observou-se nas características gerais da interação que foram as mães que eliciaram o processo de interação. Verificou-se que isso ocorreu em 100% das díades, sendo 55,5% nas categorias corporal e vocal, e 44,4% nas categorias visual e facial.

Sales *et. al.* (2005) desenvolveram uma pesquisa qualitativa nos princípios da fenomenologia existencial em um hospital universitário no noroeste do Paraná com nove

mulheres buscando compreender a existencialidade das mães de bebês prematuros internados em uma UTI neonatal. Elas responderam uma questão norteadora, tendo a partir dos seus discursos a emergência das seguintes categorias: temor ante a sua facticidade existencial; angústia perante a situação vivenciada pelo filho; sentimentos de esperança avivados pela fé. Ainda em outro estudo de Sales *et. al.* (2006) realizado com oito mães em um hospital universitário situado no Noroeste do Paraná, utilizando-se do mesmo método, surgiram quatro categorias: 1- a dor de ver seu filho nascer prematuro e ser tirado de seus braços; 2- padecimento ante a possibilidade de perder parte de si-mesma; 3- sentimentos derivados a partir da compreensão da situação vivenciada pelo filho; 4 – a importância da equipe de saúde no processo de recuperação do filho.

A dissertação de Araújo (2007) teve como objeto a experiência da permanência das mães no alojamento conjunto da unidade hospitalar durante a internação do filho prematuro na UTIN de um hospital maternidade municipal do Rio de Janeiro. A pesquisa foi realizada com doze mães, tendo como suporte metodológico a fenomenologia sociológica de Alfred Schütz. A partir de entrevistas foram levantadas as categorias - cuidar do filho: enfrentando o grande desafio de ter um pequeno bebê; ficar perto do filho prematuro: a presença materna contribuindo para a recuperação mais rápida; apoiar e ajudar uma a outra: a esperança reforçada a cada dia.

Souza *et. al.* (2007) visou analisar as vivências maternas diante de uma gravidez com pré-eclâmpsia<sup>10</sup> e do acompanhamento do recém-nascido prematuro hospitalizado em UTIN através de um estudo qualitativo com a utilização da técnica do grupo focal. O estudo foi realizado com 28 mulheres em maternidade referência para gestações de risco no Rio Grande do Norte. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo temática categorial, abordando três núcleos temáticos: informações sobre a pré-eclâmpsia no pré-natal; vivências com o recém-nascido pré-termo; e a percepção das usuárias sobre o atendimento dos profissionais. Os relatos maternos mostraram o desconhecimento das participantes sobre a pré-eclâmpsia e sua associação com a prematuridade; dificuldades quanto à definição do papel materno nos cuidados com o filho e falhas na relação entre os profissionais de saúde e os usuários. Em outro estudo de Souza *et. al.* (2009) o objetivo foi identificar as representações de mães sobre a hospitalização do filho prematuro na UTIN e descrever as dificuldades por elas vivenciadas durante a permanência como mães acompanhantes. Constitui-se de um estudo qualitativo que incluiu onze mães de prematuros internados na

---

<sup>10</sup> Patologia gestacional que ocorre devido ao aumento da pressão arterial.



UTIN de um hospital escola em Natal. Utilizou-se a entrevista semi-estruturada e na análise dos dados foram levantados os seguintes núcleos temáticos com as categorias elencadas: dificuldades maternas com a hospitalização do filho na UTIN (representações sobre a hospitalização do filho, representações da permanência como mãe-acompanhante); o desafio do cuidado materno na UTIN (representações do cuidado com o filho na UTIN, representações na comunicação equipe-mãe) e os sentimentos maternos vivenciados durante a hospitalização do filho na UTIN.

Os trabalhos de Fraga e Pedro (2004), Sales *et. al.* (2005 e 2006), Araújo (2007), Souza *et. al.* (2007 e 2009), são de pessoas ligadas à enfermagem, e os de Lamy, Gomes e Carvalho (1997) à medicina, o que demonstra o interesse dessas áreas nos aspectos subjetivos das mães de bebês prematuros.

Embora exista um razoável número de pesquisas sobre a temática, o presente trabalho, a seu turno, tem o diferencial de propor uma leitura da psicologia analítica, portanto, levando em consideração o aspecto simbólico. Baptista (1995) explica que dentro da perspectiva Junguiana, a compreensão dos fenômenos de um ponto de vista simbólico é algo não só cabível como priorizado, onde o fato é visto não apenas como fato, porém como algo que contém um significado.

### **1.1. Aspectos da prematuridade**

De acordo com Gilbert e Harmon (2002), os fatores relacionados ao parto prematuro podem ser incluídos na história anterior da mãe, nas alterações do estilo de vida, no estresse, na alteração de fatores uterinos e nas infecções. Outros fatores que também se consideram relevantes são o baixo estado socioeconômico; instrução escolar abaixo do segundo grau;<sup>11</sup> gravidez na adolescência; abuso de drogas, legais ou ilegais; falta de cuidados pré-natais, ou cuidados tardios e mau estado nutricional.

Moreira, Bomfim e Júnior (2006) afirmam que algumas doenças pré-existentes, como hipertensão arterial, diabetes, cardiopatias e doenças do colágeno, podem aumentar as chances de uma gravidez de risco se não estiverem bem controladas, sendo o acompanhamento adequado por meio do pré-natal a melhor forma de garantir a boa evolução da gravidez. Essas condições clínicas pré-existentes são classificadas, de acordo com Bittar e Zugaib (2009), como **eletivas**, tendo-se as derivadas de complicações maternas (por exemplo, doença

---

<sup>11</sup> Atualmente denomina-se Ensino Médio.

hipertensiva, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, etc.) e/ou fetais (por exemplo, restrição do crescimento fetal ou sofrimento fetal), em que o fator de risco é geralmente conhecido e corresponde a 25% dos nascimentos prematuros. Há também a prematuridade **espontânea**, correspondente à maior parte dos partos: 75%. Neste caso, os autores acima citados dizem que a etiologia é complexa e multifatorial ou desconhecida, tornando a prevenção primária difícil de ser praticada, sobrando a prevenção secundária ou terciária. A prevenção secundária depende de fatores principalmente clínicos, como as modificações do colo uterino detectadas pela ultrassonografia transvaginal e os métodos bioquímicos, tornando possível a adoção de medidas preventivas secundárias e também terciárias, como repouso, uso da progesterona, corticoterapia antenatal, dentre outros, e transferência da gestante para uma maternidade de atendimento terciário. Bittar e Zugaib (*ibidem*) apontam que ainda existem dúvidas sobre a real eficácia da maioria dessas intervenções e que é difícil estabelecer a relação direta entre os possíveis fatores de risco e o parto prematuro espontâneo, geralmente havendo apenas a suspeita. Isso ocorre devido à diversidade de etiologias, ao fato de que muitos desses nascimentos ocorrem em mulheres sem fatores de risco e à não existência de modelo animal adequado para testar o parto prematuro e suas causas. McManemy *et. al.* (2007) trazem que após um parto prematuro espontâneo, o risco de repetição varia de 14 a 22%; após dois: 28 a 42%; e após três é de 67%. E a ocorrência de partos a termo diminui o risco de partos prematuros em gestações posteriores.

Como explanado, é difícil prever a causa dos partos prematuros espontâneos. Os aspectos emocionais confluem em grande proporção para a ocorrência da antecipação do parto, principalmente oriundos da ansiedade materna e do estresse emocional, segundo Bartilotti (1997). Os cuidados com a gestante datam desde os primeiros escritos da Medicina, em 1900 a.C no Egito, e o estudo da dinâmica psicológica da grávida toma maior proporção com a psicologia do século XX, sobretudo com a psicanálise, intensificando mais os estudos a partir de 1950. No entanto, o tema foi abordado por diversos pensadores, religiosos, filósofos e escritores, como Hipócrates e Leonardo da Vinci, ao longo do tempo (CURY, 1997). As diferentes formas de abordar a maternidade estavam relacionadas com os costumes da época, conforme se aborda no próximo tópico. Com os estudos da psicologia, considera-se que a nova condição de ser mãe suscita na mulher sentimentos variados, dependendo da sua relação com a maternidade e a sua feminilidade; mesmo que planejada e desejada, a gravidez gera expectativas, insegurança, remete à relação com a própria mãe, dentre outros elementos inconscientes dos quais não há uma compreensão imediata, e que podem gerar conflitos com a

gravidez que prossegue. Bartilotti (*op.cit*), apoiada em algumas pesquisas, mostra que a tensão psíquica pode influenciar a atividade uterina, e sob esta influência, o parto prematuro é uma ocorrência. Jung (1939/2007, p.100, §170) afirma que defesas em relação à figura da mãe, em mulheres que têm como lema “qualquer coisa menos ser como a mãe!”, manifestam-se muitas vezes, através de “distúrbios da menstruação, dificuldade de engravidar, horror da gravidez, hemorragia e vômitos durante a gravidez, partos prematuros, etc.”. Jung (1946-1955/2002), em carta a Joachim Knopp datada em 10 de julho de 1946, esclarece que na doença orgânica há um arranjo psíquico: sintomas, mesmo quando não existe patogênese psicológica, apresentam um significado simbólico, sendo necessário abordar toda doença também pelo lado psicológico.

Em minha experiência no atendimento psicológico a puérperas que tiveram parto prematuro, a questão dos aspectos emocionais é muito notória. Mesmo havendo uma condição física anterior - as condições eletivas mencionadas - o desencadeamento do parto prematuro geralmente relaciona-se a alguma tensão psíquica do momento: dificuldades no relacionamento com o companheiro, morte na família, desemprego, muita ansiedade pela gestação, etc. Por se tratar de atendimentos de apoio focalizado neste momento de crise, num contexto institucional, não é possível intensificar questões mais profundas, inconscientes. Em alguns casos até se pode perceber a dinâmica pessoal inconsciente, mas nem sempre é a ocasião para se apontar e trabalhar isso. Quando se faz necessário, após a alta do bebê, eu efetuo encaminhamentos dessas mulheres à psicoterapia.

Druon (1999) considera que a maior parte dos partos prematuros acontece em primíparas. Bartilotti (*op.cit.*) observa que na primiparidade a sensação de insegurança perante o ser mãe pode estar presente.

Sobre a etiologia psicogênica dos partos prematuros, Klaus e Kennell (1993) apresentam a pesquisa de Blau e colaboradores, que comparou os resultados de testes psicológicos e psiquiátricos realizados de um a três dias após o parto em trinta mulheres que haviam tido parto prematuro e trinta de um grupo de controle, que tiveram bebês a termo. Eles perceberam que a mãe de um bebê prematuro tinha tendência a ser mais imatura, encontrava-se insegura quanto a seu papel de mulher e mãe, e necessitava de mais apoio emocional durante a gestação. Observaram também que eram mais negativas quanto à gravidez e mais hostis com o feto, nutriam mais fantasias destrutivas sobre a evolução de si mesmas e do bebê, e eram mais apreensivas com relação a dificuldades no parto e nascimento. No entanto, Klaus e Kennell atentam que estas observações foram feitas logo após o parto prematuro, momento em que estão com mais propensão para apresentarem estas características. Para

Bartilotti (*op.cit.*) a presença de traços mais imaturos e dependentes na estrutura de personalidade de algumas mulheres poderia colaborar com a antecipação do parto, pois o ser mãe traz responsabilidade e mudanças importantes, e essas mulheres têm dificuldades em se adaptar a esta condição.

Os fatores psicológicos são importantes ao se considerar os distúrbios da gravidez, necessitando os obstetras estar atentos a este ponto durante o pré-natal. No entanto, não podemos justificar tudo a partir do emocional, para não incorrerem em “psicologismo”. Os fatores sociais estão muito presentes na maior parte da população do Brasil, como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde com qualidade, principalmente nas regiões mais recônditas do país. Quando fazem a consulta pré-natal, encontram barreiras para conseguir exames laboratoriais e ultrassonografias; quando os obtêm, é com bastante demora, o que pode agravar uma situação que começa simples, por exemplo, uma infecção urinária; também podemos assinalar a má nutrição pela carência alimentar e a falta de saneamento básico, proporcionando contato com elementos patógenos. Sobre isso, Prochnik e Carvalho (2001, p.18) dispõem que “[...] as condições de vida precárias de grande parcela da população brasileira, somadas à falta de acesso a um acompanhamento obstétrico pré-natal, fazem aumentar o número de bebês que nascem em condições de risco.”

## 1.2. Alguns pontos de vista para a maternidade

Conforme é abordado no capítulo 2, Jung utilizou o termo **arquétipo** para explicar a base das manifestações humanas, sendo que um “arquétipo tem que ter aspectos históricos e não podemos entender os fatos sem entender a história” (JUNG, 1935/2000, p.169-170, §372). Como este trabalho versa sobre a mulher que teve parto prematuro, é importante percorrermos a história para saber como se configurou a maternidade e como é hoje, pois o elemento arquetípico, que se apresenta de diversas maneiras de acordo com as experiências individuais, influencia e é influenciado pela história. Ao olhar a mulher que está no hospital acompanhando o seu recém-nascido pré-termo, esses fatores antigos e atuais estarão presentes: “[...] os arquétipos são como leitos de rios, abandonados pelas águas, mas guardando sempre a possibilidade de retornar depois de um certo tempo” (*idem*, 1936/2007, p.12, §395) uma vez que os arquétipos estão inseridos no **inconsciente coletivo** (conceito que também vem a ser melhor explicado no capítulo 2). Esta instância psíquica constitui-se de uma camada mais profunda no ser humano, que contém elementos universais.

Uma das formas que a humanidade criou para explicar o seu meio e o seu comportamento foi através dos **mitos**. Em toda cultura eles estão presentes e, por também serem manifestação humana, possuem base arquetípica. Por isso, são tratadas ao longo do texto algumas mitologias relacionadas ao materno.

### **1.2.1. A maternidade do ponto de vista sócio-histórico**

Falar sobre a maternidade na vida da mulher envolve questionar: De que mulher se fala? De qual época, qual cultura? A maternidade assume diferentes representações quando se elencam estes fatores. Para discutir como atualmente esta maternidade pode ser representada, é importante remeter à composição da família. O papel da mulher na família, como mãe, foi assumindo diferentes concepções relacionadas com as mudanças da sociedade ao longo da história da humanidade, tendo modelos variados. Ariès (1981b) apresenta particularmente a transição da família aristocrática para a burguesa, pois esta é o modelo que de certa forma ainda rege o nosso entendimento sobre a família, embora hoje falemos de uma família contemporânea, devido às mudanças de configuração que não envolvem tão somente pai-mãe-filhos. Embora a discussão a seguir apresente fatos históricos, não necessariamente estarão em ordem cronológica, e sim por ideias concomitantes.

A família burguesa nasceu na sociedade européia em meados do século XVIII. Caracterizou-se pela privacidade, por não se estender aos demais membros e pessoas, passando a ser reunida pelo casal e seus filhos, uma vez que na família aristocrática, um modelo anterior, vivia-se em companhia de vários parentes, criados, dependentes e clientes. No modelo aristocrático, o casamento era decidido pelos pais e se estabelecia de acordo com os dotes envolvidos, para que as propriedades da família se perpetuassem. Os filhos recebiam os cuidados das amas-de-leite, as quais eram as responsáveis por amamentá-los, sendo que nem elas nem as mães se relacionavam de maneira afetuosa com as crianças. Às mulheres cumpria principalmente ter filhos e organizar a vida social, não havendo a preocupação com a atenção aos filhos, e estes geralmente formavam seus primeiros vínculos com alguém que não pertencia à família. A vida emocional da criança estava dividida entre várias figuras adultas, não ocupando os pais um lugar central. Deste modo, amor romântico, privacidade, domesticidade, cuidados maternos, relações mais íntimas com as crianças e o arranjo da família concentrada em pais e filhos eram características de não muita relevância para a composição da família aristocrática.

Já na família burguesa, passam a existir sentimentos que outrora não eram tão importantes e significativos. Para iniciá-la, o casal pode igualmente unir-se por amor, e não mais apenas pela transmissão de seus bens e heranças; o amor romântico passou a ser a principal razão para o casamento.

Os papéis dentro da família burguesa são norteados por algumas atribuições. Ao homem cabe o trabalho fora de casa, pois o lar deixa de dividir espaço com a produção; trabalho, vida íntima e lazer são então vividos em lugares diferentes, e o lar passa a ser considerado lugar do descanso, do aconchego, onde deve ser mantida a privacidade da família, ou seja, o que acontece dentro dela já não interessa mais a outras pessoas. A família fecha-se para a comunidade extensa de antes. Já à mulher, foram-lhe atribuídos os serviços domésticos, a casa sendo o seu ambiente imperante. Ela passa a estar mais presente neste espaço, sendo que além dos afazeres do lar, tem que lidar com o cuidado do marido e dos filhos. Além da acuidade com a sobrevivência destes últimos, também é responsável pelo acesso deles à sociedade, sendo encarregada das educações informal e formal – esta pelo ingresso na escola.

Os filhos passam a ter atenções, cuidados e sentimentos de ternura vindos dos pais. Uma maior importância é atribuída a eles, e as suas relações, a partir de então, se caracterizam pela intimidade e envolvimento emocional. O amor maternal é considerado como natural, o que é diferente na família aristocrática. Essa passagem de modelo para o da família burguesa é o que Ariès (1981a, p.16) denomina de **“grande revolução da afetividade”**.

Badinter (1985) descreve a indiferença que se tem pelos filhos até aproximadamente o século XVIII. Sentir ternura, propagar carinho, amor, eram a exceção. Com isso ela não quer dizer que não houvesse amor materno antes desse período, mas demonstrar que esse amor não é natural, instintivo, como se costuma pregar, e sim cultural. Se fosse natural, não existiriam mulheres que não sentem amor por seus filhos. Atualmente, a falta desse amor constitui uma exceção, a mulher que não o sente é condenada, apontada como “anormal”; porém, se olharmos para trás na história, veremos que isso se dava com a maioria. A autora defende, então, que o amor materno “é apenas um sentimento humano. E como todo sentimento, é incerto, frágil e imperfeito” (p.22). Sendo sentimento, está fadado às variantes psicológicas da mulher e da cultura em que vive: “Tudo depende da mãe, de sua história e da História” (*ibidem*, p.365). Badinter desmistifica a concepção de que as mulheres não se apegavam aos seus filhos em conjuntura das altas taxas de mortalidade infantil: não se apegar para não sofrer depois com a morte; atribuindo, pelo contrário, a incidência da alta mortalidade à falta de apego, o que gera, em consequência, a deficiência nos cuidados com o bebê.

A mudança de comportamento em relação aos filhos, a valorização dos cuidados maternos que podemos ver até hoje, não foi repentina. Badinter aponta três discursos que foram imperantes na época, procurando dissuadir o pouco interesse que havia pelos cuidados das crianças: o econômico, o filosófico e um específico às mulheres. Em relação ao primeiro, a Europa apresentava uma baixa taxa de crescimento populacional, de acordo com uma nova ciência do período: a demografia. Devido às guerras, pestes, fome e a altas taxas de mortalidade infantil, a população economicamente ativa estava diminuindo, como também faltava gente para servir ao poderio militar e salvaguardar as fronteiras dos países; assim, fazia-se necessário dar atenção às crianças para que sobrevivessem.

Este discurso não ganharia força se não tivesse apoio do filosófico, baseado na noção de igualdade entre os seres humanos: o homem, a mulher e as crianças; e da felicidade individual, encontrada em primeiro lugar no núcleo familiar. Era a *Época das Luzes*. Nesta exposição, a mulher se emancipa aos poucos da tutela do marido, o casamento por amor vai tomando forma e os filhos virão por prazer, não por obrigação.

O terceiro discurso é o que coloca a mulher como centro da família pela sua fecundidade. A ela cabe todo o cuidado da prole e essa é a sua condição natural, necessitando fazer o retorno a ela. Comparavam-se as mulheres com as fêmeas dos animais, mostrando a instintividade destas no cuidado com as crias, e enfatizava-se a beleza do ser mãe e o quanto poderia ser prazeroso. Também havia o tom da ameaça, iniciando a concepção da “mãe má” atribuída àquelas que se recusavam a dar atenção aos filhos.

Como dito, foi lenta a mudança. A maioria das mulheres, conforme Badinter (*ibidem*, p.200), não se submeteu de imediato ao “teste do sacrifício”. Mas a oportunidade de desempenharem um papel de maior valor no seio da família, e logo, na sociedade, levou-as com o tempo a aceitarem o desempenho de serem boas mães:

[...] foram necessários quase cem anos para apagar a maior parte do egoísmo e da indiferença materna. Ainda no século XX, continuou-se a alfinetar sem piedade a negligência da mãe má. Desde o século XVIII, vemos desenhar-se uma nova imagem da mãe, cujos traços não cessarão de se acentuar durante os dois séculos seguintes. A era das provas de amor começou. O bebê e a criança transformam-se nos objetos privilegiados da atenção materna. A mulher aceita sacrificar-se para que seu filho viva, e viva melhor, junto dela. (*ibidem*, p.202)

A autora dispõe ainda que o primeiro índice de uma mudança do comportamento materno foi a vontade nova de aleitar o filho no seio, e somente a ele, com exclusão de qualquer outro.

No Brasil, este novo modelo demorou um pouco mais a aparecer em decorrência das diferentes culturas presentes desde a colonização. Havia modelos diversificados de família em virtude da extensão territorial e da forma como cada região foi ocupada. Os primeiros europeus que chegaram, no século XVI, não vieram acompanhados de suas famílias, relacionando-se com as índias e depois com as negras, em compromissos informais que geravam filhos. Os homens tinham grande mobilidade geográfica e cabia à mulher sustentar os filhos, servindo-se de criadas, nas famílias mais abastadas, sobretudo no Nordeste. Com a vinda da família real ao Brasil, no início do século XIX, as cidades começaram a se desenvolver e o modelo de família burguesa começou a se instalar. Os preceitos médico-higienistas, nos quais havia todas as prerrogativas de um bom cuidado com os filhos, estavam presentes junto com a urbanização das cidades (MAUX; DUTRA, 2009; MOURA; ARAÚJO, 2004).

Como a família burguesa havia perdido, pelo seu isolamento, as relações com a comunidade, seu poder interno aumentou. Os pais tornaram-se os responsáveis pelos filhos, sendo para eles os primeiros modelos de identificação, e dispondo da condução de suas vidas, pelo menos nos anos iniciais de suas existências.

Ariès (1981a, p.14) mostra que o espaço da comunidade, de interações ampliadas, se reduziu às relações dentro da família; antes, o “tecido era frouxo”, a família não tinha um espaço definido, dito como seu. Com a constituição do modelo burguês, esse espaço localizado que a família passou a ocupar tornou-se o âmbito do **domínio privado**. A família passa então a não ser somente um sistema de parentesco, um mecanismo para a transmissão de bens, tornando-se também o meio essencial para garantir o bom desenvolvimento da criança, o lugar que deve ser revestido de bons afetos e, logo, tornar possível a maturidade individual. Deste modo, a saúde, especialmente da criança, se torna um dos objetivos mais obrigatórios da família:

O retângulo pais-filhos deve se tornar uma espécie de homeostase da saúde. [...] desde o fim do século XVIII, o corpo sadio, limpo, válido, o espaço purificado, límpido, arejado, a distribuição medicamente perfeita dos indivíduos, dos leitos, dos utensílios, o jogo do “cuidadoso” e do “cuidado”, constituem algumas das leis morais essenciais da família. [...] A política médica [...] tem como reflexo a organização da família, ou melhor, do complexo família-filhos, como instância primeira e imediata da medicalização dos indivíduos; fizeram-na desempenhar o papel de articulação dos objetivos gerais relativos à boa saúde do corpo social com o desejo ou a necessidade de cuidados dos indivíduos; ela permite articular uma ética “privada” da boa saúde (dever recíproco de pais e filhos) com um controle coletivo da higiene e uma técnica científica da cura, assegurada pela demanda dos indivíduos e das famílias, por um corpo profissional de médicos qualificados e como que recomendados pelo Estado. (FOUCAULT, 2003, p. 199-201).



Esse lugar dos afetos de que a família passa a ser tutora toma maior relevância no século XIX, pois nesse período temos a instauração do discurso científico, e a partir deste contexto, a psicologia moderna desenvolve-se incluindo as questões do desenvolvimento humano, realçando a importância das primeiras relações da criança para o desenvolvimento da sua personalidade, principalmente a partir da psicanálise, criada por Sigmund Freud (1856-1939). (SCHULTZ; SCHULTZ, 2005). A pediatria também nasce neste período. Especificamente, a palavra “pediatria” surge em 1872. Antes os médicos recusavam-se a atender crianças doentes, pois isto era considerado ocupação das mulheres (BADINTER, 1985).

Neste ínterim, a psicologia foi uma das ciências que pesquisou e inseriu em seu discurso a questão da família como favorecedora de um ambiente de saúde, especialmente o emocional, visto que se volta sobretudo às figuras dos pais como responsáveis pelos cuidados das crianças. A tematização constante das relações familiares no Ocidente, conforme Bezerra Jr.(1998, p.232), tem a ver com a aproximação entre a importância social fundamental da esfera privada da existência na construção de identidades e os papéis que a psicanálise deu à infância e à sexualidade. Afirma, ainda, que a psicanálise não pode ser entendida fora do mundo moderno, pois é impensável longe do conceito de individualização, de formação da individualidade, que passa a ser uma das “características principais das sociedades ocidentais modernas [...] desse modo específico de viver a experiência subjetiva, que se torna progressivamente naturalizada na consciência dos indivíduos”.

Com a medicalização da família, Costa (1989) aponta que os pais são vistos como ignorantes, ou até doentes, já que no interior da família há sempre algo a corrigir, a apontar, que não está de acordo com o que está normalizado. Isso fez com que esse controle educativo-terapêutico tivesse iniciado um modo de regulação política, passando a ser usada como meio de manutenção e reprodução de um discurso da ordem social burguesa.

A mulher, como figura “reinante” do lar, fica designada como a principal responsável pelos cuidados aos filhos. O valor maior da mulher era a maternidade (BAPTISTA, 1995) e a mãe tinha que ser devotada a eles e em qualquer evento que acontecesse, ela passava a ser culpabilizada. Por não ter mais o contato que antes existia com a comunidade, a ela caberia todo o compromisso e, pelo excesso ou falta, sempre haveria algo a corrigir em sua conduta para com os filhos, de acordo com os preceitos médico-higiênicos que vigoravam, uma vez que o Estado iniciou a formulação de orientações e normas que envolviam assuntos da família, e a criação de uma política de assistência para orientá-las e nelas intervir quando

algum fator não estivesse de acordo com as normas estabelecidas. Badinter (1985, p.238) aponta a psicanálise como a promotora da mulher em seu papel de mãe ao colocá-la como “a grande responsável” pelo destino dos filhos.

Embora os ideais da família burguesa não tenham sido abolidos, como a privacidade e isolamento, o amor romântico para a união do casal, o controle da natalidade (que cada vez mais foi se acentuando), a relação interna pais-filhos e a preocupação com as necessidades dos filhos e com o seu futuro, foram-se dando mudanças nas suas estruturas. Com o movimento feminista e as mudanças culturais, as mulheres foram conseguindo o trabalho fora de casa, um espaço além do lar e a realização neste, atingindo altos postos de comando e decisão, um pouco mais em par com os homens; e os cuidados maternos e afazeres domésticos, que eram estritamente suas funções, têm tido um pouco mais de divisão de tarefas entre os cônjuges.

De 1848 datam os primeiros movimentos feministas, mas foi com a Segunda Guerra Mundial que a variação no papel social da mulher tomou maior proporção, principalmente nos países da América do Norte. Os homens foram servir nas forças armadas e, com a consequente falta de mão-de-obra no mercado, foi necessário admitir mulheres em postos que eram exclusivamente masculinos. Assim, as mulheres foram um bom negócio para o mercado de trabalho, pois produziam da mesma forma que os homens e por salários mais baixos, e elas puderam experimentar a independência financeira. Com o retorno dos homens da guerra, eles desejaram que suas mulheres retornassem ao lar; no entanto, não havia mais volta, até porque, com elas trabalhando, a renda doméstica aumentara. Eles reassumiram seus postos, mas as mulheres passaram a ter dupla jornada de trabalho: o fora de casa e o doméstico (RIEHELMANN, 1997). Mesmo que os homens atualmente venham ajudando mais nas tarefas do lar, ainda fica para a mulher a maior carga de trabalho com estes afazeres e o cuidado dos filhos. Embora as mulheres que tenham uma atividade profissional dediquem menos tempo ao trabalho doméstico e ao cuidado dos filhos, estes trabalhos serão realizados em detrimento do seu tempo de lazer (BADINTER, 1985), principalmente para aquelas que não possuem condições de dispor de uma empregada doméstica ou babá.

A mulher pode ter a escolha do momento de ser mãe, ou nunca o ser, devido à variedade de métodos anticoncepcionais existentes hoje e, com isso, as taxas de natalidade vêm diminuindo, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em 1950, era de 47,76%; em 1980, de 31,25%; em 2000, de 21,06%; e em 2010, de 17,75%. O número de filhos em cada família, portanto, decresce: em 1960, eram 6,0 filhos para cada mulher; em 1991, cai para 2,89; e em 2000, chega a 2,39 (IBGE).

Mudanças como o exercício da sexualidade feminina sem ser casada e a possibilidade de divórcio são algumas das conquistas da mulher. Como homens e mulheres agora estendem seus trabalhos para fora do ambiente doméstico, os pais têm menos tempo para os filhos, sendo necessário enviá-los para creches, ou então providenciar alguém para cuidar deles. Para as famílias de menor renda, quando a mulher tem que voltar a trabalhar, isto se torna um dilema. O número de vagas em creches públicas é incipiente para receber todas as crianças que precisam e, destarte, as mulheres que tem companheiro, mesmo que a renda deste seja pouca, abandonam seus trabalhos fora do lar para ficar com os filhos. A situação se torna mais difícil quando a mulher é a única mantenedora da economia da casa.

Com estas mudanças do papel da mulher, Riechelmann (*op.cit.*) questiona quem ganha com isso, e responde que todos ganham e pagam. A mulher ganhou dignidade, cidadania e possibilidades de crescimento pessoal; e paga com aumento do estresse, igualdade de incidências de doenças antes caracteristicamente masculinas e conflitos com a maternidade, já que vê a gestação com mais medo e se sente mais culpada por estar longe dos seus filhos enquanto trabalha. O homem ganhou a necessidade de crescer emocionalmente, concessão para ser mais amoroso, mais dedicado ao lar e à família, podendo até se falar em um “amor paterno” (BADINTER, 1985, p.364), semelhante ao amor materno; e paga com a perda da autoridade que antes detinha, o controle de toda a vida familiar. As crianças ganham com uma maior integração de atitudes vindas dos pais: as funções materna e paterna podem ser exercidas pelos dois. No entanto, conforme Riechelmann (*op.cit.*), elas pagam pelo menor tempo disponível com seus pais, com isso amadurecendo mais cedo e diminuindo sua infância. Quem ganha com todas essas colocações, diz o autor, é o capitalismo; já que há muitas mulheres produzindo na mesma proporção, ou mais que os homens, e recebendo, em alguns cargos, salários menores que eles.

A gravidez, atualmente, não representa uma obrigação na vida da mulher, visto que ela pode se realizar em outros papéis que não o de mãe, embora o apelo para sê-lo ainda seja culturalmente forte. Maux e Dutra (2009) comentam sobre o sentido de completude e realização que a maternidade talvez signifique na vida das mulheres, mesmo com todas as mudanças e rupturas em sua imagem e em seu papel social ao longo do tempo. Discorrem sobre a questão da adoção, quando as mulheres não conseguem engravidar ou levar adiante uma gestação, buscando, assim, realizar o papel materno. Mas a dificuldade nem sempre é da mulher, podendo ser do seu parceiro. Quando um dos membros do casal não pode ter filhos, ou os dois, outra solução são as tecnologias reprodutivas, como a inseminação artificial, a fertilização *in vitro* e suas variadas formas, incluindo doações de células reprodutivas (óvulos

e espermatozoides) e de embriões, aluguel ou empréstimo de útero (Correia *apud* MOURA; ARAÚJO, 2004). A mulher também pode assumir um filho sozinha, não sendo mais tão acusada moralmente como outrora, e inclusive recorrer a estas técnicas de fertilização sem a presença de um parceiro.

A maternidade pode também não ser somente a biológica. Beauvoir (1967) escreve que certas mulheres alimentam durante toda a vida o desejo de cuidar de crianças, mas têm medo do trabalho biológico do parto e o do fardo que o filho representaria em sua vida. Para exercerem a sua maternagem, buscam executar outras ações: são parteiras, enfermeiras, tias dedicadas, e podemos estender essa compreensão para as demais profissões de ajuda.

Ao saber de uma gravidez, planejada ou não, desejada ou não, uma mulher não será mais a mesma. Se sua escolha for não continuar com essa gestação, esse movimento voluntário de rompê-la exigirá uma disponibilidade energética, um agir perante a nova condição. Pattis (2001) argumenta que no aborto pode estar oculto um objetivo que não se consome com a interrupção da gravidez, mas que a partir dela coloca em ação uma transformação da personalidade. Os abortos, conforme a autora, não têm apenas causas, como também objetivos. Ela apresenta exemplos de sociedades tradicionais onde se interrompia a primeira gravidez para facilitar a seguinte, o nascimento do segundo filho. Pode ser esse o caso do que se sucede em alguns casos de abortamento espontâneo; é como uma espécie de gravidez de prova para provar-se como geradora, fértil, e a partir da próxima, ser levada com mais maturidade. No caso do aborto provocado, a gravidez nesse momento não representa o desejo de ter um filho, mas inconscientemente, uma busca de se saber geradora, de poder conduzir um crescimento. Algumas mulheres abortam voluntariamente mais de uma vez pela necessidade de por em rotação uma dinâmica criadora que, no entanto, ainda não conseguem concretizar em um filho: “uma mulher pode ficar grávida não pelo desejo de ter um filho, mas porque gostaria de ser outra, ou melhor, mais forte, feminina, completa; mais aceita, mais ‘ela própria’.” (*ibidem*, p.59).

Assim, a gravidez representa um período no ciclo vital da mulher no qual passa por mudanças significativas nos planos físico, social e psíquico. Fisicamente, caracteriza-se pela mudança corporal que se processa em vista do crescimento do feto. Merleau-Ponty (2006) afirma que a mulher sente o próprio corpo deixar de ser simples auxiliar de sua atividade, de ser inteiramente seu para ser habitado por outro ser e logo colocar no mundo uma outra consciência. Uma mudança do organismo que acarreta efeito psicológico são as influências hormonais, principalmente através da atuação dos seguintes hormônios, conforme Cury (1997): 1) a progesterona desempenha um efeito depressivo sobre o sistema nervoso central e

torna o comportamento introspectivo e regressivo da gestante; 2) o metabolismo das catecolaminas tem um papel regulador nas emoções, especialmente na depressão e euforia; 3) o metabolismo dos corticosteróides sofre alteração na gravidez, sendo estes responsáveis pelas variações emocionais do tipo depressivo, da euforia, além de um grau de sentimentos paranóides e problemas de cognição.

No plano social, a chegada de um novo membro na família promove a reestruturação das relações e a redefinição dos papéis, seja de qualquer forma que a família for constituída, já que atualmente podemos ter os seguintes arranjos: pai-mãe-primeiro filho; pai-mãe-outros filhos; mãe-filho (os); mãe-outros parentes; ou outros. Considera-se também o fator econômico, a preocupação em se manter financeiramente mais um membro, principalmente quando a mulher é a única responsável pelas entradas financeiras da família.

Psiquicamente, além da influência hormonal, das oscilações de humor, das alterações da imagem corporal e sexualidade (*ibidem*), verifica-se a incorporação de novos elementos na identidade da mulher. Tornar-se mãe gera em cada uma sentimentos diferenciados, que são vivenciados de forma intensa e muitas vezes ambivalente, e dependem, entre outros fatores, da sua história de vida, da relação com os pais – especialmente a mãe –, do histórico da gravidez, das expectativas quanto ao futuro da relação mãe-filho e do seu contexto histórico-social.

Durante toda gestação, ela vive esse mistério maior que não é nem da ordem da matéria nem da ordem do espírito, mas da *ordem da vida*.

Por isso a gravidez é acompanhada por todo tipo de angústia, preocupação, ambivalência. Os sentimentos da mulher para com sua gravidez são sempre sentimentos mistos, pois há sempre um conflito latente entre sua vida pessoal e a invasão disso a que cabe dar o nome de espécie. (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 95, grifo do autor).

Os sentimentos ambivalentes estão presentes na gravidez assim como após o nascimento do filho e durante todo o crescimento deste. Pela edificação mística da maternidade a partir do século XIX, com a elevação da condição da mulher-mãe à “santa” (BADINTER, 1985, p.271), fica difícil para a mulher assumir sentimentos que não sejam o amor, sentindo-se culpada quando prevalece o ódio, por exemplo, em relação aos filhos (PARKER, 1995). Beauvoir (1967, p.289) do mesmo modo questiona a “religião da maternidade” a qual proclama toda mãe como santa e, pela variedade de sentimentos presentes, diz que a maternidade é um estranho compromisso de narcisismo, de altruísmo, de sonho, de sinceridade, de má-fé, dedicação e cinismo, não sendo, portanto, só representada pelo amor.

Stern (1997) elucida que a constelação da maternidade não é universal e nem inata, como se pode verificar pela própria história, como já foi explicado. Mesmo existindo as mesmas condições sócio-culturais, a emergência da constelação da maternidade não é obrigatória; a maioria das mulheres, mas não todas elas, desenvolverão uma constelação da maternidade em diferentes níveis, dependendo das suas características individuais. No entanto, ele explica que existem influências psicobiológicas, especialmente hormonais, que preparam a nova mãe para desenvolver alguma forma da constelação da maternidade e que as condições sócio-culturais parecem desempenhar o papel dominante em como as influências psicobiológicas vão atuar. O autor observa que, na sociedade ocidental pós-industrial, as condições culturais parecem desempenhar um papel importante na moldagem da forma final da constelação da maternidade, e incluem os seguintes fatores: 1) a sociedade atribui um grande valor aos bebês - à sua sobrevivência, bem-estar e desenvolvimento ótimo; 2) supõe-se que o bebê seja desejado; 3) a cultura atribui um grande valor ao papel maternal – a mãe é em parte, avaliada como pessoa por sua participação e sucesso no papel maternal; 4) a responsabilidade básica pelos cuidados ao bebê é colocada na mãe, mesmo que ela delegue grande parte da tarefa a outros; 5) espera-se que a mãe ame o bebê; 6) espera-se a presença eletiva do pai e de outros, que proporcionem um contexto apoiador em que a mulher possa desempenhar seu papel maternal, por um período inicial; 7) não se fornecem à nova mãe, na família, na sociedade e na cultura, a experiência, o treinamento ou o apoio adequado para ela executar facilmente, ou bem, o seu papel maternal sozinha.

Por esses fatores atribuídos à maternidade na sociedade, Jacoby (2007) discorre que as mães atualmente enfrentam fortes sentimentos de ambivalência em relação aos seus bebês e filhos pequenos, visto que entram em conflito entre a busca de uma boa relação primal<sup>12</sup> e a sua autorrealização em outros setores, como a carreira, o que gera culpa e ansiedade. O autor alega que este conflito deve ser levado em consideração como um problema do nosso tempo, não sendo apenas da história pessoal do indivíduo e, por isso, não se resolvendo apenas através da análise. E apesar de toda consideração pelo amor materno genuíno e a idealização da boa relação mãe-bebê, Jacoby considera importante que essa questão que aflige tantas mulheres modernas seja levada a sério, para que não se julguem como mães inadequadas e cheias de culpa. Ele assevera que não há uma solução geral para que se resolva esse conflito, necessitando de medidas individuais e flexíveis. Compreende que lidar com os conflitos e o

---

<sup>12</sup> Conceito será explicado no capítulo 3.

sofrimento é a forma de maturação do ser humano, e que o amadurecimento da mulher deveria auxiliá-la a desenvolver reações empáticas em relação ao filho.

Neste sentido, apresentados esses fatores sócio-culturais que nos dizem sobre o ser mãe, a gravidez também se apresenta como um momento onde a mulher pode ter a possibilidade de amadurecer e desenvolver a sua personalidade. Gallbach (1995, p.42) expõe que “gravidez e maternidade podem ser vistas como um processo de iniciação, que promove ampliação da consciência ou transformações na personalidade”. Não obstante, a possibilidade de transformação após a gravidez, conforme Pattis (2001, p.78), depende de diversos fatores, podendo não ser “lá tão grande” e não acontecendo espontaneamente de uma hora para outra; como toda mudança, somente se dá através de um processo vagaroso e gradual. E a autora argumenta que na sociedade hodierna, marcada pelas carreiras agressivas, competitivas, que sugerem as livres escolhas e desconfiam dos papéis, marginalizando aqueles que dão espaço à estabilidade dos afetos, a maternidade nem sempre acontece como uma passagem iniciática para uma forma adulta de feminilidade.

### 1.2.2. A maternidade do ponto de vista mitológico

Nas sociedades antigas, o mito é um relato de um acontecimento acontecido no tempo primordial com a intervenção de entes sobrenaturais, contando, portanto, algo que não era e que começou a ser, trazendo uma explicação do mundo (BRANDÃO, 2009a).

O mito, para a psicologia analítica, não se trata de uma invenção, ficção, mas representa a psique de uma coletividade que traz “uma verdade profunda de nossa mente” (*ibidem*, p.39). Olhar os mitos, para essa psicologia, é transcender os seus aspectos concretos, procurando encontrar “a parte abstrata, o sentido profundo” (*ibidem*). Jung (1950/1999) menciona que as imagens mitológicas podem reaparecer sempre e de novo em todos os lugares do mundo como em todos os tempos. Podem-se relacionar os mitologemas mais distantes no tempo e em relação à cultura de um povo com as produções individuais, pois a base criadora é sempre a mesma psique humana e o mesmo cérebro humano, que com variações pequenas, funciona da mesma maneira em todo lugar.

Jung, a partir dos mitos, criou a técnica da **amplificação**, que consiste em estabelecer paralelos, sendo uma forma desenvolvida de analogia, na qual o conteúdo ou a história de um mito, um conto de fadas ou uma prática ritualista são utilizados como exemplos. A amplificação é aplicada em diversos contextos e pode ser empregada em diferentes conteúdos

que o paciente traz: uma única palavra, uma imagem de um sonho ou uma sensação corporal (JUNG, 1935/2000; SAMUELS, 1989), dentre outros.

Fazendo uma amplificação e elucidando as polaridades maternas apresentadas ao longo da história, na mitologia grega tem-se a deusa Ártemis (para os romanos, Diana), como protetora dos partos. Filha de Zeus e Leto, uma divindade da natureza, sua mãe teve que se refugiar na ilha de Delos, pois não era acolhida em nenhum lugar porque todos tinham medo da cólera de Hera, buscando vingar-se das traições de seu marido Zeus. Ártemis foi irmã gêmea primogênita de Apolo. Logo que nasceu, ajudou sua mãe com o nascimento do seu irmão, num parto que foi difícil e doloroso, tendo sofrido por nove dias e nove noites pelos efeitos da vingança de Hera. Então, como deusa dos partos “as mulheres se dirigiam a ela como ‘auxiliar nos momentos de dor, a quem nenhuma dor toca’. Elas oravam pedindo-lhe que pusesse fim às suas dores, através do nascimento de um bebê ou através de uma ‘amena morte’, causada por suas flechas.” (BOLEN, 2007, p.79). Ártemis era também a deusa da caça e da lua, vestia uma túnica curta e carregava um arco de prata e flechas. Além do socorro que prestava rapidamente a quem a chamava, também punia os que a ofendiam, mostrando-se impiedosa para com estes. Era uma deusa virgem, imune à paixão e a quem Zeus, seu pai, disse que poderia ter tudo o que desejasse. Bolen (*ibidem*) esclarece que Ártemis, enquanto arquétipo,<sup>13</sup> representa um sentido de integridade, uma atitude da mulher que sabe de si, que age por conta própria, com autoconfiança e espírito independente, possibilitando que a mulher se sinta completa sem um homem, e a maternidade não é seu principal meio de realização. Ártemis situa-se na fronteira entre o selvagem e o civilizado, ela cuida deste intercâmbio, articulando os dois mundos e enfatizando a necessidade de respeitar os limites destas fronteiras (FREITAS, 1995). Assim, mesmo voltada a um mundo de caça, agressividade, Ártemis também é a deusa da lua, da natureza e do parto, contrapontos de outra forma de manifestação da feminilidade. Pattis (2001, p.88) afirma que “não se deve, porém, crer que uma modalidade do ser mulher substitua a outra de uma vez por todas. Na vida real, feminilidade materna e não materna (artemísia) se influenciam reciprocamente e se dão em troca”.<sup>14</sup>

Diante das novas configurações sociais, a maternidade pode ser uma escolha na vida da mulher. Quando engravida, mesmo que não esteja muito envolvida com a sua gestação, alguma adaptação em sua vida será sempre necessária.

---

<sup>13</sup> Sobre arquétipo, ver capítulo 2.

<sup>14</sup> No capítulo 2, discute-se a transformação da mulher e do seu amadurecimento decorrente do tornar-se mãe, a partir do mito de Deméter/ Core-Perséfone.



### 1.3. Adentrando a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Quando acontece o parto prematuro, dependendo da gravidade do recém-nascido, o primeiro setor a que é destinado é a UTIN. Quando se fala em UTI, a imagem que costuma vir é de algo muito grave, com risco de morte. E não deixa de ser. No entanto, também é o local onde se procura cuidar de uma vida que, neste momento, como se fez frágil, necessita de tecnologia avançada para se manter. Mas, sendo local de específica tecnologia, a técnica costuma sobrepor-se ao fator humano, muitas vezes não considerando todo o ser que ali está internado, com as suas necessidades emocionais (PALÚ; LABROCINI; ALBINI, 2004), ou as dos familiares. Ressalta-se também que as modernas ferramentas muitas vezes não estão disponíveis em locais afastados dos grandes centros urbanos, principalmente nos hospitais públicos, não seguindo o que de mais novo há disponível em equipamentos, medicações e recursos, ou não havendo pessoal qualificado para acompanhar estas novidades.

Na UTIN encontra-se um ser em seus princípios de formação, que, aliás, nem conta com o desenvolvimento físico necessário a um bebê que sai do ventre da mãe, aos nove meses. Pela antecipação do nascimento, seus órgãos encontram-se ainda em formação, necessitando de recursos externos para terem as mínimas condições de alcançarem as funções básicas que um bebê a termo consegue: respirar, sugar, fazer digestão e eliminar fezes e urina. Assim, a UTIN é o lugar onde estas pequenas vidas serão submetidas a medicações, respiradores, nutrição que não advém do seio materno, conquanto com a evolução clínica poderão receber leite materno por sonda oral até alcançarem a condição de serem amamentados por sua mãe, no seio. Até atingirem a maturação mínima para poderem ir conviver com a família em seus lares, um longo tempo será despendido ao cuidado destes bebês.

Acompanhar o filho hospitalizado na UTIN é lidar e ter muito presente o tempo. Tempo que se antecipou, da gestação que não amadureceu depois de findas 40-42 semanas de concepção. O bebê nasce fora desse tempo *khrónos*, que é o tempo orientador do passado, do presente e do futuro; aquele que o relógio nos indica e que, logo, marca o tempo linear. Embora *khrónos* marque o decorrer das horas e dos dias, agora também passará a estar muito presente para essa mulher o tempo *kairós*. Este tempo não é o cronológico, e sim o vivido, aquele que se percebe, o “momento apropriado, o tempo cumprido” (LAUREIRO, 1986, p.91). Não que este não estivesse junto durante a gestação, mas agora o tempo de espera parece não acompanhar aquele que decorre. A ansiedade de ter o filho consigo, de sua recuperação plena, de sair da rotina cansativa de dias no hospital implica na vivência de um

tempo que parece não passar. Mathelin (1999, p.25) diz um pouco desse tempo *kairós*: “O tempo está suspenso e os dias são contados apenas ao ritmo das pesagens do bebê que continua a gravidez sem elas, numa incubadora que ‘incuba’ em lugar delas o filho que não souberam segurar”. Green (*apud* Klaus e Kennell, 1993) observa que para os pais o tempo parece voar e ao mesmo tempo permanece imobilizado, deslocados em outro espaço onde passam a maior parte do dia, com seu trabalho e vida perturbados, seus ritmos biológicos desordenados, ansiosos e cansados.

O advento do cuidado de bebês prematuros tornou-se mais proeminente no século XIX com a ênfase nos cuidados das crianças devido às altas taxas de mortalidade na Europa, conforme já explanado antes. Esperava-se que estes bebês e os malformados morressem, já que havia o sentimento de que a seleção natural se encarregaria das crianças menos adaptadas (AVERY, 1987). Entre 1870 e 1920 surgiu na Europa o *Infant Welfare Movement* (IWM) - Movimento pela Saúde da Criança - que tinha como objetivo preservar a vida de todas as crianças, que ficou conhecido como um dos primeiros momentos da medicina neonatal. Com isso, incubadoras foram fabricadas, enfermarias para cuidados especiais foram ampliadas e cuidados preventivos aos bebês começaram a ser praticados (LUSSKY, 1999).

O obstetra parisiense Stéphane Tarnier fez com que fosse desenvolvida uma incubadora parecida com uma chocadeira de ovos de galinha, em 1878. Essa incubadora possibilitou que a taxa de mortalidade de bebês nascidos com menos de 2 kg diminuísse de 66% a 38%. Um outro obstetra parisiense, Pièrre-Constant Budin, estendeu o trabalho de Tarnier e, como diretor do Pavilhão dos Débeis da Maternidade de Paris, na última década do século XIX desenvolveu os princípios e métodos que são a base da neonatologia (*ibidem*). Budin percebia que os bebês podiam sobreviver, algo em que ainda não se acreditava muito na época; no entanto, no momento de ir para casa, as mães abandonavam seus bebês, pois era frágil o vínculo com eles em virtude da não permissão anterior de estar com seus filhos. Então, recomendou que as mães devessem ser encorajadas a amamentarem seus recém-nascidos prematuros, proporcionou o uso de incubadoras com paredes de vidro que permitiam que as mães vissem seus filhos e dispôs que elas pudessem visitar e cuidar dele. Assim, Budin ajudou a mudar a atitude pessimista que se tinha com os bebês prematuros, até então considerados incapazes de sobreviver (AVERY, *op.cit.*).

Um discípulo de Budin, Martin Couney, foi enviado à Exposição de Berlim em 1896 para demonstrar as novas técnicas de atendimento aos bebês prematuros, e depois foi à Inglaterra e aos Estados Unidos. Nestas exposições ele exibia bebês prematuros. Ele estava propagando a técnica do mestre, mas fez com que as mães se afastassem dos seus filhos, não

permitindo que cuidassem deles nestas exposições. Couney adotou a prática de exclusão das mães dos berçários. (KLAUS; KENNEL, 1993).

A partir de 1960 as enfermarias para prematuros passam a ser denominadas Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal. Embora houvesse avanços nas técnicas para o cuidado hospitalar desses bebês, com isso diminuindo cada vez mais as taxas de mortalidade, eles permaneciam isolados da família, podendo somente ser vistos através de vidros. Qualquer visitante era considerado como portador de possíveis infecções.

Field (*in* KLAUS; KENNEL, 1993), mostra que, a partir de 1975, ao lado do crescente aumento das tecnologias das UTIN'S, ocorreram mudanças nas práticas de atendimento, como a permanência dos pais nas unidades e o encorajamento para que as mães amamentassem os seus bebês. Estudos demonstraram o prejuízo da separação entre mãe-bebê, como o aumento de duas a quatro vezes na incidência da síndrome *failure-to-thrive*<sup>15</sup> (síndrome da falta de aumento de peso) não-orgânica e maltrato infantil em bebês separados de suas mães por causa da prematuridade ou doença neonatal.

Carvalho e Gomes (2005) discorrem que no Brasil, ao final da década de 90, a maior visibilidade dos óbitos em recém-nascidos e os alarmantes índices de mortalidade materna contribuíram para a inclusão de estratégias de organização e qualificação da atenção obstétrica e neonatal na agenda de prioridades das políticas de saúde. Ainda no início do século XXI, encontra-se um cenário bastante distante do preconizado e consideravelmente atrasado em relação a outros países, no que diz respeito ao processo de organização da rede de assistência perinatal. Uma das características apontadas pelos autores da mortalidade neonatal em nosso meio é uma marcada discrepância de acordo com as regiões geográficas e a inserção étnica e social de suas famílias. O acesso a um conjunto de intervenções obstétricas e neonatais com um padrão comparável aos melhores centros do mundo tem sido encontrado apenas em algumas unidades do setor privado e em algumas unidades públicas de maior complexidade, geralmente ligadas a instituições de ensino e pesquisa, conseqüentemente não abarcando toda a população que necessita.

---

<sup>15</sup> Essa síndrome é definida pelo crescimento retardado da criança e a ausência de um fator orgânico suficiente para explicar esse desvio. Esses pacientes, quando tratados com dieta apropriada, tratamento e atenção no hospital, mostram significativo aumento e melhora no déficit físico e na interação social. Tem-se observado a frequente associação da síndrome com a desorganização psicossocial do seu ambiente, especialmente da família. Um diagnóstico da síndrome “falta de aumento de peso” parece exigir a identificação de três elementos principais: 1 - ausência de etiologia orgânica para explicar o crescimento atrasado, com evidência de cuidado inadequado; 2 - resposta a um regime terapêutico; e 3 - patologia psicossocial notável, implicando toda a família (TOGUT; ALLEN; LELCHUCK, 1969).

O marco do processo de humanização das UTINS no Brasil veio em dezembro de 1999 com a promulgação, pelo Ministério da Saúde, do Método Canguru - A Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, mas já vinha sendo executado em hospitais que se tornaram referência e ajudaram a propagar o método no país. Em 1992, o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos/SP, foi o primeiro a utilizar o cuidado Canguru (LAMY *et. al.*, 1995), e em 1994 foi a vez do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), em Recife/PE (PROCHNIK; CARVALHO, 2001). Em uma Conferência Nacional no Rio de Janeiro sobre o Método Canguru, realizada em março de 1999, por iniciativa do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), foram apresentadas as diferentes experiências executadas no país. A Área Técnica de Saúde da Criança, do Ministério da Saúde, formou uma equipe multiprofissional de consultores experientes técnica e academicamente para padronizar o Método e lançar a norma no final daquele ano da conferência (LAMY *et. al.*, *op.cit.*).

Lamy *et. al.* (1995) explicam que o Método Mãe-Canguru (MMC) foi criado em 1978 pelo Dr. Edgar Rey Sanabria, no Instituto Materno-Infantil (IMI) de Bogotá, na Colômbia. O método consiste em cuidados, desde a sala de parto até o atendimento ambulatorial, após a alta do bebê. Cuidados com manuseio; atenção às necessidades individuais; cuidados com luz, som e dor; o acolhimento à família; a promoção do vínculo mãe-bebê e do aleitamento materno estão presentes desde o início da internação. O bebê, por não estar “pronto” para o meio ambiente, é muito sensível a este, necessitando de pouca exposição a luz, som, frio. E, por precisar de várias intervenções em seu corpo, como retirada de sangue para exames laboratoriais, mudança de acesso venoso, troca de fraldas e higienização, dentre outros, fica estressado com tanta manipulação e com isso, muitas vezes não consegue dormir profundamente. O método envolve questões de manipulação do ambiente e do bebê – melhor postura para deitá-lo na incubadora; técnicas para amenizar a dor em procedimentos invasivos, etc.; aproximação da família e o contato pele a pele com a mãe ou alguém da família quando ele tiver condições clínicas para tal. Para um bom resultado destes manejos, toda a equipe deve conhecê-los e adotá-los, para que, com isso, se obtenha o bem estar do bebê e também da sua família. Conforme apresentação no Manual do Método Canguru:

[...] a norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso [...] reúne conhecimentos acerca das particularidades físicas e biológicas e das necessidades especiais de cuidados técnicos e psicológicos da gestante, da mãe, do recém-nascido de baixo peso e de toda a sua família. Abrange também a equipe de profissionais responsável por esse atendimento, buscando motivá-la para mudanças importantes em suas ações como cuidadores (BRASIL, 2006, p.09).

Segundo Lamy *et al.* (1995), a partir da experiência da Colômbia e de sua divulgação, promovida pelo *United Nation Children's Fund* – Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), vários países do mundo passaram a utilizar o Método, que é internacionalmente conhecido como *Kangaroo Mother Care* (KMC). No Brasil adotou-se principalmente a nomenclatura **Método Canguru**, fazendo jus à importante inclusão do pai no processo, que, mesmo sendo uma orientação do Ministério da Saúde, não é obrigatória. Alguns hospitais brasileiros ainda não possuem todas as etapas do Método atendidas.

Esta nova visão de acolhimento enfatizada pelo Método Canguru possibilita que os pais possam se apropriar do seu bebê e estar mais próximos a ele, favorecendo o vínculo, sentindo-se como capazes de cuidar do filho. Ao primeiro contato com a UTIN, os pais ficam amedrontados com os aparelhos e instrumentos hospitalares, principalmente por seu bebê estar ligado a estes, assim como tantos outros bebês em volta; e o corre-corre da equipe em situações de emergência, a tensão do ambiente, faz com que se achem meros expectadores nesse ambiente estranho, como se estivessem atrapalhando o funcionamento. Esse ambiente torna-se mais alheio ainda para os pais de origem educacional e cultural simples, e de outras culturas (Mercer *in* KLAUS; KENNEL, 1993), como os indígenas, população que tem certa frequência nos hospitais brasileiros, principalmente no norte do país. Klaus e Kennell (*ibidem*) expõem que, qualquer que seja o nível de educação dos pais, inteligência ou experiência, eles fazem uso do **pensamento mágico** nos momentos de tensão, dando explicações às situações de internação de acordo com esse pensamento, que consiste em esclarecer fatos de forma fantasiosa, não correspondentes ao real.

A equipe – principalmente os médicos que são os responsáveis por transmitir o boletim de evolução do recém-nascido – deve explicar o quadro de forma clara, em linguagem adequado aos pais e não em termos técnicos da medicina, para que assim possam entender o real estado dos seus filhos. Mesmo quando os médicos tomam esse cuidado, o pensamento mágico em atuação nos pais muitas vezes impede que consigam “ouvir” o que está sendo dito. Gomes (2009) reflete que os profissionais acabam tendo a situação de hospitalização do recém-nascido como muito natural, por fazer parte de suas rotinas lidarem com isso, o que dificulta a possibilidade de questionamentos e falas que poderiam ajudar a mãe a encontrar caminhos dentro de uma situação que, para ela, é por vezes muito assustadora. Cabe à sensibilidade dos profissionais repetir a informação e abrir um espaço de interlocução com as

famílias, pois muitos pais perguntam várias vezes a mesma coisa, como forma de negação<sup>16</sup> da informação; e também promover uma escuta diferenciada às famílias, para compreender os sentimentos envolvidos e oferecer apoio emocional, atribuições geralmente do psicólogo da equipe.

### 1.3.1. A morte nesse contexto

A gravidez, por representar um período de algumas mudanças para a mulher, como as físicas, psíquicas e sociais, também pode ser considerada um processo de luto devido às adaptações necessárias à nova condição. Kovács (2007) aponta que o luto ocorre por perda de pessoas, mas também de situações significativas - as mortes simbólicas - como as perdas do desenvolvimento, em que uma pessoa perde algo de “conhecido” e passa a viver o “desconhecido”. Nisso, estas situações podem trazer angústia, medo, solidão, evocando alguma analogia com a morte e necessitando de algum tempo de elaboração (KOVÁCS, 2002). Byington (1996) considera que para a psicologia analítica a morte não é oposta à vida, morte e vida se articulam de forma complementar e adequada no processo de desenvolvimento, podendo as duas ser desejáveis ou indesejáveis, positivas ou negativas, criativas ou defensivas, em função do processo do desenvolvimento. Quando são coordenadas, criativamente, ambas são necessárias, mesmo que seja doloroso experienciá-las. E são prejudiciais, quando descoordenadas e inadequadas, operando de forma dolorosa ou não. Ou seja, os processos de vida e morte simbólicos são constantes no desenvolvimento humano, precisando algumas situações se encerrarem para dar nascimento a outras.

A gravidez possui, conforme Savage (1995), ritmo, estrutura e objetivo próprio, é um “processo que é estranho a si próprio, por estar comprometido com o interior do corpo de alguém” (Kolbenschalag *apud* SAVAGE, p.60). Alguns lutos que a mulher pode vivenciar com a gravidez são o do papel de filha para o de mãe; do corpo que se transforma; da alteração de rotina, a qual agora preencherá também com um maior cuidado de si e de outro; dentre outras possíveis. Com o nascimento do bebê, ocorre o luto do bebê da fantasia para se adaptar ao bebê real e às suas demandas, o luto pela barriga e da situação gravídica em geral.

---

<sup>16</sup> Kübler-Ross (1996) assinala a etapa da negação, geralmente, como uma das primeiras fases no enfrentamento de uma doença grave. Consiste numa espécie de “para-raio depois de notícias inesperadas e chocantes” (p.92), ao não permitir o contato realista com o fato.

A ocasião da hospitalização do recém-nascido, em função do parto prematuro, pode ser vivenciada como uma perda, uma morte simbólica, ocorrendo de certa forma um processo de luto. Normalmente, após o parto a mãe espera poder estar com o filho em casa, perfeito, o que acaba não acontecendo. Benfield *et. al.* (1976) notaram, em um estudo com cento e uma duplas de pai-mãe que tinham bebês prematuros, que a reação de luto era semelhante àquelas dos pais cujos bebês haviam morrido, e que o luto antecipatório não aparece associado com a severidade da doença do bebê, sugerindo que não se pode prever, para uma dada família, a extensão do luto com a gravidade do recém-nascido. Bowlby (1985) discerne quatro fases que podem ser notadas no processo de luto:

- 1- **Fase de entorpecimento:** choque, incapacidade de aceitar a notícia, crise de raiva.
- 2- **Fase de anseio e busca da figura perdida:** permeia entre momentos de esperança de recuperação da pessoa perdida e início da tomada de contato com a realidade da perda. Podem estar presentes sentimentos de tristeza profunda, pranto, raiva, acusação, ingratidão.
- 3- **Fase de desorganização e desespero:** a pessoa enlutada se sente em certos momentos desesperada pelo fato de que nada pode ser salvo, podendo também ficar deprimida e apática.
- 4- **Fase de reorganização:** tentativa em adotar papéis não vivenciados e adquirir habilidades novas.

Kovács (2007) expõe que essas fases podem ter as mais variadas durações. Não são fases pelas quais necessariamente há que se passar uma a uma, sendo o luto visto no todo como um processo. Durante a internação do recém-nascido, elas parecem estar quase que em círculo, dependendo da evolução do bebê. Por exemplo, quando os pais parecem encontrar-se na fase de reorganização, e caso ocorra uma recaída no quadro de seus filhos, o que é comum entre os prematuros, podem voltar à fase de entorpecimento.

A questão da perda perpassa todo o período de internação, sendo mais frequente durante o momento que os filhos estão na UTIN. Depois de saírem de lá, irão para outras alas dentro do Berçário ou Unidade Neonatal.<sup>17</sup> A internação de um bebê prematuro geralmente é longa, podendo ultrapassar os 30 dias, variando com as condições clínicas, idade gestacional e evolução de cada um. Field (*in* KLAUS; KENNEL, 1993, p.178) enfatiza que

---

<sup>17</sup> Nomenclaturas e organização das alas que variam de acordo com o nosocômio.

[...] a preparação para a perda pode continuar até o exato momento em que leva o bebê para casa. Uma unidade de tratamento intensivo neonatal, afinal, é uma unidade de tratamento intensivo neonatal, o que se refere a um local de tratamento para condições de vida e morte.

Grof (1998) explica que é muito próxima a relação entre o nascimento e a morte. O nascimento é um evento de ameaça potencial à vida tanto para a mãe quanto para a criança, e o parto pode ser associado a um medo profundo da morte, mesmo que nele não haja risco. Deste modo, no parto prematuro, que representa geralmente maior risco para a mãe e o bebê, o medo da morte pode ser mais intenso.

Klaus e Kennell (1993) consideram que a mãe não precisa começar a preparar-se para a morte se recebe um apoio extra e um contato inicial com seu bebê na primeira hora de vida, e ela terá um conjunto de tarefas diferenciadas se as acomodações físicas do hospital forem alteradas e se ela encontrar na equipe de saúde um apoio que dê a si e ao bebê a atenção especial que a situação demanda. No entanto, mesmo que a mãe seja auxiliada para perceber que o bebê tem chances de sobreviver, Barnard (*in* KLAUS; KENNEL, 1993) aponta que ainda assim deverá enfrentar a perda de não ter um bebê a termo, tendo que viver o luto pelo bebê que idealizava.

Durante a internação do recém-nascido pré-termo pode existir o que Kovács (2002) chama de **luto antecipatório**, que é o luto que acontece com a pessoa ainda viva, mas as perdas já tendo que ser elaboradas. No caso da família do bebê, especialmente a mãe, de não poder estar com ele, nutri-lo no seio, mostrá-lo às pessoas, receber os presentes das visitas pela sua chegada em casa, e de outras situações que ocorrem quando se tem um parto a termo com um bebê saudável. A autora menciona que esse luto pode gerar sentimentos ambivalentes naquele que cuida, que pode vir a desejar a morte do outro para aliviar o sofrimento de ambos e sentir culpa por tais sentimentos. Há uma situação de impotência por ver a dor do outro e não poder promover seu auxílio. A ocorrência de morte pode ser um alívio para os cuidadores, como também suscitar sentimentos de culpa por não ter conseguido evitar a sua morte.

Quando acontece a situação de morte do recém-nascido na UTIN, é geralmente longe do olhar dos pais, por eles não estarem ali presentes. Essa morte longe do olhar da família é uma característica do que Ariès (1990) comenta como **morte invertida**. No início do século XX até a Primeira Guerra, no Ocidente, a morte de uma pessoa modificava o espaço e o tempo de um grupo social, podendo se estender a uma comunidade inteira. Existiam rituais para sinalizar a morte, como o bater dos sinos da igreja, o cortejo do corpo, dentre outros. O período de luto caracterizava-se por ser cheio de visitas e era aos poucos que a vida retomava seu caminho normal. A morte de cada um constituía um acontecimento público que comovia a



sociedade inteira; não era apenas uma pessoa desaparecida, mas uma sociedade atingida e precisando ser cicatrizada. Desse modo, a morte era um acontecimento social e público. No século XX, Ariès descreve que surge uma forma absolutamente nova de morrer, pois a sociedade ejetou a morte, exceto a das celebridades; não se faz mais uma pausa, o desaparecimento de uma pessoa não mais afeta a comunidade, e tudo se passa na cidade como se ninguém morresse mais. É preferível que a morte aconteça longe, nos hospitais, do que em companhia dos parentes no lar. O hospital contemporâneo, segundo Kovács (2008, p.68),

se presta muito bem a esse ocultamento da doença e da morte: controlam-se os horários de visita, e cobre-se aquilo que não pode ser visto. Para muitos familiares o hospital é um local onde sentem que está sendo feito o melhor pelo paciente, mas pode ser também uma proteção para não verem a decadência da doença e a morte.

Não que não seja necessária a internação do bebê prematuro; ela é fundamental para lhe garantir a vida, porém a reflexão aqui parte que, dado o óbito, é necessário cuidar para que os pais possam passar pelo ritual de despedida deste filho. Não é por ter sido pouco tempo que conviveram com o bebê, em comparação ao óbito de um adulto, que a perda será menos dolorosa. Klaus e Kennell (1993) julgam que representa um processo muito mais difícil, pois envolve a perda de uma parte do *self*. Em algumas mulheres, explicam os autores, os relacionamentos afetivos com seus bebês começam ou se aceleram com o desenvolvimento dos movimentos e chutes fetais. Elas se identificam, psicologicamente, com o bebê, como se fossem indiferenciados, uma pessoa só. Neumann (1995, p.12) define a relação mãe-bebê, após o nascimento, como “identidade biopsíquica”, a *participation mystique*<sup>18</sup> descrita por Jung (1931/2007), como uma identificação inconsciente entre o sujeito e o objeto. Os filhos representam biologicamente a continuidade da espécie, e psicologicamente um complemento dos pais, conferindo-lhes um tipo de imortalidade. Assim, a morte de um filho representa a perda de um pouco de si:

[...] com uma tragédia desta espécie, precisa ocorrer uma readaptação na própria imagem do *self*. [...] Esta é uma dor diferente, e os sentimentos que a acompanham são de vazio, perda da auto-estima e depressão. Quando um recém-nascido morre, os pais, especialmente a mãe, frequentemente descrevem estas sensações. Uma vez que o *self* internalizado jamais materializou-se naqueles braços e não teve a chance para distanciar, é muito diferente do processo de luto. (Furman *apud* KLAUS; KENNEL, 1993, p.279, grifo do autor.).

---

<sup>18</sup> Assunto mais detalhado no capítulo 3.

Neste ínterim, para que aconteça o processo de luto de uma forma “menos complicada”, Bowlby (1985) aconselha que os pais tenham a permissão de visitar o bebê doente, de participar dos cuidados dispensados a ele e de estar junto quando morre. E, quando isto acontece, devem ser estimulados a vê-lo, tocá-lo e segurá-lo. O bebê deve ter um enterro, um túmulo e um nome, para que a vivência da morte de um filho não passe por um não-acontecimento. Cada um terá seu tempo para o luto, por isso é importante procurar compreender esse momento do outro. Por exemplo, Braga e Morsh (2006b) refletem que não se deve já desmontar o quarto do bebê e/ou sumir com suas coisas, nem privar a mãe do direito de permanecer durante um período ao lado dos pertences do bebê. Isso pode ser uma forma dela poder dar vazão à sua dor, para elaboração do seu luto e, destarte, que outros sentimentos surjam em seu devido tempo. Segundo Mathelin (1999), o trabalho com mães de bebês prematuros internados é sempre um trabalho de luto, de perda e de separação.

Para Jung (1936/2000), é na metade da vida (**metanoia**) que acontece o nascimento da morte, que esta passa a estar mais presente na vida devido ao tempo que já se cumpriu e que geralmente as pessoas se dão conta nesta época. Período que representa a meia-idade, constituindo-se de mudanças, de maior interiorização, em que usualmente se está mais voltado ao autoconhecimento. Jung apontava que esta fase seria por volta dos quarenta anos. Ou seja, a morte não parece estar muito próxima à consciência dos jovens, sendo mais aguardada quando se envelhece. E, especialmente, não é esperada quando se trata de uma vida que acaba de nascer.

## CAPÍTULO 2 - CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA ANALÍTICA

*“Tens o dom divino de ser mãe. Em ti está presente a humanidade.”*

**Cora Coralina**

A psicologia analítica vem sendo trazida ao longo do texto, mas neste capítulo, em especial, serão focalizados com mais explicações alguns de seus conceitos fundamentais para se entender como eles podem ser aplicados em relação à puérpera que teve parto prematuro.

Apesar de Jung ter uma formação médica, especializando-se na psiquiatria, não se utilizou do material apenas biológico para descrever as suas pesquisas psicológicas (HAUKE, 1994), com isso desenvolvendo um modelo muito amplo de considerar a psique. O diferencial da abordagem da psicologia analítica quanto às demais teorias psicológicas é a consideração do simbólico nas manifestações humanas.

### **2.1. Nossa base em comum: os arquétipos do inconsciente coletivo**

Um conceito central dentro da psicologia analítica é o que Jung denominou como **arquétipo**. Como diz Jacobi (1995), não é fácil estabelecer uma definição exata, pois representa um enigma profundo, que vai além da capacidade racional de entender. O termo não é uma concepção exclusiva de Jung, sendo encontrado, conforme Abbagnano (1998), na consideração das ideias de Platão como arquetípicas, enquanto modelos das coisas sensíveis, e também as ideias da mente de Deus. Os arquétipos são modelos de coisas criadas. O próprio Jung (1934/2007, p.16, §05) refere-se à similaridade do conceito que emprega com as ideias platônicas: “‘archetypus’ é uma perífrase do *ειδος* platônico” sendo assim, “[...] estamos tratando de tipos arcaicos – ou melhor – primordiais, isto é, de imagens universais que existiram desde os tempos mais remotos.” (*ibidem*, p.16). Jung diz também que a utilização

do termo já se encontra em Filo Judeu, Irineu, Dionísio Areopagita e Agostinho; Descartes, Malebranche e Spinoza. No entanto, nestes três últimos, Jung faz uma ressalva observando que a concepção metafísica do conceito começa a se desvanecer, tornando-se uma condição interna do conhecimento, até se ter Kant, que reduz os arquétipos a um determinado número de categorias da razão. Já Schopenhauer avança na simplificação, mas torna a aferir um sentido platônico aos arquétipos. Para Jung, portanto, era importante se diferenciar desses antepassados, não queria que a noção de arquétipo se tornasse apenas um conceito racional (SAMUELS, 1989).

O termo arquétipo deriva do grego *archétypos*: *arché* significa princípio, origem, causa primordial; e *typos* significa marca, forma.<sup>19</sup>

Definindo arquétipo, Jung (1934/1998; 1938/2007) afirma que é uma estrutura da psique que é comum a todos, não se tratando de uma ideia inata, mas um caminho virtual herdado, regendo os modos de pensar e de agir do homem e ressurgindo espontaneamente em qualquer tempo e lugar, sem a influência de uma transmissão externa, e determinado apenas quanto à forma e não em relação ao conteúdo. Trata-se de uma base universal, a qual será preenchida pelas experiências individuais, com influência da história e da cultura onde se vive. Jung (1938/2007) compara o arquétipo ao sistema axial de um cristal que pré-forma sua estrutura no líquido-mãe, mas não possui uma existência material; é vazio e formal em si, uma possibilidade dada *a priori* da forma da sua representação. Clarke (1993) argumenta que a tese de Jung não é simples de entender e ele a formulou de formas diferentes ao longo dos anos. A partir delas, Clarke (*ibidem*) a esquematiza com a analogia ao corpo que se herda e que desenvolve órgãos para a sobrevivência: coração, pulmões, etc. Assim também se dá com o cérebro que desenvolve não órgãos, mas disposições para se comportar de certas maneiras favoráveis, como a capacidade de reagir a perigos, procriar e obter alimento. As formas de reagir a tais condições são apreendidas, não como recordações específicas do agente causador – um predador, por exemplo – transmitida pelos genes, mas como uma disposição já presente e inconsciente de comportar-se de determinada forma perante determinadas condições.

Adams (2002) considera que Freud também reconhecia a existência dos arquétipos, chamando-os de modelos filogenéticos ou protótipos filogenéticos e que filosoficamente Freud e Jung eram neokantistas estruturalistas, onde categorias hereditárias da psique davam a informação através de imagens pelas experiências individuais de formas esquemáticas. Freud argumenta, segundo Adams (*ibidem*), que os modelos filogenéticos podem ser comparados às

---

<sup>19</sup> Jette e Léon Bonaventure no prólogo à tradução brasileira do livro de HARDING (1985).

categorias da filosofia, por se relacionarem com a questão de localizar as impressões derivadas da experiência real, e que o complexo de Édipo seria um desses modelos, evidentemente o mais conhecido, mas não o único.

Para Adams, a psicologia analítica poderia ser chamada de psicologia arquetípica,<sup>20</sup> pela importância do termo arquétipo para essa escola. Termo onde também se apontam contradições, pois Jung o definiu de formas diferentes, como foi mencionado por Clarke (1993); algumas vezes falava dos arquétipos como se fossem imagens, em outras fazia distinção entre estas e arquétipos, dizendo que estes designam:

[...] apenas conteúdos psíquicos que ainda não foram submetidos a qualquer elaboração consciente. [...] O arquétipo representa essencialmente um conteúdo inconsciente, o qual se modifica através de sua conscientização e percepção, assumindo matizes que variam de acordo com a consciência individual na qual se manifesta. (JUNG, 1934/2007, p.17, §06)

Já as imagens arquetípicas constituem a forma como os arquétipos se apresentam à consciência, pois não se pode ter acesso direto a eles devido a sua grande numinosidade.<sup>21</sup> Jung (*ibidem*, p.23,§ 21) dispõe que a humanidade sempre teve imagens poderosas para se proteger das “coisas abissais da alma, assustadoramente vivas”, demonstrando a força em que se constituem os arquétipos, sendo, portanto, manifestados pelas imagens.

Samuels (1995) traz que Jung passou a usar o termo **imagens primordiais** em 1912, significando modos universais de experiência e comportamento humano. Por volta de 1917 chamou os arquétipos de **dominantes**, termo utilizado por Freud. Nesta mudança, a estrutura inata é considerada cada vez mais influente. A partir de 1919 se apropria da denominação **arquétipo**, como se pode ver em nota de rodapé do tradutor (JUNG, 1919/2002, p.69) no simpósio “Instinto e inconsciente” realizado na Universidade de Londres:

Os termos “imagem primordial” e “arquétipo” são usados aqui e em outros escritos em sentido equivalente. Isto deu origem à opinião errônea de que Jung pressupõe a hereditariedade das representações (ideias ou imagens), ponto de vista este que Jung retificou por várias vezes. Mas a expressão “imagem primordial” em si sugere um conteúdo muito mais preciso do que o termo “arquétipo”, que – como o próprio Jung explica em outro local – representa um conteúdo essencialmente inconsciente e conseqüentemente desconhecido, um formativo ou um elemento estrutural. O arquétipo só se herda enquanto elemento estrutural, como fator ordenador presente no inconsciente, ao passo que a imagem “ordenada” por ele e percebida pela consciência volta sempre a aparecer como variante subjetiva na vida de cada indivíduo.

<sup>20</sup> Nome que é dado a uma das vertentes da psicologia analítica, conforme classificação de Samuels (1989).

<sup>21</sup> Termo que vem de numinoso, concepção de Otto (1992, p.14): “Se *omen* pôde servir para formar *ominoso*, de *numen* pode formar-se *numinoso*” (grifo do autor). Numinoso vem de *numen*, que em latim significa *comando* (TACEY, 2007). Neumann (2003, p. 21) define como o “efeito de entidades e forças que a consciência dos homens primitivos vivenciou como fascinantes, terríveis e avassaladoras e que, por esse motivo, foram por ela atribuídas a uma fonte com um vago caráter transpessoal e divino.”

As imagens mostram-se, portanto, como a representação pessoal do arquétipo; algo que pode ser expresso, verificado, sentido. Jung (1934/2007) diz que há tantos arquétipos quantas situações de vida, ou seja, existem arquétipos para toda e qualquer manifestação humana. Assim, estamos cercados por imagens que fazemos do mundo, que trazem o componente arquetípico. Estas imagens muitas vezes vêm atreladas aos símbolos; estes sempre possuem um arquétipo embaixador, ou mais de um, mas nem todo arquétipo se expressa num símbolo; já que, para ser símbolo, precisa ter o caráter transformador da energia psíquica, trazendo nova luz à consciência.

Assim, a teoria dos arquétipos proporciona um elo entre natureza e cultura, interior e exterior, científico e metafórico, pessoal e coletivo (SAMUELS, 1989). Como o arquétipo está entrelaçado nesses elementos, Jacobi (1995) explica que a sua origem permanece obscura e que a sua natureza não pode ser desvendada.

Jung percebeu no atendimento e observação de pacientes psiquiátricos que se repetiam certos comportamentos e contato com conteúdos antigos, aos quais os pacientes não poderiam ter tido acesso. Um exemplo foi um paciente esquizofrênico que atendeu no hospital psiquiátrico de Burghözli, em Zurique, em 1906. Este paciente tinha uma esquizofrenia incurável desde a juventude. Ele havia frequentado a escola pública e trabalhou como empregado de escritório; não era muito inteligente e Jung nesta época ainda não tinha conhecimento de mitologia e arqueologia. Um dia, Jung o viu próximo à janela, movendo a cabeça de um lado para outro, piscando para o Sol, o paciente lhe pediu para que fizesse o mesmo, pois veria algo importante. Quando perguntou a Jung o que estava vendo, admirou-se de que o médico nada via e disse: “O senhor está vendo o pênis do Sol – quando movo a cabeça de um lado para outro ele também se move e esta é a origem do vento” (JUNG, 1936/2007, p.61, §105). Jung nada compreendeu no momento. Quatro anos depois, já estudando mitologia, deparou-se com um livro de Albrecht Dieterich, um filólogo que estudou sobre a liturgia mitraica, que o ajudou a compreender o que o paciente dissera. O excerto era o seguinte, citado por Jung (*loc.cit.*):

Procura nos raios a respiração, inspira três vezes tão fortemente quanto puderes e sentir-te-ás erguido e caminhando para o alto, de forma que acreditarás estar no meio de região aérea... O caminho dos deuses visíveis aparecerá através do Sol, o Deus, meu pai; do mesmo modo, tornar-se-á visível também o assim chamado tubo, a origem do vento propiciatório. Pois verás pendente do disco solar algo semelhante a um tubo. E rumo às regiões do oeste, um contínuo vento leste; se o outro vento prevalecer em direção ao leste, verás, de modo semelhante, a face movendo-se nas direções do vento.

O livro encontrado por Jung é uma segunda edição, de 1910. A primeira foi em 1903, ocasião em que o paciente já estava hospitalizado, não havendo assim, como ter tomado contato com a obra. Depois deste episódio, Jung pesquisou a psique de doentes mentais negros e viu o tema do Ixíon na roda solar<sup>22</sup> em um sonho de um negro que não possuía tal conhecimento (JUNG, 1950/1999). Nesse sonho, Jung (1935/2000) explica que o homem sobre a roda é a repetição do motivo mitológico grego do Ixíon que, por causa de suas ofensas aos homens e aos deuses, fora amarrado por Zeus a uma roda que girava sem cessar. Ele traz este exemplo também na segunda conferência das cinco que proferiu em 1935 na Clínica Tavistock para mais ou menos duzentos médicos, com o objetivo de ilustrar e tornar mais concreta a ideia de **inconsciente coletivo**.

A partir destas acuradas observações e de sua cultura geral, Jung percebeu que imagens comuns são encontradas em diferentes épocas e culturas:

[...] naturalmente não se trata de idéias hereditárias, e sim de uma predisposição inata para a criação de fantasias paralelas, de estruturas idênticas, universais, da psique, que mais tarde chamei de *inconsciente coletivo*. Dei a estas estruturas o nome de arquétipos. (*ibidem*, p.145, §224, grifo meu).

Deste modo, os arquétipos são estruturas presentes no inconsciente coletivo. Além do *inconsciente pessoal* formado por experiências individuais – contendo lembranças perdidas, reprimidas (propositalmente esquecidas), evocações dolorosas, percepções que por falta de intensidade não atingiram a consciência e conteúdos que não atingiram a consciência (JUNG, 1943/2005), constituindo-se, então, daquilo que não se conhece –, Jung sistematizou também o conceito de inconsciente coletivo. Trata-se de uma camada mais abaixo do inconsciente pessoal, formada por experiências que não passam pelo pessoal e nunca estiveram na consciência. Seu conteúdo é composto pelas experiências que se acumularam ao longo da história da humanidade, estando, portanto, presentes em todos; são universais. Além destes dois exemplos mencionados, Jung pesquisou essas similaridades em diferentes culturas, e viu temas semelhantes aparecerem. Ele encontrou na mitologia dos povos bons exemplos da manifestação do inconsciente coletivo. Este termo também pode ser chamado de **psique**

---

<sup>22</sup> Na mitologia grega, Ixíon, rei dos lápitas, foi mantido à distância pelos homens e pelos deuses depois de atrair o sogro a uma cilada e matá-lo. Zeus o perdoou, curou-o da loucura e levou-o ao Olimpo. Ixíon se enamorou por Hera, e Zeus, sabendo do fato, transformou Hera numa nuvem. Então Ixíon copulou com a nuvem gerando com ela um monstro, e a partir deste, os Centauros. Como castigo, Zeus o prendeu a uma roda alada e ardente, usando serpentes como cordas. Ixíon voou pelos ares e alcançou os Infernos, onde se reuniu a todos os que, antes dele, tinham ofendido os deuses (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2007).

**objetiva.** Whitmont (2006) comenta que Jung passou a utilizar psique objetiva em escritos posteriores devido a muitas confusões e interpretações erradas, como a defesa da coletividade ou de uma psique de massa. Ao contrário, Jung (1934/1998) defendia a diferenciação da psique individual da de massa para o desenvolvimento da personalidade. A individuação, como caminho de tornar-se único, clama por essa separação. No contexto coletivo, o indivíduo tende a comportar-se por imitação, a ser contagiado, e somente adquirindo uma maior consciência de si pode agir por ele mesmo. Já o inconsciente coletivo é uma estrutura presente na psique de toda a humanidade, que embasa atitudes, imagens, sensações, sentimentos parecidos. Exemplos são os de rituais na passagem de determinadas fases da vida, em que a submissão por meio de provas de resistência dos meninos indígenas significa a entrada na fase adulta.

A psique pode se identificar com os conteúdos do inconsciente coletivo e ser tomada por ele, sufocando a individualidade. O movimento do nazismo foi um exemplo (JUNG, 1935/2000).

## 2.2. A Grande Mãe, o arquétipo materno

Para discutir a vivência da maternidade quando acontece o parto prematuro é importante entender o que Jung diz a respeito do arquétipo materno.

Uma das primeiras imagens que o ser humano constrói é a de “mãe”, que corresponde ao primeiro mundo do bebê, sendo essa imagem aquela que traz o preenchimento das funções do nutrir, proteger, acalantar, aquecer – funções importantes para a sobrevivência do recém-nascido; “[...]toda a criança precisa necessariamente para viver, isto é, da atenção dos pais, sobretudo da mãe, que exerce um efeito psíquico alimentador” (JUNG, 1924/2002, p.76, §136). Jung considera que, junto com a influência da mãe “real”, o ser humano se volta à influência arquetípica, em como o arquétipo se relaciona com a experiência. A ideia de “mãe” é uma fato psíquico que deve ter sido “criado” por um processo de *feedback* (SAMUELS, 1989, p.44-5) ao longo dos milhões de anos da evolução humana nos quais bebês humanos foram dependentes de outras pessoas:

[...] experiências repetidas deixam estruturas psíquicas residuais que se transformam em estruturas arquetípicas. Mas essas estruturas exercem influências sobre a experiência, com a tendência de organizá-la de acordo com o padrão preexistente.



Para a psicologia analítica, toda a primeira fase de realidade unitária e da relação primal mãe-bebê acontece sob o jugo do arquétipo materno (JACOBY, 2007). Por meio da experiência, com alguém ou alguma coisa, vai-se dando forma à imagem de mãe que nos acompanhará, sendo ela remodelada ao longo da vida de acordo com o nosso contato com aquilo que relacionamos ao materno. A imagem da mãe, assim, parece ter um papel destacado, como descrito no excerto abaixo:

A imagem primitiva mais imediata é certamente a de mãe, pois ela é em todos os sentidos a vivência mais próxima e mais poderosa que atua no período mais impressionável da vida humana. Como a consciência está muito pouco desenvolvida na infância, não se pode falar propriamente de uma vivência “individual”. Ao contrário, a mãe é uma vivência arquetípica. A criança a vivencia de modo mais ou menos inconsciente, não como uma personalidade determinada, individual e sim como a mãe, um arquétipo carregado de uma infinidade de significados possíveis. No decorrer da vida esta imagem empalidece e é substituída por uma imagem consciente, relativamente individual, considerada a única imagem materna possível. Mas no inconsciente a mãe continua sendo uma poderosa imagem primitiva que, no curso da vida individual e consciente, passa a colorir e até a determinar as relações com a mulher, a sociedade, o mundo dos sentimentos e dos fatos, de uma maneira tão sutil que em geral o consciente nem percebe este processo. (JUNG, 1927/2007, p.38, §64, grifo do autor).

Jung fala do ser mãe a partir do conceito de **arquétipo da Grande Mãe**. Este arquétipo, ou também **arquétipo materno**, a partir de seus atributos é:

a mágica autoridade do feminino; a sabedoria e a elevação espiritual além da razão; o bondoso, o que cuida, o que sustenta, o que proporciona as condições de crescimento, fertilidade e alimento, o lugar da transformação mágica, do renascimento; o instinto e o impulso favoráveis; o secreto, o oculto, o obscuro, o abissal, o mundo dos mortos, o devorador, sedutor e venenoso, o apavorante e fatal. (JUNG, 1938/2007, p.92 §158).

Jacobi (1995) mostra que cabe também ao arquétipo, assim como a tudo que é psicologicamente vivo, a característica da **bipolaridade**, sendo apontada por Jung (*apud* Jacobi, *ibidem*, p.65<sup>23</sup>):

Assim como todos os arquétipos têm um caráter positivo, favorável, claro e orientado para cima, do mesmo modo eles têm também um aspecto orientado para baixo, em parte negativo e desfavorável e, em parte, apenas terrestre.

Desta forma, o arquétipo da Grande Mãe pode ser entendido por dois eixos opostos: um lado benevolente, envolvendo o cuidar, o proteger, o gerar; e um outro que pode ser a negligência, o abandono, a proteção em demasia, que domina e comprime a individualidade

---

<sup>23</sup> Não foi localizada a citação no original em Jung, pois a tradução feita na referida obra de Jacobi (1995) não foi a mesma que a Editora Vozes compilou, editora esta responsável pelas obras de Jung no Brasil.

do outro. O arquétipo não deve ser compreendido como sendo apenas essas duas polaridades distintas, mas também os conteúdos psíquicos que se encontram entre elas.

Neumann (2003) comenta que é a consciência que opera a separação em polaridades do arquétipo primordial, já que, na situação original inconsciente dos arquétipos, dá-se a união dos opostos, a soma das antíteses. O arquétipo materno, portanto, traz em si a questão da ambivalência entre a **Mãe Boa** e a **Mãe Má** (ou **Mãe Terrível**), e talvez isso explique os diferentes modelos predominantes de maternidade ao longo da história. A partir do século XIX, como explicado no capítulo 1, foi realçado mais o lado benfazejo, sendo esta polaridade do arquétipo a que se mostrou mais “ativada”. A mulher vive as duas facetas, por isso a maternidade é cercada por sentimentos contraditórios. A ênfase somente do amor materno pode deixar a mãe sentindo-se mais culpada, e os conteúdos contrários à bondade podem ficar na **sombra**.

A sombra é um conceito de Jung que significa aquilo que a consciência rejeita, o que dela fica escondido, enclausurado, sem poder “vir à tona”; é formada por elementos que por algum motivo não puderam ser integrados à consciência, por causarem algum tipo de tensão. Geralmente, a sombra é vista só pelo seu lado negativo, sendo associada àquilo que é pecaminoso, mal, sem se reconhecer que os símbolos presentes nela podem estabelecer o equilíbrio e são importantes para o desvendar de uma identidade mais autêntica. O ego<sup>24</sup> é a estrutura desafiada pela sombra que opera a discriminação dos seus elementos à consciência. A sombra é formada por conteúdos que o ego ainda não integrou, que estão inconscientes e que podem, pela discriminação feita pelo ego, vir a se tornar em algum grau conscientes. Os conteúdos sombrios aparecem muito frequentemente por meio da projeção, que consiste em identificar nos outros aquilo que na verdade constitui nosso interno, comumente as características negativas.

As mães que acabam de dar à luz a um bebê prematuro, conforme Mathelin (1999, p.18) estão, mais do que as tiveram um filho a termo, confrontadas com a imagem de mãe má, pois são mães que não puderam carregar o filho por mais tempo, sentindo que lhe deram uma vida frágil e talvez tenham desejado a sua morte. Com estes sentimentos, a culpa se sobrepõe, e o filho pode parecer um “perseguidor”, tendo ela que conviver com este filho que está vivo, que a feriu narcisicamente, dando-lhe a proximidade com o fracasso.

Jung (1938/2007) mostra que o arquétipo materno possui uma grande variedade de aspectos, sendo que algumas das formas mais características são: a mãe e a avó; a madrasta e

---

<sup>24</sup> O ego será explicado no tópico 2.4

a sogra, ou seja, imagens femininas; e no sentido da transferência mais elevada, a deusa, especialmente a mãe de Deus, a virgem, (enquanto mãe rejuvenescida, por exemplo, Deméter e Core), Sofia (enquanto mãe que também que é também a amada, eventualmente também o tipo Cibele-Átis, ou enquanto filha amada -mãe rejuvenescida); pode ser também a meta da nostalgia da salvação (Paraíso, reino de Deus, Jerusalém Celeste); em sentido mais amplo, a Igreja, a Universidade, a cidade ou país, o Céu, a Terra, a floresta, o mar e as águas quietas; a matéria, o mundo subterrâneo e a Lua; em sentido mais restrito, como o lugar do nascimento ou da concepção, a terra arada, o jardim, o rochedo, a gruta, a árvore, a fonte, o poço profundo, a pia batismal, a flor como recipiente (rosa e lótus); como círculo mágico (a mandala) ou como cornucópia; o útero, qualquer forma oca; o forno, o caldeirão; enquanto animal, a vaca, o coelho e qualquer animal útil em geral.

Deste modo, podemos ver na proposição de Neumann (2003, p.25) que as imagens simbólicas da Grande Mãe envolvem:

não apenas *uma* figura, mas uma pluralidade de figuras de “Grande Mãe”, as quais a humanidade se incumbiu de difundir através dos hábitos, rituais, mitos, religiões e fábulas, sob a forma de deusas e fadas, demônios femininos e ninfas, e de entidades graciosas ou malévolas. Todas são formas de manifestação de um só Grande Desconhecido, a “Grande Mãe” que é o aspecto central do Grande Feminino. (Grifo do autor)

Neumann (2003) argumenta que o Grande Feminino vem antes da Grande Mãe em termos de desenvolvimento psíquico, e nele existe um duplo caráter: o elementar e o da transformação. O caráter elementar tem a tendência de preservar a situação original, mantendo-se imutável. Sua forma positiva se manifesta como provedora de alimento, de proteção e de calor e, de forma negativa, como repúdio e privação. Em relação à prole, a relação mãe-filho tornar-se-á indissolúvel. Está relacionado ao inconsciente, enquanto o ego e a consciência ainda forem infantis e não-desenvolvidos. Já no caráter de transformação, enfatiza-se o elemento dinâmico da psique, o qual, ao contrário da tendência conservadora do caráter elementar, coloca em movimento algo já existente e leva a uma modificação rumo à transformação. O caráter de transformação atua na gestação e na parturição da criança. A função da alimentação está tanto no caráter elementar como no caráter de transformação, dependendo de como será desenvolvida. Embora os dois caracteres estejam presentes e se revezem, um se sobrepujará. Destarte, Neumann (*ibidem*, p.40) explica que a mulher

vivencia o seu caráter de transformação de forma natural e irrefletida durante a gravidez, na sua relação com o crescimento do bebê, e no parto. Nesse caso, a mulher é o órgão e o instrumento da transformação tanto de sua própria estrutura, como do infantil, dentro e fora de si. [...]

Os mistérios da transformação da mulher são, essencialmente, mistérios de transformação ligados ao sangue, os quais conduzem-na à experiência pessoal de sua própria fecundidade [...] Esse fenômeno tem suas raízes no desenvolvimento biopsicológico.

Como primeiro mistério do sangue, o autor assinala a menstruação, vindo em seguida o parto e em terceiro a “transformação do sangue em leite, que é a base para os mistérios primordiais da transformação do alimento.” (*ibidem*, p.41).

A figura da mãe, assim expõe Jung (1938/2007, p.93, §159), embora apareça de modo universal na psicologia dos povos, muda sua imagem substancialmente na experiência prática, pois na psicologia personalista o significado dado à mãe pessoal predomina sobre a mãe arquetípica:

[...] a minha concepção difere da teoria psicanalítica em princípio, pelo fato de que atribuo à mãe pessoal um significado mais limitado. Isto significa que não é apenas da mãe pessoal que provêm todas as influências sobre a psique infantil descritas na literatura, mas é muito mais o arquétipo projetado na mãe que outorga à mesma um caráter mitológico e com isso lhe confere autoridade e até mesmo numinosidade.

Para Neumann (2003), o homem ancestral, assim como a criança, percebe o mundo **mitologicamente**, isto é, ele vivencia o mundo predominantemente formando imagens arquetípicas, que projeta nele. Uma das manifestações do arquétipo materno é expressa no mito grego de Deméter e Core em seu tríplice aspecto como mãe, jovem e Hécate,<sup>25</sup> ou seja, uma das leituras possíveis do mito é sobre o desenvolvimento feminino. Prétat (1997) explica que Hécate, Deméter e Core-Perséfone formam a qualidade da deusa tríplice para abranger todos os momentos da vida da mulher: a criança e a jovem em Core-Perséfone, a mulher adulta em Deméter e a anciã em Hécate. Esta contém todas as outras e é a deusa que ajuda Deméter a descobrir o paradeiro da filha. Podemos dizer, então, que o mito de Deméter e Core-Perséfone chegou até a humanidade atual devido à sua força arquetípica, por representar a condição do arquétipo da Grande Mãe.

Na sequência, faz-se um resumo do mito, destacando as cenas principais. A versão é de Kerényi (1998) e Schmidt (1985).

Deméter é filha de Cronos e Réia. É a deusa do trigo, da germinação dos cereais e das colheitas. Com Zeus, teve a filha Core. Esta se divertia com as companheiras na planície de

---

<sup>25</sup> Hécate: filha de Astéria e Perseu, descendente direta da geração dos Titãs. Mora isolada numa caverna e como deusa das encruzilhadas e da lua, ela aponta caminhos que ilumina com os archotes que carrega na mão. (PINTO, 2005). Deusa lunar, como dito acima, e ctônica, está ligada aos cultos da fertilidade. Apresenta dois aspectos opostos: um, benevolente e benfazejo – preside às germinações e aos partos, protege as navegações marítimas, concede a prosperidade, a eloquência, a vitória, as ricas searas, as pescas abundantes, guia para a via órfica das purificações. E de outro lado, é temível e infernal. (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2007).

Elêusis colhendo flores, quando viu um lindo narciso. Ao colhê-lo, a terra abriu-se e Hades apareceu em sua carruagem de ouro puxada por dois cavalos negros, raptando-a ao submundo para se tornar sua mulher. Perséfone gritou, mas ninguém a ouviu, apenas a deusa Hécate e o deus Hélio. Sua mãe, Deméter, ouviu apenas o eco, e a seguir deixou o Olimpo e percorreu a terra durante nove dias e nove noites sem comer, sem se banhar, sem repousar, em busca da filha e do autor do rapto, carregando tochas acesas em suas mãos. No décimo dia, encontrou-se com Hécate e juntas, foram até Hélio para saber o que ocorrera. O deus, comovido com o fato, disse à mãe o nome do raptor. Esta se recusou a voltar ao Olimpo enquanto a filha não fosse devolvida, e foi para Elêusis. Disfarçada de mortal, encontrou com as quatro filhas do rei Céleo, marido de Metanira, e pediu que elas a acolhessem, oferecendo os seus cuidados caso tivessem uma criança em seu lar. E havia, era um recém-nascido chamado Demofonte. Deméter foi recebida na casa de Metanira e Céleo, e, como agradecimento, quis conceder a Demofonte a imortalidade, unguindo-o com ambrosia todas as noites e levando-o ao fogo. Ele se tornaria um imortal, caso sua mãe Metanira não tivesse presenciado a cena certo dia e ficado estarrecida de horror, gritando aterrorizada. Deméter ficou enraivecida pelo ocorrido e voltou à sua forma de deusa. Pediu que erguessem um templo em sua homenagem onde seria instaurado o culto, que deu origem aos **mistérios de Elêusis**.<sup>26</sup> A terra passou um ano de seca, sem os cultivos, dada à intervenção de Deméter pela falta da filha. Zeus estava preocupado com a fome dos homens e pediu para que Hermes interviesse junto a Hades para que Perséfone fosse devolvida. Hades concordou, mas deu a Perséfone uma romã. Ela a comeu, e com este gesto ficou presa ao submundo, tendo que passar um terço do ano debaixo da terra e só nos outros dois terços poderia ficar com a mãe na superfície, na primavera. Algumas versões, em vez de um terço e dois terços, aludem à metade em cada mundo.

Carlson (1993) afirma que a mulher sabe o que é ser Core, pois é arrancada de suas raízes, de seu lar, de sua herança feminina. Explica que temos vivido num mundo que nos é espiritualmente estranho, repleto da nostalgia da volta ao lar, a alguma coisa que jamais

---

<sup>26</sup> O propósito e o significado dos mistérios eleusianos era a iniciação a uma visão. "*Eleuses*" denota "*o lugar da feliz chegada*", de onde os campos Elíseos tomam seu nome. O termo "*mistérios*" provém da palavra "*muein*", que significa "**fechar**" tanto os olhos como a boca. Faz referência ao segredo que rodeia as cerimônias e a conformidade requerida do iniciado, ou seja, se exige dele ou dela que permita se faça algo: daí se deduz o significado de "**iniciar**". A culminação da cerimônia consistia na exposição de objetos sagrados no santuário interno, feitas pelo sumo sacerdote ou hierofante (*hiera phainon*). Era somente permitido fazer alusões indiretas sobre o que ocorria. Entre elas, a fundamental era que Deméter falava à sua filha e se reunia com ela em Elêusis. O ponto culminante da cerimônia consistia em cortar uma espiga de trigo em silêncio. Qualquer pessoa podia assistir os mistérios, desde que falasse grego; mulheres e escravos inclusive, desde que não tivessem as mãos sujas de sangue por nenhum crime. Os mistérios eram realizados uma vez ao ano para mais ou menos três mil pessoas. Esses iniciados não formavam nenhuma sociedade secreta, eles vinham de diversos lugares, participavam da experiência e logo se separavam (SCHMIDT, 1985).

conhecemos – visto que a maioria das mulheres não viveu esse elo original de ligação com uma Deméter sólida. Essa nostalgia do lar, o anseio pelo regresso da mãe perdida, abrange o núcleo arquetípico do anseio pela criança ferida, não resolvida. É ao nosso *self*<sup>27</sup> que ansiamos retornar, a uma Mãe tão ampla quanto a nossa alma a quem ansiamos retroceder. Para as mulheres modernas, coloca a autora, exige o redescobrir daquilo que foi perdido e o estabelecer de novo uma verdadeira ligação com isso.

Core, ao ser raptada por Hades, dá o primeiro passo para a saída do mundo exclusivamente materno: entra em contato com o masculino, sai do paraíso materno, da total inconsciência, para tornar-se Perséfone, a rainha do submundo. Sua mãe não aceita o afastamento da filha, castiga a si e a Terra, esta com a fome; ou seja, a Grande Mãe deixa de prover mostrando a sua face “mãe terrível” para ter a filha consigo novamente. Mas Core come a romã, o fruto que tem que provar para não permanecer na inocência do papel de filha. Enquanto não reencontra sua mãe, permanece inconsolada no submundo: é a mulher separada das suas origens. Para o crescimento psíquico, é necessária a separação da totalidade da Grande Mãe, mas no caso da mulher, ela não se separa totalmente, pois esta é sua natureza. Galiás (2002) observa que a própria mulher está perdendo seu aspecto da Grande Mãe, renegando esse mundo. A mulher precisou reivindicar para ter igualdade de direitos perante uma sociedade que afogou suas possibilidades de desenvolvimento pessoal em primazia aos homens, e nesse caminho valorizou o “mundo masculino”, conquistando-o; todavia, pelo acúmulo de funções, vê-se sobrecarregada e não sabe conciliar esses dois mundos. No entanto, no momento em que decide ser mãe, faz o resgate do aspecto matriarcal. Neste momento, o mundo da Grande Mãe pede novamente espaço e ela se verá, então, entretida com os afazeres do lar, com o cuidar de outro ser. Mas mesmo assim, não será uma batalha tão desconhecida, pois ela nunca deixou totalmente de exercer as atividades do mundo da Grande Mãe, visto que é um universo onde a mulher é criada, talvez um pouco mais ou menos, dependendo dos cuidados maternos que recebeu e da vivência que teve com o feminino.

Deméter representa o aspecto da mãe devoradora que não permite que os filhos saiam de perto de si e sigam o seu próprio caminho, tendo que aprender a aceitar o período de ausência da filha para poder se transformar. Perséfone, para ser mulher madura, igual à mãe, precisa primeiro desvincular-se dela, para somente depois acontecer o encontro (identificação) com a sua mãe. Portanto, há uma transformação em cada uma das duas deusas, cada uma amadurece depois da separação. Perséfone representa o afastamento que é imprescindível para

---

<sup>27</sup> Conceito explicado no tópico 2.4.

todo o indivíduo do mundo materno, o qual caminha para a construção de sua própria consciência. Deméter atinge a glória de ter erguido um templo em sua homenagem; a mãe é homenageada pela sua grandeza, por aquilo que representa e faz por seus filhos (fornece o alimento à humanidade). Isso pode representar a referência que é feita à grandeza do inconsciente, a matriz de cada ser, fonte de toda vida psíquica.

Sobre este mito, Jung comenta (1941/2007, p.188, §316):

[...] Deméter e Core, mãe e filha totalizam uma consciência feminina para cima e para baixo. Elas juntam o mais velho e o mais novo, o mais forte e o mais fraco e ampliam assim a consciência individual estreita, limitada e presa a tempo e espaço rumo a um pressentimento de uma personalidade maior e mais abrangente e, além disso, participa do acontecer eterno [...].

Podemos afirmar assim, de acordo com Jung, que em toda mãe já existiu uma filha, que toda filha contém sua mãe e que toda mulher se estende para trás em sua mãe e para frente em sua filha. A conscientização destes laços gera o sentimento de que a vida se estende ao longo de gerações e provoca a sensação de imortalidade.

O reaparecimento de Core do interior da terra (o tema arquetípico da primavera) significa para Neumann (2003) sua redescoberta por Deméter, para quem Core havia “morrido”, e a reunião das duas. Isto consiste no verdadeiro mistério através do qual se restabelece a relação primordial, no entanto, em um novo plano: consiste na filha que se torna idêntica à mãe. Ela se torna a mãe transformando-se, assim, em Deméter. Deméter e Core representam o polo arquetípico do Eterno Feminino: a mulher madura e a jovem, e com Hécate (que ajuda Deméter a descobrir o paradeiro da filha) – a anciã (a velha sábia). Core só se transforma em Perséfone após o reencontro com a mãe. A mudança de nome marca o espaço que ela terá: será a rainha do submundo, a mulher que encontrou o seu caminho, não sendo apenas uma eterna filha.

A maternidade, portanto, pode ser um momento da mulher deixar de ser somente a filha; mas ao mesmo tempo em que se separa da mãe, agora está se tornando uma, não deixando de se identificar com ela.

Um vínculo positivo com a Grande Mãe, segundo Neumann (2000), é o pré-requisito psicológico para ser tornar mãe, ser fértil e ter um relacionamento saudável com o próprio corpo. Quando não, a capacidade de desenvolver qualidades maternais e o contato com a natureza do seu corpo fica prejudicada, podendo levar até a esterilidade. Como visto nas causas do parto prematuro, essas condições psicológicas podem propiciar esse tipo de parto.

A fertilidade da terra associada à fecundidade da mulher é expressa em rituais de diversos povos, e até hoje na zona rural a semeadura realizada por uma mulher grávida é

considerada como tendo resultados acima da feita por outra pessoa. A mulher grávida é tomada por uma envoltura mítica que gera ansiedades, fantasias, fascínio e terror, inclusive para ela própria (REZINSKI; CORD, 1997).

Bolen (2007) apresenta características que são encontradas nas deusas gregas que servem como analogia ao comportamento das mulheres. A identificação feminina pode ocorrer com mais de uma deusa, o que parece até ser o mais sadio, pela diversificação e não unilateralidade de um padrão, porém são encontradas mulheres que se assemelham em muito com uma deusa respectiva. Em relação à mulher com forte característica da deusa Deméter, a autora diz que esta deseja muito ser mãe, é o papel mais importante de sua vida. Não necessariamente precisa ser mãe biológica, mas o materno estará presente nas suas atitudes: nutre os outros, é generosa no dar, tem dificuldade em dizer “não”. Se estas atitudes ficam concentradas, pode predispor-la à depressão, caso a sua necessidade de alimentar seja rejeitada ou frustrada. Também podem “sufocar” os filhos reais em virtude da demasia de cuidados e não os deixar adquirir vida própria, querendo-os sempre ao lado. Isso pode se estender do mesmo modo às suas demais relações.

Já a mulher do tipo Core/Perséfone, como Core, é a garota jovem que não sabe “quem ela é”, mostrando-se inconsciente de seus desejos e forças. Devido à imaturidade, não se compromete com nada ou ninguém. Já quando se desenvolve em Perséfone, esse crescimento vai requerer que ela lute contra a indecisão, passividade e inércia, tomando mais consciência de si e, com isso, aprende a ter maior responsabilidade e a estabelecer compromissos com ela e o meio. É uma mulher mais madura que ficará à vontade no “mundo das trevas”, sabendo lidar melhor com o desconhecido.

Os mistérios de Elêusis irão representar, no mito apresentado, a anulação do assédio e do raptos masculinos e reconstruir a unidade matriarcal mãe-filha (NEUMANN, 2003), significando que a hegemonia do grupo matriarcal, legitimada pela relação da filha com a mãe, é renovada e assegurada nos Mistérios. Os mistérios de renascimento, como o de Elêusis, trazem a significação da iluminação e imortalização para o indivíduo.

Para os homens, a iniciação nos mistérios eleusinos significava:

[...] se identificar com Deméter, com o seu próprio lado feminino, o que se pode depreender de várias características detalhadas nos relatos. Há que destacar, nesse caso, que a experiência dos mistérios em Elêusis, como aliás em todos os outros lugares, acontece de forma predominantemente emocional e inconsciente, de maneira que inclusive em uma época posterior, em que a consciência masculina já era há longo tempo patriarcal, uma vivência pré-patriarcal de tal natureza era possível no mistério. [...] o Masculino tinha a chance de vivenciar a si mesmo como filho do Grande Feminino, ao



experimentar a força criadora, transformadora e regeneradora deste [...].”  
(*ibidem*, p.282)

Assim, pela participação nos Mistérios, o homem também podia se identificar como o filho da Grande Deusa. Para o homem, o reencontro com o feminino é necessário em determinada fase da vida para a integração da polaridade oposta e, assim, obter uma maior totalidade da consciência. Este movimento parece ser mais dificultoso, pois nos primórdios ele tem que se identificar totalmente com a consciência patriarcal, afastar-se da mãe para adentrar na masculinidade. Esta polaridade oposta Jung denominou de **anima**, a qual é formada pelas tendências psicológicas femininas na psique do homem, que vão sendo constituídas de acordo com a sua experiência e com as imagens de mulher trazidas ao longo da história da humanidade. A mãe é, geralmente, quem primeiro fornece os elementos de *anima* ao filho. Conforme Neumann (*ibidem*), a *anima* é o veículo do caráter de transformação; ela impele, seduz e estimula o masculino a todo tipo de aventuras da alma e do espírito, da ação e da criação no mundo interior e exterior. O contraponto disso na consciência da mulher chama-se **animus**, sendo formado pelas características psicológicas consideradas masculinas. Assim, os mistérios eleusianos podem representar o encontro com certos aspectos do feminino, da *anima*.

Todos nós estamos com o nosso arquétipo materno de certa forma ativado e, quando a mulher se torna mãe, esse arquétipo se torna mais intenso, podendo a mulher vivenciar o seu lado Deméter. Os fenômenos biológicos da gravidez e parto parecem favorecer o contato com o feminino, mas, como dito anteriormente, depende da história de cada mulher e da cultura na qual está inserida. A forma como a mulher experiencia o seu arquétipo materno dará origem principalmente ao **complexo materno**, que é a manifestação daquele, sendo explicado a seguir.

### 2.3. A psique constelada: o complexo materno

Um importante conceito desenvolvido por Jung é o de **complexo**, que representa o potencial arquetípico junto com as experiências. O desenvolvimento deste conceito veio quando Jung trabalhava como assistente do psiquiatra suíço Eugen Bleuler (1857-1939) na clínica psiquiátrica de Burghölzli, em Zurique, com o teste de associação de palavras, visando pesquisar a esquizofrenia. Este teste consistia em associar a primeira palavra que viesse à

mente a partir da palavra-estímulo que ele ditava, e então marcava o tempo de resposta com um cronômetro. Ele percebeu, numa lista de palavras, que algumas causavam algum transtorno, como falhas, demora nas respostas, reações físicas como suor intenso, tremores, dentre outros. Estas palavras estavam interligadas a um intenso conteúdo psíquico inconsciente, que veio então a ser denominado de núcleo do complexo. Jung utilizou esse teste também a serviço da Justiça para fazer laudos de possíveis criminosos, tendo obtido sucesso nas suas investigações. Nesse caso ele utilizava palavras-estímulos que tivessem relação direta com o crime (JUNG, 1935/2000).

Os complexos, então, são conglomerados de imagens de forte carga emocional, reunidos em torno de um núcleo derivado de um arquétipo que atrai para si associações e ideias de teor afetivo. São incompatíveis com as disposições da consciência e possuem autonomia, levando Jung (1934/2000) a dizer que não temos complexos, mas eles que nos têm. Enquanto não se possui consciência deles, eles assaltam a consciência, promovendo, por exemplo, atos falhos, reações inesperadas e/ou embaraçosas, projeções e sintomas neuróticos. Mas não contêm somente aspectos negativos, como também positivos, já que são a vida da psique.

De acordo com Kast (1997b), os complexos começam a surgir a partir da interação do bebê/criança com as pessoas de seu relacionamento, por isso a primeira infância é uma etapa sensível para a constelação dos complexos. Mas eles aparecem em qualquer momento da vida, rearrajando-se com frequência, já que há o dinamismo da psique. Para a sua constelação, não dependem somente do contato com as pessoas reais, mas também de atuações da fantasia.

Um dos primeiros complexos a ser formar na psique é o materno, relacionado com o arquétipo materno e com aquilo que apreenderá da experiência com mãe, seja a mãe biológica ou um cuidador que a substitua.

Um complexo materno positivo desenvolverá no bebê a sensação de que a vida é rica, está em ordem, logo ele também está; este indivíduo terá uma confiança básica na vida, dá ao eu o sentimento de ser suficientemente bom em um mundo suficientemente bom, sendo uma pessoa segura de si, que espera o bem e colhe o bem. O complexo materno positivo permite também que o indivíduo faça um desligamento da mãe na idade apropriada, para que possa seguir seu próprio caminho. Já quando há um complexo materno negativo preponderante na psique, as pessoas se veem como um si-mesmo ruim em um mundo ruim, não tendo direito à existência e se achando culpadas por isso. Também possuem o sentimento de não estarem ligados a outras pessoas, ainda que procurem se tornar indispensáveis. Ao invés da confiança primordial e um bom sentimento vital, é frequente a desconfiança primordial e o medo, junto

com um sentimento de desamparo. O rivalizar é mais desenvolvido do que o amar ativamente, embora tenham um anseio grande por um sentimento de vida oceânico e de conseguirem se entregar com mais confiança à vida, mas não podem realizar (*ibidem*).

Além destes problemas de autoestima, há a possibilidade de manifestarem no corpo a problemática existente, como distúrbios psicossomáticos (*ibidem*). Como o complexo materno proporciona à criança o sentimento de existência, relaciona-se com o **complexo do eu** ou **complexo do ego**, que é o centro do campo de consciência, tendo contato com todos os outros complexos. O Eu constitui a expressão psicológica da associação de todas as sensações corporais (PIERI, 2002). Logo, o corpo é a base do complexo do eu, e sobre a base de um complexo materno positivo, dado pela percepção da emoção da criança e a resposta a ela, as necessidades corporais são satisfeitas, como a alegria natural com o corpo, a vitalidade, a comida, a sexualidade, sendo capaz, portanto, de expressar emoções e aceitar e receber essas manifestações de outras pessoas, pois experimentou em seu corpo uma forma de aceitação e direito à existência, podendo diferenciar cada vez mais o eu do não-eu e prosseguir no seu desenvolvimento ( KAST, 1997a; KAST, 1997b).

Feldman (2004) caracteriza as experiências de pele, promovidas pelo contato sensorial com o meio, como definidoras entre o que é interno e externo ao eu, fundamentais para o desenvolvimento. A pele é o envoltório em que o corpo está contido, vindo a partir dessa vivência sensorial a formação da imagem corporal e logo, do ego, a partir dos primeiros contatos que começam com o toque da figura materna, especialmente durante a amamentação, banho e troca de fraldas. A forma como se dá essa relação pele a pele ajudará na constituição da imagem de si, vindo daí também problemas psicológicos, caso a relação aconteça de forma insuficiente. Jung (1937/2000) explica que a psique vive unida ao corpo, numa unidade indissolúvel, portanto, o que acontece em um influencia reciprocamente o outro.

Para a mulher, o seu complexo materno influenciará quando ela própria for mãe, repetindo aquilo que se estruturou ou, se tiver consciência – no caso de não ter tido uma boa experiência materna –, procurará agir de modo diferente com o seu bebê. O complexo materno negativo não depende apenas da interação da criança com a mãe pessoal, mas com a representação do materno. As mulheres que têm um complexo materno negativo e não conseguem se libertar dele apresentam dificuldades em oferecer ao bebê um interesse genuíno (KAST, *op.cit.*). Jung (1909/1997) demonstrou através do teste de associação de palavras a repetição de conteúdos dos complexos ao longo das gerações familiares. Enquanto não houver alguma elaboração dos complexos, que os torne assimiláveis pela consciência, eles

continuarão repercutindo e influenciando inclusive as gerações futuras, pois a psique das crianças é formada por aquilo que constitui, sobremaneira, a vida inconsciente dos pais.

Um complexo materno negativo constelado pode também trazer doenças relacionadas à gestação, provocando, por exemplo, o desencadeamento de um parto prematuro. E após este parto, a concepção que a mulher tem do materno ficará ativada, trazendo aquilo que ela já tem em si, e conjuntamente este complexo sofrerá novas configurações, dada a recente experiência, inclusive para poder se adaptar. Os complexos não são rígidos (embora em alguns casos permaneçam, como os patológicos); estão sempre sendo fixados novos elementos, estes transitando nos mais diversos núcleos constelados. A formatação dos complexos se dá pelo vivido, e como a vida psíquica é dinâmica, estarão sofrendo modificação em alguma medida.

#### **2.4. Vivência simbólica: o ego e os símbolos**

O símbolo é um conceito fundamental na psicologia analítica. Ele toma diferentes conceituações nas áreas que o utilizam, como a antropologia, filosofia, sociologia, linguística, etc.; e até dentro das áreas existem nuances na sua definição, decorrentes das variadas linhas de pensamento.

Na obra de Jung encontram-se muitos trechos elucidativos sobre o símbolo, mostrando a importância do termo para a constituição do seu pensamento. Começando pela origem etimológica, símbolo origina-se da palavra grega *symbolon* que tem as raízes: *sym – junto* ou *com*; e *bolon – aquilo que foi colocado*, logo, “aquilo que foi colocado junto”. No grego, os símbolos eram as duas metades de um objeto, como uma vara ou moeda, cujas duas partes dividiam-se entre si para firmar um compromisso que mais tarde, cada um com a sua metade, apresentava ao outro como um sinal de identidade daquilo que foi tratado. Isso remete à compreensão da função psicológica do símbolo como aquele que nos leva à totalidade, àquilo que nos falta (EDINGER, 1995). Assim, o símbolo traz aspectos inconscientes, uma nova disposição que a consciência pode adquirir. Enquanto mantêm esse aspecto desconhecido, cheio de expressão, que provoca a transformação da energia psíquica,<sup>28</sup> os símbolos estão

---

<sup>28</sup> Jung (1928/2002) teoriza que a energia psíquica, ou energia vital, atuante no ser, é dinâmica. A sua manifestação não é apenas um efeito de uma causa (uma reação), mas criadora de movimentações. São essas movimentações que constituem o psiquismo, a maneira com que atua e se expressa, caracterizando cada indivíduo: cada um é a sua energia em ação. Essa energia vital Jung igualou à libido, mas que é diferente da definida por Freud, pois não compreende apenas os aspectos sexuais, tornando-a mais abrangente.

**vivos**; e perdem sua função redentora, tornando-se **mortos**, quando consomem a sua parcela inexpugnável (JUNG, 1949/2009).

Os símbolos são “portadores de energia psíquica” (EDINGER, *op.cit*, p.158). E ao mesmo tempo em que transformam a energia psíquica, são por ela transformados. Jung (1928/2002; 1949/2009) considera que a transformação da energia por meio do símbolo é um processo que vem se realizando desde os primórdios da humanidade, de resíduos arcaicos, não sendo possível postular nada sobre a idade e origem deles. Esse processo continua ocorrendo sempre. Os símbolos não são inventados pela consciência, mas pelo inconsciente. Por esse aspecto que a consciência não dispõe, Jung (1964/2008, p.18) define símbolo como “um termo, nome ou imagem que nos pode ser familiar na vida cotidiana, embora possua conotações especiais além do seu significado evidente e convencional. Implica alguma coisa vaga, desconhecida ou oculta para nós”. Isso marca a diferença entre **símbolo** e **signo**.

O símbolo tem esse aspecto de desconhecido em que para cada psique haverá um significado, dependendo sempre da interpretação de quem o olha (JUNG, 1949/2009). Por isso, há uma variante de acepções. Já o signo tem uma definição estabelecida, ao olhá-lo, a interpretação será a mesma. Por exemplo, as cores de um semáforo. Os símbolos podem transformar-se em signos quando, no caso de um paciente, ao relatar um sonho, o psicoterapeuta já trazer uma interpretação pronta, não averiguando o que os símbolos daquele sonho representam para aquela pessoa. Há uma disposição arquetípica, universal considerada nos símbolos, que o psicoterapeuta pode utilizar como amplificação, mas sempre deve ver a singularidade da manifestação simbólica.

Freitas (1987) afirma que apenas destacar símbolos já poderia deixar de ser simbólico, pois estes correm o risco de se transformarem em sinais. A objetividade dever estar sempre presente ao se trabalhar com eles, mas é preciso manter também o caráter de algo vivo, em transformação, destacando o olhar para a **vivência simbólica**.

O símbolo tem a sua parte consciente, aquela que é reconhecida; isso é possível porque o ego, como centro da consciência, faz essa comunicação. Edinger (1995) identifica que a relação entre o ego e o símbolo constitui um fator muito importante, podendo ser descritas três possíveis relações: 1) o ego pode identificar-se com o símbolo, e nisso a imagem será vivida de forma concreta; 2) o ego pode estar alienado do símbolo, e então o símbolo será reduzido a signo, fora de uma vivência simbólica; 3) a relação mais desejável é quando o ego está separado da psique arquetípica e é receptivo aos efeitos das imagens simbólicas. Aqui há a comunicação entre o ego e os símbolos, estes podem realizar a sua função de liberadores e transformadores da energia psíquica com o envolvimento da consciência, havendo a vivência

simbólica. Freitas (1995, p.204) esclarece que o “protagonista principal em qualquer vivência simbólica é o ego”. Jung (1964/2008) esclarece que os símbolos aparecem em todos os tipos de manifestações psíquicas, existindo pensamentos e sentimentos simbólicos, situações e atos simbólicos.

Os símbolos, por terem uma constituição arquetípica, podem trazer consigo aspectos da numinosidade. Sobre o numinoso,<sup>29</sup> Rudolf Otto (1992) quis descrever a característica do não-racional das religiões, constituindo a base delas. Jung (1963/1999, p. 09, §06), baseando-se em Otto, explica o numinoso como

[...] uma existência ou um efeito dinâmico não causados por um ato arbitrário. Pelo contrário, o efeito se apodera e domina o sujeito humano, mais sua vítima do que seu criador. Qualquer que seja sua causa, o numinoso constitui uma condição do sujeito, isto é, independente de sua vontade. [...] O numinoso pode ser a propriedade de um objeto visível, ou o influxo de uma presença invisível, que produzem uma modificação especial na consciência.

Sendo o numinoso não-racional, isto é, que não pode se desenvolver por conceitos, só podemos sabê-lo através da reação, do sentimento que o seu contato nos provoca (OTTO, 1992), trazendo, portanto, a modificação na consciência que Jung diz. O primeiro elemento que Otto apresenta como qualidade do numinoso é o *tremendum*: o terror místico, o “*mysterium tremendum* – o mistério que causa arrepios” (p.22). Com isso, esclarece que apesar de parecer com o medo, é outra coisa diferente; é um

[...] vago pressentimento do misterioso sob a forma rudimentar de ‘sinistro’ [...] não se encontra no domínio comum e natural e não se aplica a algo de natural. [...] As suas primeiras manifestações são violentas e brutais, mas já sob estas formas ela revela, no espírito humano, uma capacidade de sentir e de avaliar totalmente nova. (*ibidem*, p.25).

O *mysterium*, conforme Otto, é tudo o que é estranho, inexplicável, incompreendido. O misterioso será, em sentido religioso, o *mirum* – “o totalmente outro” (p.39), que representa o que está fora da nossa familiaridade, das coisas bem conhecidas, que é estranho e nos desconcerta, que paralisa, que nos toma.

Uma característica do *tremendum* é a sua inacessibilidade absoluta, trazendo com ela o poder, a força, a preponderância, e para isso, chama de *majestas* (*ibidem*). *Majestas*, que lembra majestade, tem a ver com a atitude de reverência e consideração por algo que nos parece maior. Otto (*ibidem*, p.34) nomeia ainda um terceiro elemento oriundo do *tremendum* e da *majestas*, que é a *orgé*, a energia do numinoso: “é a ela que se referem as expressões

---

<sup>29</sup> Também há uma explicação sobre esta expressão em nota anterior, tópico 2.1.

simbólicas de vida, de paixão, de sensibilidade, de vontade, de força, de movimento, de excitação, de atividade, de impulso”.

O elemento que contrapõe o *tremendum* é o *fascinans*, o fascinante, que é o maravilhoso, que “seduz, arrasta, arrebatava estranhamente, que cresce em intensidade até produzir o delírio e o inebriamento; é o elemento dionisíaco da ação do numen.” (ibidem, p.50).

A conjunção do *tremendum* e do *fascinans* – os contrastes presentes na expressão do numinoso, que se alternam –, proporciona o sentimento do sublime:

o sublime apresenta também um duplo elemento característico através do qual exerce sobre a alma uma impressão, à primeira vista, repulsiva mas, ao mesmo tempo, singularmente atractiva. Humilha e exalta ao mesmo tempo, comprime a alma e eleva-a acima de si própria, provocando, por um lado, um sentimento que se assemelha ao temor e, por outro, produz a bem-aventurança. Com esta semelhança, a noção de sublime associa-se intimamente à de numinoso e é capaz de ‘excitar’ e ser por ela ‘excitada’; cada uma das duas tende naturalmente a ‘passar’ para a outra, e a comunicar-lhe a respectiva ressonância. (OTTO, 1992, p.66)

Neumann (2003) comenta que, quando ocorre o nascimento e com ele se conclui a transformação da mulher em mãe, põe-se em atividade uma nova constelação arquetípica, que remodela a vida da mulher até suas camadas mais profundas, ao inconsciente pessoal e coletivo, e com este, os arquétipos que estiverem presentes desde o início da humanidade. Jung afirma em diversos textos de suas Obras Coligidas<sup>30</sup> que o arquétipo traz consigo a numinosidade, como já mencionado. Então se pode dizer que a mulher, ao ser mãe, pode vivenciar o contato com a dimensão da Grande Mãe arquetípica, com a experiência que assemelha uma mulher com todas as fêmeas de sua espécie que passaram por isso em todas as épocas, e a força deste arquétipo lhe trazer uma experiência numinosa. Todavia, esse ser mãe tem as dimensões especiais do período em que o vive, da dimensão histórica e também das singularidades de cada uma, em **como** cada mulher revive esse arquétipo, possibilitando a constelação/formação dos seus próprios complexos pessoais.

Uma das vias de transparecer a numinosidade do arquétipo ocorre pelos símbolos, conforme já foi aludido. Uma fonte rica de símbolos, uma das principais formas por meio das quais podemos vivenciá-los é por intermédio dos sonhos. Os sonhos são um retrato de como está a psique, de olhar para o que de mais genuíno se encontra em nossa alma. É o *self* – a totalidade da psique, abarcando o consciente e inconsciente – que envia esta “mensagem” ao

<sup>30</sup> Em nota de rodapé, Gambini (2008, p.63) explica que seriam *Obras Coligidas* e “[...] não ‘Obras Completas’, como erroneamente é traduzido ‘*Collected Works*’ ou ‘*Gesammelte Werke*’ na edição brasileira da Editora Vozes. Ainda permanecem inéditos textos que, quando vierem a público, comporão outros trinta volumes, além dos vinte já existentes.”

ego e por isso nos dá a possibilidade de recordá-los e, assim, comunicar fatos do passado, remetendo-nos a eventos anteriores, bem como do presente e também do futuro: “Porque só a nossa consciência é que ainda não sabe a seu respeito, o inconsciente está informado e já chegou a uma conclusão – que é expressa no sonho” (JUNG, 1964/2008, p.97).

Isto é possível em virtude de como estamos lidando com as situações do presente e, assim, poder apontar o que pode vir à frente; logo, os sonhos têm também uma característica prospectiva. Por trazerem conteúdos do inconsciente, vêm revestidos da natureza atemporal deste. Como manifestação psíquica, os sonhos têm a participação do *self*, como colocado acima. Jung, segundo Stein (2008), considerou a experiência religiosa do divino ou da totalidade como equivalente e sinônimo da experiência do *self*, e vice-versa; e emprestou o termo do numinoso de Otto para descrever a experiência das imagens arquetípicas do inconsciente coletivo, consistindo nas mais significativas as que provêm do *self*.

Na argumentação de Carlson (1993) é mostrado que houve um tempo em que ser mulher era estar diretamente ligada à imagem do Divino. Todas as coisas estavam vinculadas à Grande Mãe, origem e fonte de todas as coisas e por isso o feminino era valorizado e tido como sagrado, incluindo nisso o dar à luz e o ser mãe. Assim, era um tempo em que predominava a tutela do matriarcado,<sup>31</sup> e por isso mais voltado ao inconsciente, à flexibilidade, ao sentimento, à criatividade. Atualmente vivemos numa sociedade que vive a unilateralidade do patriarcado, representado pela racionalidade, ordem, rigidez (WHITMONT, 1991).

---

<sup>31</sup> Sobre matriarcado e patriarcado, tais noções são explicadas no Capítulo 3.



### CAPÍTULO 3 - A MÃE E SEU BEBÊ: A RELAÇÃO

*“Como sentir-se mãe desse bebê que não dá sinal, que não mama no seio, que não olha, que, não sendo em momento algum tranqüilizante, não fabrica ‘mãe’?”*

**Catherine Mathelin**

Um dos pontos estudados na psicologia moderna é a questão do desenvolvimento nos primeiros anos de vida, e neles, a relação inicial entre mãe e bebê como formadora da nossa personalidade. Nomes importantes como, por exemplo, Sigmund Freud, John Bowlby (1907-1990), René Spitz (1887-1974), Melanie Klein (1882-1960), Donald Woods Winnicott (1896-1971) ajudaram com teorias que vieram a elucidar este ponto. Neste capítulo será abordada esta temática de acordo com a psicologia analítica de Jung e dois dos seus sucessores que mais colaboraram na questão da relação mãe-bebê: Erich Neumann (1905-1960) e Michael Fordham (1905-1995), assim como comentadores destes autores. Falar sobre esta relação permite-nos compreender que, mesmo diante de um bebê prematuro, é importante um vínculo positivo dos cuidadores, englobando aqui toda a família e também a equipe de saúde que acompanha os recém-nascidos. De acordo com Allain-Dupré (2005), compreender a relação mãe-bebê interessa tanto a quem trabalha com crianças quanto com adultos, pois os seus problemas podem estar relacionados a essa relação inicial.

Sabe-se que as estruturas neurológicas no bebê se encontram em acelerado crescimento. No caso do recém nascido a termo, o peso do cérebro no dia do nascimento tem entre 300 e 330 gramas aproximadamente, e com um ano, a massa encefálica será triplicada a 900 gramas, sendo, portanto, o primeiro ano de vida muito importante (SUGIMOTO, 2006). Martins (2008) diz que a mãe e o meio envolvente contribuem para o bom desenvolvimento físico desde a concepção, através de uma boa alimentação, exercício físico recomendado e outros, e que o desenvolvimento neurológico adequado para o bebê dependerá da riqueza e variabilidade de estímulos durante a produção de células nervosas que permitem a construção de uma rede de neurônios complexa e por sua vez de uma harmonia entre as sinapses

estabelecidas. Juntamente com o desenvolvimento neurológico, a vida psíquica do bebê também estará se desdobrando.

A obra de Jung em que ele mais aborda a questão do desenvolvimento infantil é **O desenvolvimento da personalidade**, incluída como o volume XVII das Obras Coligidas.<sup>32</sup> No prefácio de 1972, os editores suíços mencionam que a personalidade como expressão da totalidade foi colocada por Jung como sendo o ideal do adulto, dando-se pela individuação,<sup>33</sup> marco final do desenvolvimento humano que acontece na metade da existência. Mesmo dando ênfase a esse aspecto, os editores dizem que o “Eu” é formado e fortalecido na infância e adolescência, não tendo como falar da individuação sem considerar essas fases.

Jung ressalta nessa obra que a psique da criança não pode ser vista separadamente da dos seus pais, descrevendo casos clínicos de patologias psíquicas em crianças para corroborar sua tese. Os pais influenciam muito mais pelas atitudes inconscientes do que pelo que é expresso verbalmente por meio consciente, e a criança irá apreender mais pelo exemplo do que por aquilo que lhe dizem.

O fato de Jung não ter se aprofundado na reflexão sobre a infância talvez possa ser justificado pela sua concepção de que a criança não tem qualquer problema consciente, pois é totalmente dependente dos pais, como se ela não tivesse ainda nascido. Ele considera que o nascimento psíquico e a diferenciação consciente em relação aos pais só ocorrem na puberdade, com a incursão da sexualidade. Ao final do texto **As etapas da vida humana** (1930/2000), faz a alegação que a infância e a extrema velhice são fases onde não se tem consciência dos próprios problemas, sendo a criança e o idoso problemas para os outros e por isso não levou em consideração essas fases para o estudo que apresentou nesse texto. Os problemas, assinala, vêm com o surgimento da consciência; destarte, como investigar a psique infantil se ainda não está formada a consciência? Assim como a extrema velhice, período no qual é comum perder alguns aspectos da consciência. Por esses fatores, sua preocupação foi com a investigação da psique adulta, em que se tem o auge da consciência.

---

<sup>32</sup> Samuels (1989) discorda desse posicionamento. Indica que esse assunto se encontra disperso em outros volumes de suas Obras Coligidas, e que, apesar de ter se dedicado mais ao desenvolvimento filogenético e psicocultural, não é verdade que não tenha deixado alguma teoria do desenvolvimento da infância.

<sup>33</sup> “Individuação significa tornar-se um ser único, na medida em que por ‘individualidade’ entendemos nossa singularidade mais íntima, última e incomparável, significando também que *nos tornamos o nosso próprio si-mesmo* (grifo do autor). [...] Podemos pois traduzir “individuação” como “tornar-se si-mesmo” [...] ou ‘o realizar-se do si-mesmo’ [...] o si mesmo é uma instância que [...] abarca não só a psique consciente, como a inconsciente”. (JUNG, 1934/1998, p.49 e 53, §266 e 274).

Samuels (1989) aponta que Jung se contradiz em algumas passagens, mostrando que a constituição da individualidade da criança não é inteiramente um produto dos seus pais, como está no volume IX/1 de suas Obras Completas:

A psique pré-consciente, como por exemplo a do recém-nascido, não é de modo algum um nada vazio, ao qual, sob circunstâncias favoráveis, tudo pode ser ensinado. Pelo contrário, ela é uma condição prévia tremendamente complicada e rigorosamente determinada para cada indivíduo, que só nos parece um nada escuro, porque não a podemos ver diretamente. (JUNG, 1939/2007, p.89, §151)

E ainda na passagem do volume XVII: “a alma infantil, antes da etapa da consciência do ‘eu’, de modo algum se acha vazia ou sem conteúdo” (JUNG, 1927/2002, p.48, §94).

Deste modo, vemos que Jung ao mesmo tempo em que considera a grande ênfase nos pais, principalmente na vida inconsciente destes, também corrobora a questão de uma individualidade presente na criança, vinda através dos próprios conteúdos arquetípicos do inconsciente coletivo. Na introdução que faz ao livro “**Análise da alma infantil**” (1927), de Frances G. Wickes, que trabalhou muitos anos nos Estados Unidos como psicóloga escolar e pioneira no atendimento a crianças segundo o referencial junguiano (VILHENA, 2009), Jung (1927/2002) propõe que os verdadeiros geradores das crianças não são seus pais, mas muito mais seus avós e bisavós, e toda a sua árvore genealógica, pois determina a individualidade da criança de maneira mais influente do que os pais imediatos. Portanto, além da influência inconsciente dos pais, ainda há o inconsciente dos antepassados. Os pais são considerados por Jung não somente como os pais reais, e interessa avaliar como o bebê irá construir para si a imagem de cada um deles:

Mas a referência aos pais só é em si uma maneira de falar. Na realidade esse drama acontece numa psique individual, na qual os “pais” não são eles mesmos mas apenas as suas imagens, aquelas idéias que se originaram do encontro da personalidade dos pais com a disposição individual do filho. Estas imagens são animadas e variadas em todos os sentidos por uma força motriz que também faz parte do indivíduo; ela provém da esfera dos seus instintos e manifesta-se na forma da instintividade. (JUNG, 1950/1999, p.318, §505).

Samuels (1989) caracteriza em Jung três aspectos da relação da criança com a mãe: 1- ao longo do desenvolvimento haverá regressão; 2 - a separação da mãe é uma luta; 3 - a nutrição é de importância primordial. A regressão, ou seja, voltar-se para uma etapa anterior, acontece por meio das exigências internas e externas, necessitando o bebê se adaptar. A regressão não é somente em relação à mãe pessoal, mas também à imagem arquetípica. O segundo aspecto, a luta para separar-se da mãe, constitui o **caminho do herói**. Essa trajetória visa que, para se alcançar a maturidade, tem que se deixar o mundo do conforto e das benesses, proporcionado pelo mundo do materno, e enfrentar os desafios do mundo para

conquistar sua própria personalidade. Nos mitos heróicos, a jornada do herói mostra como se constitui a vida psíquica nesse processo. O herói tem contato com monstros, tarefas, necessitando encará-los para não morrer. O ego precisa se instalar, a partir da criação da consciência, saindo então da totalidade do mundo inconsciente. Isso é o que vai acontecendo com a criança – a saída da inconsciência para desenvolver o ego e assim estabelecer a relação entre mundo interno/mundo externo. Quem não passa pelo caminho heróico, não vive sem “certo perigo para a saúde mental” (JUNG, 1950/1999, p.296, §461); fica preso ao mundo de outro, sendo um indivíduo infantil:

Um indivíduo é infantil porque se libertou insuficientemente ou não se libertou do ambiente da infância, isto é, da adaptação aos pais, razão por que reage perante o mundo como uma criança perante os pais, sempre exigindo amor e recompensa afetiva imediata. Por outro lado, identificado com os pais devido à forte ligação aos mesmos, o indivíduo infantil comporta-se como o pai e como a mãe. Ele não é capaz de viver como ele mesmo e encontrar sua própria personalidade. (*Ibidem*, p.276, §431).

Mesmo saindo do abarcamento do mundo materno, o desejo de se voltar a ele retorna em períodos da vida, principalmente aqueles de maiores dificuldades. Esse desejo de retorno à mãe é o que Jung chamou de **incesto**. Ele ressalva em nota de rodapé em “**Símbolos da Transformação**” (p.224),<sup>34</sup> o incesto como sendo o retorno à infância, mas para a criança não se trata como tal, somente para o adulto que possui uma sexualidade desenvolvida.

O terceiro aspecto apontado por Samuels é relativo à alimentação do bebê. Discordando de Freud quanto à sexualidade envolvida na boca, Jung (*ibidem* p. 402, §652) diz que nesta idade ela tem significação exclusivamente nutritiva e a vontade e o prazer de ingerir alimento encontram esse espaço, sem interpretação sexual, pois a atividade de ingerir alimento é gratificante por si mesma: “Se o lactente sente prazer ao mamar, isto não prova em absoluto que se trata de prazer sexual, pois o prazer pode originar-se de diversas fontes. [...] a taturana come com igual prazer, embora não possua qualquer função sexual [...]”. Samuels pontua que Jung observou no homem, como na maior parte da natureza, que existe uma concentração exclusiva na nutrição e no crescimento durante algum tempo, como o período intrauterino e o extrauterino da primeira infância. A forma como o bebê foi alimentado, como isso foi efetuado, o afeto relacionado a esse dar para o bebê, baseará o seu futuro desenvolvimento. Samuels (1989) diverge da posição de Jung ao acreditar que sexualidade e nutrição influenciam sim uma a outra, o que demonstra a partir, por exemplo, das disfunções

---

<sup>34</sup> A edição original de “**Símbolos da Transformação**” (1950/1999) é de 1912, na época “**Metamorfose e Símbolos da Libido**”, considerada a obra de rompimento de Jung com a psicanálise. A obra que está sendo usada é uma edição revista por Jung em 1950.

sexuais que ocorrem devido aos impulsos de alimentação não-satisfeitos ou uma experiência negativa desta.

Encerrando o terceiro aspecto, Samuels descreve a psicopatologia da relação mãe-bebê como o resultado de uma expectativa arquetípica que não foi correspondida, que é sustentada pelo bebê, ou seja, como ele interpreta suas experiências. Essa experiência será formada a partir das polaridades “mãe boa” e “mãe má”, a dupla mãe colocada por Jung. Se a primeira categoria predominar, se assim for interpretado pelo bebê, a garantia de uma melhor satisfação e equilíbrio psíquico será encontrada. Entretanto, se predominarem as experiências negativas, do pólo da “mãe má”, ocorrerá o contrário. Uma parcela de frustração é fundamental para a adaptação à vida, por isso se faz necessário vivenciar algo de “mãe má”.

Hauke (1994) alerta para o cuidado que o psicoterapeuta junguiano tem que tomar ao avaliar as experiências iniciais de vida, a partir da relação mãe-bebê, do seu paciente. Pois postula que todas elas partem de como foram apreendidas pelo indivíduo. O arquétipo da Grande Mãe, embora tenha suas primeiras ativações com as experiências do primeiro ano de vida, organizando e estruturando as vivências, não fica fixado somente neste estágio, continuando o seu desenvolvimento ao longo da vida, angariando outros preenchimentos proporcionados pelo próprio processo de individuação. As experiências primárias, profere Hauke, podem não ter um efeito crucial no desenvolvimento devido às amplas possibilidades de serem vividas e de seus possíveis resultados. Considera também o potencial de distorção do que se viveu, ou não se viveu; as metáforas ou fantasias geradas diante dos fatos, e nisso traz uma frase de uma comunicação proferida por Samuels: “O passado é construído pelo presente, de fato, não o presente é construído pelo passado”.

Jung comparou o contato da mãe com o bebê à *participation mystique* – expressão cunhada pelo antropólogo Lévy-Bruhl (1857-1939) para indicar um processo de identificação muito intenso e inconsciente. É uma relação estreitamente conjugada, em que se considera que o bebê vive a psique da mãe (JUNG, 1931/2007; SAMUELS, 1989).

Jung (1940/2007) descreveu sobre o **arquétipo da criança**. Ele explica que não se trata da criança real em si, concreta, mas do motivo arquetípico presente, com a representação em símbolos como: criança divina, prodigiosa, não necessariamente humana, gerada, nascida e criada em condições excepcionais, com feitos maravilhosos ou monstruosos, como a sua natureza ou constituição corporal. O arquétipo da criança não representa somente o que existiu no passado, mas também o presente, com uma função compensatória ou de correção das unilateralidades da consciência. Assim, conforme Vilhena (2009), não se tem como não

relacionar ao menos em parte o motivo da criança com a criança real, já que todo arquétipo precisa do empírico para se manifestar.

Neumann (1995; 2006) aprofundará a relação da mãe com seu bebê mostrando que este, para desenvolver a sua personalidade, terá que se separar da unidade indiferenciada que é, a qual se encontra misturada a uma outra diferenciada (mãe), para ocorrer a sua própria diferenciação: a formação da consciência, e logo, do “eu”.

Este autor considera que após o nascimento, o bebê vive com um embrião em vida extrauterina, em virtude da necessidade do seu complexo desenvolvimento, necessitando ser cuidado para desenvolver habilidades físicas e psíquicas de maior independência, cuidado que será proporcionado pela mãe. Aqui não considera somente a biológica, mas de quem desempenhará este papel. O primeiro ano de vida será estimado como este período embrionário fora da vida e após concluí-lo é que vem o seu “verdadeiro nascimento” (NEUMANN, 1995, p.09). Durante este primeiro ano, a mãe constitui-se no único mundo existente para o bebê, mas ele ainda não a reconhece como pessoa fora de si, o bebê e a mãe são uma coisa só, estabelecendo uma **relação dual**. Essa fase de ligação com a mãe é chamada **urobórica**. A criança existe numa *participation mystique*<sup>35</sup> com ela, não havendo distinção entre o seu corpo e o da mãe. Essa unidade mãe-bebê consiste então, numa identidade biopsíquica. Sobre o *uroboros*:

O uroboros, a imagem da serpente circular que morde a própria cauda [...] é o símbolo do estado psíquico inicial e da situação primordial, em que a consciência e o ego do ser humano ainda são infantis e não-desenvolvidos. O símbolo da origem e dos opostos nela contidos é o “Grande Círculo” no qual se fundem e interpenetram o positivo e o negativo, o masculino e o feminino, os elementos pertinentes à consciência – e os hostis a ela – e os elementos inconscientes. Nesse sentido, o uroboros também é um símbolo da ausência de diferenciação entre o caos, o inconsciente e a totalidade da psique, a qual será vivenciada pelo ego como estado limítrofe. [...] A totalidade urobórica também surge como símbolo dos pais primordiais unidos, os quais se dividem depois na figura do Grande Pai e da Grande Mãe. (*Idem*, 2003, p.31)

Como não há um estado de diferenciação, tomado que está o bebê de inconsciência, não existindo, portanto, uma personalidade delimitada, o corpo da mãe é o que o bebê vive. Se é uma unidade com ela, logo podemos pensar que tudo o que a mãe é influenciará nessa vida que está em seus passos iniciais de constituição: “sua experiência do mundo é a experiência da mãe, cuja realidade emocional determina a existência da criança.” (NEUMANN, 1995, p.12). O que acontece nesse período urobórico, embora ainda não exista

---

<sup>35</sup> Termo também empregado por Neumann.

a totalidade do ego, “deixa suas marcas em todo o desenvolvimento posterior, é de particular importância para a psicologia dos indivíduos criativos, constitui-se numa fonte de perene nostalgia, que pode ter no adulto um efeito tanto regressivo como progressivo” (*ibidem*, p.14).

Na relação primal, a mãe é o próprio *self* do bebê. O ego, a partir do seu surgimento, vê o *self* como um oposto, tendo o papel de um “tu” para a consciência. O ego é o centro da consciência e o *self* o centro da totalidade da psique, envolvendo consciência e inconsciência. O ego situa-se entre o *self* e o mundo; todavia, na situação urobórica do período pré-ego, não há oposição ego-*self* e a mãe, pois ela é ao mesmo tempo o *self*, “tu” e o mundo externo, preenchendo toda a realidade unitária. Assim, a mãe é o primeiro modelo de *self*, e, por conseguinte, se essa relação foi suprida com mais elementos positivos, garantirá que este indivíduo adquira um sentimento de segurança que o acompanhará por toda a vida. (NEUMANN, 1995).

Neumann (*ibidem*) afirma que um ponto importante na relação primal mãe-bebê é a formação de um **ego-integral-positivo**, o qual consiste num ego capaz de integrar as qualidades, mesmo que negativas, dos mundos interno e externo. Isso ocorre quando a mãe oferece um *self* compensatório que cuida para que os fatores negativos não sejam em maior intensidade que os positivos. Fatores objetivos como fome, frio e frustração, vividos pelo bebê como vindos do mundo externo, assim como o medo, a raiva e a dor, mais subjetivos, podem ser compensados pela mãe se ela propiciar maior intensidade de experiências positivas, sendo mais a mãe “boa” do que a “má”. O ego, então, supre-se de confiança, sentindo-se mais seguro do que ameaçado quando invadido por componentes negativos. E então, a partir desta relação de confiança no amor da mãe, pelo desenvolvimento de um **eixo ego-*self***<sup>36</sup> estável e de um ego-integral-positivo, surgirá na criança a experiência **antropocêntrica**: “a criança começa a ver a si própria como centro, não só de seu mundo, mas também como centro do mundo como tal” (*ibidem*, p.52). A criança passa a se integrar como um membro da humanidade e futuramente poderá ser um indivíduo capaz de reconhecer o outro como centro significativo também, e assim, desenvolver a alteridade, a compreensão para com o outro.

---

<sup>36</sup> Com o surgimento do ego na infância, institui-se um eixo muito importante, o eixo ego-*self*: “Falamos de um eixo ego-*Self* porque o desenvolvimento psíquico e os processos que ocorrem entre os sistemas de consciência e do inconsciente e seus centros correspondentes, o Ego e o *Self*, são tais que os dois centros e sistemas às vezes se afastam e às vezes se aproximam um do outro [...] o eixo ego-*Self* encontra-se sempre em movimento, pois é afetado por toda e qualquer alteração na consciência”. (NEUMANN, 1995, p.40)

Um desenvolvimento negativo da relação primal, como colocado por Neumann, nem sempre se dá por falha ou culpa da mãe pessoal, pois não se pode esquecer que o estágio urobórico é vivido pela influência da grande mãe arquetípica. Fatores como uma ligação emocional insuficiente com o bebê; a perda da mãe por morte, doença ou separação, marcam como experiências negativas para a criança, mas também podem não ter nenhuma ligação com a mãe pessoal:

Uma mãe pessoal “boa” pode tornar-se para o filho uma mãe “terrível” pela preponderância de fatores negativos transpessoais, tais como uma doença ou uma calamidade. De maneira análoga, tanto do ponto de vista físico como do psíquico, uma constituição estável, elástica, pode ser experimentada como um destino positivo, uma mãe boa e como uma relação primal positiva, podendo afetar correspondentemente o filho. Por essa razão, uma anamnese restrita a fatores personalísticos nunca é adequada para a compreensão do desenvolvimento, seja ele sadio ou não. Os fatores cruciais são sempre as experiências arquetípicas da criança e nunca apenas os dados objetivos, e nisso reside o significado fundamental da percepção mitológica da criança e da interpretação arquetípica característica da psicologia analítica.

Existe um abismo permanente entre a realidade pessoal do meio ambiente e o mundo dos determinadores arquetípicos. (*ibidem*, p.61-2)

Juntamente com a consideração do fator arquetípico presente na relação com a mãe, Neumann argumenta que dados como a extensão do dano, o momento em que se deu, sua duração, a maneira como foi compensado pelo meio e os fatores constitucionais são elementos importantes para se estimar um prognóstico de uma relação primal prejudicada. Uma compensação da Mãe Boa pode ser feita por meio de um elemento arquetípico impessoal da natureza, tal como uma árvore, um jardim, uma floresta; componentes que façam parte da vida da criança e que lhe proporcionem algum tipo de amparo. Isso é possível caso o dano não tenha ocorrido cedo demais, na fase mais precoce da vida. A integração destes artifícios só ocorre porque a criança apreende o mundo mitologicamente.

Se a compreensão dessa mãe for negativa, pode ser possível o desencadeamento de uma neurose ou psicose, já que o ego forçado a se desenvolver para suprir a situação de ansiedade cresce com falhas e, logo, dificuldades na interlocução do eixo ego-*self*. O ego negativizado também pode desencadear uma rigidez juntamente com muitos mecanismos de defesa, acumulando muitos conteúdos e impulsos no inconsciente. Não conseguindo o ego interagir com este material, eles invadem a consciência, provocando a irrupção de uma psicose (*ibidem*).

Um sintoma que Neumann articula como principal numa relação primal perturbada é o **sentimento primário de culpa**. A criança passa a se sentir culpada – e não a responsabilizar outra pessoa – por não ter recebido o amor da mãe, pois interpreta que se não o recebeu é



porque é má. A única maneira que Neumann vê para reduzir este sentimento é por meio da psicoterapia, já que é uma ferida tão precoce e, portanto, difícil de ser trazida à consciência, que somente o reviver a relação primal através da transferência pode reconstituir o eixo *ego-self* ferido. Caso não seja reduzido, esse sentimento leva a um ego negativizado, o que

[...] implica numa afetividade anormalmente aumentada, agressividade intensa e não integrada, e atitudes egocêntricas, narcisistas e associadas, [...] torna-se intolerante consigo mesmo, tanto quanto com todos os demais e, em lugar do desenvolvimento normal de um superego, desenvolve agressão moral para consigo mesmo, que se soma a todas as outras agressões que o atingem. (*Ibidem*, p.72)

Um contraponto disso é o que Neumann postula sobre o mimar. Esclarece que amor demais é melhor do que de menos, pois uma Mãe Terrível pode prejudicar as bases da existência, porém no mimar a dificuldade será de separação da mãe, e daí poder advir distúrbios neuróticos. Todavia, uma relação primal positiva na primeira fase da vida pode vir a superar inclusive estes distúrbios, visto que o eixo *ego-self* foi desenvolvido normalmente, o que garante a relação compensatória entre consciente e inconsciente. Ainda traz a consideração de que o mimar é condicionado pela sociedade, sendo que na tendência patriarcal – a que se vive atualmente – endurece-se a criança mais cedo; o mimar, que é dado pela afetuosidade da mãe exercendo seu arquétipo materno, passa a ser visto como negativo. Também atenta para o fato de que o mimar pode estar disfarçado por um desejo de poder, que acontece quando a mãe se apodera do filho, quando seu amor não é genuíno. Para proporcioná-lo, passa a exigir coisas do filho, é uma mãe “faminta” que engole a individualidade do filho. O resultado deste tipo de ação são crianças mimadas incapazes de amar.

A moralidade para Neumann (*ibidem*) origina-se na fase matriarcal, e quando se tem uma relação primal positiva – ao invés da negativa, que desencadeia o sentimento de culpa primário –, desenvolve-se a **experiência ética primária do matriarcado**, devido ao sentimento de segurança e confiança num mundo ordenado. Se nos primórdios foi vivenciada uma relação que possibilitou estes sentimentos, o mundo para este indivíduo também terá tais aspectos de confiança e ordem. A imagem da mãe representa a ordem tanto interna como externa para o bebê, o ritmo que ela tem influencia o do seu filho, em vista da unidade dual que conjugam; “a ordem inata da criança coincide com a ordem implementada pela mãe.” (*Ibidem*, p.74).

O espelhar na primeira infância pode ser um conceito reivindicado para Neumann, segundo Samuels (1989), devido ao fato de ser um dos pioneiros nesta teoria. Por considerar

que a mãe é portadora do *self* do bebê, o que significa que o sentimento de aceitabilidade será devolvido ao filho, pode-se comparar suas ideias com as de Winnicott, em que o rosto da mãe é o primeiro “espelho” que o bebê tem de si; também é possível a comparação com o estágio do espelho de Jacques-Marie Émile Lacan (1901-1981) – período em que o bebê faz um reconhecimento de si no espelho, aproximadamente entre os seis e oito meses.

A criança torna-se uma totalidade individual apenas ao fim de um ano de vida aproximadamente, passando do estágio urobórico para o **matriarcado**, no qual ainda permanece ligada à mãe, mas não integralmente, sendo que esta começará a ser vista como uma pessoa fora de si, uma mãe pessoal. Se a relação primal ofereceu segurança para o bebê, se a mãe exerceu um papel integrador, a separação física e psíquica também não se mostrará ameaçadora. Esse sentimento de segurança adquirido durante a relação primal bem sucedida leva o ego a integrar as crises que surgem no decorrer do desenvolvimento, sejam elas do próprio ser ou de eventos externos (NEUMANN, 1995). A separação da mãe continuará ocorrendo para que a criança possa ter o seu desenvolvimento diferenciado, o seu processo de individuação. Depois do matriarcado, ela se volta à figura do arquétipo do pai, entrando no **patriarcado**, que proporciona maior contato com o meio externo, o social, estabelecendo normas, leis. É um período marcado pela maior atitude da consciência, da razão.

Neumann faleceu enquanto escrevia sobre a fase patriarcal, no livro “**A criança**”. Em notas à guisa de conclusão, o compilador da obra ressalva que o modelo apresentado por Neumann de desenvolvimento da psique e também da humanidade cabem numa cultura ocidental, particularmente numa cultura judaico-cristã.

Um autor brasileiro, Carlos Amadeo Botelho Byington, é tido como um continuador da teoria de Neumann. Depois da fase patriarcal, descreve o **ciclo arquetípico da alteridade**, (resumidamente aqui explicado por não ser o foco deste trabalho), ciclo no qual acontece a união dos opostos, uma busca mais aprofundada da identidade. O arquétipo da alteridade coordena a elaboração de símbolos de maneira dialética e sistêmica em função da totalidade (BYINGTON, 2008). Depois viria o **ciclo arquetípico da totalidade** (o **cósmico**, como foi descrito em suas obras anteriores), que conduz a uma vivência de constatação do Todo. A psique participa do infinito e da eternidade, há um sentimento de satisfação plena de ser totalidade. Byington formula uma teoria própria do desenvolvimento denominada **Psicologia Simbólica Junguiana**.

Um outro importante autor na psicologia analítica, classificado por Samuels (1989) como sendo da Escola Desenvolvimentista,<sup>37</sup> Michael Fordham, entende o desenvolvimento infantil do bebê como o somatório de conteúdos físicos, mentais e emocionais, onde o *self* é o protagonista da sua própria formação, é a totalidade organizadora dos sistemas consciente e inconsciente, e leva à realização do seu potencial ao longo do tempo, adaptando-se ao que o ambiente e os cuidadores fornecem quanto à variedade, qualidade e conteúdo da experiência. A criança é uma entidade em si mesma, derivando-se os processos maturativos, e os pais são os facilitadores do amadurecimento e proporcionadores da sensação de autoconfiança da criança em relação ao mundo (FORDHAM, 2006; SOLOMON, 2002).

Para Fordham, o óvulo fertilizado já se encontra separado do corpo da mãe, discordando de Neumann quanto à ligação intensa entre os corpos. E assim, também divergirá em relação à “unidade mãe-bebê”, inclusive por ter observado isso no trabalho com mães e bebês nos treinamentos da Sociedade de Psicologia Analítica de Londres. Fordham (2006, p.100-101) assevera que a mãe reconhece a independência que o bebê tem dela desde o nascimento, já se relacionando com ele como uma “pessoa, um ser individual”. A mãe se reconhece como cuidadora, como aquela que atende as necessidades do bebê e isso constitui o que ele chama de **par afetivo**, no qual cada um contribui com sua parte. O bebê é ativo, não passivo, atraindo os interesses da mãe, tendo uma individualidade própria, e a mãe é o continente da necessidade do filho, também construindo essa maternidade a partir da relação que estabelecem (ASTOR, 1995).

Fordham fala de um *self* primário ou integrado original (SOLOMON, 2002). Esse integrado original é toda a unidade psicossomática do bebê, a sua identidade. O corpo e o estado emocional são um só, como a atitude monística de Jung que trata a psique e o corpo como uma unidade. O *self* primário é algo análogo ao potencial do DNA, mas sem a constituição hereditária (ASTOR, *op. cit.*), e, em contato com o ambiente, acontecerá a **deintegração**. O bebê desde cedo representa um *self*, a mãe será a facilitadora para que o que já existe no filho seja **deintegrado**. A teoria dos deintegrados implica “um padrão dirigido que emerge do *self* total e carrega em si características do potencial psíquico do *self* total. Daí, cada reação (ato deintegrativo) seria para o bebê uma experiência do seu mundo total” (FORDHAM, 2006, p.101, grifos do autor). A deintegração refere-se à energia que vai para fora através dos objetos, e a **reintegração** quando a energia retorna ao *self*. Um deintegrado

---

<sup>37</sup> Esta classificação não foi muito aceita por Fordham, segundo Astor (1995). Aquele disse que Jung nunca fez distinção em vertentes dentro do seu campo teórico e todo o trabalho de Jung é desenvolvimentista, já que este é o conceito central da individuação, que trata do crescimento da personalidade.

pode ser um ato instintual, como o choro de fome do bebê, o qual contribui para a adaptação biológica do organismo, manifestando-se, portanto, objetivamente; ou uma manifestação subjetiva, como a criação de uma imagem com significado simbólico potencial (ASTOR, *op.cit.*). O processo de reintegração é quando esta experiência é absorvida, introjetada, voltando ao indivíduo transformada. Fordham (*apud* ASTOR, 1995, p. 51-2) assim descreveu estes processos:

Em essência, deintegração e reintegração descrevem um estado de flutuação de aprendizado em que o bebê abre-se para novas experiências e então se recolhe com o objetivo de reintegrar e consolidar estas experiências. Durante a atividade deintegrativa, o bebê mantém continuidade com o corpo principal do *self* (ou seu centro), enquanto se aventura no mundo externo para acumular experiência na ação motora e estimulação sensorial [...] Tal conceito de *self* traz uma nova dimensão para a psicologia profunda e para o desenvolvimento psicológico, para isso é agora concebida como sendo uma estrutura dinâmica através da qual a atividade emocional do bebê e o crescimento do ego tomam lugar.

O ego é o deintegrado mais importante do *self*, formando-se a partir da experiência que este vivencia. Nos dizeres de Solomon (2002), esta é uma visão fenomenológica do *self* como instigador e receptor da experiência, que faz um elo tanto com a experiência biológica quanto com a psicológica. O processo de individuação ocorre por esse dinamismo do *self* dentro e fora de si. Para Fordham, a importância do *self* na individuação acontece desde o início da vida até a morte, é um processo contínuo; assim, a individuação é um processo dinâmico que começa na infância.

O primeiro processo deintegrativo que ocorre com o bebê é o nascimento, neste momento o seu *self* primário é invadido por estímulos externos e internos. A partir de então, a deintegração e reintegração acontecem em sequências muito rápidas e ao longo do desenvolvimento se expandirão em períodos mais longos até atingirem maior estabilidade. Conforme as sequências deintegrativas/reintegrativas vão ocorrendo e os resultados de seu funcionamento tornando-se estáveis, a imagem corporal se forma e, logo, a distinção do que está dentro e fora do corpo, fazendo com que a criança tenha percepção de si e também do outro (FORDHAM, 2006).

Antes do nascimento, Fordham (*ibidem*, p.98) mostra que o bebê está tendo algumas experiências, que não é – como se acredita – um “mar de rosas”. O útero é um local barulhento devido ao funcionamento dos órgãos da mãe, notórios ao bebê quando se forma o sistema nervoso; e à medida que aquele vai crescendo, o espaço para viver vai diminuindo. Por volta dos cinco meses, seu cérebro está formado, possibilitando-lhe a percepção sensorial e a atividade motora: a mãe percebe os movimentos do seu bebê e ele pode ouvir sons

exteriores devido ao avanço do desenvolvimento da audição, e a visão também está se desenvolvendo. Fordham acredita que no útero já se podem ter indícios de deintegração nos momentos de atividade e de reintegração nos de inatividade. Não concorda que o parto seja uma experiência traumática, somente aqueles longos ou patológicos. O parto seria uma experiência desconhecida que o bebê tem que enfrentar, e para isso o seu *self* se deintegra produzindo ansiedade (o choro, certa inquietação). Para reintegrar, é necessário que o bebê encontre algo confiável, e nada melhor que o contato com a mãe. Daí em diante, esse par afetivo relacionar-se-á e cada um provocará estímulo no outro, reciprocamente. A amamentação será um notório ato deintegrativo, em cada mamada está sendo fornecido material para a construção de ego, não se estabelecendo em apenas alimentar o bebê: neste momento a díade se olha, há a troca de carinho, momentos de brincadeira, os quais continuam com a troca de fraldas e no banho. A reintegração ocorre quando o bebê está dormindo e em períodos em que está num estado mais reflexivo (os quais costumam ser longos nos primeiros meses de vida).

Fordham, nos dizeres de Astor (1995, p.58), acentua que inicialmente o bebê trata o seio como a totalidade do seu mundo (similar a *participation mystique*), então aos poucos, por meio da deintegração/reintegração, o bebê começa a reconstruir o seio em variadas e complexas interações com o ambiente materno, nas quais a alimentação é somente uma delas. O simbolismo da mandala, segundo a comparação de Fordham, pode ser representado a partir das primeiras mamadas: “O objeto total pode se comparado à mandala que tem um mamilo no centro e vários objetos depositados dentro do círculo mágico” (*loc.cit.*). Jung percebeu que a mandala – em sânscrito significa **círculo** – era um símbolo presente em várias culturas e em diferentes épocas, e que aparecia em sonhos, desenhos e imaginação de seus pacientes em momentos em que buscavam uma nova orientação, logo, sendo um símbolo do arquétipo do *self*, podendo-se inferir que se trata de

[...] uma nova ordenação da personalidade, de certo modo uma nova centralização. [...] Sua meta, pois, é a de transformar a confusão numa ordem, sem que tal intenção seja sempre consciente. Em todo caso, as mandalas expressam ordem, equilíbrio e totalidade. (JUNG, 1950/2007, p.356, §645).

Assim, como a mandala é a imagem da totalidade, de acordo com Jung, o símbolo do **seio-mandala**, e deste modo, do *self*, mostra que o processo de deintegração/reintegração característico da individuação está desde o início do desenvolvimento (VILHENA, 2009). O bebê, por ainda não ter uma ordem estabelecida, terá no seio um símbolo para dar início à constituição da sua ordem, necessária para desenvolver a personalidade. A mãe como

portadora deste símbolo seio-mandala trará, portanto, a sua parcela de influência nesta individualidade.

A mãe, para Fordham (2006, p.123), é a pessoa que melhor pode “administrar o período após o nascimento”, visto que é quem carregou o bebê dentro de si, possibilitando desencadear a **preocupação materna primária**, conceito de Winnicott (2002) que significa a capacidade da mãe se identificar com o bebê e estar atenta às suas necessidades, e de que Fordham também se utiliza. Este autor menciona que algumas mães desenvolvem mais essa preocupação, outra menos, e caso se perceba que a mãe não está sendo suficiente, tem que se recorrer a substitutos. Com a maternidade, a mulher revive a situação com seus cuidadores, especialmente com a mãe, e essa regressão é necessária para ter empatia com o seu bebê, por já ter sido cuidada. No entanto, se ela teve uma experiência difícil que não foi superada, pode seguir o mesmo padrão e repeti-lo com o filho. Fordham, segundo Astor (1995), indica que distúrbios desta relação possibilitam gerar falhas no processo de deintegração/reintegração, e logo, do desenvolvimento da psique, facultando uma possível psicose. O pai é apontado por Fordham (2006) como alguém importante para auxiliar a mãe tanto nos cuidados com o filho quanto para ser um apoio emocional a ela; e que ele precisa compreender este momento da esposa, pois a energia dela agora se voltará principalmente para o bebê. No entanto, considerando os diversos modelos familiares existentes atualmente, podemos pensar não somente a figura do pai, como também alguma outra pessoa que dê este tipo de assistência à mãe.

O bebê irá reconhecer sua mãe e a si mesmo como pessoa por volta dos sete meses, antes predominarão os objetos parciais, existindo muita fusão entre sujeito e objeto. Fordham considera que as experiências antes dos sete meses são pré-pessoais, mais voltadas, portanto, ao inconsciente coletivo. Ele menciona que os diversos métodos de se cuidar dos bebês, cultivados por meio de pesquisas, estão relacionados ao comportamento que se exigirá desta pessoa na sociedade. Por se viver nesta cultura ocidental, em que se dá primazia à responsabilidade individual, os métodos educativos voltam-se, então, para que isto seja desenvolvido. E assim, os cuidados com o bebê ganham maior notoriedade neste discurso. Fordham também aponta o crescimento do incentivo a esses cuidados com o bebê devido aos estudos da psicopatologia e da descoberta das causas das doenças mentais, que levam a conceber distúrbios nesta etapa inicial da vida, os quais ele também pesquisou.

A relação mãe-bebê em Fordham parece ser mais bilateral, as duas partes influenciando uma a outra. Segundo Astor (1995), Fordham critica Neumann por este dar pouco espaço para as capacidades individuais da mãe e do bebê. A mãe é vista por Fordham

como contribuinte para o bebê deslançar o seu processo de individuação, portanto, a forma como se dará a relação mãe-bebê ajudará a construir a personalidade deste indivíduo.

Mesmo apresentando algumas diferenças, Jung, Neumann e Fordham realçam a importância da relação que a mãe tem com o seu bebê para o desenvolvimento psíquico deste, podendo influenciá-lo por toda a sua vida; no entanto, como a psique é dinâmica, não é um determinismo. A mãe é contribuidora, mas caberá, de acordo com a percepção daquilo que o bebê apreendeu do materno, uma influência maior ou menor. Esta influência varia em decorrência de cada um e fornece elementos para o processo de individuação.

### **3.1. A relação na condição da prematuridade**

Diante de um parto prematuro, o contato da mãe com o seu bebê sofrerá um rompimento, sua proximidade com o filho será intermitente devido à hospitalização deste.

Mesmo que atualmente grande parte dos hospitais brasileiros adote a livre entrada na UTIN, a mãe não tem como ficar ao lado do filho durante todo o dia e geralmente nem como pegá-lo nos braços, diante dos aparelhos a que ele está submetido, dependendo da permissão da equipe e do quadro clínico. Essa separação é vista por elas como sendo muito difícil. Quando estão longe do filho, imaginam o que pode estar acontecendo a ele, gerando grande ansiedade. Também por não estarem em todos os momentos, não podem participar sempre dos cuidados como, por exemplo, trocar fraldas, banhá-lo, dar o leite (quando podem ser alimentados) pela sonda.

Estes e outros cuidados são exercidos pela equipe de saúde, e como a mãe não está presente, quase não compartilhando destes momentos, ela se coloca numa “posição periférica de apoio” (KLAUS; KENNEL, 1993, p.176), o que gera na mãe sentimentos de perseguição, hostilidade aos profissionais, sendo eles alvo de intensas projeções, visto que seu bebê está entregue aos cuidados de outras pessoas e não aos dela. Funciona como um mecanismo de defesa para lidar com seu ciúme e ressentimento (DRUON, 1999). Field (*in* KLAUS; KENNEL, 1993) aponta que isso é muito comum mesmo entre mães de bebês normais quando deixam, por exemplo, o filho com uma avó mais experiente ou com uma professora de escolinha maternal. Um movimento contrário a isso, também como defesa, é o afastamento da mãe a todo cuidado, interesse ao bebê. Ela pode ficar numa atitude apática, alheia ao que está acontecendo ao filho, não se envolvendo para não sofrer. Uma forma de ajudar a mãe neste momento a lidar com esta “lacuna emocional” (KLAUS, KENNEL, *op.cit.*, p. 177), por não

ter seu recém-nascido por perto e não cuidar integralmente dele, é aproximá-la ao máximo daquilo que pode contribuir nos cuidados durante a internação.

Valle (2002) fez um estudo sobre ansiedade em mães de bebês prematuros em um hospital público na cidade de São Paulo, e tinha dúvidas se o resultado podia ser comparado ao de um hospital de um país desenvolvido com melhores condições hospitalares. Então, repetiu este estudo na Dinamarca e percebeu que a ansiedade materna é equivalente, ou seja, as mães passam por uma intensa ansiedade durante a hospitalização dos seus recém-nascidos pré-termos.

Os pais costumam sentir insegurança no contato com o bebê que veem tão pequeno, frágil, achando que nada podem fazer. O contato deve ser estimulado pela equipe, mas também orientado para não ser demasiado, pois o recém-nascido já sofre durante a internação muitos estímulos (som, luz, intervenções dolorosas), causando-lhe estresse. O mais adequado é perceberem o ritmo do bebê e o que ele aprova naquele momento. Os bebês prematuros são menos claros em seus sinais e menos responsivos; os sinais do ritmo do contato consistem, principalmente, de mudanças no nível da atividade motora e nas orientações de postura (Barnard *in* KLAUS, KENNEL, 1993).

Klaus e Kennell (*ibidem*) mostram que se um bebê prematuro é tocado, embalado, acariciado ou trazido ao colo diariamente durante sua permanência no hospital, ele apresentará menos períodos de apnéia,<sup>38</sup> ganhará peso, liberará menos fezes e terá avanço em algumas áreas mais altas do funcionamento do sistema nervoso central. Não só o bebê se beneficiará deste contato com a mãe como ela própria, já que, quanto mais cedo vier à UTIN, tocar seu bebê, mais rapidamente terá a recuperação física da gravidez e do processo do parto, e emocionalmente estará mais propícia a preencher a lacuna emocional.

As mães que desde cedo participam dos cuidados, veem seus filhos, estenderão estas atitudes para a relação durante toda a internação e quando forem para casa. Algumas pesquisas, segundo Klaus e Kennell (*ibidem*) observaram que doença grave ou recaída de um bebê prematuro, após um período de estabilidade, quase sempre estava ligado a não presença da mãe no berçário ou a um longo período de afastamento. Ao se investigar a origem desta atitude na mãe, variáveis psicológicas foram notadas, como o relacionamento com a própria mãe, o relacionamento com o pai do bebê e abortos anteriores. A relação com a própria mãe, a maternagem que recebeu ou não, influencia os cuidados que agora propiciará ao filho. É a

---

<sup>38</sup> “Pausa ou interrupção da respiração por mais de 15 ou 20 segundos, acompanhada ou de mudança de cor da pele do recém-nascido (palidez ou cianose), ou bradicardia (frequência respiratória baixa).” (MOREIRA; RODRIGUES, 2006, p.47).



questão do complexo materno se repetindo: no entanto, caso tenha consciência dele, procurará de alguma forma fazer diferente. Um estudo de Seay, Hansen e Harlow (1962) com macacas mostrou que, de 51 macacas separadas das mães no nascimento, apenas nove tiveram filhotes ao ficarem adultas. Destas nove, cinco os deixaram morrer na maior indiferença e quatro tiveram comportamentos agressivos que ocasionaram a morte dos recém-nascidos.

Além da importante observação do vínculo mãe-bebê durante a hospitalização, é necessário um acompanhamento após a alta pelos menos nos seis primeiros meses, para verificar a adaptação da díade, tanto em relação aos diversos cuidados que o bebê prematuro necessita quanto ao vínculo, ponto que também é priorizado no Método Canguru. Blake e colaboradores (*apud* KLAUS; KENNEL, 1993) notaram que, após a alta do bebê nos seis primeiros meses, as mães passam por três fases. A primeira eles denominaram de “lua de mel”, caracterizada pelo excitação por estarem finalmente com o bebê em casa, geralmente esta etapa ocorre de sete a dez dias depois da alta. Depois, vem a “exaustão”. A euforia desaparece, as mães têm muitas queixas sobre o manejo do bebê, principalmente concernentes à alimentação. Elas têm dificuldade em interpretar os sinais emitidos pelo bebê, ainda mais se tiveram pouco contato com os filhos, ficam ansiosas e reagem indiscriminadamente a tudo, o que leva mesmo à exaustão. Conforme mencionando no capítulo 1, podem sofrer ainda de Transtorno por Estresse Pós-Traumático. Os autores explicitam que esta fase durará até que o bebê comece a sorrir e responder à mãe, levando de alguns dias até várias semanas. Esta exaustão pode levar à incompetência em tarefas práticas e conduzi-las ao “ressentimento” e, com isso, a se sentirem culpadas.

Os bebês prematuros após a alta seguirão o seu desenvolvimento até igualarem-se em peso e tamanho a um nascido a termo. Alguns bebês necessitarão de mais um tempo de acompanhamento, como da fisioterapia, da fonoaudiologia, em decorrência de algum atraso que possa ter sofrido em seu desenvolvimento. Há casos mais graves, em que ficam sequelas neurológicas, auditivas, oculares, motoras, necessitando de tratamentos que podem acompanhá-lo por toda a vida. Estes filhos podem continuar a ser vistos pelos pais como sendo “de risco”, levando-os à superproteção e marcando-os para sempre com este estigma.

## PARTE II

### VIVENDO O SÍMBOLO – A PESQUISA DE CAMPO



Figura 2 – O alquimista

Fonte: <http://palacios49.wordpress.com/2008/10/06/laboratorios-de-alquimia/> Acesso em 13/10/2009.

## CAPÍTULO 4 - UM JEITO DE OLHAR: O MÉTODO

*“[...] há aspectos inconscientes na nossa percepção da realidade. O primeiro deles é o fato de que, mesmo quando os nossos sentidos reagem a fenômenos reais, a sensações visuais e auditivas, tudo isto, de certo modo, é transposto da esfera da realidade para a da mente. Dentro da mente estes fenômenos tornam-se acontecimentos psíquicos cuja natureza extrema nos é desconhecida (pois a psique não pode conhecer sua própria substância). Assim, toda experiência contém um número indefinido de fatores desconhecidos, sem considerar o fato de que toda realidade concreta sempre tem alguns aspectos que ignoramos desde que não conhecemos a natureza extrema da matéria em si.”*

**Carl Gustav Jung**

O alquimista em seu laboratório. Esta imagem é uma forma de como vejo o processo de pesquisa, especialmente a proposta da pesquisa qualitativa, que é a seguida neste trabalho. A alquimia pretendia conduzir a transformação da *prima materia* (matéria- prima) para o *opus*, a pedra filosofal. Jung viu na alquimia a analogia com o desenvolvimento psicológico, o processo de individuação, e, assim como os alquimistas, para atingir a sua meta, descreve como necessária a submissão da matéria de origem a três processos: **nigredo, albedo e rubedo**<sup>39</sup> que são realizados no vaso hermético:

<sup>39</sup> Jung aduz que a partir dos séculos XV e XVI as cores foram reduzidas a três. Antes, entre a *albedo* e a *rubedo*, havia a **xanthosis** (amarelecimento). Ele explica sobre cada uma das fases: “O negrume ou ‘nigredo’ é um estado inicial, sempre presente no início como uma qualidade da ‘prima materia’, do caos ou da ‘massa confusa’; pode também ser produzido pela separação dos elementos (*solutio, separatio, divisio, putrefacio*). Se o estado de divisão se apresenta de início, como acontece algumas vezes, então a união dos opostos se cumpre à semelhança da união do masculino e feminino (chamado o coniugium, matrimonium, coniunctio, coitus), seguido pela morte do produto da união (*mortificatio, calcinatio, putrefacio*) e seu respectivo enegrecimento. A partir da ‘nigredo’, a lavagem (*ablutio, baptisma*) conduz diretamente ao embranquecimento, ou então ocorre que a alma (anima) liberta pela morte é reunida ao corpo morto e cumpre sua ressurreição; pode dar-se finalmente que as múltiplas cores (*omnes colores*) – a ‘*cauda pavonis*’ (cauda do pavão) – conduzam à cor branca e uma, que contém todas as cores. Neste ponto, a primeira meta do processo é alcançada: trata-se da ‘albedo’, ‘*tinctura alba*’, ‘*terra alba foliata*’, ‘*lapis albus*’, etc., altamente valorizada por muitos alquimistas como se fosse a última meta. É o estado lunar ou de prata, que ainda deve alçar-se ao estado solar. A ‘albedo’ é, por assim dizer, a aurora; mas só a ‘rubedo’ é o nascer do sol. A transição para a ‘rubedo’ constitui o amarelecimento (*citritas*), se bem que como já observamos este é suprimido posteriormente. A ‘rubedo’ sucede então diretamente à ‘albedo’, mediante a

o vaso não é portanto um mero instrumento. Para os alquimistas o vaso é algo verdadeiramente maravilhoso [...] todo o segredo reside em conhecer o vaso hermético. [...] É uma espécie de ‘matrix’ (matriz) ou ‘uterus’ do qual deve nascer o ‘filius philosophorum’, a pedra milagrosa. Daí a exigência de que o vaso, além de ser redondo, também tenha a forma de um ovo. Pensa-se naturalmente que esse vaso é uma espécie de retorta ou frasco; mas logo se percebe que tal concepção é inadequada, porquanto o vaso é muito mais uma idéia mística, um verdadeiro símbolo, como todas as idéias principais da alquimia. (JUNG, 1943/1991, p.248-9, §338)

Os processos da pesquisa podem ser considerados como imersos nesse vaso, onde são colocados os elementos que perpassam esses processos, presentes em todo o caminhar da pesquisa (proposta inicial, relação com a teoria, relação com os colaboradores, relação com os dados, análise, discussão, etc.), para que deles, com a mistura, haja “processos de transformação e produção de conhecimentos novos” (FURLANETTO, 2008, p.96).

Para caracterizar a pesquisa do tipo qualitativa, temos a contribuição de Turato (2003), que explica que ela veio a adquirir status científico com a antropologia, a partir da etnografia desenvolvida por Bronisław Kasper Malinowski (1884-1942). Bodgan e Biklen (1982) mostram que a história atribui a ele o pioneirismo na metodologia científica qualitativa, pois procurou descrever como havia obtido os seus dados e como era a experiência de campo, enfatizando que a teoria da cultura tinha de ser fundamentada em experiências humanas particulares, baseadas na observação e procuradas indutivamente.

A pesquisa qualitativa, de acordo com Moreira (2002), utiliza-se das palavras oral e escrita, com sons, imagens, símbolos, etc., abdicando total ou quase totalmente das abordagens matemáticas no tratamento dos dados. O pesquisador que trabalha com esta modalidade de pesquisa vai interpretar o mundo real a partir das perspectivas subjetivas dos próprios sujeitos sob estudo. Bodgan e Biklen (*op.cit*) enfatizam que os pesquisadores qualitativos procuram entender o processo pelo qual as pessoas constroem significados e descrevem o que são aqueles significados.

Moreira (2002) sumariza as características básicas da pesquisa qualitativa, a saber:

- 1) foca na interpretação em vez da quantificação;
- 2) enfatiza a subjetividade em vez da objetividade;
- 3) há flexibilidade no processo de conduzir a pesquisa, pois, como existem situações complexas, não há como definir com exatidão os caminhos que a pesquisa percorrerá;
- 4) a ênfase está no processo, no entendimento e não no resultado;
- 5) preocupa-se com o contexto;

---

elevação do fogo à sua maior intensidade. O branco e o vermelho – Rainha e Rei – podem então celebrar suas ‘nuptiae chymicae’ (núpcias químicas) nesta fase”. (JUNG, 1943/1991, p. 244, §334).

- 6) admite que o pesquisador exerce influência sobre a situação de pesquisa e é por ela também influenciado.

Os métodos qualitativos de pesquisa, conforme Penna (2004), propõem uma abordagem compreensiva e interpretativa dos fenômenos, buscando seus significados e finalidades e não apenas a sua descrição. Assim, nessa pesquisa estão sendo buscados os significados que as colaboradoras atribuem à sua experiência, de acordo com os objetivos mencionados nesta pesquisa. Chamo aqui as mulheres que participaram de *colaboradoras*, pois não ficaram passivas na situação da pesquisa, houve uma *relação* entre mim, pesquisadora, e cada uma delas, e foi nessa relação que os dados foram produzidos; portanto, elas contribuíram no processo da pesquisa. González Rey (2002) discute que o pesquisador e suas relações com o sujeito pesquisado são os principais protagonistas da pesquisa, e não os instrumentos. O pesquisado adquire um papel essencial, é reconhecido em sua singularidade pela qualidade de sua expressão junto com a qualidade de seu vínculo com o pesquisador.

A relação pesquisador-pesquisado é trazida por Penna (2007) como um par de opostos complementares, compreendendo dois sistemas em interação: o sistema pesquisador, com seus aspectos conscientes e inconscientes, e o sistema pesquisado, que é o fenômeno psíquico a ser conhecido (símbolo), com suas características conhecidas e desconhecidas. Deste modo, ambos integram os aspectos conscientes e inconscientes. A autora observa que podem ser construídas quatro dinâmicas interativas durante o processo de pesquisa: 1) o ego do pesquisador com a face reconhecível do símbolo; 2) o ego do pesquisador com a face desconhecida (inconsciente) do símbolo; 3) o inconsciente do pesquisador com a face manifesta do símbolo (geralmente ocorre via projeção); 4) o inconsciente do pesquisador com os aspectos inconscientes do símbolo. Assim, essa perspectiva compõe uma relação dialética que diferencia o eu e o outro, mas não um em detrimento do outro (*idem*, 2009). Essas relações na pesquisa estão o tempo todo justapostas. Jung (1946/2007) explicou essa dinâmica eu-outro/consciente-inconsciente no processo de transferência que ocorre na psicoterapia.

A etapa de ir ao encontro das colaboradoras denomino ‘de trabalho de campo’ ao invés de ‘coleta de dados’, na medida em que não vejo os dados disponibilizados prontos para serem “pegos”, e sim que estes são construídos pela interação da subjetividade do pesquisador com uma outra ou outras subjetividades (neste caso, considerando a pesquisa com grupo). González Rey (2002) disponibiliza as diferenças entre o trabalho de campo e a coleta de dados. Em termos gerais, considera que o primeiro envolve uma participação mais ativa do pesquisador, nele se produzem ideias, novas informações. Procura seguir o caminho singular

dos sujeitos estudados num contexto que é construído pela relação uns com os outros. Já na coleta de dados, o autor assinala que o pesquisador tem um papel passivo, frequentemente tendo o papel de aplicar instrumentos sem a possibilidade de registrar observações imprevistas que possam ser importantes para a qualificação dos instrumentos aplicados. É um processo formal e regular no qual só entram os dados que foram definidos *a priori*: “A coleta de dados separa o pesquisador, como entidade objetiva, do sujeito produtor de dados, o primeiro aparece só como quem ‘recolhe’ os dados” (*ibidem*, p.98.).

Não uso, portanto, o termo “coleta”, mas utilizo a palavra “dados”, os quais constituem o corpo do que foi produzido na relação pesquisador-pesquisado. Bodgan e Biklen (1982) referem-se como **dados** ao material encontrado no mundo que se está estudando. Esses autores consideram que eles são a base da análise e incluem o material que as pessoas produzem do estudo, como, por exemplo, através da gravação, onde haverá a transcrição das entrevistas.

Venho me remetendo à questão de algumas nomenclaturas comuns no meio científico que começaram a me incomodar, pois me passaram a soar com sentidos que não quis mais somente reproduzir. Termos que pertencem à tradição da pesquisa quantitativa e que foram transpostos para a qualitativa, e os quais vejo que não se adéquam com a proposta deste tipo de pesquisa, pois se está falando de seres humanos – de pessoas com as quais se teve contato, onde foi estabelecida uma relação, o outro compartilhando a sua vida –, e que, se não forem vistos desta maneira, “a entrevista teria algo semelhante ao fenômeno da mais-valia, uma apropriação indébita do tempo e do fôlego do outro” (BOSI, 2004, p.61). Nisso, considerar a alteridade fez muito sentido, ao me ajudar a pensar e consistir num diferencial de se olhar a relação da pesquisa. O outro, o colaborador da pesquisa, argumenta Argé (1999), tem também as características do si mesmo, e desta prerrogativa indaga: o si mesmo e o outro são os mesmos? Verdadeiro e falso, responde o autor, pois depende da evidência: a evidência da diferença, a partir da qual se constrói toda a pesquisa; e a evidência da proximidade de uns e dos outros, que fundamenta a ideia de uma humanidade una. Deste modo, vê-se que existe o outro no si mesmo, e esta alteridade corresponde à distância necessária para que uma observação seja possível, sabendo diferenciar o outro de si. Schmidt (2008, p.396) expõe que

A compreensão, neste caso, é efeito dos movimentos de afastamento e aproximação do outro e de si mesmo. A compreensão é, ainda, construída no vai-e-vem de representações ou de modos de viver, sentir e pensar o outro e a si mesmo no encontro: o conhecimento que resulta do encontro é, por isso, produto de posicionamentos e maneiras de se conduzir, envolvendo a atividade crítica do pesquisador e do outro.

Em relação à quantidade de participantes, a pesquisa qualitativa, segundo Triviños (1987) pode usar recursos aleatórios para fixá-la, procurando se ter uma representatividade do grupo através dos colaboradores por meio da saturação dos dados, ou seja, quando se percebe que os dados são suficientes para responder os objetivos, e por isso não se tem em geral preocupação com a quantificação da amostragem, e sim com o que dela se obteve. Triviños (*ibidem*, p.132) considera ainda algumas condições: “sujeitos que sejam essenciais, segundo o ponto de vista do investigador, para o esclarecimento do assunto em foco; facilidade para se encontrar com as pessoas; tempo dos indivíduos para as entrevistas, etc.”. González Rey (2002) mostra que entre os pesquisadores qualitativos surge o conceito de *amostra propositiva*, que é definida não por sua natureza estatística-populacional, mas sim pela natureza do problema da pesquisa.

Nestes termos, o universo da amostra foi composto por dez mulheres que estavam com seus filhos recém-nascidos internados em UTI Neonatal – no período de 03/07/2009 a 13/07/2009<sup>40</sup> – em decorrência de um parto prematuro, ou seja, um parto desencadeado entre a 20ª semana de gestação e antes de completar a 37ª, e que vivenciavam uma primeira situação de parto prematuro. A faixa etária estabelecida foi de mulheres acima de 18 anos, já que o contexto da gravidez na adolescência envolve aspectos específicos que não são tratados neste trabalho.

A seleção das mulheres pelos critérios de inclusão acima mencionados foi feita a partir dos prontuários dos recém-nascidos, nos quais se tem dados sobre a mãe que foram preenchidos pela equipe do Centro Obstétrico onde foi realizado o parto. Depois de fazer o levantamento, as mulheres foram localizadas, contatadas e informadas sobre a entrevista, o encontro em grupo e características da pesquisa. O “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE)<sup>41</sup> foi apresentado pessoalmente pela pesquisadora responsável a cada uma delas, sendo esclarecida a importância do TCLE, apresentado e explicado o projeto, com discussão e respostas às possíveis dúvidas geradas pela apresentação da pesquisa e, então, verificação da sua aprovação por cada participante da pesquisa. Durante essa fase de apresentação, somente uma delas se recusou, disse que se encontrava muito mobilizada pela situação do recém-nascido e não queria falar sobre o assunto. Mas percebi durante esse breve contato que erroneamente eu a havia contatado, pois não se enquadrava nos critérios da

---

<sup>40</sup> Em 13 de abril de 2009 o projeto já havia sido aprovado com recomendações pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. As recomendações foram referentes a alguns termos do TCLE, os quais foram corrigidos para apresentação às colaboradoras.

<sup>41</sup> Vide Apêndice A.

amostragem devido ao fato de seu bebê apresentar má-formação. Também aconteceram mais duas situações em que não continuei a entrevista por não se enquadrar nos critérios; nestas, não constava no prontuário dos recém-nascidos se as mães tiveram outros partos pré-termos, sendo que no início da entrevista disseram já ter passado pela experiência. As duas já vivenciavam a terceira ocorrência de um parto prematuro.

Vejo que o momento do TCLE contribuiu para se criar uma relação de empatia, de vínculo, possibilitando uma “quebra de gelo” antes de adentrarmos as questões da entrevista. Noto que não pelo TCLE em si, mas por ter um espaço para uma conversa inicial, de tirada de dúvidas, de o colaborador conhecer um pouco mais sobre o que será pesquisado e nisso se sentir mais à vontade.

#### **4.1. O foco: os objetivos**

Como tratado na introdução deste trabalho, esta pesquisa surgiu a partir dos meus atendimentos a mães de bebês prematuros, e que, com o estudo da psicologia analítica, algumas questões estavam presentes, oriundas da reflexão de como a experiência delas estaria relacionada ao arquétipo materno. A partir destes questionamentos, foram formulados os seguintes objetivos que nortearam a leitura dos dados da pesquisa de campo:

O **objetivo geral** é discutir como as puérperas que tiveram parto prematuro e estão com seus recém-nascidos em UTI Neonatal experienciam este momento.

E como **objetivos específicos** identificar essa experiência, averiguando como abordam o parto, a situação de UTIN, o significado do ‘ser mãe’ e a relação com o bebê.

#### **4.2. O contexto: as características da instituição**

O trabalho de campo foi realizado em uma Unidade de Neonatologia (Berçário) de um hospital geral que se localiza em Porto Velho, Rondônia. Esse hospital é público, estadual, atendendo pacientes de todo o Estado de Rondônia e municípios próximos dos Estados do Amazonas, Acre, Mato Grosso e até de outro país, a Bolívia.

Esse hospital possui uma maternidade para partos de alto risco, portanto, em casos de gravidez de risco, as mulheres são encaminhadas das diferentes localidades mencionadas para aí receberem tratamento e terem seus bebês.



Como explicado na introdução deste trabalho, escolhi um dos setores do Berçário, a UTI, por ser geralmente o primeiro setor a que encaminham um bebê pré-termo, dadas as condições em que nasce, necessitando da tecnologia deste setor. Após a UTIN, ainda passarão por outras alas da Unidade Neonatal, sendo transferidos quando não correm mais alto risco. Nesse hospital pesquisado, as alas eram as seguintes, na época da pesquisa:

- **UTI:** geralmente risco de morte constante. Compõe-se de aparelhos respiratórios (ventilador, CPAP, *hood*<sup>42</sup>), monitoração cardíaca, incubadora aquecida, bomba de infusão,<sup>43</sup> dentre outros, de acordo com o quadro. Além dos bebês prematuros, também se têm os ‘a termo’ que possuem cardiopatias, lesões cerebrais graves, dentre outros casos. Atualmente são 14 leitos;
- **Intermediário:** saída do maior risco, quadro um pouco mais estável. Alguns bebês são mantidos com aparelhos (CPAP, capacete). Compõe-se de 10 leitos;
- **Cirúrgico:** também podem ter casos graves e usar aparelhos da UTI. Alguns casos mais comuns: mielomeningocele, hidrocefalia, gastroquise, atresia do esôfago, imperfuração anal, etc. Possui cinco leitos;
- **Isolamento**<sup>44</sup>: doenças infectocontagiosas (HIV, hepatite, rubéola, etc.). Composto por cinco leitos;
- **Observação:** encaminhando-se para alta. Há a amamentação livre no seio materno quando atingem condição para tal. Nos primeiros dias, geralmente os bebês continuam com a sonda, e com o trabalho da estimulação oral pela equipe de fonoaudiologia, sendo avaliados para o momento em que se pode retirá-la. Exames complementares serão feitos e receberão alta quando atingirem peso seguro para não sofrerem hipotermia (geralmente entre 1,7 kg a 2,0 kg). Outros fatores são importantes para a alta, de acordo com a sensibilidade do pediatra no trabalho com equipe

---

<sup>42</sup> Ventilador ou respirador: máquina que respira para o bebê quando este não consegue sozinho. CPAP – *Continuous Positive Airway Pressure*- Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas. O oxigênio é liberado através de pequenos tubos que entram nas narinas dos bebês. Hood – também chamado de capacete, parecendo com um, envolvendo a cabeça do bebê por onde há saída de oxigênio. (MOREIRA et al., 2006) Estes aparelhos respiratórios foram apresentados na ordem em que o seu uso é feito, de casos mais graves para o menos.

<sup>43</sup> Conduz os líquidos, medicações e nutrientes para o bebê por meio das veias, sendo capaz de injetar volumes muito pequenos com velocidade controlada. As aplicações mais comuns são as veias das mãos, dos pés, dos braços e das pernas e algumas vezes o couro cabeludo. Para este, é necessário raspar o cabelo do bebê, o que gera sensibilidade para os pais (MOREIRA et al., 2006). Pelo tempo de internação, fragilidade das veias e os movimentos do bebê, geralmente é preciso usar de todas estas partes, o que causa marcas de furadas de agulhas no corpo da criança, também gerando desconforto para os pais.

<sup>44</sup> Atualmente houve a ampliação para mais um espaço, o Isolamento II, com capacidade de cinco leitos. Assim, têm-se o Isolamento I e II. Devido a necessidade de vaga, não recebem somente bebês com doenças infectocontagiosas, funcionando também como um setor com as características do Intermediário.

multidisciplinar, já que este profissional dá a última palavra na assinatura da alta: como está o aleitamento materno, o vínculo da díade mãe-bebê, quem cuidará do bebê (em casos de óbito materno), como estão as orientações para os vários acompanhamentos que serão necessários ao recém-nascido, dentre outros fatores, os quais estão sendo acompanhados pelo serviço social, psicologia, enfermagem, fonoaudiologia e fisioterapia. São 22 leitos.

Os bebês prematuros não necessitarão, salvo alguns casos, passar pela ala cirúrgica e isolamento.

Em 2008, Porto Velho entrou no Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal no Nordeste e Amazônia Legal. Esse plano do Ministério da Saúde visa diminuir a mortalidade materna e infantil nestas regiões onde têm sido altas as taxas em relação à média nacional. A meta é reduzir, no mínimo, em 5% ao ano o número de óbitos de bebês menores de um ano. No Brasil, entre 2000 a 2007, morreram 443.946 crianças menores de um ano de idade. No Nordeste, foram 144.003 e na Amazônia Legal (incluindo o Maranhão), 76.916. Nas duas regiões, o número de óbitos somou 220.919 ou quase 50% do total nacional. Deste modo, a Amazônia Legal, como o Nordeste, esteve no foco das prioridades das ações do governo federal, que implementou esse plano a fim de diminuir as desigualdades regionais até 2010 (MINISTÉRIO DA SAÚDE). Alguns Estados ainda continuaram a ser acompanhados em 2011, dada a necessidade de mudanças, e Rondônia foi um deles.

O Plano de Qualificação baseia-se na elaboração de metas, implementação e monitoramento das maternidades de referência em cada Estado que compõe o programa. Foram feitos pactos com os gestores do SUS (Sistema Único de Saúde) objetivando também o compromisso com investimentos. Desde então, o Berçário onde foi realizada a pesquisa tem passado por algumas mudanças: ampliação de leitos, treinamento da equipe, novos equipamentos, horário mais flexível à permanência da mãe (8 às 21h),<sup>45</sup> dois horários aos pais (16 às 17h e 20 às 21h), dia dos avós (domingos das 14 às 15h). No período da pesquisa ainda não havia a ampliação dos horários. Está sendo realizada também a construção de uma nova UTI Neonatal.

---

<sup>45</sup> O horário ainda não é integral, como preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL,1990) e Método Canguru (BRASIL,2006).

Neste plano também estão inseridas as metas da Política Nacional de Humanização da Saúde, visando um atendimento mais humanizado nas Maternidades e Unidades Neonatais.

### **4.3. Os instrumentos: as entrevistas e o grupo focal**

González Rey (2002, p.56) expressa que os instrumentos da pesquisa adquirem um sentido interativo, e que não são importantes somente pelo que o participante responde ou realiza, mas pelas “conversações que suscita, pelas expressões do sujeito diante dele, pelas perguntas que formula durante sua execução, pelas características da execução, etc.”. Os sentidos que suscitarão nos participantes da pesquisa dependerá da relação que se construirá no momento de sua aplicação. Visando a interação pesquisador-pesquisado, optei pela entrevista semi-estruturada e grupo focal.

#### **4.3.1. Buscando os símbolos na fala individual: as entrevistas**

Para Moreira (2002), a entrevista pode ser definida como uma conversa entre duas ou mais pessoas com um propósito específico em mente. O pesquisador pretende obter informações que o entrevistado supostamente tem.

Penna (2004) afirma que os instrumentos para a pesquisa de campo usados pela psicologia analítica são aqueles que fornecem a melhor forma de reconhecer o material simbólico, podendo a entrevista ser um desses recursos desde que seja formulada com a intenção de observar conteúdos conscientes e inconscientes. A fala possibilita revelar condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos (MINAYO, 1996a).

O primeiro instrumento de pesquisa foi um roteiro de entrevista semi-estruturada, pois, nesta, o entrevistador faz perguntas específicas, mas também deixa que o entrevistado responda com seus próprios termos (ALVES-MAZZOTTI E GEWANDSZNAJDER, 2000) podendo o entrevistador realizar perguntas que não estão no roteiro de acordo com a necessidade vinda pelas respostas dos entrevistados. Kvale (1996) define a entrevista semi-estruturada como uma entrevista onde o propósito é obter descrições do mundo de vida do entrevistado a respeito do significado do fenômeno apresentado. Este autor apresenta os estágios de uma entrevista, desde a concepção do que se quer pesquisar através dela até o relato final:

- 1) Tematização: Formular o propósito da investigação e descrever os tópicos a serem investigados. O porquê e o quê da investigação devem ser clarificados.
- 2) Planejamento: Planejar o todo do estudo, levando em consideração estes estágios e as implicações morais do estudo.
- 3) Entrevista: Conduzir a entrevista baseado no roteiro, com uma aproximação reflexiva do conhecimento buscado e da relação interpessoal da situação da entrevista.
- 4) Transcrição: Preparar o material da entrevista para análise, fazendo a transcrição do discurso oral para o texto escrito.
- 5) Análise: A partir do propósito da investigação e do material da entrevista, decidir que métodos de análises são apropriados para as entrevistas.
- 6) Verificação: Apurar a generalização, confiabilidade e validade da entrevista. A confiabilidade refere-se ao quão os dados são consistentes e a validade se o que foi feito era o que se estava se investigando.
- 7) Relato: Comunicar as descobertas do estudo e dos métodos aplicados na forma dos critérios científicos, levando em consideração os aspectos éticos da investigação e os resultados em um texto legível.

Conforme González Rey (2002, p.55): “O sujeito pesquisado é ativo no curso da pesquisa; ele não é simplesmente um reservatório de respostas, prontas a expressar-se diante da pergunta tecnicamente bem-formulada”. Penna (2009) também apresenta a contribuição de que a entrevista deve privilegiar a relação interpessoal dinâmica entre pesquisador e entrevistado, permitindo um roteiro que tenha flexibilidade e que favoreça a espontaneidade do participante e a criatividade do pesquisador.

Vejo que a entrevista pode ser um momento de tanto o pesquisador como o colaborador entrarem em contato com aspectos de si, de modo a permitir haver algum tipo de modificação interna. Neste sentido, Kvale (1996) trata desse assunto em alguns dos 12 aspectos que considera importantes na entrevista em pesquisa qualitativa, que são:

- 1) Mundo de vida: O mundo vivido pelo entrevistado e sua relação com ele.
- 2) Significado: A entrevista procura interpretar o significado de temas centrais do mundo de vida do sujeito.
- 3) Qualitativo: A entrevista procura o conhecimento qualitativo expresso na linguagem normal e não objetiva a quantificação.

- 4) Descritivo: A entrevista atenta em obter nuances da descrição de diferentes aspectos do mundo de vida do participante.
- 5) Especificidade: Descrição de situações específicas e não opiniões gerais.
- 6) Deliberada ingenuidade: O entrevistado mostra uma abertura para novos e não somente fenômenos esperados; mais que categorias prontas e esquemas de interpretação.
- 7) Foco: O entrevistado está focalizado em temas particulares.
- 8) Ambiguidade: Os relatos dos entrevistados podem algumas vezes serem ambíguos, refletindo as contradições no mundo de vida deles.
- 9) Mudança: O processo de ser entrevistado pode produzir novos *insights* e consciência, e o sujeito pode no curso da entrevista vir a mudar sua descrição e significados sobre o tema.
- 10) Sensitividade: Diferentes entrevistadores podem produzir diferentes relatos nos mesmos temas, dependendo de sua sensibilidade e conhecimento do tópico da entrevista.
- 11) Situação interpessoal: O conhecimento obtido é produzido através da interação interpessoal do entrevistado.
- 12) Experiência positiva: Uma entrevista bem conduzida pode ser uma rara e enriquecedora experiência para o entrevistado, que pode obter novos *insights* em sua condição de vida.

Destes importantes tópicos levantados para uma boa entrevista qualitativa, assinalo o ponto 11 para realçar o que foi explicado anteriormente sobre a relação entre pesquisador-pesquisado, e os pontos 9 e 12 como expressões da transformação que se pode operar com a entrevista. Mas como apenas um e breve encontro pode causar uma mudança no participante da pesquisa? Jung (1935/2007) comenta que há casos em que o paciente só precisa de uma única consulta, dependendo apenas de uma confissão, de um desabafo. Assim também pode ser entendida a entrevista; embora o foco desta não seja um atendimento psicológico, o falar sobre si, sobre a situação que vivenciam ou vivenciaram, pode propiciar mobilização interna e, com isso, ser de alguma forma terapêutico.

Como mencionado anteriormente, dez mulheres participaram da pesquisa, sendo realizadas, portanto, dez entrevistas. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio para serem em seguida transcritas. Foram perguntados primeiramente os dados de identificação das colaboradoras, que são: nome, idade, data de nascimento, naturalidade, cidade onde reside,

escolaridade, profissão, estado civil, religião<sup>46</sup>. Depois, para se ter o histórico desta gestação e de outras: número de gestações anteriores; se foram planejadas; se houve abortos, óbito fetal ou outro tipo de intercorrência; tipos de parto (natural/cesárea) e dados sobre o recém-nascido (sexo, nome, data de nascimento). E posteriormente questões relacionadas aos objetivos da pesquisa. O roteiro encontra-se nos apêndices. As entrevistas tiveram uma média de duração de vinte minutos, sendo finalizadas assim que fossem perguntadas todas as questões do roteiro.

Cada entrevista foi um contato singular. Mesmo havendo um roteiro com questões pertinentes ao objeto de estudo, este foi sendo utilizado de acordo com a dinâmica que foi estabelecida na interação que surgiu, tendo o seu próprio seguimento, de acordo com as características de uma entrevista semi-estruturada, não deixando de perguntar o que havia sido proposto.

#### **4.3.2. Buscando os símbolos na fala conjunta: o grupo focal**

Freitas (2005a) considera que o grupo é capaz de focalizar, acolher e expressar imagens significativas, havendo a possibilidade de cada uma ir se vendo, pela outra, que não passam por esse momento sozinhas. O contexto grupal, na visão de Whitmont (1991), proporciona essa experiência do **eu-tu**, que ajuda a esclarecer conflitos pessoais porque se observou que o outro também pode apresentar o mesmo conflito que se passa no seu interior. Segundo Braga e Morsch (2006a, p.64), esse espaço em grupos nos serviços de neonatologia facilita a “compreensão da situação e de tornar esse período mais fácil de ser vivido”, podendo surgir redes de apoio entre os familiares devido aos dramas similares, sendo, então, essa troca de informações um grande auxílio para essas pessoas.

Neste estudo foi utilizado o **grupo focal** como um dos instrumentos para a produção de dados. O grupo focal é considerado uma técnica qualitativa preponderante, segundo Debus (1988), juntamente com a entrevista individual. Para Gondim (2004), a metodologia de pesquisa apoiada na técnica dos grupos focais considera os produtos gerados pelas discussões grupais como dados capazes de formular teorias, testar hipóteses e aprofundar o conhecimento sobre um tema específico. Vem sendo utilizado desde 1950 em pesquisas mercadológicas e a partir dos anos 80 começou a ser empregado em outras áreas do conhecimento para responder

---

<sup>46</sup> O roteiro de entrevista encontra-se no Apêndice B.

a pesquisas acadêmicas. Geralmente, usa-se como complemento de outras técnicas ou para integrá-las – como as entrevistas individuais – para explorar e/ou aprofundar questões referentes aos objetivos da pesquisa. Morgan (1997) assevera que os grupos focais trazem à tona aspectos que não seriam acessíveis sem a interação grupal. Os dados são obtidos a partir de reuniões em grupo com pessoas que representam o objeto de estudo (IERVOLINO; PELICIONE, 2001).

O **moderador** do grupo (nome dado ao condutor) no contexto de pesquisa é o pesquisador. Ele dispõe de um conjunto de tópicos, chamado **temário** ou **guia de temas**, que são áreas de investigação contendo um conjunto de questões já estruturadas que devem ter sido pensadas de acordo com os propósitos da pesquisa, para ir apresentando-as ao grupo, não na forma de entrevista individual com cada um dos membros, mas para que sejam discutidas, numa interação entre o moderador e os integrantes do grupo. Essas questões podem ser flexíveis, podendo-se formular outras de acordo com a resposta do grupo desde que não saia do assunto referente aos objetivos traçados.

Os dados são vistos tomando em conta o processo do grupo, adotados como maior do que a soma das opiniões, sentimentos e pontos de vista individuais (KIND, 2004). Uma opinião emitida, mesmo que não seja compartilhada por todos, é referida como do grupo, para efeito de análise e interpretação dos resultados (GONDIM, 2004).

Na literatura, há variação entre a quantidade de participantes e o tempo de duração do grupo, sendo que trazem entre 4 a 15 participantes e a duração entre quarenta minutos a duas horas (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004; GONDIM, 2004; IERVOLINO; PELICIONE, 2001; KIND, 2004; MINAYO, 1996a;). A determinação da quantidade de integrantes e duração do grupo deve ser assentada de acordo com o objetivo da investigação.

A presença de um observador, como argumenta Kind (2004, p.130), é algo fundamental para validar a investigação que utiliza grupo focal, e

um dos papéis mais importantes do observador é analisar a rede de interações presentes durante o processo grupal. Cabe a ele, também, apontar as reações do moderador com relação ao grupo, suas dificuldades e limitações. O observador deve ter posição menos ativa, restringindo-se ao registro de comunicações não-verbais, linguagem, atitudes preocupações e ordem de respostas que seja considerada importante. [...] O papel principal do observador é viabilizar a discussão após o término do grupo com o moderador, quando o primeiro expõe suas impressões e registros, com o intuito de redefinir o temário, evitar conclusões precipitadas por parte do moderador, avaliar as intervenções feitas, etc.

O grupo focal é comumente constituído, de acordo com a apresentação de Debus (1988), nas etapas a seguir apresentadas, resumindo os seus pontos centrais.

Antes de começar propriamente o grupo, o moderador realizará uma breve introdução, explicando o objetivo do grupo, estabelecendo as normas básicas e, assim, criar uma relação com os participantes. A etapa I é a **preparação**: os integrantes se apresentam para começar a interagir entre eles e o moderador; a etapa II é o **conteúdo do debate**: o moderador lança os tópicos para discussão; e a etapa III é o **fechamento**: onde o moderador resume e recapitula o que foi discutido, abre para se falar sobre as atitudes expressadas e saneamento de dúvidas que porventura ficaram. Depois de encerrado o grupo, Debus (*ibidem*) aconselha que moderador e observador se reúnam para falarem de suas impressões, o que oportuniza esclarecer e confirmar o significado do que foi dito. Também é um momento de revisar o que deve ser melhorado ou mantido, caso aconteçam outros grupos.

Como os grupos têm a característica de mobilizar conteúdos internos pessoais proporcionados pela experiência do outro, essa atividade visou despertar esses conteúdos, tendo-se, com isso, a possibilidade de se ter mais dados sobre esse momento que essas mulheres vivenciam. Debus (*ibidem*) dispõe que a interação entre as pessoas do grupo fomenta geralmente respostas mais ricas e permite o aporte de ideias novas e originais. Freitas e Halpern-Chalom (2006, p.44) constata que

[...] no trabalho em grupo as vivências individuais encontram ressonância no contato com outras pessoas. O contexto grupal potencializa a capacidade constitutiva de identidade a partir das relações interpessoais, na medida em que as diversas singularidades multiplicam as condições de elaboração individual e coletiva. [...] Quando algo novo é compartilhado e reconhecido pelos outros, inauguram-se possibilidades de estar no mundo de formas diferentes.

Neste trabalho, após realizadas as dez entrevistas, foi realizado um encontro em grupo segundo as diretrizes do grupo focal<sup>47</sup> entre as entrevistadas. Das dez colaboradoras, quatro participaram do encontro em grupo. Das seis que não participaram: três já não estavam nos critérios de inclusão da pesquisa, pois seus bebês não se encontravam mais na UTIN; uma não estava mais no hospital devido ao óbito de seu bebê; uma não pôde participar devido a outros compromissos na data e a outra não compareceu, não se justificando. Ao se cogitar a realização de outras entrevistas (para com isso ter mais mulheres que pudessem participar do grupo), considerou-se, no entanto, a grande probabilidade de que, com o tempo excedente necessário para a sua execução, as mulheres que ainda se enquadravam na pesquisa deixassem de figurar na amostragem (pela evolução do recém-nascido – indo para outro setor além da UTIN – ou por uma situação de óbito). O tempo no hospital é muito dinâmico e, por isso, o

<sup>47</sup> O roteiro do grupo encontra-se no Apêndice C.



fazer pesquisa nesse ambiente também o é. O pesquisador tem que compreender a rotina hospitalar e as necessidades das pessoas que estão utilizando esse espaço, ficando à disposição de quando puderem lhe falar, pois há o horário de visitas, a retirada de leite materno no Banco de Leite, o boletim médico, as emergências (e, deste modo, o possível atraso no horário de entrarem<sup>48</sup> e permanecerem com o bebê), o pouco tempo que podem ficar no hospital (podem estar de carona, com alguém já esperando para voltarem para casa; os filhos que ficaram em casa – enfim, os próprios compromissos, a vida que têm fora do hospital). Se todos esses fatores influenciaram no tempo de poder estar com elas para fazer a entrevista, reuni-las em grupo, no mesmo dia e horário, foi mais difícil. Por tais motivos, creio, das seis mulheres que poderiam participar, quatro se fizeram presentes. Por semelhantes fatores, pois, já conhecendo a dinâmica do hospital e da clientela, é que optei por realizar apenas um (01) encontro. O grupo focal teve a duração de aproximadamente 40 minutos. O tempo transcorreu de acordo com a dinâmica do trabalho.<sup>49</sup>

Houve a presença de uma observadora, que foi uma psicóloga que trabalha nesse hospital onde foi realizada a pesquisa de campo. A sua participação mostrou-se muito importante, visto que ela fez observações pertinentes, levantou situações que não percebi, trazendo, portanto, elementos significantes a serem tratados.

O grupo foi conduzido a partir de perguntas temáticas e ao final foi pedido para que expressassem do modo como quisessem uma imagem do que seria ser mãe. Segundo Penna (2004), as técnicas expressivas favorecem a compreensão dos símbolos. Entre estas técnicas podemos ter: sonhos, fantasia dirigida, imaginação ativa, relaxamento, meditação, desenho, pintura, expressão corporal, dramatização, *sandplay*. Por isso, optamos em solicitar às colaboradoras da pesquisa que fizessem uma imagem, pois assim poderíamos ter mais elementos de como estava a psique dessas mulheres. Jung (1935/2000; 1943/2000) explica que os desenhos do inconsciente expressam a verdadeira condição psicológica do indivíduo, revelando suas imagens internas; e para Furth (2006) – que faz uma análise dos desenhos com a abordagem da psicologia analítica –, todo desenho contém também aspectos inconscientes. Os desenhos que as mulheres compuseram foram olhados através do método deste autor de uma maneira mais geral, já que a interpretação partiu da pesquisadora, uma vez que, após desenharem, não houve um contato com cada uma delas para que contassem sobre os seus desenhos. E também porque, para uma análise mais minuciosa da psique, deve haver uma série de desenhos, e não somente um (FURTH, *ibidem*; JUNG, 1935/2000).

---

<sup>48</sup> Horários restritos que existiam na época da pesquisa de campo.

<sup>49</sup> Aspectos do desenvolvimento do grupo vêm explicados no capítulo 5.

O grupo também foi gravado em áudio e transcrito.

As entrevistas e o encontro em grupo foram realizados em uma sala próxima das dependências do Berçário, garantindo a privacidade das participantes.

#### **4.4. Os meios para refletir: a análise e discussão**

O encontro não é somente o que aconteceu na fase do trabalho de campo, entre pesquisador/pesquisado, mas continua a acompanhar o pesquisador (e talvez também o pesquisado, naquilo que o encontro repercutiu nele), em todo o processo de análise dos dados e de escrita do texto científico. Geertz (2005) define este momento como o “estar lá”, que remete à pesquisa de campo, e o “estar aqui”, que se associa ao trabalho do pesquisador com os dados e a escrita. O olhar para os dados e a produção do texto científico traz essa presentificação do que ocorreu “lá”, sendo que neles estão contidos a subjetividade de quem os analisa e escreve. O texto científico, segundo Latour (2002, p.72), é diferente de todas as outras formas de narrativa, trazendo características próprias, pois este tipo de texto fala “de um referente, *presente* no texto, de um modo diverso da prosa: mapa, diagrama, equação, tabela, esboço. Mobilizando seu próprio referente *interno*, o texto científico traz em si sua própria verificação.” (Grifo do autor).

As significações, diálogos e relações, que Adelaide, Flávia, Luciana, Marina, Nadira, Odailza, Sabrina, Silvana, Tatiana e Verônica<sup>50</sup> (mulheres com quem me encontrei “lá” e que continuaram presentes comigo no trabalho que vim realizando “aqui”) proporcionaram, vêm representar as de outras que vivem situação semelhante – pois nunca são totalmente iguais, devido ao local da pesquisa, cidade, época, dentre outros –, a situação da vivência de ter um bebê prematuro hospitalizado em uma UTIN. Mulheres que são aqui apresentadas a partir do meu olhar, daquilo que percebi em suas comunicações, dadas pela relação estabelecida – consciente ou inconscientemente – e manifestadas por suas vozes, choros, gestos, desenhos, silêncios, etc. Os elementos do vaso foram postos e mexidos.

Concordo com a afirmação de González Rey (2002, p.106) de que a pesquisa é um “processo de construção e interpretação que acompanha todos os momentos da pesquisa.” A interação, assim, está presente antes até do nascimento do projeto, pois este geralmente só se constituiu pelo contato do pesquisador com o seu objeto e assim fez com que um problema

---

<sup>50</sup> Colaboradoras dessa pesquisa. Os nomes são fictícios, para lhes preservar a identidade.

lhe fosse suscitado. Nesta etapa de análise, um dos momentos do “estando aqui”, o pesquisador olha para os dados não como se os visse pela primeira vez, já que eles lhe vêm acompanhando ao longo da pesquisa, mas são trazidos nesta etapa com a tentativa de sistematizá-los e focar com maior atenção a partir da leitura e compreensão do pesquisador. Os dados, desta forma, não se convalidam

de forma unilateral pelo que representa na relação com o objeto estudado, mas por “sua capacidade de diálogo” com o pesquisador; diálogo que se articula ao longo da pesquisa, em cujo curso um mesmo dado pode entrar em diferentes momentos de elaboração teórica, que o integrem a sistemas diferentes de relação com outros dados, nos quais adquirirá múltiplas significações (*ibidem*, p.111).

Pensando nessa “conversa” com os dados, a leitura destes nesta pesquisa será tomada pelo enfoque do que Penna (2009) sistematizou como **processamento simbólico arquetípico**. A autora propõe que, na etapa de análise compreensiva do material neste método, deve-se ter como finalidade entender e assimilar aquilo que é desconhecido do símbolo, tornando o que for possível, conhecido, e isso vem a ser a meta do processo de pesquisa, a qual representa a produção de um novo conhecimento.

Para organizar o material para a análise, a autora recomenda a sua leitura e re-leitura. No caso desta pesquisa, a transcrição das entrevistas e do grupo, assim como o material expressivo que foi elaborado neste. Com estas leituras, elaboram-se **categorias de análise** que são selecionadas por eixos temáticos. Minayo (1996b, p.70) explica que a palavra ‘categoria’ é um tipo de procedimento que, de forma geral, pode ser usado em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa, e se refere a “um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. [...] trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso”. Os núcleos temáticos são selecionados pelo procedimento *circum-ambulatorio*: que é circular em torno do material, deixando-se envolver pelos padrões arquetípicos que estes despertam. (PENNA, 2009). Esse movimento *circum-ambulatorio*, o “aproximar-se circundando” ou *circumambulatio*, segundo Jung (1931/2001, p.41), não significa apenas o movimento circular em torno de um eixo, pois quando se começa a girar, o que está periférico se volta ao centro. A *circum-ambulação* poderia indicar que “é uma etapa do caminho para o inconsciente; tratar-se-ia assim de uma passagem, de um instrumento que possibilita alcançar uma meta além, ainda não formulada.” (JUNG, 1943/1991, p. 138, §167). Essa imagem permite, assim, reforçar a compreensão dos aspectos que a pesquisa procura saber.

## CAPÍTULO 5 – A REFLEXÃO: OS RESULTADOS

*“A posse da verdade não é assustadora, mas monótona como qualquer posse”.*

**Friedrich Nietzsche**

A partir das entrevistas e do grupo focal, apresentaremos os resultados da pesquisa, conciliando-os com a discussão teórica.

### 5.1. Apresentação das colaboradoras

Para conhecermos as participantes e obter uma melhor compreensão da análise e discussão dos dados, farei a descrição de alguns dados gerais e dos assuntos principais comentados em seus relatos, omitindo dados mais específicos que possam identificá-las. A sequência está de acordo com a ordem em que foram realizadas as entrevistas. Os nomes são fictícios para preservar-lhes a identidade.

Em seguida, será apresentado o que foi discutido no grupo focal.

#### 5.1.1. Nas entrevistas

**Verônica:** 22 anos, nascida e residente na capital do Estado de Rondônia. Possui o Ensino Médio Incompleto (parou no primeiro ano) e trabalha como vendedora numa livraria. Quanto à religião, é evangélica presbiteriana praticante.<sup>51</sup> Casada há cerca de um ano, o marido encontra-se desempregado e a renda familiar é de um salário mínimo. É a sua primeira gestação, a qual não foi planejada, mas desejada. Teve um sonho onde se viu mãe de um menino, o que lhe ajudou a desejar ser mãe e tempo depois soube que estava grávida. O parto

---

<sup>51</sup> O fato de serem praticantes ou não foi um conceito que elas interpretaram, não foi investigado mais a fundo sobre como exercem essa prática religiosa, como isso está presente em suas vidas, por não ser o foco da pesquisa. A pergunta foi feita para perceber se haveria influência de aspectos religiosos em seus discursos.

foi cesáreo e aconteceu na 26ª semana de gestação em decorrência de pré-eclâmpsia. Antes do parto, ficou internada em outro hospital, particular, durante dois dias, na tentativa de reverter o quadro, porém este só foi se agravando. O recém-nascido é um menino. Eu tinha combinado com ela, dois dias depois do primeiro contato, para realizar a entrevista; estava na sala aguardando outra mãe que não tinha horário certo para conversarmos, quando Verônica entrou e disse que queria participar, pois ficou interessada na pesquisa. Muito comunicativa e simpática, demonstrando certa ansiedade. Quando eu estava explicando sobre o Termo de Consentimento, ela me disse que poderia ser divulgado o seu nome, mas mantive nome fictício no texto para todas. Na entrevista, Verônica falou de como tudo aconteceu tão repentinamente: a perda do líquido, a ida ao hospital e a constatação da elevação da pressão arterial, a internação, o parto. Em alguns momentos, considera-se culpada pela situação, por não ter repousado o suficiente na gravidez e não ter reconhecido em menos tempo a perda do líquido. Comenta como a médica que lhe acompanhou ajudou-a a se tranquilizar, realçando aspectos religiosos. Verônica tinha muito medo do parto, principalmente ao saber que seria uma cesárea. Estava confiante em relação ao filho, não pensou em perdê-lo, mas não imaginava que ele ficaria na UTIN. Não o escutou chorando ao nascer. Contou que não se “assustou” (sic) ao ver o bebê, ficou emocionada. Disse que se encontra muito feliz por ser mãe e em ver a reação do filho. Quando está com ele, conversa bastante, toca-o. Está tendo uma boa produção de leite materno e sente-se muito gratificada em poder alimentá-lo. Tem muita vontade de pegá-lo no colo e fica ansiosa quando vai para casa e tem que deixá-lo. O marido e a família a têm apoiado.

**Sabrina:** 23 anos, nasceu em uma cidade no interior do Estado de Rondônia e mora em outra, também no interior, desde os cinco anos de idade. Vive na zona rural. Tem o Ensino Médio completo e, antes de saber da gravidez, trabalhava como promotora de vendas em uma empresa de telefonia celular, pedindo demissão posteriormente. Atualmente, é do lar. É casada há três anos e o marido é um pequeno agropecuarista, sendo que a renda familiar é por volta de um salário mínimo e meio. É católica praticante. Estava por mais ou menos um ano tentando engravidar do primeiro filho e procurou ajuda médica para isso. Obteve êxito e, aos seis meses de gestação, teve uma infecção urinária, usou medicação e a infecção se repetiu após um mês, segundo ela, por não ter feito o exame e não saber se realmente estava curada. Com o agravamento da infecção, foi desencadeado o trabalho de parto na 28ª semana de gestação e encaminhada à capital pela falta de recursos em sua cidade. Foram seis dias de internação tentando segurar o bebê, um menino, até o parto normal. Ela e o bebê corriam risco

de morte, então ela e o marido aceitaram a indução do parto que a equipe médica assinalou. Contou como foi difícil saber desse risco, queria ter tido mais explicações da médica no primeiro momento em que soube, mas não houve diálogo por parte desta. Depois, com outros médicos, pôde conversar e ficar mais tranquila, mas sempre pensava na possibilidade dela ou o filho não sobreviver. Disse que se sentiu sozinha na internação por não poder haver acompanhante. Ficou calma na hora do parto, só achou que o filho não estaria totalmente formado, tendo as características de um feto, tranquilizando-se quando o viu rapidamente na sala de parto. Permaneceu alguns dias sem vontade de ver o filho, com medo do que poderia ouvir, mas percebeu que fica mais calma quando está com ele. Sente vontade de pegá-lo no colo; quando estão juntos, conversa com ele. Fala da ambivalência do ser mãe neste momento. Sabrina também se mostrou receptiva e comunicativa. Estava hospedada numa casa de apoio.

**Silvana:** 20 anos, primípara. Também nasceu no interior do Estado e mora em outra cidade no interior, na zona rural. É do lar, reside com o companheiro que é pequeno agropecuarista, em união estável há oito meses. Concluiu o Ensino Médio. A renda familiar é de dois salários mínimos. Denomina-se católica, mas vai à igreja da mãe, que é evangélica. A gravidez foi planejada. Sentiu dor uma semana antes do parto, foi ao hospital, onde recebeu medicação, e uma semana depois voltou a ter dores (não disse a causa), na 30ª semana gestacional. Ia ser transferida da sua cidade para o bebê nascer em outra mais próxima que tinha melhores recursos, mas não deu tempo, nascendo o bebê no caminho. Disse que a equipe que a acompanhava esclareceu sobre o que estava acontecendo, ela achou que fosse perdê-lo e chorou quando o viu, ficou com “dó” (sic). Ele ficou um dia nesta cidade para a qual estavam sendo levados e foi transferido depois à capital. Ela chegou dois dias depois, um dia antes da entrevista, e falou sobre a dificuldade de adaptação, emocionando-se. Também relatou como foi difícil ver outras mães com seus bebês e ela sem. Tem dificuldade em ver o filho, quer vê-lo quando se considerar mais calma para isso, mas, no primeiro contato que teve com ele, que foi no dia da entrevista, tocou-o, tendo receio de ficar abrindo a incubadora e isso prejudicá-lo. Chorou ao vê-lo na UTIN, não conseguiu entrar assim que chegou, no dia anterior à entrevista, devido às limitações de horário da instituição. Comentou que é “gostoso” (sic) ser mãe, mas ser mãe de prematuro é “ruim” (sic), pois não sabe o que acontecerá. Fica “uma parte feliz e uma parte triste” (sic), pois queria que o filho estivesse com ela, porém só em saber que está na UTIN, vivo, é bom. Não gosta de ficar conversando, pensando muito sobre a vivência atual. Falou que às vezes parece que isso não está acontecendo com ela. Foi-lhe

instruído a retirar leite para o filho, mas disse que não está tendo produção. Estava em uma casa de apoio. O bebê foi a óbito três dias depois que conversamos.

**Tatiana:** 19 anos, nascida e residente na capital, vivendo com a mãe, tia, tio, primos e irmãos (não perguntei quantos). Disse que a relação com o pai dos bebês foi uma “aventura” (sic). Sabe que ele está em outro Estado na região Norte, mas não tem contato. Teve gêmeos, um do sexo feminino e outro masculino. Ela possui o Ensino Fundamental Incompleto, parando no oitavo ano (antiga sétima série). Relatou que a gravidez foi um “escândalo” (sic) para a família, principalmente para a sua mãe, pelo fato desta estar desempregada e por também ter sido mãe solteira, falando para a filha que ela sabia como é difícil ser criada sem um pai. Com o tempo, foi aceitando a gravidez da filha. Tatiana sempre quis ter filho, mas não neste momento, e quando pensava no assunto imaginava que seriam gêmeos. O parto foi desencadeado na 35ª semana de gestação a partir de um sangramento repentino, foi levada ao hospital e logo nasceram os bebês por meio de uma cesariana. Chorou durante a entrevista. Disse que nunca imaginou que a vivência atual pudesse acontecer. Ficou muito emocionada na hora em que viu os filhos, o que foi rápido. Comentou que passou “raiva” (sic) ao ver a filha na UTIN, o menino já havia sido transferido no dia da entrevista, e como é “triste” (sic) não poder pegá-los ainda no colo, por isso ainda não se considera plenamente mãe. Tem receio de ficar tocando neles, mas faz um pouco de carinho no menino, que já saiu da UTIN, e gosta quando ele pega no seu dedo e não quer soltar. Expressou a dificuldade de voltar para casa e todos ficarem perguntando. Mostrou-se esperançosa com a recuperação dos filhos e falou que muitas pessoas não acreditavam que eles fossem sobreviver. Em relação à religião, disse ser católica praticante.

**Adelaide:** 25 anos, primípara. Nascida e residente no interior do Estado, mora com o companheiro há dois anos, o qual trabalha em um sítio. Ela é doméstica, a renda familiar constitui-se de aproximadamente dois salários mínimos. Desde a união, vinham planejando ter filhos, mas ela não engravidava, então procurou ajuda médica e conseguiu em seguida. Adelaide possui o Ensino Fundamental Incompleto, tendo estudado até o sétimo ano (antes sexta série). É católica. Durante a gravidez teve uma infecção urinária, ficando quatro dias internada. Após a internação, diminuiu o ritmo de trabalho e a sua empregadora lhe concedeu férias. Começou a sentir dores em casa; acha que foi devido a uma pescaria do fim de semana anterior, pelo esforço, pois, desde que chegou do passeio percebeu-se inchada. Este inchaço e as dores foram aumentando e, ao procurar o hospital, já estava em trabalho de parto. Sua

gravidez estava com 35 semanas. O parto foi cesáreo em decorrência da postura do bebê, um menino, que estava sentado. Escutou-o chorando, reconhecendo que estava bem. No mesmo dia o bebê foi transferido para uma cidade maior no interior e em seguida à capital, porque não havia vaga naquele hospital. Ela ficou em sua cidade para se recuperar da cirurgia e dois depois veio para acompanhar a internação do filho. Disse que chorava toda vez que ia vê-lo, somente agora conseguindo se controlar. Achou o filho “pequeninho” (sic). Relatou que é um presente ser mãe, que tem que ficar feliz, pois pelo menos o seu filho está vivo, comparando com outra mãe da UTIN, cujo bebê foi a óbito. Tem sido bom agora, ela falou, porque já pode tocar no filho. Contou da reação dele: o abrir e fechar os olhos, as risadinhas, o choro por ficar nervoso com os aparelhos (tentando tirá-los) e a calma, levando-o a dormir. O seu bebê já estava sendo alimentado pela sonda e ela disse estar tendo uma boa produção de leite materno. Mostrou-se estável emocionalmente.

**Nadira:** 29 anos. Nascida no interior do Estado de Goiás e residente no interior de Rondônia há 13 anos, veio com os pais. Atualmente mora sozinha, é doméstica e recebe menos de um salário mínimo. Concluiu o Ensino Médio. Diz que é católica praticante. O pai do bebê – o recém-nascido é uma menina – era seu namorado e romperam a relação antes de ela saber da gravidez. Ele tem ajudado financeiramente, mas ela parece sentir falta do aspecto emocional, disse que desde que a filha nasceu ele não entrou em contato e sabe que foi prematura. Desde o desdobramento deste assunto ela começou a chorar bastante, interrompi a entrevista por duas vezes para fazer um breve apoio. Tínhamos combinado o momento de nos encontrarmos para realizar a entrevista, mas, após a visita à filha, voltou para a casa de apoio que se localizava no hospital,<sup>52</sup> na qual estava hospedada. Fui até a casa para saber o que tinha ocorrido; ela me acompanhou e se mostrou fragilizada no caminho, conversamos um pouco neste trajeto até a sala onde ocorreria a entrevista. Parecia que estava “prendendo” o choro e na entrevista conseguiu expressá-lo. Na entrevista, disse que sua bebê foi dada como morta ao nascer, melhorou e hoje teve recaída. Nadira confirmou a gravidez quando já estava com cinco meses, a partir de um exame sanguíneo – vinha fazendo exames laboratoriais de urina que davam negativo, mas ela sentia que estava grávida. Mesmo com o resultado e pelos seus sentimentos, não acreditou; só quando fez a ultrassonografia. Percebeu que vinha tendo inchaços no corpo, mas os médicos diziam que era normal. Também teve sangramentos durante a gestação, ficando internada por uma noite todo mês. Dessa vez, na 29ª semana

---

<sup>52</sup> Em 2010 a casa de apoio que se localizava dentro do hospital foi fechada. Atualmente as mães que acompanham seus filhos no Berçário e são de outras localidades ficam em casas de apoio existentes na cidade.



gestacional, o sangramento foi mais intenso, ficou internada durante seis horas e a filha nasceu por cesariana. Disse que sentiu um “choque” (sic) ao saber que a filha nasceria prematura, pois, segundo ela, os médicos nunca colocaram essa possibilidade. Ela permaneceu dois dias na sua cidade, e o bebê foi transferido logo após o parto à capital, sendo acompanhado pela irmã de Nadira. Relatou que foi um “pouco difícil” (sic) ao saber que a filha viria para a UTIN. Pela primeira experiência como mãe, falou que está sendo difícil, pois, como mãe de prematuro, sempre fica sabendo de alguma coisa referente ao quadro da filha toda vez que entra na UTIN, quadro este que tem oscilado. Na primeira vez que a viu, sentiu-se bem porque a médica passou-lhe boas notícias. Contou que é uma sensação muito boa estar com a filha; perto dela, só fica querendo tocá-la e pegá-la no colo. Demorei com ela na sala após a entrevista, até estabilizar-se um pouco mais. Chorou intensamente.

**Luciana:** 29 anos. Nascida e residente no interior do Estado, mora na zona rural. É do lar, vive em união estável há sete anos e o companheiro trabalha em sítio, sendo a renda familiar em média de um salário mínimo. Ela possui o Ensino Fundamental incompleto, cursou até o sétimo ano. É católica praticante. Essa é a sua segunda gravidez. Na primeira, há três anos, ocorreu abortamento espontâneo com três meses de gestação. Falar sobre este assunto mobilizou-a, vindo a chorar, e então interrompi a entrevista para lhe fazer um breve apoio. Luciana soube da gravidez desde o início desta, ela e o companheiro estavam esperando. Ela teve aumento da pressão arterial repentinamente entre 32 a 36 semanas gestacionais (estava esta margem de dúvida da semana exata no prontuário da recém-nascida – é uma menina). Pelo aumento da pressão, ficou internada na sua cidade e depois a transferiram a outra cidade do interior e posteriormente à capital. Quando chegou, ficou ainda dois dias internada; como o quadro não se alterava, foi submetida a uma cesárea. Disse que teve medo quando anunciaram que o parto deveria já ser realizado. Não viu a filha na sala de parto, mas escutou o seu choro, “fraquinho” (sic). Saber que ela ficaria na UTIN deu-lhe medo. Relatou que é bom ser mãe, mas ser mãe de prematuro é difícil. Manifestou que a cada dia fica mais feliz com a boa recuperação da filha, e que quando está com ela, conversa, sendo muito bom quando estão juntas. Emocionou-se muito em outros momentos da entrevista, também sendo necessário o suporte emocional. Ela estava hospedada na casa de apoio que existia no hospital.

**Flávia:** 22 anos. Nascida e residente na capital, morando em alguns momentos no interior no Estado. Trabalha como cozinheira no garimpo de ouro. Possui o Ensino Fundamental incompleto, estudando até o oitavo ano. É católica praticante. Vive com companheiro há sete

anos. Ele é soldador, sua renda é por volta de dois salários, enquanto a dela não é muito certa, pois não é sempre que fica no garimpo por causa dos outros filhos. É o quarto filho, sendo que tem uma menina de seis anos, um menino de três e uma menina de dois anos. Suas gravidezes foram planejadas, com exceção dessa última. Diz que foi um “descuido” (sic), já que no garimpo não há farmácia e não tinha quem enviasse o anticoncepcional a ela, deixando de usá-lo. Ela fica de 40 a 60 dias no trabalho e depois passa três meses em casa. Soube da gravidez logo no início. Deixou de ir ao garimpo para poder fazer o pré-natal e conseguir a documentação para laqueadura das trompas. Numa destas consultas do pré-natal, com 30 semanas de gestação, sua pressão arterial foi constatada como alta, e a médica da unidade de saúde a encaminhou para o hospital onde foi realizada esta pesquisa. Ao chegar nele, a pressão continuava a subir cada vez mais, e ela ficou dois dias internada para tentarem estabilizar. Na manhã na qual nasceu o seu filho, no segundo dia de internação, ela avisou a uma técnica de enfermagem que não sentia mais o bebê se mexer como antes, estava com poucos movimentos. A médica pediu uma ultrassonografia e foi constatado que ele estava com dificuldades de respirar e, nisso, foi direto à sala de cirurgia. Foi sua quarta cesariana e também realizou a laqueadura. Contou que não se “abalou” (sic) muito quando lhe avisaram que deveria realizar naquele momento a cirurgia, pois essa possibilidade já tinha sido explicada. Não viu o filho quando nasceu, pela pressa dos procedimentos que realizam no recém-nascido, e disse que foi muito “ruim” (sic) saber que ele iria para a UTIN, por já ter acompanhado o sofrimento de um familiar que teve filho prematuro. Considera que não tem como não sofrer, já que vai para casa e tem que deixar o filho no hospital. Não conseguiu ver o filho na UTIN em seguida, por causa da cirurgia, e ninguém lhe dava notícias do estado dele quando estava na maternidade, o que achou “muito ruim” (sic). Disse que ser mãe é a maior responsabilidade atualmente, que é bom ser mãe, mas dá muito trabalho. Quanto a ser mãe de prematuro, falou que está sendo difícil, pois não tem “noção de nada” (sic). Não aguenta ficar muito tempo dentro da UTIN, pois é “muito triste” (sic); só o olhou um pouco e saiu, sentindo-se mal pelo aumento da pressão arterial. A família vem lhe dando apoio. Chorou durante a entrevista principalmente ao contar a dificuldade de conciliar a rotina do hospital com o cuidado dos outros filhos, principalmente com a filha mais nova que, pela idade, não consegue compreender, ficando doente pela ausência da mãe que nunca tinha se afastado dela, pois a levava ao garimpo, inclusive. Ela pergunta onde está o bebê, já que não o vê na barriga da mãe e nem em casa. Flávia mostrou-se muito comunicativa e aberta em compartilhar a sua vivência.

**Marina:** 19 anos. Nascida e residente na capital. Mora com os pais e mais três irmãos, todos trabalham, menos ela que é estudante do segundo ano do Ensino Médio. Não soube informar a renda familiar. Disse que vai continuar estudando, estava de férias quando o filho nasceu. É primípara. A gravidez não foi planejada. Está namorando há 11 meses, o pai do bebê e a família aceitaram bem, segundo ela. Contou que sempre quis ter filho. Começou a fazer o pré-natal a partir dos quatro meses, quando soube da gestação. Teve anemia, e associa o fato de ter esta deficiência a comer abacaxi e melancia juntos, tendo como consequência as dores e o sangramento, que aconteceu agora por volta da 30ª semana gestacional (havia esta margem de dúvida no prontuário). Assim que chegou ao hospital, foi realizado parto normal. Disse que gostaria que tivesse nascido aos nove meses, mas que considera bom porque ao menos nasceu bem. Viu quando o filho nasceu, ficando muito emocionada por ver um bebê que é dela, mas ficou triste ao levarem para a UTIN, por não poder ficar com ele, ainda mais sabendo que ele irá ficar “bastante tempo” (sic) no hospital. Em relação a ser mãe, disse que não tem como explicar, mas que está sendo “muito bom” (sic); está feliz, mesmo ele não tendo nascido aos nove meses. Não pôde ver o filho em seguida na UTIN, pois perdeu o horário da visita. No entanto, quando o viu pela primeira vez neste setor, ficou feliz, mas disse que gostaria de ficar mais tempo com ele, não sendo possível pelos horários institucionais. Quando estão juntos, conversa, conta a ele sobre a família, toca-o, e ele fica se mexendo. Comentou que não tem nem como explicar esse contato. É evangélica praticante. Parecia estável emocionalmente.

**Odailza:** 25 anos. Nascida no interior do Estado e residente atualmente em outra cidade do interior, na zona rural. É monitora de ensino em escola da prefeitura e está cursando o segundo ano do curso de pedagogia. Vive com companheiro desde que soube da gravidez, há aproximadamente quatro meses. Querem se casar, mas quando ela terminar a faculdade. Ele é pedreiro e carpinteiro e cada um recebe um salário mínimo. É primípara de dois meninos, falou que, quando pensava em ficar grávida, desejava ter gêmeos. Ela sabia que havia o risco dos bebês nascerem antes dos nove meses devido à gemelidade (não são univitelinos, ou seja, não são da mesma placenta), e foi indicado repouso após os seis meses de gestação. Estava com 29 semanas gestacionais e após uma consulta do pré-natal, voltou de moto para casa com o marido dirigindo e depois começou a sentir dores. Procurou o hospital na manhã do dia seguinte, quando lhe foi passada medicação, mas não sentiu melhoras e teve sangramento, e diante disso retornou ao hospital. Ao consultarem-na, já estava em trabalho de parto avançado, sendo realizada uma cesárea. Disse que se “desesperou” (sic), pois não havia avisado ninguém que estava no hospital e também não levado nada, como roupas para os

filhos. Rezou para se tranquilizar. Escutou o choro dos bebês ao nascerem. A médica comunicou que se tivesse demorado um pouco mais, ela ou os bebês teriam morrido. Os bebês foram transferidos imediatamente para a capital e ela foi um dia depois. Chorou ao falar do medo *versus* confiança que lhe perpassa quanto ao estado dos filhos, e da dificuldade de vê-los com os aparelhos. Ficou em “choque” (sic) na primeira vez que os viu, ainda mais porque um deles estava fazendo fototerapia e ela não sabia o que era, achando que fosse algo que tivesse acontecido no rosto dele. Sobre ser mãe, disse que é “muito bom” (sic), principalmente ao saber que dentro dela havia duas vidas. Quanto a ser mãe de prematuros, falou que não sabe nem explicar, tem ciência que são muito delicados, sensíveis. Ao primeiro contato com os filhos na UTIN, não teve “coragem” (sic) de tocá-los, agora que está conversando, tocando e fica alegre vendo a reação deles ao contato. Estava hospedada na casa de apoio do hospital. É católica praticante.

Todos os bebês já tinham nome, com exceção dos filhos de Odailza, pois ela e o marido não tinham chegado numa opinião comum.

A idade das puérperas variou entre 19 a 29 anos, a escolaridade de quatro delas corresponde ao ensino médio completo (a que está cursando o ensino superior foi enquadrada neste item), quatro ao ensino fundamental incompleto e duas ao ensino médio incompleto. A renda familiar está entre dois salários mínimos a menos de um salário, sendo que quatro delas contribuem na renda familiar, exercendo atividade remunerada; quatro são do lar; uma vive somente da sua renda - por morar sozinha- e uma é estudante.

A maioria delas, sete entre as dez, vive em união com o companheiro. Todas, com exceção de Flávia, são primíparas.

Para se ter uma visão geral do perfil das colaboradoras, elaborei esta tabela abaixo configurada com alguns dos seus dados pessoais:

<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Idade Gestacional</b>	<b>Sexo RN<sup>53</sup></b>	<b>Tempo de Internação RN<sup>54</sup></b>
Verônica	22	Ensino Médio incompleto	Vendedora	26 semanas	Masculino	07 dias
Sabrina	23	Ensino Médio	Do lar	28 semanas	Masculino	05 dias
Silvana	20	Ensino Médio	Do lar	30 semanas	Masculino	03 dias

<sup>53</sup> Sigla para Recém-Nascido.

<sup>54</sup> Tempo de internação no dia da entrevista.

Tatiana	19	Ensino Fundamental Incompleto	Do lar	35 semanas	Masculino e Feminino (gemelares)	05 dias
Adelaide	25	Ensino Fundamental Incompleto	Doméstica	35 semanas	Masculino	10 dias
Nadira	29	Ensino Médio	Doméstica	29 semanas	Feminino	06 dias
Flávia	22	Ensino Fundamental Incompleto	Cozinheira	30 semanas	Masculino	04 dias
Luciana	29	Ensino Fundamental Incompleto	Do lar	32/36 semanas (margem dúvida no prontuário)	Feminino	02 dias
Marina	19	Ensino Médio incompleto	Estudante	Por volta 30 semanas	Masculino	03 dias
Odailza	25	Ensino Superior Incompleto (Pedagogia)	Monitora de ensino	29 semanas	Masculinos (gemelares)	03 dias

Tabela 1 – Dados gerais das colaboradoras.

### 5.1.2. No grupo

Conforme explicado no capítulo 4, quatro mulheres participaram do grupo focal, que foram: Sabrina, Nadira, Flávia e Odailza. Os motivos das seis que não estiveram no grupo foram expostos no capítulo mencionado, os quais retomo aqui, associando-os a cada colaboradora: Verônica não participou do grupo focal porque tinha compromissos familiares na mesma data; Silvana, porque seu bebê tinha ido a óbito; Tatiana, Adelaide e Luciana porque seus bebês tinham sido transferidos da UTIN pela melhora do quadro e Marina não compareceu, não se justificando pela ausência.

Irei descrever o processo do grupo e os temas trazidos, associando aquele com algumas reflexões teóricas. Trata-se da discussão do **processo** e não do que foi discutido pelas colaboradoras, que se encontra nas categorias a serem tratadas posteriormente.

De acordo com as etapas mencionadas por Debus (1988), fiz a abertura apresentando-me novamente, já que era o segundo contato com elas; também apresentei a observadora e expliquei os objetivos do grupo. Em seguida, na etapa da preparação, pedi para que elas dissessem os seus nomes para seguir com a etapa do debate. Não foi seguida a ordem do

temário. Após elas se apresentarem, contextualizei um pouco a situação de que estão com os bebês na UTIN, perguntando logo após como estava sendo essa experiência. Comentaram que está sendo difícil, pois não podem pegar os filhos e há momentos que gostariam de saber mais sobre o estado deles, mas não há nenhum médico disponível para lhes explicar. Flávia, que tem outros filhos, falou que é “dureza” (sic) os outros filhos ficarem perguntando sobre o bebê. Nesse momento, Nadira e Odailza já estavam chorosas, perguntei se queriam comentar alguma coisa, mas não se pronunciaram.

Sobre a influência dessa experiência atual no que pensam sobre a maternidade, falaram que muda o que pensam, pois nunca imaginaram que o bebê nasceria antes dos nove meses. Flávia, que já tem outros filhos, disse que “mudar não mudou” (sic), mas a diferença é que agora não pode levar o filho e tem que ficar indo todo dia ao hospital, não tendo hora para receber o boletim médico, expressando sua raiva pela situação.

Em relação ao ser mãe nesse contexto, falaram da dificuldade da rotina de ir ao hospital, da variação do quadro e da produção do leite materno, que nem sempre é o suficiente.

Expressaram que não sabem nem como explicar sobre como é estar com o bebê internado, só que é difícil, que não sabem como cuidarão ou se precisarão de um cuidado especial para com esse bebê. Nadira e Odailza permaneciam quietas, mobilizadas e, em alguns momentos, chorosas. Dirigi-me a elas, procurando trazê-las para o debate, mas novamente não quiseram falar.

A maior dificuldade que levantaram quanto à vivência atual é não saber como será o dia seguinte, isto é, a respeito da incerteza do quadro dos filhos, e também não poder pegá-los nos braços; isso se acentua principalmente quando veem outras mães com seus bebês. Perguntei à Nadira, ela respondeu que não sabe nem como explicar, “é muito difícil” (sic).

Indaguei, então, sobre o retorno da entrevista. Falaram que foi um momento bom para “desabar” (sic), “sair mais aliviada” (sic). Flávia comentou que achou mais difícil falar na entrevista, considerando o grupo ser mais fácil de se expor. Já Sabrina disse que se expressou “até demais” (sic). Nadira achou que cada vez é mais difícil falar, narrando chorosa. Odailza não quis explicar. Perguntei ao grupo se teve algum momento mais difícil de ser falado, e disseram que não, que o difícil é começar, depois “você fica animada” (sic).

Propus, então, a atividade expressiva. Instruí que expressassem no papel, que resumissem em uma imagem, fazendo da forma como quisessem, **“o que é ser mãe?”**. Estavam disponíveis lápis de cor e giz de cera colorido, lápis preto, borracha, papel sulfite A4. A atividade levou aproximadamente dez minutos, até todas acabarem. Ao terminarem,

perguntei se queriam compartilhar uma com a outra o que fizeram. Ficaram em silêncio, compenetradas. Respeitei, então, esse momento delas com a sua criação. Ammann (2004) menciona que a verbalização lógica ou interpretativa das imagens representacionais não é necessária, principalmente quando deve atuar sobre as camadas primordiais e elementares da existência humana, situação que pode ter sido desencadeada pela atividade. A própria atividade expressiva tem o caráter não-verbal, como Freitas (1995, p.153) esclarece:

qualquer atividade expressiva não-verbal tem este potencial “ecóico”, na medida em que pode nos ajudar a selecionar as palavras precisas, pondo em foco, enfatizando e fazendo-nos tomar consciência do que estamos desejando expressar num dado contexto. A linguagem verbal, desde que não fique fixada no modelo de Hera, também tem, e talvez com mais propriedade, esta qualidade. Mas às vezes ocorre que ainda não encontramos sequer palavras aproximativas para iniciar a série associativa, a busca selecionadora da palavra precisa – nesse momento, expressões não verbais podem auxiliar, e muito.

Em seguida, quis saber o que acharam do grupo. Consideraram que ajudou, que é mais fácil conversar nesse tipo de espaço, ao invés da família, por exemplo, que muitas vezes não entende o que estão passando. Também comentaram sobre a atividade expressiva, que ter passado para o papel tudo aquilo que estão sentindo é uma maneira para “desabafar” (sic), o que acalma.

Inquiri se havia algo que, embora não perguntado, gostariam de dizer, de pedir alguma explicação ou algo que gostariam de ouvir. Elas colocaram que a única coisa que gostariam de ouvir é que podem levar o bebê para casa, que no dia que isso ocorrer vai ser uma grande alegria.

Sobre o apoio da família, disseram que o recebem, é bom conversar com os seus membros. Porém, nem sempre elas estão disponíveis e há dias que não querem falar. Neste ponto, entraram na discussão de que é bom verem que não estão sozinhas, e da força que buscam a cada dia para enfrentarem esse momento e assim poderem estar bem para ajudar seus bebês.

Fui dando o encerramento do grupo, falando da importância da contribuição de cada uma, retomando o que a pesquisa objetiva e como podem entrar em contato comigo, com minha orientadora ou com o Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Das quatro colaboradoras que participaram, duas ficaram muito mobilizadas, expressando-se pelo choro durante todo o acontecer do trabalho grupal, que foram a Nadira e a Odailza. Nadira pronunciou-se somente em alguns momentos, em que me dirigia especificamente a ela, perguntando se gostaria de comentar algo mais sobre o tema abordado.

Odailza mesmo quando me direcionava a ela, não quis falar. Flávia e Sabrina estavam bastante comunicativas e dispostas a compartilhar a sua vivência, assim como foram na entrevista.

Quase não houve verbalização de Nadira e Odailza; no entanto, fizeram a atividade expressiva, sendo uma forma de comunicação, assim como o choro e o silêncio. Nadira também teve, durante a entrevista, essa intensa reação de mobilização, mas isso para ela parece que não foi fator impeditivo para continuar na pesquisa, pois depois compareceu ao grupo. Nas entrevistas, quase todas em algum momento expressaram-se pelo choro. Na apresentação do Termo de Consentimento, foi colocado que se não quisessem mais continuar, não se sentissem confortáveis com a pesquisa, podiam a qualquer momento interromper a sua participação. Todas essas situações foram comunicadas à psicóloga responsável pelos atendimentos do Berçário, conforme foi expresso no projeto para o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Mesmo utilizando da técnica dos grupos focais como instrumento de pesquisa, o grupo teve seu aspecto vivencial, como corrobora Freitas (2005a, p.04): “o trabalho em grupo permite inúmeras possibilidades, dependendo do objetivo proposto e do que se constele no campo interacional.”. Sobre este campo interacional, para proporcioná-lo e mantê-lo, a autora descreve a importância de se constelar um clima emocional, um espaço de acolhimento, e traz a imagem da deusa grega Héstia.<sup>55</sup> Ela é a deusa que fica em torno do fogo, da lareira doméstica, trazendo calor, aconchego, acolhimento, repouso, intimidade. Héstia não tem imagem, sendo apenas representada por um círculo ou uma chama crepitante. Esse espaço circular, centralizado, que é trazido pela imagem da deusa e que se procura no grupo, é de onde se irradiam luz e calor, dando continência ao que surge no grupo (FREITAS, 2005b). É oportuno assinalar que na técnica dos grupos focais é enfatizada a importância de dispor os assentos em círculo (RESSEL; GUALDA; GONZALEZ, 2002; IERVOLINO; PELICIONE, 2001). A disposição do grupo em círculo é mostrada por Zinkin (1998) como a criação de atmosfera de ritual e cerimônia, assim como era nas histórias do Graal. E desta forma o grupo se configurou.

Sobre a atividade expressiva, todas as colaboradoras fizeram um texto e duas – Sabrina e Odailza - trouxeram junto com o texto um desenho. Segundo a observadora, elas ficaram olhando a participante que já tinha mais experiência com a maternidade, a Flávia (é o

---

<sup>55</sup> Filha primogênita de Cronos e Réia, Héstia pertence à segunda geração divina. Primeira dos cinco filhos a serem engolidos por Cronos, quando este sentiu seu trono ameaçado, e a última a ser vomitada (DEMATRAKOPOULOS, 1987).



quarto filho) começar a fazer. Como essa iniciou com o texto, elas a seguiram. Também trago a possibilidade de explicar o ocorrido devido ao fato de a escrita ser o modelo mais comum de expressão na nossa sociedade. É o modelo preponderante, por exemplo, no meio escolar: para mostrar uma experiência, fato, o professor pede que se escreva sobre o assunto, contribuindo assim para uma formação que enfatiza a escrita. Em relação à ênfase nos processos diretivos, mais ligados à racionalidade, Ammann (2004, p.60-1) explica que:

[...] a civilização requer uma consciência duradoura, homogênea orientada para um objetivo que se contrapõe com certa força e determinação às circunstâncias que eventualmente não são pertinentes ou que representam influências do inconsciente que ameaçam a personalidade. Não é à toa que, por muito tempo o hemisfério esquerdo, ligado ao pensamento lógico e objetivo, era visto como dominante e mais valorizado. O mundo das representações imagéticas, o hemisfério direito, associado à emotividade, está próximo do inconsciente, é mais irracional e, portanto, não desejado por determinados processos civilizatórios. [...] crianças são perturbadas na sua auto-regulação, primeiramente pela atenção crítica e vontade objetiva dos seus pais, e pelos seus conteúdos psíquicos não vividos e, por causa disso, inconscientes. Mais tarde somam-se as influências da escola que, pela sua função de aculturar a criança, deve estimular o direcionamento da consciência; às vezes, porém, exige demais.

## **5.2. *Circum-ambulando*: as categorias e a discussão dos resultados**

Olhando as falas dessas mulheres a partir de categorias – que é a forma como foram analisados os dados, conforme exposto anteriormente – podemos apreender as leituras que se seguem. A análise ocorreu verificando as categorias de acordo com os objetivos: a experiência do parto, situação de UTIN, significado do ‘ser mãe’ e a relação com o bebê; assim, são quatro eixos temáticos e em cada um deles as categorias levantadas. A análise das entrevistas e do grupo focal foi realizada levando-se em conta os objetivos, não havendo separação entre os dois tipos de instrumentos. Quando a fala for decorrente do grupo, será assinalado. Em cada trecho destacado consta a autora do discurso. Decidimos manter os nomes fictícios junto às falas para que contemplassem também a singularidade das colaboradoras, no encontro único que foi mencionado no capítulo 4. Optamos por realizar a discussão dos resultados juntamente com a análise.

### 5.2.1. O parto

#### a) O inesperado

O parto prematuro em si traz o inesperado, como designado pelo significado do verbete **prematuro** no dicionário Aurélio: “que amadureceu ou se manifesta ou sucede antes do tempo” (FERREIRA, 1993, p.438). Psicologicamente, ainda não há o preparo da mulher para se deparar com a nova vida que chega:

*Eu estava fazendo pré-natal, tudo direitinho, daí a minha pressão subiu e teve que tirá-lo às pressas porque ele já estava agitado dentro da minha barriga [...]foi tudo assim, corrido, às pressas tiraram ele de dentro de mim.,– Verônica*

*[...] o doutor foi, fez o toque, eu já estava com quase quatro centímetros de dilatação, só que minha dor não tinha passado, mas minha bolsa tinha estourado. Aí eles falaram para esperar e no outro dia eles foram tirar ultrassom e viram que não tinha mais líquido nenhum. [...] Aí nós dois (ela e o marido) concordamos em induzir o parto, então eles me deram o remédio, só que como ele tava com quatro centímetros de dilatação, foi rapidinho, acho que menos de uma hora o nenê já nasceu depois que deu o remédio, foi rapidinho. - Sabrina*

*[...] Cheguei lá (hospital), o médico estava fazendo cirurgia, depois foi comigo e falou: “olha, seu nenê está quase nascendo”. Ele estava sentando, estava aqui (apontando para o local na barriga), eu estava com um barrigão assim, duro, ele mexia muito. Vinha bem aqui assim, mexia bastante, toda hora mexia. Aí o médico passou soro logo para mim, já me levou na sala e rapidinho nasceu. [...]. Aí quando deu, nasceu rapidinho. – Adelaide*

*[...] a minha pressão subiu, aí fiquei internada em outras duas cidades antes de vir para cá. Aí ao chegar, dois dias depois como a pressão não abaixava, fizeram cirurgia às pressas para tirar (a filha). (Relata bastante chorosa). - Luciana*

*[...] quando cheguei aqui minha pressão começou a subir, subir, não parou mais e aí tiveram que tirar o nenê porque estava dando já pré-eclâmpsia em mim. Aí tiveram que tirá-lo. [...] foi tirado às pressas. – Flávia*

*[...] quando sentiram assim, quando já estava passando, aí me levaram lá para o quarto já para ter. Eu senti ele vazando um pouco assim de mim, porque não dava para sair. E aí foi rapidinho. – Marina*

*(Estava sentindo dores) Tomei o remédio, na esperança que o remédio ia melhorar e nada. Tomei banho e fui ao hospital. Aí cheguei lá, imaginei: vou ao hospital, chegando lá vou tomar uma injeção e aí vai passar essa dor. [...] aí esperei a doutora chegar: oito centímetros de dilatação, ela falou: “ai, meu Deus, vamos logo para a sala porque seu bebê está nascendo já”. Aí eu me desesperei. Eu sozinha no hospital, ninguém sabia que eu tinha ido. Eu deixei um bilhete para o meu marido que eu tinha ido ao hospital porque ele estava*

*no sítio e não tinha como eu me comunicar com ele. Não tinha levado roupa para o bebê, nada. Seis meses, achei que não estava na hora de nascer ainda não. Mas as meninas perguntavam: “você acha que vai mesmo ganhar?”. “Acho que não”, respondia. Ai a doutora: “como vamos fazer seu parto?” Então eu falei: “doutora, são dois”. “Nossa mãe! São dois, então é cesárea, vamos logo para o quarto”. Ai eu fui. “Mas são dois de seis meses”, eu falei. “Menina, pelo amor de Deus, não fala isso não! Ai vamos ver depois o que podemos fazer”. Ela levou-me para a mesa rapidinho. – Odailza*

Por não estarem esperando a chegada do filho, assinalam a organização dos pertences do bebê, que não haviam ainda preparado como queriam:

*[...] que nem o quarto, nem decorei o quartinho dele ainda, porque não deu tempo. – Verônica*

*E eu nem estava esperando, nem tinha comprado, só tinha comprado o berço, e só; um pouquinho só de roupa, que ela (a patroa) tinha dado um monte de roupa para mim também, que tinha comprado. Ai de repente, assim. - Adelaide*

Waiblinger (1997) discorre que a mulher, ao saber que está grávida, procura fazer trabalhos manuais, como crochê, tricô ou costurar peças de roupa para o bebê, dada a força arquetípica do materno. Mesmo que a mulher não saiba fazer ou não tenha habilidade para o trabalho manual, esse argumento de Waiblinger mostra a sensibilização que se pode ter com a chegada do filho, a deixar pronto o espaço para ele, a cuidar “do ninho” que o receberá, não necessariamente através do artesanato. Para Matlhelin (1999), organizar o enxoval fabrica a imagem do corpo do bebê na cabeça da mãe. Preparar seu espaço permite com que conceba uma representação de seu filho, momento de preparação que, no parto prematuro, só se dá após o nascimento do bebê, já conhecendo o corpo real. Esse tempo da arrumação do “ninho” e da simbolização da imagem do filho de certa forma é rompido com a chegada inesperada do bebê.

Diante do impacto do evento, fala-se sobre não conseguir entender na hora o que realmente está acontecendo, parecendo que o a parto é a termo, vindo depois a compreensão:

*[...] na hora (parto) eu fiquei tão calma que parece assim, que meu bebê tinha nascido normal, de nove meses. Na hora assim, quando passa, no outro dia assim, parece que caiu a ficha direitinho. – Sabrina*

E que nunca imaginavam que isso poderia acontecer:

*[...] às vezes não parece que aconteceu isso comigo (emocionada) – Silvana*

*[...] foi uma coisa que eu jamais pensei que fosse acontecer. - Tatiana*

*[...] foi muito rápido, eu não esperava. – Adelaide*

*Eu senti um choque quando o médico veio falar: “meu Deus, não é verdade”. Porque eu ia aos médicos e eles nunca me falaram, assim, que ela poderia nascer prematura (chorosa). - Nadira*

Assim, essas mulheres não vivenciam o fechamento de um ciclo, os nove meses. Elas são tomadas pelo repentino, pela surpresa do que está acontecendo, a vinda inesperada do filho com o qual agora tem que lidar. O tempo *Khrónos* marca o fim dessa gestação, que foi antecipada, e o tempo *Kairós* agora as acompanhará de forma mais próxima. Destarte, é necessária a ativação do dinamismo matriarcal para melhor enfrentar essa situação, já que neste há a flexibilidade, o viver o presente; diferentemente do patriarcal, no qual se há o planejamento, o controle. Como estamos essencialmente numa cultura patriarcal (WHITMONT, 1991), viver essa dinâmica matriarcal é menos frequente.

## **b) A busca de explicação**

“O que aconteceu para eu ter tido meu filho prematuro?”. Essa indagação costuma estar de forma explícita ou implícita nos discursos dessas mulheres, e elas próprias encontram alguma resposta para isso, mesmo que não corresponda realmente com o sucedido. Cramer (*in* Klaus e Kennell, 1993), em um estudo que realizou, traz que as mães de prematuros, quando solicitadas a explicar a causa da prematuridade, expressavam uma variedade de interpretações irracionais. Como exposto no capítulo 1, o parto prematuro pode ter causas eletivas e espontâneas, sendo a causa desconhecida responsável pelo maior índice dos partos prematuros. A explicação decorre de algo pelo qual geralmente se responsabilizam:

*[...] por volta de meia-noite eu acordei, [...] e quando eu acordei e que eu olhei, minha cama estava ensopada, e eu não senti que tinha saído de dentro de mim. E depois pela madrugada, eu não sabia que era líquido, não me preocupei pelo fato de não ter sentido nenhuma dor e nem passou pela minha cabeça que poderia ter sido água do bebê, isso não me passou, não senti nenhuma dor, nada. Até hoje, não senti nenhuma dor.[...] eu não levei muita fé porque eu não tinha noção de que aquilo poderia ser a água que o bebê estava protegido, não passou isso pela minha cabeça. Isso às vezes eu fico, às vezes quando eu paro assim, às vezes me culpo um pouco, porque eu poderia ter... mas eu não sabia, se eu tivesse imaginado que poderia ser, acho que poderia ter sido mais útil. Eu tinha trabalhado e tinha sido muito cansativo, passei o dia todo trabalhando. [...] Eu perdi o líquido, tudo, mas não tive nenhuma dor. Só que, eu ainda quando penso acho que às vezes eu fui um pouco culpada pelo que aconteceu, porque eu não repousei nada, trabalhava muito, às vezes me estressava no trabalho, essas coisas, só eu não parava,*

*meu marido falava para que eu descansasse, mas eu não parava, até mesmo no hospital eu ficava agitada, não dormia.* - Verônica

*[...] eu estava com seis meses, mais ou menos, aí me deu uma dor assim do lado, então peguei e fui lá no posto de saúde. Quando cheguei lá eu estava com infecção urinária, [...] aí o doutor passou remédio para mim e pediu para que eu fizesse depois o exame, disse: “eu já vou adiantar, vou passar já os remédios porque eu já sei o que é, depois você só faz o exame para confirmar”. Aí eu tomei os remédios, sete dias certinho igual ele pediu. Só que como a gente é muito teimoso acha que sarou e que não precisa fazer o exame né, aí como eu estava me sentindo bem eu: “ah, já tomei os remédios mesmo”, aí não fiz o exame. – Sabrina*

*[...] eu fiquei internada durante uma semana com infecção urinária, tomei os remédios, tudinho. Já tinha melhorado. Eu estava trabalhando muito porque lá de onde moro até onde trabalho é meio longinho e eu estava indo a pé, estava andando de bicicleta, e então a enfermeira que estava me acompanhando falou assim: “você não pode andar de bicicleta mais, e parar de trabalhar um pouco senão é perigoso o bebê nascer fora de tempo”. Aí eu parei mais, passei quatro dias afastada, depois eu fui lá (no trabalho) só para ensinar outra mulher como é que fazia, já que ela estava entrando lá, não sabia de nada. Mas a dor não passava, fiquei quatro dias internada. Aí começou a dor nas costas, mas essa, se eu ficava muito tempo em pé doía, era duro; se eu ficava muito tempo sentada, doía. Então eu só ia para ajudar ela a limpar as coisas assim, eu nem estava limpando casa, nada, a mulher foi e deu férias para mim. Eu estava em casa quando aconteceu. [...] no domingo antes (do bebê nascer), a gente foi para o sítio, chegamos a pescar, andamos de moto, uma moto baixinha. A gente foi pescar, ficamos o dia todo, até a tarde. Eu gosto de pescar, aí fiquei pescando. Quando cheguei em casa, estavam as pernas e o pé começando a inchar. Aí ficou no domingo inchando, segunda, quando estava de tarde, inchava. Terça, até na quarta-feira estava inchando. Quando foi na quinta-feira, eu lavei roupa porque estavam um pouco suja, lavei roupa, limpei fogão, só passei uma vassoura na casa. [...]. - Adelaide*

*Eu estava sentindo muita dor assim, mas não tinha caído nem nada. Sentindo muita, muita dor mesmo, porque eu tenho anemia, e eu fui comer abacaxi e eu não sabia que não podia comer. Então eu fui comer abacaxi, fui comer melancia também. Aí no outro dia eu passei bastante mal. Começou a sangrar e tiveram que vir me trazer para o hospital. [...] Porque eu tenho anemia, aí não pode, a enfermeira disse que não pode comer abacaxi, ainda misturado, porque eu comi o abacaxi e ainda depois comi melancia. Ela disse que não podia, não podia fazer isso. – Marina*

Nestes discursos pode-se perceber que, na procura de uma explicação, de alguma forma as mães parecem se culpar pelo ocorrido. Badinter (1985), Jacoby (2007) e Stern (1997) refletem que o papel atribuído à mulher na cultura ocidental pós-industrial como responsável pelos cuidados dos filhos, faz com que se sintam culpadas por tudo o que se diz em relação a esse papel maternal, inclusive no próprio gerar a vida. Pensando em termos arquetípicos, podemos dizer que, neste momento em que a mulher se depara com o parto

premature, o complexo materno negativo, da Mãe Terrível, se ativa e ela se sente como a grande causadora do mal à vida do seu bebê.

Como já trazido no capítulo 1, Druon (1999) considera que a maior parte dos partos prematuros acontece em primíparas, dados os movimentos inconscientes advindos do fato de ser mãe; e Bartilotti (1997) explica que na primiparidade pode estar presente uma maior sensação de insegurança perante o ser mãe, podendo, por este sentimento, desencadear o parto prematuro. É interessante realçar, nesta pesquisa de mestrado, que oito das dez mulheres entrevistadas passavam pela primeira gestação; uma estava na segunda gravidez, mas já tinha tido um aborto espontâneo, e para a outra, era o quarto filho.

### c) Duas vidas em jogo

Como será mostrado nas falas abaixo, o parto teve que ser realizado para salvar a vida da díade mãe-bebê. Mesmo que o bebê seja tirado prematuramente, ele tem mais chances de viver fora do útero, na incubadora, do que no corpo da mãe:

*A médica chegou para mim e disse que tinha que tirar, ou era a minha vida ou era a dele, para ela, o bebê já estava morto. Só que eu escutava o coraçãozinho dele bater, escutava ele se mexer dentro de minha barriga, mas agitado, mas pelos médicos ele já estava..., quando tirei ele já, ele já estava morto, eu nunca vi isso acontecer. [...] podia ter nascido morto, porque estava muito novinho e no meu trabalho de parto ele podia não aguentar. – Sabrina – Verônica*

*O doutor pegou e falou comigo que, como eu tinha chance de ter normal, se eu e meu marido concordávamos em induzir o parto porque corria o risco do nenê morrer dentro de mim e colar no útero e daí eu pegar uma infecção, perder o útero e ainda perder, corria o risco de ainda perder a vida. [...] Foi um choque, porque um dia antes (do parto), a doutora foi no quarto e falou assim pra mim, explicou tudinho, falou que corria o risco do nenê morrer, e do jeito que ela falou comigo, eu falei assim: “mas eu corro risco?” Ela falou assim: “você corre”. E não explicou pra mim, aí eu fiquei achando assim: vou morrer. Aí eu entrei em choque, chega deu um frio assim, fiquei o dia todinho assim, me dava vontade de chorar, você fica assim que passada. Aí eu fiquei pensando: “meu Deus, será que eu vou morrer?” Não queria morrer, aí toda vez que entrava um doutor: “doutor, eu não queria morrer”. - Sabrina*

*(A médica) falou: “se você demorasse mais cinco minutos, você morria, você ou o seu bebê. O certo seria você ganhar em outra cidade, mas você já está ganhando, colocar você dentro de uma ambulância aqui agora não dá tempo de chegar lá, na estrada é pior. Vou ver o que posso fazer com os bebês”. – Odailza*

Nessa circunstância, a mulher pode se ver como a “portadora de morte” (MATHELIN, 1999, p.26). É do corpo dela que parece vir a ruína da sua vida e a do filho. A Grande Mãe que abriga a Mãe Terrível, como diz Neumann (2003), não é somente a provedora e protetora da vida, mas também aquela que dá a morte. Ela é continente, como útero que abriga a vida e, ao mesmo tempo, a deusa da vida e da morte. E nesse momento em que os médicos decidem fazer o parto, as duas polaridades estão de forma intensa lado a lado: já há a condição de morte, e, mesmo que corram risco no processo, é a forma que pode salvaguardar suas vidas. Isso gera o medo e também o contato com algo grandioso, como assinalado na categoria a seguir.

#### **d) O *tremendum* e o *majestas***

Esse momento de ter que passar pelo parto foi tomado primeiramente por uma espécie de medo (o *tremendum*). Medo que pode ser visto pelas seguintes interpretações, mas que não se encerram nisso: medo pelo risco real da situação; pelo que o parto representa atualmente na nossa sociedade – cercado de regras, tabus, intervenções da tecnologia da obstetrícia e impossibilitando que a natureza siga seu próprio curso (AUFRANC, 1987; NOGUEIRA, 2006):

*[...] não tinha noção de como, do que ia acontecer comigo [...] e ela (a médica) falou que ia ter que tirar o nenê, isso que me fez bater o medo, assim, acho que toda mulher deve sentir um medo. [...] todas às vezes que eu parava, me sentia, vinha na minha cabeça em ter filho, cesárea ou parto normal, me dava um desespero, na verdade eu quis muito, mas pensava que eu ia sentir dor, ia passar por uma cirurgia, me dava muito medo. – Verônica*

*[...] na hora que está querendo nascer mesmo, na hora que viram que ia nascer [...] eu estava com muito medo” – Sabrina*

*Eu fiquei com um pouco de medo ao falarem que iam fazer a cirurgia. – Luciana*

Medo que depois traz a capacidade de sentir e avaliar totalmente nova que Otto (1992) apresentou, pela grandiosidade que representa esse evento, o *majestas*:

*[...] eu não parava, tanto que estou aqui, estou bem, estou me sentindo ótima. [...] não senti nada, não senti nenhuma dor e ele (o bebê) já está aqui. – Verônica*

*[...] é uma sensação tão gostosa, igual ao meu, foi normal, você sente dor, mas é uma sensação tão gostosa que na hora eu fiquei tão calma que parece assim, que meu bebê tinha nascido normal, de nove meses. – Sabrina*

*[...] Estava calma, não sentia dor, não... estava calma, calma, calma. Minha pressão não subiu, ficou estável. Eles (equipe) até brincaram: ela está tão... nem parece que é a primeira gravidez dela, estava tão calma. – Tatiana*

*Na hora que o doutor falou que estava nascendo eu fiquei preocupada, porque meu marido estava no sítio, ninguém sabia que eu estava lá, a minha mãe também mora no sítio, eu falei: “e agora, o que eu vou fazer?” Eu falei assim: “meu Deus, o que será de mim agora?” Meu Deus! Na hora não aguentar lá, eu só rezei [...] eu entrego a minha vida e dos meus filhos na mão do Senhor. Ele sabe o que fazer. Aí eu ganhei. Graças a Deus deu tudo bem. - Odailza*

O medo está ligado ao sagrado, segundo Waiblinger (1997, p.09), e sempre fez parte do ser humano, e “quem se sente disposto a se expor a ele, a deixá-lo determinar sua vida, experimenta a proximidade de Deus, o instante divino.” Nogueira (2006) coloca o parto na dimensão do sagrado e reitera que o processo de torná-lo mais humanizado aproxima desta dimensão superior, sendo o parto normal o que mais se aproxima disso. Nessa situação de risco – parto prematuro – nem sempre o parto normal é possível. Mas, sendo natural ou não, é uma ocasião em que essa mulher

não está sozinha com o que lhe acontece. Ela está ligada a todas as outras mães que já existiram, que existem e ainda existirão. E mesmo assim – ou ao mesmo tempo – ela se sente completamente só, mesmo que possa estar cercada por médicos, enfermeiras, pelo marido ou por outras pessoas prestativas. Ela está sozinha com suas dores, sozinha com seus sentimentos, sozinha na sua impotência, entregue a processos que ela terá de suportar, quer queira quer não. Hoje em dia, obviamente, ela pode exigir uma anestesia e excluir a consciência, mas a solidão permanece. O milagre da vida acontece e, com isso, ela é acolhida no espaço materno, é uma adepta da Grande Mãe. Ela percebe que com isso se torna uma serva da mãe-vida, e sente talvez a humildade e a gratidão que fazem parte desse processo. (WAIBLINGER, 1997, p.26)

Nesse momento do parto, a mulher pode vivenciar o caráter de transformação de forma natural. Como profere Neumann (2003), os mistérios da transformação da mulher são, fundamentalmente, mistérios de transformação ligados ao sangue, muito ligados ao seu desenvolvimento biopsicológico. A mulher parece estar mais ligada a esse desenvolvimento do que o homem, nela acontecendo de forma mais acentuada a passagem da menina para mulher do que o garoto para homem adulto. A gravidez representa o segundo mistério de sangue, conforme explicado no capítulo 2, e o parto pode levar a mulher a entrar em contato com algo grandioso, que está além dela: o corpo que gera a vida. Salientamos também que



isso depende da forma como está constelado o seu complexo materno, das suas experiências, cultura e de como será conduzido esse parto. Nas falas das colaboradoras, parece que elas tiveram a experiência do *majestas*, do grandioso, mesmo numa situação de risco. Ou, justamente por ser uma situação de risco, na qual se perceberam capazes de gerar vida, vivenciaram talvez mais intensamente o *mysterium* (OTTO, 1992).

#### e) Os apoios

Nesse momento tão delicado, o acolhimento e a disponibilidade de alguém da equipe de saúde mostram-se como um importante conforto:

*[...] falou um monte de coisa (equipe da ambulância) para eu me conformar [...] eu falava: ah, vou perder meu filho tal, eles: não, não sei o que, eles só falavam que não, mas para mim eu sabia que ia acontecer, eles tentando me acalmar [...] – Silvana*

*Eles já tinham me falado (equipe saúde). Já tinham conversado, a médica já tinha conversado e falado comigo que talvez fosse preciso tirar o bebê. Aí como na minha família também já teve isso, eu não me abalei muito não. – Flávia*

*Aí os doutores daqui são muito gente boa, sabe, dão conselhos, conversavam bastante com a gente [...]: “não você não vai morrer, ninguém morre assim não, só Deus sabe quando a pessoa vai morrer”. Aí eu falava: “meu bebê vai morrer”? Aí eles falavam: “não, só Deus sabe, corre risco sim, pode ser que nasça morto, mas nós não vamos falar que vai morrer”. Então a gente ficava sempre conversando, aí ia me acalmando mas sempre dava assim um desespero, tem hora que dá uma vontade de chorar, eu falava que ia morrer, depois eu pensava que eu ia perder meu filho e sei lá, a gente sozinha, não pode ficar nenhum parente, a gente fica bem sozinha. – Sabrina*

As falas dessas mulheres demonstram como a conversa, o acolhimento que a equipe lhes deu, ajudou-as a ter um melhor enfrentamento da situação.

Sabrina temia a hora do parto, não sabendo se ela e o filho sobreviveriam. Num primeiro momento, a médica que cuidava dela não estabeleceu um diálogo – como já exposto na categoria “Duas vidas em jogo” –, não estava querendo ouvi-la, e isso fez com que o medo se tornasse mais intenso. Depois, com outros médicos, pôde perguntar o que queria, e a intervenção que fizeram deixou-a mais confiante, porém, até porque a situação era de incerteza, ainda tinha seus momentos de angústia, o que é natural nessa vivência. Deste modo, revela-se o quanto a questão da restrição de horários de visita e da proibição de se ter um acompanhante durante sua internação na maternidade de alto risco, acentua a solidão.

Atualmente é permitida a permanência de um acompanhante do sexo feminino, mas somente após o parto. Masculino não é possível ainda, devido ao constrangimento que as pacientes podem ter em razão da falta de espaço, por não terem privacidade nas enfermarias, onde cada uma é ocupada por aproximadamente seis leitos.

Vemos na fala de Verônica, que considera muito os aspectos religiosos, o apoio dado pela médica que conduziu o seu parto:

*[...] minha médica, ela segurou na minha mão e falou: “você não precisa ter medo, você não fique com medo, você não tem um Deus?”. “Eu tenho”. “Então você acredite nele, descansa”. Foi quando eu passei a me acalmar [...] – Verônica*

Poderíamos pensar se essa fala teria o mesmo efeito em uma mulher que não valorizasse os aspectos espirituais. Whitmont (1991) explica que há evidências cada vez maiores de que os sistemas pessoais e culturais de crenças têm um efeito profundo sobre o funcionamento psicológico e até mesmo biológico. As crenças que dão esperança e significação podem, assim, ajudar na superação de graves dificuldades.

Essa conduta mais acolhedora da equipe pode ser inserida no que é denominado **arquétipo fraterno**. Barcellos (2009) explica que este arquétipo está ligado às relações horizontais, onde prevalece a igualdade e a simetria, a alteridade para com o outro. Este arquétipo permite uma preocupação, um estar junto, “a capacidade de podermos nos aproximar das coisas e das experiências de modo familiar, de torná-las eventualmente íntimas” (*ibidem*, p.47). A vivência deste arquétipo deveria estar mais presente entre os profissionais de saúde; no entanto, não é essa condição que prevalece no dia a dia. Barcellos (*ibidem*) expõe a dificuldade de realização do arquétipo fraterno no modelo de humanidade em que estamos inseridos, individualista e competitivo.

### **5. 2. 2. A situação de UTIN**

#### **a) Os sentimentos pela ida do bebê para a UTIN**

Saber que o filho ia ficar na UTIN é marcado nas falas pelo espanto, medo, angústia:

*Eu sabia que ele ia ficar na UTI, não sabia que ele ia ficar na **UTI!** (ênfase na palavra) Para mim ele fosse ficar no Berçário [...] – Verônica*

*Saber que ela vinha para a UTI é um pouco difícil (silêncio, chorosa). – Nadira*

*Eu fiquei com um pouco de medo quando falaram que ela estava sendo trazido para cá, mas graças a Deus deu tudo bem com ela. – Luciana*

*Foi ruim ele vir para a UTI porque minha tia teve um filho assim também, e ela sofreu muito. E eu me lembro bem [...] acompanhei muito o sofrimento dela, ela sofreu muito. Então eu falei: “meu Deus, eu vou sofrer também do mesmo jeito que ela”. – Flávia*

A UTI é caracterizada por receber quadros graves, e saber que os filhos têm que ficar neste setor é lidar constantemente com uma vida frágil, desconhecendo o que pode acontecer. Já imaginam que irão sofrer, às vezes, como no caso de Flávia, inclusive por já ter acompanhando a experiência de um familiar.

Cercada por tecnologia, aparelhos que não conseguem compreender circundando seus bebês, algumas mulheres, principalmente nas primeiras visitas, não conseguem ficar por muito tempo, e chegam a passar mal:

*Eu não aguentei ficar lá dentro não. Muito triste, sei lá, dói muito. [...] Pensava que eu ia era morrer, sei lá, é muito ruim. Não consigo ficar muito tempo lá dentro não. É muito triste. [...] Eu só olhei um pouquinho mesmo e saí, não quis ficar não, minha pressão começou a subir de novo, não consigo ficar lá dentro. – Flávia*

*[...] quando eu cheguei aqui, quando vi eles assim com aqueles aparelhos, chega eu desesperei. – Odailza*

Braga e Morsch (2006a) expõem que os pais, ao entrarem na UTIN pela primeira vez, experimentam um misto de sensações, tendo em vista ser uma realidade tão distante daquela idealizada para o bebê. Mesmo aqueles que já tinham sido avisados sobre a necessidade de internação do filho e até de conhecer a UTIN, passam por “um certo atordoamento, difícil de diminuir ainda nas primeiras visitas” (*ibidem*, p.51).

Esses sentimentos podem ser oriundos da questão da , que está sempre perpassando este ambiente, como trazido na próxima categoria.

## **b) Entre o viver e o morrer**

O luto acontece desde o instante em que a mulher se depara com a condição de seu parto ser prematuro: é o fim das expectativas de normalidade dessa gravidez, de podê-la

vivenciar com calma, levar o filho para a casa. As fases que foram descritas por Bolwby (1985), no capítulo 1, perpassam-se durante toda a hospitalização, pois a oscilação do quadro dos bebês faz com que as mães novamente experienciem a etapa inicial.

Nadira encontrava-se na fase de entorpecimento. Durante sua entrevista e no grupo, sua expressão aconteceu pelo choro intenso:

*Os médicos assim que ela nasceu, deram-na pra mim como morta. [...] Toda vez que a gente entra ali (UTIN) e fica sabendo de alguma coisa, é difícil. [...] quando eu estava recebendo a notícia que ela estava se recuperando bem, a gente se sente bem. Mas hoje, quando eu entrei lá e o médico disse que tinha piorado, foi triste. [...] (relata muito chorosa). – Nadira*

O boletim médico é esperado com expectativa, e a variação do quadro clínico é uma preocupação recorrente expressa por Nadira e também por outras colaboradoras no grupo:

*Acho que o mais difícil é esperar o amanhã. Todo dia fica naquela: o que será que eu vou ouvir? Será que vai estar bem? Será que não estará? Será que melhorou? Será que piorou? A gente nunca sabe o que vai acontecer, acho que a pior parte é essa.” – Sabrina*

*A pior parte é você deitar a cabeça no travesseiro, além disso, olhar para aquele vidro, pela porta: será que ele ainda está lá? Será que ele ainda está vivo? Acho que a parte mais difícil é essa”. – Flávia*

Tocci (1997) explica que ficam as imagens do bebê que não está mais dentro do ventre, mas dentro de uma máquina, vindo as indagações: Como ele está? Viverá? Como ficará? Essas mulheres vivenciam um estado de incerteza quanto ao que pode acontecer aos seus filhos.

Luciana fala da boa evolução da filha, mas essa vivência ainda continua mobilizando-a bastante e o choro é constante durante a entrevista. Nem sempre a boa evolução do filho é sinal de menos sofrimento da genitora, pois o bebê ainda precisa continuar internado:

*Na hora que cheguei aí eu perguntei se estava tudo bem, a médica respondeu que estava, que (a bebê) estava correspondendo às expectativas (chorando).*

Quando acontece a morte do recém-nascido neste hospital pesquisado, os pais geralmente só poderão entrar em contato com o corpo do seu bebê no necrotério do hospital ou na hora do sepultamento. Não costuma haver velório quando as famílias são de outra cidade. Para levar o corpo para inumação em sua cidade de origem, há custos adicionais e as

famílias da instituição pesquisada possuem em geral uma baixa renda.<sup>56</sup> Este fato é o que Ariès (1990) denomina **morte invertida**, como explicado no capítulo 1.

No momento do nascimento, Savage (1995) afirma que vida e morte convergem. A autora assinala que, em muitas culturas não industrializadas, os espíritos da morte estão emboscados à porta da casa onde o parto se realiza, prontos a terem para si o espírito vulnerável da mãe e da criança. E após o parto, muitas culturas impõem um período de reclusão, intensificando o vínculo mãe-bebê e estabelecendo um período de tempo para que a criança, considerada ainda frágil, seja admitida na comunidade.

Como mostrado no capítulo 1, na cultura grega, a deusa Ártemis (e na romana, Diana) era invocada no momento do parto para amenizar a dor e proteger a mulher e o bebê, garantindo suas vidas. Caso o parto resultasse na morte de um dos dois, que pelo menos fosse amena.

Vida e morte: polaridades que se podem fazer mais nítidas nesta situação, mas que nos cercam o tempo todo. Embora a UTIN represente o espaço de muitas mortes simbólicas e até concretas, é o lugar que salvaguarda essas pequenas vidas que acabaram de vir ao mundo. É na expectativa pela primazia da vida, que essas mães se apóiam para enfrentarem o difícil dia-a-dia da hospitalização dos seus bebês, em tudo que a internação simboliza. Como trazido por Byington (1996) no conceito de arquétipo de vida e morte, para encarar tantas mortes simbólicas neste processo, é preciso deixar morrer a imagem idealizada do parto e do filho para que se possa promover o processo criativo e, pelo nascimento de uma configuração de enfrentamento, apropriar-se dessa nova condição.

### **c) A comunicação da equipe com a família**

É através da comunicação, verbal ou não-verbal, que se estabelecem as relações no mundo. No contexto hospitalar, a família anseia pela comunicação com a equipe, pelo momento de ter alguma explicação de como está evoluindo o recém-nascido. O boletim médico é dado diariamente pelo pediatra que acompanha o bebê. Além dele, os pais procuram tirar dúvidas sobre o quadro durante o restante do dia, e muitas vezes não o conseguem. No grupo focal, as colaboradoras trouxeram as seguintes falas:

---

<sup>56</sup> Isso na época da realização da pesquisa. A partir de 2011, os municípios de origem dessas famílias ficaram encarregados, através de convênios com funerárias, de fazer o transporte e sepultamento em suas cidades.

*[...] tem hora que a gente quer saber como está e não tem nenhum doutor pra explicar, para falar – Sabrina*

*[...] fiquei aqui até às onze horas da manhã, e não consegui falar com o médico. Hoje outra vez? Acredito que não... (enraivecida pela situação). – Flávia*

No final do grupo, quando eu estava fazendo o fechamento e retomei os objetivos da pesquisa:

*[...] espero que essa pesquisa ajude no que os médicos fazem com a gente, que faça entender o que fazem com a gente, não falam nada e fazem a gente ficar igual a uma barata. – Flávia*

Gaíva e Scochi (2002) assinalam que no cotidiano do trabalho dos profissionais de UTIN a ênfase é o controle biológico do neonato, centrado na doença, não se percebendo preocupação dos profissionais em explicar o quadro dos bebês aos pais de maneira que o entendam, sem o linguajar técnico. Essa comunicação acontece muitas vezes de forma automática, impessoal e mecanizada, sem o cuidado para ouvir e acolher os familiares dos recém-nascidos. Nos discursos apresentados acima, nem essa comunicação impessoal estava acontecendo. Flávia traz a imagem da *barata*, que fica ali espreitando, andando sem rumo, um inseto considerado asqueroso, sujo, sombrio; portanto, parecendo ser desvalorizado, inferior.

Após o parto e a ida do bebê para a UTIN, a mulher fica no alojamento conjunto, recuperando-se e, principalmente após uma cesárea, quando ainda não pode se levantar, fica sem saber o que está acontecendo com seu filho. E a condição é ainda pior quando não há um familiar que possa ir até o Berçário e obter o boletim médico:

*[...] foi horrível. Ninguém dá notícia. Perguntava para as enfermeiras, para as médicas: “ah mãe, a gente não tem notícia, a gente não pode ir lá no Berçário. Mas deve estar bem porque não vieram falar nada, deve estar bem”. Só falavam assim. Eu não sabia como é que estava. É ruim. – Flávia*

Souza *et. al.* (2009) e Gaíva e Scochi (2002) trazem a questão do poder/saber que a equipe de saúde representa e manifesta. Essas mulheres sentem-se então, despotencializadas, já que não sabem nem o que está acontecendo com os próprios filhos. Guggenbühl-Craig (2004) relaciona as profissões de ajuda com o poder que exercem sobre o paciente, assinalando que os pacientes, especialmente para os médicos, são reduzidos à condição de criaturas pobres e infelizes, sem status ou dignidade, que geralmente só atrapalham o processo de cura (quando não querem tomar os remédios, por exemplo); e ele, o profissional, julga-se o

único que sabe o que é o certo, mantendo-se numa condição superior. O autor levanta a questão do arquétipo do **curador ferido**. Para explicar esse arquétipo, há na mitologia grega a imagem de Quíron,<sup>57</sup> um Centauro que foi um grande médico por ser um médico ferido. Ele foi atingido acidentalmente por uma flecha envenenada do filho de Alcmena no massacre dos Centauros por Hércules, estando ao lado deste, que era seu amigo. Quíron aplicou unguentos sobre a ferida, mas esta não tinha cura, provocando-lhe muitas dores (BRANDÃO, 2009b). A imagem do terapeuta ferido aparece em outras culturas: na Índia, Kali é a deusa da varíola e ao mesmo tempo é quem a cura (GUGGENBÜHL-CRAIG, 2004); na tradição Iorubá, a figura de Omuolu, também chamada de Obaluaê, Xapanã ou Sapatá, é representada geralmente pela cobertura de palha comprida pelo corpo para esconder as chagas obtidas pela varíola em sua infância, quando saiu de casa e foi andar pelo mundo, passando fome e sede ao ser rejeitado devido a suas feridas nas vilas e aldeias por onde passou; também pelas obtidas através de espinhos e picadas de mosquitos, quando nesta trajetória teve que andar pelas florestas. Por lidar com as próprias dores, tornou-se um curador, carregando consigo apetrechos de cura (VASCONCELOS, s/d). Guggenbühl-Craig (*op.cit*), então, levanta a questão de que o profissional de cura muitas vezes cinde com este aspecto ferido, não o vendo em si, apenas reconhecendo o curador, o forte e saudável; e, de outro lado, atribui-o apenas ao paciente, visto como o fraco e enfermo. Isso lhe traz a sensação de domínio na relação com o outro, muitas vezes não se importando com a condição deste, e assim não auxiliando no processo de facilitação da comunicação com o paciente e sua família.

Jung (1957/2000) reconhece essa condição explicando que o médico não deve tratar seus pacientes como inválidos crônicos, mas os reconhecer como parceiros no diálogo, com os mesmos direitos que ele próprio, sendo que uma autoridade que se mantém superior apenas irá aumentar no paciente o sentimento de inferioridade, como parece ter sido o caso da imagem da barata mencionada por Flávia.

#### **d) Rotina difícil**

É assinalado pelas colaboradoras, durante o grupo focal, o quanto é difícil passar pela internação do filho:

---

<sup>57</sup> Filho de Cronos e Fílira, possuía natureza equina e humana. Ensinava música, arte da guerra e da caça, a moral, e principalmente a medicina. Educou heróis como Jasão, Peleu, Aquiles e Asclápio (Esculápio em latim) (BRANDÃO, 2009b).

*É uma coisa que a gente não deseja nem para o pior inimigo, se pudesse ir lá, pegar e levar para casa. [...] Porque tem tudo, é tudo complicado, acho que pra mim é mais, porque vem, você acorda cedo, coloca os meninos para ir à escola, aí vem pra cá, tira leite, às vezes a gente não consegue tirar um pouquinho a mais e aí fica sofrendo; aí vem para cá, chega aqui, ontem o seu filho não estava tomando soro, hoje já teve que furar [...]. – Flávia*

*É uma coisa que eu não sei nem explicar, é muito difícil. – Nadira*

Na época da pesquisa, as colaboradoras comentaram a dificuldade associada aos horários restritos do hospital, que interferem em um maior contato com o bebê, tornando essa vivência mais complicada:

*Eu não o vi, meu bebê, ontem não. Eu cheguei eram quatro horas e o último horário era só até três e meia. Aí eu cheguei só, encontrei o meu marido e aí fomos para lá (Casa de Apoio). – Silvana*

*Eu estava aperreada porque a mulher disse que eram onze e meia que era para entrar. Aí depois eu vim aqui e ainda fui resolver um monte de problema para mim, aí passou das onze e meia. Então fui esperar duas e meia só, mas eu fiquei aqui, pra ver ele e tudo. Era o que eu mais queria, ficar perto do meu filho. [...] Eu fiquei bastante alegre (ao vê-lo), feliz, eu queria ficar ainda bastante tempo com ele, mas só que não pode. – Marina*

Segundo a portaria do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) que estabelece a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, Método Canguru, as Unidades Neonatais devem permitir visitas livres para facilitar esse acesso da família. Somente em 28 de julho de 2010 que o hospital pesquisado começou a ter horários de visita mais flexíveis.

Esse afastamento da família por horários limitados acentua o sentimento de que nada podem fazer por seus bebês, já que os cuidados estão sob a responsabilidade da equipe de saúde, os pais sendo meros expectadores. Flávia assinala essa questão na entrevista e no grupo, respectivamente:

*Difícil porque eu não sei o quê que eu faço, não tenho nem noção de nada. Aí é difícil, porque não sabe o que é que faz, fica pensando todo o tempo e não acaba em dar em nada. – Flávia*

*Eu nem sei nem como é que eu vou cuidar desse nenê quando ele sair daqui, para falar bem a verdade. Aqui dentro eu não estou precisando cuidar porque a gente não pode nem pegar direito, mas quando sair daqui eu nem sei como é que vai ser, se vai ser a mesma coisa do que todos os outros; se vai ter um cuidado maior, especial; se vai precisar de alguma coisa. Não tenho a mínima ideia. Estou perdida aqui. – Flávia*

Há um sentimento de impotência, de não saber como cuidar. Tocci (1997, p.99) traz a indagação comum de mães de bebês pré-termos internados: “Vou se capaz de fazê-lo



melhorar e crescer, de cuidar de modo correto?”. O serviço pode ser visto como uma “mãe toda poderosa” (DRUON, 1999, p.40), que sabe como cuidar do bebê, e os pais não. Klaus e Kennel (1993) mencionam que deve ser dado aos pais um papel mais amplo nos cuidados com os bebês, para que se sintam mais participativos, diminuindo o sentimento de impotência.

Neste hospital existe um grande número de pacientes de outros municípios. Além da dificuldade da situação com o bebê, ainda passam pelo estranhamento de estarem em um lugar que não conhecem:

*Eu nunca tinha saído, eu não conhecia, eu nem conheço isso aqui direito (o hospital). Desde a outra cidade que eu estava, eu nem conhecia, só ficava na salinha particular. Eu não sabia de nada. Então do jeito que me tiraram da ambulância, me enfiaram lá para dentro e lá fiquei, só saí quando cheguei no pátio daqui, aí já encontrei o meu marido. Daqui nos saímos andando, andamos um pouquinho até lá, não é tão longe daqui de lá, lá onde nós estamos (Casa de Apoio externa ao hospital). – Silvana*

Uma situação mencionada, e que é muito frequente nos atendimentos que realizo, é ter que conciliar a ida ao hospital com o cuidado dos outros filhos. Flávia, por ser a única da pesquisa a ter outros filhos, conta:

*[...] para as crianças está sendo difícil [...]. Eu tenho uma pequenininha de três anos, ela é muito apegada assim comigo. Eu não posso pegar ela no colo, como ela não pode ficar muito comigo ela sofre muito. Aí, é ruim (muito chorosa). [... A gente nunca tinha se separado. Ela adoeceu, ficou com febre, não dormia de noite me chamando. Eu vim vê-la hoje também, ela foi hoje lá pra casa da minha mãe. Com ela está sendo mais difícil, com os outros não, são maiorzinhos, não são tão dependentes. – Flávia*

Valansi e Morsch (2004) explicam que as crianças costumam ter sentimentos de ambivalência quanto à chegada do irmão. O sentimento negativo pode gerar sentimento de culpa, já que podem se sentir como as causadoras dos problemas do bebê. Assim, serem mandadas para longe de casa, para a casa de alguém da família ou amigos, pode ser interpretado como uma punição pelos maus desejos. As autoras assinalam que é importante que os pais tentem discutir o que está acontecendo, o motivo da internação do bebê e como eles estão se sentindo frente à situação. Uma das diretrizes da Norma de Atenção Humanizada ao Recém Nascido (BRASIL, 2006) é a visita da família ampliada, incluindo também a entrada dos irmãos para verem os bebês, através do acompanhamento supervisionado do psicólogo que irá trabalhar com eles antes da entrada na Unidade Neonatal e também depois, dado o impacto que podem ter. No hospital pesquisado, ainda não há essa visita.

E no grupo, além dos outros filhos questionarem sobre o bebê, também apareceram as interrogações da família, assim como demais pessoas:

*[...] é dureza, os outros (filhos) perguntam: “mãe, cadê o nenê?” – Flávia*

*Difícil, porque fico esperando quando eles forem (para casa). Quando você vai para casa, chega em casa, todo mundo pergunta: “como está teu filho? Melhorou?”. É estranho (chora). – Tatiana*

É o bebê que ainda não foi comemorado. Ao chegar em casa depois da alta do hospital, ao ter o seu bebê, o mais comum é a mulher ser cercada por visitas e presentes, mostrar o novo membro do lar às pessoas, gratificando-se com os olhares e lisonjas: “como é lindo (a)!” , “parece com você!” ou “ é a cara do pai” . Na situação do parto prematuro, o filho não vai para casa de imediato, não podendo a mulher viver a celebração da sua chegada, ficando em suspenso esse momento.

O período do puerpério é denominado coloquialmente de “resguardo”. Durante 40 dias a mulher vive uma proteção para que passe pelo pós-parto de forma saudável e possa cuidar do seu bebê, através de uma série de regras populares, como: restrições na alimentação; evitar contato com sol/chuva/sereno; não fazer esforço físico; ter muito repouso; equilibrar suas emoções (não poder chorar intensamente, por exemplo), etc. Para salvaguardar isso, há a participação dos familiares, especialmente das mulheres mais velhas ao seu redor. Gomes (2009) assinala que isso vem se perdendo atualmente, ficando a mulher muito desamparada diante do parto e de um bebê que depende totalmente dela, não sabendo como responder aos apelos de seu filho e não tendo a quem recorrer.

No parto prematuro isso ainda fica mais complicado. A mulher não tem como se “guardar” de acordo com essas regras, dada a intensa rotina vivida no hospital, geralmente longe dos seus familiares e não estando permanentemente com seu bebê. É frequente nos atendimentos que realizo ouvi-las dizer: “quebrei o resguardo”.

Essas mulheres vivenciam uma **falta de Héstia**, como já referido, a deusa da interioridade, do acolhimento; símbolo de garantia, fixidez e permanência, inspirando a criação dos limites e o cuidado de um espaço interno psicológico, de uma morada interior (LUCONI, 2005); Héstia personifica as primeiras fases da grande mãe boa (DEMATROKOPOULOS, 1987), de todo o envoltório protetor que esta representa.

Bleger (1980) assinala que toda organização tende a ter a mesma estrutura do problema que deve enfrentar e para o qual foi criada; sendo assim, os hospitais demonstram o isolamento, a privação sensorial, o déficit de comunicação, dentre outros.

Ao relatarem essa difícil rotina de ter o filho em UTIN, as colaboradoras parecem não encontrar nem em si nem no ambiente externo esse espaço protetor. Mas elas precisam ir

**abrindo fendas** nessa vivência, para conseguirem estar todo dia no hospital, como mencionam nas duas categorias a seguir.

### e) A esperança

As colaboradoras relataram a confiança que vai se intensificando a partir da melhora do quadro de seus bebês:

*[...] mas os médicos dizem que ele não tem nada, que só está esperando ganhar peso para poder sair, então eu estou feliz. Deus é o dono, mas ele permitiu que eu chegasse a ver, tocar, ele está bem, está indo muito bem, ele está fraquinho, vai ficar forte, eu creio que daqui uns dias ele vai logo pra casa. [...] Nunca se passou na minha cabeça, por tudo que eu passei, que eu ia perder ele, sempre acreditando que nada ia acontecer a ele, por mais que ele ficou agitado na minha barriga, mas não passou na minha cabeça de perder ele, tanto que ele está aqui comigo. [...] Ele está se recuperando bem, acho que agora vai ser mais rápido ainda porque está se alimentando. – Verônica*

*[...] Até ontem ele estava estável, mas hoje o doutor falou: “não, hoje ele está melhor”. Então já foi um bom sinal, já diminuíram o oxigênio dele. Estamos com esperança. – Sabrina*

*A primeira vez que os vi no Berçário foi uma alegria grande, grande; porque tinha gente que falava assim que eles não iam se criar, mas eu falava para pessoas que iam, para as que falaram que eles não iam se criar, que eles não iam chegar a viver, porque tinha gente que falava isso para mim. Mas eu falava: “Deus vai sim, vai deixar, deixar saudável, dar saúde (chorosa) e eu ainda vou trazer eles pra vocês verem”. As pessoas ainda não acreditam ainda que eles nasceram, gêmeos, porque ainda não viram. Eles vão pra casa. É isso. Pra mim agora o importante agora é só eles, a recuperação deles – Tatiana*

*Estou a cada dia mais feliz, cada dia ela só está se recuperando. Agora ela já está respirando sem o aparelho, e a gente vai ficando mais alegre. – Luciana*

*Agora é esperar. [...] Só que eu assim, eu não estava assim com medo, medo de perder eles não. Eu estava assim confiante. Ainda estou confiante. Às vezes a gente fica triste, chora (emociona-se), mas é uma alegria, quando eu cheguei aqui, quando os vi assim com aqueles aparelhos, chega eu desesperar. Mas eu estou confiante, entrego nas mãos de Deus, se eles forem meus, Deus vai me ajudar (chorosa.). [...] o doutor foi bem duro assim com eles. Eu não me desesperar não, eu estou confiante que eles vão conseguir sair daqui bem. – Odailza*

De acordo com o dicionário Aurélio (FERREIRA, 1993), esperança é o “ato de esperar o que se deseja”. ‘Esperar’ estaria ligado aos mistérios femininos primordiais, como cozinhar, assar, levedar e destilar, explica Neumann (2000). Os processos de maturação,

prontidão e transformação estão sempre ligados a um período de tempo que é necessário esperar passar, continua o autor. Na consciência matriarcal, o ego permanece quieto até que chegue o tempo favorável, que o processo tenha decorrido. Essa consciência acha difícil compreender algo que não possa se tornar real, e para isso, precisa ser “levada à frutificação” (*ibidem*, p.95). Assim, essas mulheres desejam a recuperação de seus filhos, e esperam, acreditam na frutificação, no amadurecimento orgânico dos seus bebês para que possam levá-los para casa e usufruir do contato pleno mãe-bebê. É a “sabedoria da espera, da aceitação e da moderação” (LAUREIRO, 1986, p.87) que o materno pode proporcionar. Fazem a entrega a uma entidade maior, procuram aceitar aquilo que não podem antecipar e que só precisam aguardar.

Na pesquisa de Sales *et. al.* (2005), a categoria da esperança foi expressa pelas mães por meio da fé. Na de Araújo (2007), o apoio e ajuda mútua de uma mãe para com a outra reforçavam o sentimento de esperança.

Um dos primeiros sinalizadores de esperança para essas mulheres é o choro do bebê no instante do nascimento, já que indica o primeiro sinal de vida:

*[...] aí quando nasceu e eu escutei chorando, há uma chance, uma chance a mais. – Sabrina*

*[...] só que depois que ele nasceu eu fiquei aliviada, sei lá, ele chorou. [...] – Silvana*

*[...] escutei o choro dele. – Adelaide*

*[...] eu ainda escutei um choro bem fraco, escutei ela chorando bem fraquinho (Chora). – Luciana*

*A gente escuta quando eles estão chorando. Aí eu vi o primeiro, eles cortando o umbigo, aí depois tirou o outro. – Odailza*

Mesmo não ouvindo o choro, a intuição fez com que tivesse esperança naquele momento do nascimento:

*[...] não ouvi o choro dele, mas eu sabia que ele estava bem. – Verônica*

Na mítica cristã, o ser humano foi assim criado: “Então formou o Senhor Deus ao homem do pó da terra, e lhe soprou nas narinas o fôlego de vida, e o homem passou a ser alma vivente.” (BÍBLIA SAGRADA - Gênesis, 2,7). Conforme esta citação, somente depois que o homem inspirou o sopro divino é que a vida se fez em sua totalidade, pela unificação da sua alma. Jung (1931/2000, p.289, §662) explica que “[...] a alma era a vida do corpo, o sopro da vida, uma espécie de força vital que entrava na ordem física, espacial, durante a gravidez, o

nascimento ou a concepção [...]”. Esse primeiro choro dos bebês, choro de entrada de ar nos pulmões, é a primeira manifestação de vida, por isso deve ter sido realçada por essas mães. Já que são vidas tão frágeis, nascidas em condições inesperadas, esse choro sinaliza a esperança de que podem sobreviver.

No cultivo dessa esperança, imaginam a ida para casa com o filho, ansiando por este momento:

*Quando ele for pra casa, vou poder cuidar bem dele, dar banho, vou poder cuidar das coisinhas dele, vou arranjar uma pessoa para me ajudar, mas eu vou poder, dar o banho logo. Acho que ele está bom, mas vai ficar melhor ainda, vou poder arrumar umas coisas do quartinho dele. - Verônica*

*[...] é um pouco mais emocionante (estar com os filhos), porque mais tarde eu posso até triscar na minha filha, a que está mais, agora está melhorzinha. E acho que a expectativa maior é de levá-los pra casa o mais rápido possível. - Tatiana*

*[...] Estou doida para ir embora. – Adelaide*

Essas mulheres vão ao seu modo, criando/resgatando aquilo que podem para superar cada dia, pela perspectiva e o desejo de terem seus filhos consigo, como falam no grupo, em sequência:

**Sabrina:** *Acho que o que eu gostaria de ouvir é o doutor falar que o nenê pode ir embora. Acho que é só!*

**Flávia:** *A única coisa.*

**Sabrina:** *A única coisa que eu queria ouvir.*

**Flávia:** *Que está bem, que pode ir para casa com ele.*

**Sabrina:** *É!*

**Eu:** *Como é visto esse momento para vocês? É uma coisa que vocês anseiam né?*

**Sabrina:** *É!*

**Flávia:** *Vai ser uma festa.*

**Sabrina:** *Nossa, eu acho que vou chorar de alegria! Nem sei o quê eu faço.*

**Flávia:** *É esperar para ver né.*

**Sabrina:** *É.*

**Flávia:** *Para ver como vai ser.*

## f) Buscando forças

Cada mulher vai buscando recursos internos ou externos para melhor enfrentar essa vivência. Silvana conta sobre procurar entender e, assim, manter a calma:

*Eu sou muito calma, (ri), eu não fico assim, agitada. Tem que entender, eu acho. Porque ficar assim não adianta não. – Silvana*

No grupo, trazem em seguida os recursos que buscam para, além de se manterem fortes para o difícil dia-a-dia, também poder ajudar na evolução do bebê:

**Sabrina:** *É bom que a gente vê que não está sozinha. Às vezes a gente está assim para baixo, triste e a gente vê que tem pessoas muito piores e estão lá firmes e fortes. Então a gente não pode cair por qualquer coisinha, tem que ser forte. Acho que tem hora que eu caio também né! Não é toda hora que está assim, mas rapidinho levanta (rindo).*

**Flávia:** *Precisa levantar né.*

**Sabrina:** *É. (Pausa). É ruim a gente ficar pra baixo porque a gente vai no nenê, ver o nenê, se a gente fica para baixo, eles sentem. Então a gente precisa ficar forte para eles sentirem que estamos fortes e eles lutarem também. Porque se você só ficar chorando, chorando, chorando, é ruim. A gente tem que, lógico, dói muito, chora, tem hora que não aguenta; mas você tem que levantar a cabeça, olhar para frente, sempre pensar no amanhã, nunca olhar para trás.*

A família é um importante apoio, ajuda vinda tanto do esposo como dos demais membros:

*Ele (o marido) não deixa eu vir na parte da tarde porque eu preciso ainda me recuperar: “você precisa descansar, você foi dormir?”. Ele tem que ficar no meu pé (ri): “você tem que descansar, você tem que dormir, tem que deitar”, porque senão eu fico 24 horas elétrica. - Verônica*

*Tanto a minha família quanto a dele (marido) são muito unidas, eu tenho uma família abençoada, e meu marido também. Acho que família é tudo.[...] Eles estão muito preocupados. O amor é muito grande. Acho que família é muito importante.- Verônica*

*A minha família dá muito apoio assim, dão muito conforto para nós. - Flávia*

*A minha família dá o maior apoio, eu não tenho do que reclamar não. – Nadira (no grupo focal)*

Enquanto se aguarda o desfecho do período de hospitalização do bebê, a maneira de lidar com a dor é subjetiva. Alguns buscam ajuda procurando conversar, enquanto outros encaram o sofrimento solitários e calados (BRAGA; MORSH, 2006a). No grupo, deu-se o seguinte diálogo:

**Sabrina:** *Minha família ajuda, conversa bastante, dá a maior força, sempre estão aí.*

**Flávia:** *A parte triste da família é que todo mundo quer saber o que está acontecendo e nem...*

**Sabrina:** *E nem todo dia você está bem para falar.*

**Flávia:** *Quanto mais você repete, mais dá, dá um nó na garganta, uma coisa ruim.*

**Sabrina:** *Mas eu não sei, acho que cada pessoa é de um jeito, se não me perguntarem, eu falo, eu tenho que falar, quando eu fico sabendo de alguma coisa eu tenho que falar, tudo o que acontece, eu não consigo ficar quieta. Parece que eu fico assim, agoniada, aí eu tenho que falar, eu saio contando para todo mundo! (Ri).*

Silvana, na entrevista, também retrata a sua forma de enfrentamento em relação ao conversar sobre a situação:

*Eu nem fico pensando senão eu vou chorar sabia? Não gosto..., tem hora assim, meu marido quer conversar sobre ele (o filho), não é que eu não gosto, eu não aguento, por isso que eu não gosto nem de tocar muito no assunto. Eu nem fico pensando. A gente começa a falar vai ficando magoado, sei lá.*

Na entrevista, mesmo não tendo um objetivo terapêutico, o falar sobre si e da situação que vivenciam mostrou-se um importante recurso para este momento. No grupo focal foi levantada a questão de como foi para as colaboradoras o processo da entrevista:

*Eu gostei. Desabafei - Sabrina*

*[...] a gente consegue contar o problema, o que está sentindo, o que está passando, já sai mais aliviada daqui. – Flávia*

Assim como foi colocado que a entrevista pode despertar transformações e ser de alguma forma terapêutica, igualmente vejo que o grupo focal pode ter esse papel, por isso o assinalei como também sendo vivencial. Isso ficou presente do mesmo modo nas falas das colaboradoras quando foi levantado sobre a opinião delas quanto ao grupo:

*Acho que ajuda a gente. Pelo menos pra mim ajuda. [...] às vezes pra família é difícil comentar, às vezes minha família não sabe o que está acontecendo comigo, quem sabe mais o que está acontecendo aqui sou eu, então para eu conversar com eles fica difícil porque eles não entendem. E se eu estiver falando, às vezes não entendem, às vezes entendem menos, às vezes mais, mas não conseguem entender. Aqui é mais fácil conversar. – Flávia*

*[...] agradecer a você por dar esse momento da gente poder se expressar, falar, desabafar, pois, por mais que a gente comente com, por exemplo, por mais que fale com meu marido, eu converso com ele, me expesso bastante, mas parece que é diferente, conversar com outra pessoa que escuta a gente, sei lá, é gostoso. – Sabrina*

Outros profissionais podem e devem ter uma postura acolhedora, de escuta à família, mas o psicólogo é quem tem os conhecimentos e técnicas para abrir o espaço de uma escuta diferenciada, que estará disponível para isso, sendo importante as Unidades Neonatais terem esse profissional. Uma das intervenções psicológicas que podem ser realizadas são os grupos com utilização de recursos expressivos. Freitas (2005b) afirma que eles têm se mostrado de grande valia para permitir a emergência de imagens numa forma mais precisa e contextualizada. Sabrina comenta sobre como isso a ajudou:

*Acho que quando a gente passa para o papel tudo aquilo que está sentindo é um jeito para desabafar assim, sem ter que falar para todo mundo, aí acalma um pouco. – Sabrina*

Barnard (*in* KLAUS; KENNEL, 1993) discute que os grupos de pais são muito eficazes para ajudá-los a lidarem com algumas de suas dúvidas, proporcionando um apoio que os auxilie a lidar com a crise. A integração de outros profissionais da equipe em grupos de apoio mostra-se importante para: a explicação das diferentes etapas da hospitalização; a retirada de dúvidas sobre o quadro, equipamentos, etc.; as questões burocráticas do hospital (como necessidade de documentos para a alta); as orientações sobre a amamentação. As preocupações e sentimentos relativos à alta do paciente também podem ser colocados em discussão no grupo, para auxiliar aos pais na independência progressiva da equipe quando da alta do bebê (BALDINI; KRESB, 1998), auxiliando-os quanto ao sentimento de impotência que foi mencionado anteriormente.

### **5.2.3. O significado do ‘ser mãe’**

#### **a) O numinoso**

Jung (1946-1955/2002) em carta a William Lachat, datada em 18 de janeiro de 1955, comenta que toda fase de nossa vida biológica tem caráter numinoso, como o nascimento, a puberdade, o casamento, a doença, a morte, etc. A gravidez e o parto constituem momentos biológicos para a mulher, que têm também caráter numinoso.

Como explicado no capítulo 2, uma forma de acesso ao numinoso dos arquétipos acontece por meio dos símbolos, e podemos encontrá-los nos sonhos. E foi através de um sonho que o *self* de Verônica pôde se comunicar com o seu ego; ego-*self* puderam sintonizar-



se e, deste modo, ela teve como aceitar e experimentar a maternidade de uma forma mais intensa. Dentro da sua tradição religiosa – evangélica presbiteriana – vinha fazendo orações para possuir o desejo de ter filhos, visto que era uma vontade de seu esposo e ela não se sentia preparada:

*[...] O Senhor vai trabalhar comigo então, que eu quero ser mãe, eu achava que eu não estava preparada para ter um filho, mas aí o Senhor começou a trabalhar comigo e o Senhor me mostrou duas vezes eu com o meu filho no colo, e aí eu senti, eu já me senti como se fosse mãe, o Senhor começou a trabalhar comigo e aí senti vontade de ter ele (o filho) depois que eu tive esse sonho. Eu senti como se eu já fosse mãe e como era bom ser mãe. [...] Foi assim, eu acordei como se já o tivesse, eu acordei com a zoadada do nenê dentro do meu quarto, o nenê brincando, [...] aquilo foi gerando dentro de mim o desejo, aquela vontade de ser mamãe. [...] passei a sentir como eu já fosse mãe. Na verdade, quando eu tive esse sonho, eu já estava grávida.*

O sonho também foi um sinalizador da sua gravidez, como um comunicador da sua situação inconsciente, da gestação que conscientemente não estava presente e, com isso, preparando-lhe psicologicamente para a nova condição. A numinosidade tomou-a. O sonho trouxe a ela um sentir diferente.

Quando a maternidade se manifesta na vida da mulher, as colaboradoras desta pesquisa trouxeram a percepção do que é ‘ser mãe’:

*Eu não tinha noção do que é ser mãe, só quem é mãe sabe. [...] Eu fiquei, pra mim assim, ser mãe é amar, e eu estou amando muito meu filho. Mãe é ser assim... é uma coisa muito gostosa, meu Deus! Eu quando estava com dois meses de grávida, meus seios começaram a sair já um leitinho, e aquilo assim foi mexendo comigo, uma coisa muito gostosa, não dá nem para explicar para ninguém. Depois que eu tive nenê foi a maior felicidade, uma alegria muito grande dentro de mim, eu nem sei explicar, é inexplicável. – Verônica*

*Olha, não tem explicação. Eu não sei, é tão bom ser mãe. Acho que mãe é saber dar carinho, dar amor, eu não sei nem explicar o que é ser mãe, é uma sensação muito boa – Sabrina*

*Ah, eu sei lá, acho que é tão gostoso, eu gosto de criança. – Silvana*

*Ser mãe acho que para mim é uma benção. – Tatiana*

*É bom, é um presente. – Adelaide*

*Eu nem sei explicar. Eu não tenho nem como explicar. Pra mim assim, é muito bom. Está sendo muito bom. Eu estou feliz, assim. Apesar dele não ter nascido com nove meses, mas estou feliz. – Marina*

*É muito bom saber que ali dentro de você tem uma vida, e depois você descobrir que são duas ainda, você vai ser mãe de dois. É uma benção, eu fiquei muito alegre, meu marido então, nossa! – Odailza*

A maternidade se reveste, para essas mulheres, de grande emoção, mesmo sendo um parto prematuro. Quando a vida se faz – ainda que frágil –, é uma vida que brota de seus ventres. Nisto, a dimensão do numinoso mostra-se presente: o inefável, um sentir que não se explica, o *fascinans* pelo qual são arrebatadas. Um elemento que se fez notório na fala de Verônica foi o de como o “produzir leite” a mobilizou. Como explicado por Neumann (2003) o terceiro elemento do mistério do sangue:<sup>58</sup>

*Quando eu estou tirando leite para o meu filho, meu Deus, dá vontade de chorar de tanta emoção, uma coisa gostosa. Eu não imaginava que fosse assim. – Verônica*

Embora não podendo alimentá-lo em seu colo, o poder de alguma forma provê-lo do alimento que sai de si a torna semelhante à Grande Mãe nutriz, revivendo o mistério da vida.

Algumas mães, pelo momento de tensão, sentem dificuldade na retirada do leite, já que o estado emocional interfere na produção:

*Aí hoje disseram que eu já podia vir porque acho, parece que a partir de amanhã vou ter que tirar meu leite para passar para ele. Hoje era para eu tirar aqui, mas não está saindo nada, mas eu vou tentar. – Silvana*

Essas mulheres, estando ao encontro do bebê, mesmo que o vendo rapidamente pela urgência dos procedimentos diante um recém-nascido prematuro, parecem contar com a presença do numinoso neste encontro:

*Quando eu o vi pela primeira vez, eu vi rapidinho só, porque eles levam lá para medir, fazer os exames. Foi pra mim emocionante, eu chorei, eu lagrimei, porque eu não podia enxugar as lágrimas porque eu estava anestesiada, uma emoção muito...só quem é mãe é que sabe, pela primeira vez. [...] – Tatiana*

*Foi uma emoção assim... uma emoção muito grande, alegria, de ver um bebê assim que é meu! Fiquei muito feliz – Marina.*

*Ah, eu fiquei emocionada, eu fiquei besta assim, me deu vontade de chorar, fiquei feliz [...]. – Verônica*

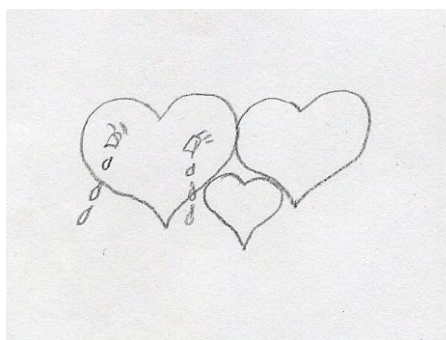
No grupo focal, foi pedido para que expressassem da forma como quisessem “o que é ser mãe”. Todas fizeram uma produção escrita. No que escreveram, podemos dizer que o

---

<sup>58</sup> Cf. explicado no Capítulo 2.

numinoso nesse momento de suas vidas se fez presente, pela maternidade. Sabrina e Nadira, além da escrita, desenharam:

*Ser mãe é uma coisa maravilhosa, é quando está perto de seu filho e se esquece do resto do mundo, sentir uma paz imensa, parece que seu peito vai explodir de tanto amor que você sente, quando vê aquele serzinho tão pequeno e frágil que precisa mais que nunca de você, do seu carinho. Ser mãe, não tem nem explicação, só quando você é mãe que você sabe o que é ser mãe. Não tem nada mais gostoso do que chorar de felicidade! – Sabrina.*



**Figura 3 – Desenho da Sabrina**

*Ser mãe é uma graça divina, uma benção, principalmente quando são gêmeos, saber que irá ser mãe duas vezes ao mesmo tempo, o carinho dobra tanto da mãe quanto do pai, saber que irá dar à luz a duas vidas; mas no momento agora é de muita dor, pois nunca imaginamos que iríamos passar por esta situação, tanto a mãe sofre quanto também a família, mas com muita fé em Deus iremos conseguir superar este sofrimento. Pois, cada dia de luta, será uma vitória. – Odailza.*

*Apesar de tudo o que estou passando, foi a melhor coisa que aconteceu na minha vida. Poder trazer uma vida mesmo que você passe por problemas, doenças dificuldades financeiras, dificuldade para educar, mas tudo vale a pena!*

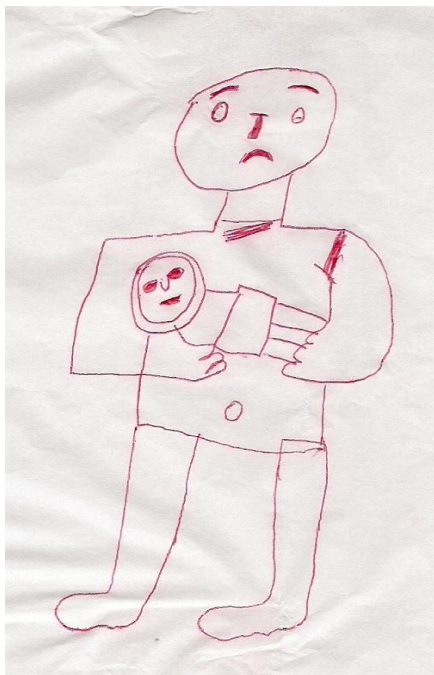
*São nossos filhos que vão formar o futuro.*

*A responsabilidade é enorme mais não me assusta, eu dou o melhor de mim sempre.*

*Enquanto meus filhos morarem comigo e dependerem de mim, vou continuar dando o melhor de mim, vou continuar perdendo o sono se for preciso, trabalhando dia e noite se for preciso e assim eu vou.*

*Pois pra mim não existe satisfação melhor do que ser mãe... – Flávia*

*Ser mãe é o carinho, amor, paixão infinitos que nunca acaba. O amor de mãe é para sempre.– Nadira*



**Figura 4 – Desenho da Nadira**

Assim, diante destas falas, podemos pensar que talvez também possam ter trazido uma percepção do ‘ser mãe’ idealizada, até santificada, mas também o outro lado disso, a ambivalência que vivem: a dor deste momento, as dificuldades que tem que enfrentar e que não se encerram com esta vivência, que continuam com a criação dos filhos – isso na fala da Flávia, que já tem outros filhos. Uma das leituras que talvez possa ser feita é a ascensão dessa maternidade como uma função compensatória<sup>59</sup> para o equilíbrio da psique: fazer-se grande, a boa mãe para compensar o possível sentimento de impotência frente ao parto prematuro ou para compensar a vivência de risco de vida do bebê. Ou que, independente do tipo de situação, a maternidade pode se apresentar como um momento de elevação, de um contato mais profundo consigo e com a vida, permitindo-lhe a iniciação (GALLBACH, 1995), o mistério de transformação assinalado por Neumann (2003).

Eros<sup>60</sup> parece estar presente nas falas dessas mulheres. Guggenbühl-Graig (1983) explica que o arquétipo da mãe, quando aparece com Eros, ama seu filho de forma desprendida, deseja o melhor para sua alma, espera que lute por outros valores importantes; não o vendo somente como prole material e biológica.

<sup>59</sup> A compensação implica a oposição ao mundo consciente, levando a um efeito equilibrador da psique. (FURTH, 2006).

<sup>60</sup> Eros é o deus do amor. São várias as suas genealogias, algumas delas: filho de Hermes e Ártemis ou de Hermes e Afrodite; Ares e Afrodite. Pode traduzir a *complexio oppositorum*, a união dos opostos. O amor é a libido que impele toda a existência a se realizar na ação, concretizando-se através do contato com o outro, de uma verdadeira alteridade, já que procura superar antagonismos, assimilando forças diferentes e contrárias, integrando-as numa só unidade (BRANDÃO, 2009a).

Sobre os desenhos, podemos delinear alguns aspectos mais gerais, visto que não se falou sobre eles com suas autoras.

Sabrina fez três corações (**figura 3**), que parecem definir a sua constituição familiar: ela, o marido e agora o filho. Ela é o coração maior, já que no seu texto fala sobre o seu choro de felicidade. É a única com os olhos e choro, expressando a sua emoção nessa vivência. O coração em nossa cultura simboliza o centro das emoções: “órgão central do indivíduo, corresponde, de maneira muito geral, à noção de centro. [...] a sede dos sentimentos” (CHEVALIER; GHEERBRANT, 2007, p.280). Jung (1931/2000, p.292, §669) ilustra que “achamos que nossos pensamentos se situam na cabeça mas, quando se trata dos sentimentos, mostramo-nos inseguros, porque parece que eles residem mais na região do coração”. Já o olho, surge como “símbolo da percepção intelectual [...] *aquele que tem olhos* [...] o clarividente.” (CHEVALIER; GHEERBRANT, *op.cit.*, p.653. Grifo dos autores). Ou seja, é ela quem está passando por tudo isso e quem pode dizer o que é, como traz em seu texto: “*Ser mãe, não tem nem explicação, só quando você é mãe que você sabe o que é ser mãe.*”

Nadira parece que trouxe uma representação de si com a filha no colo (**figura 4**). A sua sugerida autorrepresentação mostra-se em formas quadradas, sem traços femininos, assim como do bebê. As duas figuras possuem rostos; ela com um semblante triste, boca para baixo e olhos sem nítida definição. Já o bebê com olhos e boca bem marcados com o lápis, traço forte. Ela faz o umbigo, que é a ligação da mãe ao feto no ventre. Segundo Chevalier e Gheerbrant (*ibidem*, p. 659) o umbigo é universalmente “o símbolo do centro do mundo [...] não indica apenas o centro da manifestação física; é também o **centro espiritual de um mundo.**” (Grifo dos autores). O desenho é feito com traços finos e na cor vermelha. O vermelho em desenhos, para Furth (2006), pode representar uma questão de importância vital, emoções arrebatadoras. E é bem isso que Nadira estava vivendo. O que essa imagem que ela confeccionou passa é de algo inacabado, com formas difusas, que pode sinalizar esse período de instabilidade pelo qual está passando. Mas mesmo diante de tudo isso, o bebê está em seus braços, indicando uma proximidade, o contato mãe-filha.

Otto (1992) discute que a *orgé*, a energia do numinoso, está presente nos atos heróicos. Com isso, pode-se também afirmar que essas mulheres têm que ser fazer heroínas para lidar com sua vivência pesarosa. Campbell (2006), em entrevistas realizadas com Moyers, considera que dar à luz é uma proeza heróica, pois, nesse ato, abre-se mão da própria vida em prol da vida do outro, e essa jornada heróica será longa para a mulher: abandona a segurança conhecida para assumir o risco e tem, com a maternidade, trabalho para toda uma vida, rodeado de provações pelas quais passam os heróis para provar que realmente estão à

altura da tarefa proposta. Quando, diz o autor, doamo-nos a algum objetivo mais elevado ou a outrem, quando deixamos de pensar em nós mesmos e em nossa autopreservação, passamos por uma transformação de consciência verdadeiramente heróica. Como reforça Waiblinger (1997, p.26):

Não existe iniciação sem dores, sem sofrimento, continuará a sofrer por esse filho. Agora ela sabe disso e sente a altivez, a numinosidade desse momento [...] E agora que ela está iniciada ao sofrimento, continuará a sofrer por esse filho. Terá medo e preocupações, irá rezear por seu filho, irá afligir-se, desesperar-se e orientar sua vida conforme essa nova criatura. As mães de Krishna e de Buda tiveram de morrer logo depois do nascimento de seus filhos. Maria suportou muito sofrimento pelo seu filho Jesus. Todas as mães do mundo temem por seus filhos que têm de ir à guerra; todas as mães têm a esperança de que nenhum mal suceda a seu filho, o que quer que ele faça, seja qual for a sua idade. Mesmo assim, toda mãe – e, provavelmente, toda mulher – suporta melhor as dores e o sofrimento do que a maioria dos pais ou dos homens. A mulher é feita para o grande acontecimento do parto e da dor; é criada para se abrir, para acolher, para carregar, para doar-se, para suportar.

Talvez seja oportuno dizer que mesmo diante da dor, o gerar, pôr uma vida ao mundo, mesmo que ela seja inesperada e delicada, permite a essas mulheres a experiência do numinoso; e que pela própria dor essa experiência se torna mais intensa e a mãe vive o seu lado de Grande Mãe, literalmente, pelos recursos que terá que dispor para enfrentar esse momento em sua jornada.

## **b) As dificuldades**

A categoria anterior, ao tratar do numinoso, também discutiu alguns aspectos da dificuldade de ‘ser mãe’ de um bebê prematuro internado em UTIN. Alguns dos trechos das falas das colaboradoras não se encaixam apenas em uma das categorias, parecem passar por mais de uma, já que elas não são estanques; assinalam uma forma de compreensão para a nossa consciência, questionando as divisões que ela estabelece. No entanto, nesta categoria, trazemos de forma mais destacada o discurso das colaboradoras sobre a dificuldade do ‘ser mãe’ de prematuro, onde definem essa vivência pela palavra **difícil**:

*Difícil.* – Tatiana

*Está sendo difícil.* – Flávia

*Agora é difícil né, ser mãe.* – Luciana

*Pela primeira experiência que tenho, está sendo difícil.* – Nadira (Grupo focal)

Na condição de prematuridade, essas mulheres têm que viver um puerpério diferenciando, em que não podem estar com seus filhos e estes geralmente enfrentam uma situação de risco, entre a vida e a morte, como já mencionado; tornando a experiência complicada de lidar.

No grupo focal, discorrem sobre a percepção dessa maternidade diferente:

*Muda o que a gente pensa, a gente nunca pensa que vai nascer antes. Pensa sempre que vai nascer de nove meses, vai ganhar nenê e vai voltar para casa, faz um monte de plano. Aí é bem diferente, é bem diferente do que a gente espera. – Sabrina*

*Mudou, mudar não mudou, mas não foi igual às outras vezes, mas a gente não tem escolha. Das outras vezes a gente ia embora para casa, não precisava voltar para o hospital, chegar aqui e ficar nessa luta. – Flávia*

Os filhos representam uma continuidade dos pais, dando-lhes uma espécie de imortalidade, o futuro da capacidade criadora (SAVAGE, 1995). Na condição da prematuridade, principalmente nos primeiros dias de internação, isso parece ficar um pouco em suspenso, já que ainda não podem conviver plenamente com seus bebês e pode haver o risco de morte.

### **c) A ambivalência**

A ambivalência está presente na gravidez e durante todo o crescimento do filho (BADINTER, 1885; BEAUVOIR, 1967; JACOBY, 2007; KLAUS, KENNEL, 1993; PARKER, 1995; STERN, 1997). Na situação de prematuridade do bebê, ela parece estar bem acentuada (GOMES, 2009), como também vemos na expressão desses discursos:

*Pelo jeito que está, igual diz o ditado, minha avó dizia, é padecer no paraíso. Só se o paraíso vier mais tarde, mas nesse momento a gente está pensando. – Flávia (Grupo focal)*

*Ser mãe acho que é a maior responsabilidade hoje em dia, é a coisa mais... é bom ser mãe, muito bom, mas dá muito trabalho também, muita responsabilidade, nem sei explicar como é que diz (ri). – Flávia (entrevista)*

*[...] é uma sensação boa ser mãe, mas ao mesmo tempo é dolorido você saber que você tem um filho e você não poder levá-lo para casa, você não poder pegá-lo, ter que ficar o dia inteiro longe. – Sabrina*

*É muito bom ser mãe. [...] Agora de prematuro é difícil, ser mãe, sei lá. – Luciana*

*[...] não sei explicar. – Odailza*

Flávia explica bem esse momento trazendo o ditado popular “*ser mãe é padecer no paraíso*”, que remete à imagem da ambivalência: o sofrimento diante o prazer. No entanto, ainda não considera que tenha alcançado o lado benéfico dessa experiência.

Baptista (1995, p.39) afirma que “ser mãe **não é** padecer no Paraíso” (grifo da autora), pois não existe paraíso e na maior parte das vezes o padecimento é muito mais real do que o ideal paradisíaco manifestado nesse ditado, aceito sem questionamentos.

O fato de ter um filho prematuro parece ser tão complexo que nas falas das colaboradoras comentam sobre não o conseguirem explicar. Jung (1938/2007; 1950/1999) ao explicar o arquétipo materno, mostra as polaridades nele existentes (Mãe Boa e Mãe Terrível) e tudo o que pode circundar entre esses extremos, já remetendo a concepção de amplas possibilidades, como a ambivalência do que sentem em relação a essa vivência. A ativação desse arquétipo com a maternidade manifesta-se através da constelação do complexo materno, singular para cada mulher.

#### **5.2.4. A relação mãe-bebê**

##### **a) O rápido primeiro encontro**

Pela urgência dos procedimentos para a sobrevivência do recém-nascido, as colaboradoras falaram desse rápido primeiro encontro com seus bebês na sala de parto:

*[...] ela (enfermeira) só mostrou assim, [...] depois que colocou aquele negócio no pezinho, tirou o meu dedo, tirou a digital, aí ela falou: “vamos rapidinho que eu tenho que correr para ir à UTI, para a incubadora” – Sabrina*

*Quando eu vi pela primeira vez eu vi rapidinho só, porque eles levam lá pra medir, fazer os exames, foi pra mim emocionante, eu chorei (ri), eu lagrimei, porque eu não podia enxugar as lágrimas porque eu estava anestesiada, uma emoção muito... só quem é mãe é que sabe, pela primeira vez. – Tatiana*

*[...] só olhei assim quando a enfermeira estava levando, mas eu o vi. – Adelaide*

*Passou rapidamente assim e eu só vi de longe. – Nadira*



*[...] eles só mostraram assim mesmo rapidinho, já enrolaram no pano e levaram. – Marina*

É destacado em seus discursos o fato de não poder observar o filho com mais vagar, vivenciando uma interrupção no momento de conhecê-lo. Esse filho, que geralmente a gestante fica imaginando como seria, no instante do nascimento ainda não pode ser comparado com a sua imagem real.

Abaixo, falas das colaboradoras que conseguiram vê-los rapidamente; outras, nem isso:

*[...] eu não vi também quando passaram, tentei ver, mas foi muito rápido! Rapidinho levaram-no lá para dentro. – Verônica*

*[...] saíram correndo, levaram muito rápido para o Berçário. Só vim ver ele ontem, ontem foi a primeira vez que vim vê-lo. – Flávia*

*Não deu para vê-la. – Luciana*

Não é tão fácil determinar se há um **período sensitivo** ou não em seres humanos, já que não somos regidos apenas pelos fatores biológicos, mas também pelos cognitivos, sociais, emocionais (KLAUS; KENNEL, 1993). O período sensitivo é o momento onde o apego dos pais ao bebê fica mais intenso, sendo então mais propício desenvolvê-lo e originando uma repercussão por toda a vida na relação com o filho: “durante este período enigmático, interações complexas entre a mãe e o bebê ajudam a uni-los” (*ibidem*, p. 59). Klaus e Klennell (*ibidem*), através de relatos clínicos, sugerem que esse período estaria ligado às primeiras horas após o nascimento. Parke (*in* KLAUS; KENNEL, 1993) alerta que é preciso encorajar alterações nas práticas hospitalares para ter, sim, o contato precoce. Porém, além disso, garantir aos pais que quando não é possível esse contato de imediato, nem tudo está perdido, pois o relacionamento pais-filhos é um processo contínuo de adaptação às necessidades um do outro. No parto prematuro, é muito difícil que ocorra o contato precoce em vista da emergência nos cuidados, como mencionado. No entanto, os pais devem ser incentivados a estar com seus filhos assim que possível, para que haja o estreitamento dessa relação e para saberem como está o seu bebê. Isso evita a emergência de fantasias que geralmente os fazem sofrer e que possam, com essa medida, diminuir a ansiedade perante esse nascimento antecipado. Num primeiro momento, ao adentrarem na UTIN, costuma ser um choque, como será discutido a seguir; todavia, a presença constante nesse ambiente ajudará a relação pais-bebê e, em especial, a relação mãe-bebê.

## b) A imagem do bebê: real e idealizada

Um momento de choque pode se dar quando a puérpera, ao adentrar na UTIN, em sua primeira visita, tendo a imagem idealizada do seu bebê, vê o bebê real que está em sua frente. Savage (1995) afirma que tanto as mães quanto os pais começam o processo de apego ao terem a notícia da gravidez, inicialmente pela projeção, pois imagens relativas à aparência da criança já começam a se formar na mente dos pais.

Mesmo que algumas mães tenham efetivamente visto seu bebê na sala de parto, isso se dá de forma muito rápida, devido aos procedimentos que são necessários para sua sobrevivência; vê-lo inserido numa incubadora, com aparelhos, na UTIN, parece-lhes mais alarmante. Sabrina fala sobre esse momento de ver o filho:

*[...] na hora assim, que eu senti que nasceu, eu fiquei com medo, porque prematuro e tal, aí o doutor falou assim, que tem pouca chance porque é um feto ainda. Aí a gente tem na cabeça que feto não está formado ainda, aí eu imaginava que eu não ia conseguir ver, fiquei com medo de ver. Aí que a enfermeira passou e eu vi que ele era perfeitinho, só era pequenininho, que era completinho, aí eu cheguei a dar risada, até acalmei assim. Mas daí, que eu estava na maternidade e que tinha o horário de visita, eu fiquei uns dois dias sem vontade de vir ver ele, parece assim, sei lá, que a gente fica meio que traumatizada, um medo de chegar ali e falarem que seu filho morreu, aí eu pensava assim: se eu ficar aqui e ficar sabendo, acho que dói menos do que ficar olhando, aí ficava com medo. Só que eu vinha (na UTIN) e na hora que eu chegava lá eu me acalmava, aí eu via ele e eu me acalmava. [...] Eu vinha, só que assim, sem vontade, se eu fosse olhar a minha vontade eu não vinha. [...] A gente fica com dó, porque vê tão pequenininho, mas eu fiquei calma, há hora você está nervosa, mas depois que vi ele eu acalmei, que eu vi que ele estava assim, não estava bem porque estava com oxigênio, tudinho assim, mas dá uma calma na gente, a gente fica morrendo de medo de perder. Eu chorei muito, mas eu acho que eu sou até calma em vista de tudo. Eu me controlo bem.*

A imagem que esta mãe tinha, neste caso, era mais assustadora do que a real. E mesmo com o medo das notícias que poderia obter a respeito do filho, ao entrar na UTIN, o fato de vê-lo com vida, mesmo que frágil, tranquilizou-a. Klaus e Kennell (1993) explicam que o temor da mãe acerca da sobrevivência do bebê pode inibir o processo normal de apego. Sabrina estava com este receio em relação à vida do seu filho. Essa experiência contudo, não é unívoca, havendo outras reações que podem ocorrer:

*[...] não imaginaria também o tamanho dele. Meu marido achou que eu fosse me assustar com o tamanhozinho dele. Não me assustei, quando eu olhei, um bebê normal, um bebê pequeno, menino, pequeno, um bebê pequeno-grande (ri). – Verônica*

*[...] Só que eu chorei quando o vi, nossa, como eu fiquei com dó de ver ele daquele jeito. Eu vou evitar de ver ele, assim, vou vir cedo (primeiro horário de visita), até eu me acalmar mais para eu conseguir ver, muito pequenininho. [...] É ruim. Sei lá, eu fico pensando, tem horas que eu fico: será que ele vai ficar perfeito? Eu nunca tinha visto. Eu fico: será que vai pegar peso? É tão magrinho, sei não. A gente vê que não é normal, vamos ver né.” – Silvana*

*Pequeninho, eu só ficava chorando, todas às vezes que ia vê-lo, ficava chorando. Agora que eu parei de ficar chorando.” – Adelaide*

*Quando eu entrei pela primeira vez, ela estava bem. [...] Eu me senti bem porque a médica me passou boas notícias. – Nadira*

*Chorei bastante. – Luciana*

*Às vezes na hora que a gente vai lá ver eles, prematuro, sabe que agora, nesse primeiro momento tem que ter muito cuidado com eles, eles são bem sensíveis, bem delicadinho mesmo [...]. Quando eu cheguei, eu fui em um (teve gemelares), porque sempre que tem dois, um é mais fortinho que o outro, o outro mais magrinho. Aí primeiro eu fui em um, aí olhei um e depois olhar o outro bem [...] Quando eu olhei assim, eu entrei em choque, ver eles assim. É tão triste um bichinho tão pequenininho assim, tão delicadinho, com aquele tanto de aparelhos neles, mas sabe que aqueles aparelhos é para o bem deles. Aí olhei um, depois olhei outro, então quando olhei o outro, o outro é bem mais fraquinho ainda, estava a lâmpada acesa. O rostinho desse outro estava até enfaixado, ah, quando eu vi o rosto enfaixado eu desesperei mais ainda, eu pensei: “ah, alguma coisa teve que ser feita no rosto do meu filho, alguma coisa no nariz, o olho, assim”. Aí eu perguntei para a enfermeira que estava de plantão, ela deu risada falando, aí eu me acalmei (ri). Mas sei lá, nos primeiros dias quando eu os vi, nossa mãe! Eu entrei em choque. Umas coisas tão pequenininhas assim naquele monte de aparelhos lá. – Odailza*

Verônica traz a imagem “pequeno-grande”: um bebê ao mesmo tempo que frágil, grande pela superação, pelo que está passando.

Odailza manifesta o pensamento mágico descrito por Klaus e Kennell (1993). Em sua primeira visita ao filho, deparou-se com ele fazendo fototerapia, que consiste na incidência de um projetor de luzes para auxiliar na diminuição da taxa de bilirrubina, que provoca a cor amarelada no bebê, a icterícia, o que é comum nos prematuros. É necessário o uso de vendas nos olhos para as luzes não prejudicarem a visão, e como são pequenos, essa venda acaba enfaixando quase o rosto todo; e essa mãe, vendo isso, imaginou que o filho tivesse nascido com algum problema na face.

Em suas falas, explicitamente na de Silvana, está presente o “dó” que sentem em relação aos filhos, ao verem-nos sofrendo: tão pequenos e passando por isso. Nos atendimentos que realizo, é frequente verbalizarem que prefeririam elas estarem atravessando

isso no lugar dos seus bebês. Isso sinaliza o lado Grande Mãe Boa do arquétipo materno: a mãe que tenta proteger seus filhos de todo o mal.

Mesmo os tendo nessa condição, seus bebês permanecem vivos e sem malformações, comparando com os de outras mulheres. E nessa comparação, percebem que “sofrem menos”:

*Tanto que sofri no começo, os enjoos, ter um bebezinho vivo. Uma mãe que estava ali e o bebê dela morreu, dá uma tristeza assim vê-la chorando, porque o nenê dela estava ali e morreu, mas ele nasceu com outro problema e ainda bem que o meu não nasceu com nada, nenhum problema, nenhuma doença até agora. Tem que ficar feliz. – Adelaide*

Ao verem seus filhos na UTIN, mesmo a imagem sendo diferente da idealizada, são tomadas de alegria:

*Foi uma emoção assim... uma emoção muito grande, alegria, de ver um bebê assim que é meu! Fiquei muito feliz.” – Marina.*

*Ah, eu fiquei emocionada, eu fiquei besta assim, me deu vontade de chorar, fiquei feliz [...] – Verônica*

*Foi uma alegria grande, grande. – Tatiana*

Jung (1940/2007), como explicado no capítulo 3, discorre sobre o arquétipo da criança. Freitas (1995, p.130) considera que “o nascimento de uma criança tem uma dimensão arquetípica muito acentuada, remetendo-nos ao mistério da vida. A criança apresenta um enorme potencial, remetendo-nos à idéia de futuridade”. Deste modo, esses bebês despertam em suas mães essas condições, são tomadas nesse contato, pelo numinoso, pela força do arquétipo materno e da criança, parecendo não importar as condições em que os filhos nasceram. É sempre uma vida, de que se espera seu desenvolvimento futuro.

### **c) O desejo de pegar o filho no colo**

As colaboradoras falaram sobre como gostariam de poder pegar o filho no colo, que no momento não puderam realizar:

*[...] eu estou tirando leite, porque eu não posso ainda colocar ele aqui no meu colo. [...] a vontade é pegá-lo no colo, mas não tem como. Mas agora eu já posso pegar nele, pegar na perninha dele, eu não sabia que podia pegar,*

*então eu não peguei, mas a vontade era de meter a mão lá e pegar. – Verônica*

*É bom estar com o bebê (ri). Não vejo a hora de vê-lo, aí dá vontade de pegar, mas a gente não pode, só coloca a mãozinha, não pode pegar no colo, mas é calmo, é gostoso. – Sabrina*

*É difícil, dá vontade de ficar com ele no colo, de pegar, de olhar [...]. – Sabrina (Grupo focal)*

*[...] foi triste porque eu não podia pegá-los, no colo [...] estou pegando aos pouquinhos, mas no colo não, porque não pode não [...]. O que eu queria poder mesmo era pegá-los no colo, mas só que eu não posso, tem que se conformar né. – Tatiana*

*Só fico tocando nela, sei lá, querendo pegá-la no colo (chorosa). – Nadira*

Essas mães não podem viver o pleno contato físico com seus filhos, que parece se completar sentindo-os no colo, por experimentar dessa maneira a inteireza do corpo do seu bebê. Mathelin (1999, p.143) expressa que “um bebê que não pode se tocado, cujo cheiro tão doce não se pode sentir, a quem não se pode nem dar o seio, nem acalmar as tristezas, existe realmente?”. Por esta impossibilidade, Tatiana diz que não se sente ainda uma mãe inteira:

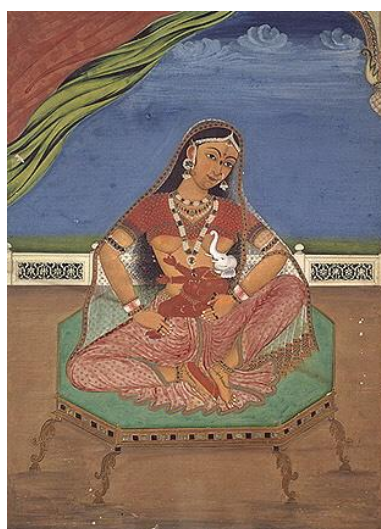
*[...] ainda não me sinto 100% mãe, completa, porque eu não posso pegar meus bebês. Queria pelo menos pegá-los no colo.*

Como explicado no capítulo 2, uma das imagens que o representa o arquétipo materno é a das **deusas**. Nessas imagens representativas da Grande Mãe, vê-se que essas mães carregam os filhos no colo. Na imagem que abre a primeira parte desse trabalho, a **deusa primitiva (figura 1)**, que contém o mundo em si, e representa o mundo ao seu filho, é a deusa que pode alimentar seu filho, e contê-lo em seus braços. A seguir, algumas imagens de deusas:



**Figura 5 – Maria com Jesus**

Fonte: <http://www.salvemaria.org.br/?system=news&eid=226>



**Figura 6 – Parvati com Ganesh**

Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Devi>



**Figura 7 – Deméter com Core**

Fonte: NEUMANN, E. 2003, p.147



**Figura 8 - Ísis com Hórus**

Fonte: CAMPBELL, J; MOYERS, B., 2006, p.187.

Essas imagens, vindas de religiões diferentes (na sequência: catolicismo, hinduísmo, religião grega, religião egípcia); em momentos distintos, mostram a força do arquétipo atravessando eras da humanidade. Nas falas das colaboradoras é presentificada essa necessidade de estar com o filho no colo. Não somente nas falas, como também no desenho que Nadira compôs (**figura 4**).

Deste modo, assim que o bebê tiver condições clínicas, é importante a equipe da UTIN colocá-lo no colo de sua mãe, já que geralmente elas não fazem isso sozinhas na primeira vez, pelo receio de “soltar” algum equipamento que ainda possa estar monitorando o recém-nascido, ou de “não ter jeito” ao pegar um bebê tão pequeno, como costume ouvir durante os atendimentos, quando ofereço que o façam.

Essa experiência do colo é necessária tanto para a mãe quanto para o bebê, pois “o colo vai proporcionar uma experiência de continuidade que é imprescindível para que o bebê possa ir organizando a experiência vivida” (GOMES, 2009, p. 85). E com isso, proporcionando também que o vínculo da díade se fortaleça, e essa mãe possa se sentir menos impotente, já que se sentirá “mais mãe”, como trazido por Tatiana.

#### d) A ausência do filho

A mulher vive durante a gravidez, e mais ou menos até um ano de vida do bebê, em unidade biopsíquica com ele, em um universo urobórico como assinalou Neumann (1995)<sup>61</sup>. Não há distinção entre o corpo do bebê e o de sua mãe, a mulher fica envolvida nessa unidade física, emocional e relacional. Assim, não poder ter o filho próximo deixa uma sensação de **vazio** (KLAUS; KENNEL, 1993): é um bebê que não está nem no seu ventre nem ao seu lado, que tem ficar no hospital, sendo difícil essa separação:

*Não tem como não sofrer, vai embora para casa e o bebê fica para trás, aí foi ruim.* – Flávia

*Eu fico com muita ansiedade, quando vou para casa, quando saio a vontade é ficar lá, todo o tempo perto, do lado. Eu fico com o coração apertado. [...] fico com o coração muito apertado, de ter que ir e deixá-lo. O coração fica muito apertado. Quando chega a noite, eu quero que logo amanheça pare eu logo vir pra cá, a ansiedade é tanta [...] – Verônica*

*Eu fiquei assim, triste, por não ter meu filho comigo, ver ele aqui no hospital por bastante tempo porque ele vai ficar bastante tempo ainda, né? Aí eu fico assim, **muito** (ênfase) triste mesmo.* – Marina

Essa ausência, de não ter o filho consigo, parece se acentuar ainda mais quando veem outras mães com seus bebês, e elas ainda não podem vivenciar esse contato e cuidados plenos:

*Nossa, é ruim demais. Sei lá. É mais ruim, sabe por quê? Porque eu estava assim lá, e as mães todas chegando com o bebezinho, eu não estava acostumada, nossa! Foi difícil... – Silvana*

No grupo focal, em sequência:

**Sabrina:** *Você vê um monte de gente com seu bebê nos braços e você saber que tem um que não pode nem pegar.*

**Flávia:** *É difícil você passar por uma mãe que está dando de mamar ou está trocando uma fralda [...], a gente passa, procura virar, ou pelo menos virar a cara para o outro lado, não olha para não sofrer mais do que já estou.*

Agman, Druon e Frichet (1999, p.27) consideram que a mulher nesse momento vivencia uma “gravidez de barriga vazia”, sentindo-se estranha por estar numa maternidade sem ter um bebê e invejando aquelas que têm o seu.

---

<sup>61</sup> Cf. capítulo 3.



Algumas mulheres, devido ainda ao tempo de recuperação do parto, vivem essa ausência, já que não conseguem se locomover até a UTIN, não podendo estar com seus bebês. Após o parto, há aquelas que necessitam de tratamento na maternidade por pressão alta, infecção, etc., não sendo o caso de nenhuma colaborada desta pesquisa:

*Eu não estava conseguindo me levantar ainda, por causa da laqueadura, aí ontem que eu consegui me levantar, o médico me deu alta e aí vim ver ele, quando consegui andar. – Flávia*

Como o hospital atende diversos municípios, há mulheres que fizeram o parto em sua cidade, não podendo acompanhar o deslocamento do filho para esta UTIN:

*[...] eu não tinha alta e não podia sair para andar mais porque eu tinha ganhado ele, mas não tinha incubadora, aí o trouxeram para cá. Eu vim ontem. Ele (o bebê) veio com meu marido. Eu tive alta ontem, quando eu tive alta eu vim. – Silvana*

*Assim que eu ganhei não aguentava vir e aí minha irmã veio. – Nadira*

*Aí eu fiquei lá e os bebês vieram primeiro. Eu ganhei na sexta à tarde, quando foi no sábado à noite eu vim ver eles. – Odailza*

Quando a ausência é em parte suprida, por poder na UTIN estarem próximas aos filhos, a unidade mãe-bebê parece se completar, relatando o quanto é bom esse momento:

*Estar perto dele é muito bom, bom demais. – Adelaide*

*[...] eu nem sei lhe dizer, porque dá uma sensação tão boa quando eu estou lá dentro perto dela. – Nadira*

*É bom. É muito bom estar com ela (chorosa). – Luciana*

*É bom demais estar com eles. – Odailza*

Mesmo não podendo ter o bebê consigo em tempo integral, conformam-se com o fato de ele ter sobrevivido e estar recebendo os cuidados que garantirão que mais tarde possam ficar juntos:

*Eu queria que ele nascesse de nove meses porque com nove meses a mãe já fica com o bebê e tudo. Mas está muito bom assim, para nós. Que nasceu bem, com saúde. – Marina*

*Nossa, sei lá, não sei nem explicar sabia? Dá uma vontade de ir embora, sei lá, a gente fica uma parte feliz e uma parte a gente fica triste porque a gente*

*queria que o bichinho tivesse com a gente. Mas só em saber que o bichinho está aqui dentro é bom demais. – Silvana*

## e) O contato

Ao estarem com seus bebês, mencionam o tipo de contato que estabelecem:

*Lá eu converso muito, falo mamãe chegou, Deus te abençoe, como se ele já pudesse pedir benção de mim, eu já estou abençoando. Converso muito que o papai está lá fora, que o papai vai mais tarde entrar para te ver, converso, falo tudo. Sobre as pessoas que querem lhe ver, lhe conhecer [...]. – Verônica*

*Eu converso com ele, falo pra ele sair logo, vem pra casa fazer arte (ri). – Sabrina*

*Falei com ele, passei a mãozinha nele [...] reparei-o todinho. – Silvana*

*Entrar e vê-lo tem sido bom porque já posso pegar nele [...] Fico passando a mão nele, alisando-o (ri). – Adelaide*

*Só fico tocando nela. – Nadira*

*Converso com ela (chorosa). – Luciana*

*Eu converso com ele (ri), eu pego nele, aí falo da avó dele, do pai dele. – Marina*

*[...] hoje eu fui lá, abri, mexi com eles, conversei. [...] Eu fico lá, converso. Eu chego primeiro, rezo, peço a Deus que eles consigam melhorar mais rápido. Aí primeiro eu rezo, peço a Deus e depois eu fico ali conversando com eles, imaginando o futuro. – Odailza*

A conversa e o toque são os contatos que mais predominam. A voz materna exerce uma função de “cordão umbilical sonoro” (BRAGA; MORSCH, 2006a, p.60), pois atenua a sensação de separação da mãe para o bebê. Caso o pai tenha conversado com o bebê durante a gravidez, ele também reconhecerá a sua voz. O recém-nascido não compreende o significado das palavras expressas, mas reconhece a melodia, os sentimentos que estão sendo manifestados pela voz (*ibidem*).

O contato com a pele do bebê é muito importante para que ele possa sentir um instante do procedimento que não seja doloroso, já que geralmente a equipe o manuseia para aplicar medicação, coletar sangue, dentre outras técnicas invasivas, necessárias à sobrevivência desses neonatos. O recém-nascido pré-termo é mais sensível à dor do que o recém-nascido a

termo (BRASIL, 2006). Como visto em Feldman (2004),<sup>62</sup> a experiência de pele é uma das primeiras a formar o ego, sendo importante incentivar os pais a manterem esse contato tátil, observando a reação do filho, os toques que mais ele apreciará, já que alguns toques nesse momento de prematuridade não são agradáveis ao bebê, como os muito sensíveis nas superfícies (triscar mãos e pés); eles preferem toques em regiões maiores, com mais firmeza, e que exercem contenção no seu corpo (BRAGA; MORSCH, 2006a; BRASIL, 2006; KLAUS; KENNEL. 1993).

Algumas mães expressaram o medo de tocar e acontecer algo:

*[...] só não passei mais (a mão) porque abre aquele vidro, fiquei com medo de estar abrindo aquele negócio lá e, sei lá, prejudicar ele. – Silvana*

*Eu prefiro não ficar pegando, deixar na incubadorazinha, para sarar ainda e ficar junto com o irmão dela. – Tatiana*

*Às vezes na hora que a gente vai lá vê-los, prematuros, sabe que agora, nesse primeiro momento tem que ter muito cuidado com eles né, eles são bem sensíveis, bem delicadinho mesmo. [...] ontem eu nem tive coragem de mexer neles, de pegar, de mexer neles, eu nem tive coragem. – Odailza*

Klaus e Kennell (1993) interpretam esse medo da mãe de tocar o bebê por achar que irá machucá-lo ou infectá-lo como derivado de sua crença de ser uma mãe inadequada ou má, por não ter sido capaz de produzir um bebê normal. Pode-se inferir que se trata da manifestação do complexo da Mãe Terrível, onde ela se considera a causadora do mal ao seu filho. Para que essa mulher possa diminuir esse sentimento e ir se aproximando do seu filho, cabe à equipe incentivá-la a esse contato já na primeira visita, e quando se tratar de um medo com o qual a equipe não consiga lidar, cabe a intervenção do psicólogo da unidade trabalhar com a mãe esses aspectos.

#### **f) As reações do filho**

Quando estão com seus filhos, tocando, conversando, ou em qualquer outro tipo de contato, ou mesmo quando estão apenas olhando pela incubadora, percebem o comportamento deles:

---

<sup>62</sup> Cf. capítulo 2.

*[...] eu já vi ele mamando, ele puxa, ele faz zoadinha, meu Deus! [...] Ele está com a sondinha, ele fica tchu-tchu, dá para ouvir, ele puxando, sabe, é muito gostoso! – Verônica*

*Faço carinho, ele pega assim nos meus dedos e não quer mais soltar (ri). – Tatiana*

*Ele já dá risadinha. Ele fica abrindo o olhinho, depois fecha e dá risada. Ontem ele estava nervoso, só estava chorando, os aparelhos ligados, ele com a mão assim (demonstra), estava querendo tirar o aparelho. Nervoso, estava chorando, toda hora. A enfermeira tocava a mão nele e começava a chorar. Chorava, agora estava calmo, dormindo. – Adelaide*

*Tinham tirado a faixa do rostinho daquele que estava com ela, ele abriu o olhinho. Então você conversa com eles, encosta neles e assim começam a se mexer. É bom demais! Aí eu fui no outro, o outro do mesmo jeito, eles começam a se mexer. Você fica alegre [...]. – Odailza*

Essa sinalização de comportamentos mostra que há uma vida. As mães ficam felizes pelos filhos estarem ativos, significando que estão se recuperando, já que interagem com o meio. É um filho que responde à sua mãe, que sente a sua presença. Aquele filho, que parecia ainda “não ter nascido”, mostra-se em interação. Fordham (2006)<sup>63</sup> comenta sobre a relação desse **par afetivo** mãe-bebê: o bebê elicia respostas na mãe e vice-versa; ele é ativo, atraindo os interesses da mãe e a mãe é continente das necessidades do filho. Essa resposta da mãe ao filho vai ajudando-o no seu processo de deintegração/reintegração que, como foi visto no capítulo 3, possibilita a formação deste indivíduo. Por isso, o reforço da importância da participação dos pais no contato com o seu bebê quando este está internado em UTIN. E para a mulher, essas reações do filho a “fabricam” (MATHELIN, 1999, p.67) como mãe, dada esta maternidade diferente, que antecipou o seu momento de ser mãe.

---

<sup>63</sup> Cf. capítulo 3.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS: o percurso da minha elaboração simbólica**

A vida humana é concebida pelo corpo gravídico da mulher. Para estar pronta essa nova vida, são necessários os nove meses. A gravidez é um período de sensibilidade, ambivalência, surpresa, de um corpo que se mostra estranho, que não se conhece, que se faz novo, que assusta, que cria e no qual se tem vida. E que pode trazer a vida antecipada, que não era para aquele momento, precisando de mais tempo de incubação – tanto para a criadora como para a criatura. E então acontece, vem prematuramente.

Esta pesquisa tratou de abordar esse momento: a experiência de mulheres que tiveram parto prematuro e cujos filhos estavam internados em UTI Neonatal. Procuramos averiguar como essas mulheres abordam o parto, a situação de UTIN, o significado do ‘ser mãe’ e a relação com o bebê, tendo como eixo principal de análise a psicologia analítica.

Através dos discursos oriundos de dez entrevistas com essas mulheres e da participação de quatro delas num grupo focal, vimos que o **parto** é tomado pelo *inesperado*. Embora estivessem internadas na maternidade de alto risco para “segurar” um pouco mais o bebê, o parto teve que ser realizado antes do previsto. Outras nem sequer tiveram tempo de ser internadas. O desencadeamento do parto prematuro vem cercado de *busca de explicação*, e é comum que as mulheres culpem a si pelo ocorrido. São *duas vidas em jogo*, neste período, em que se procura salvar a vida da díade mãe e bebê. Nesse parto, mesmo cerceado pelo risco, mostra-se presente o *tremendum* e o *majestas*: de início, manifesta-se o medo, mas, quando se dá o nascimento do filho, ocorre uma intensa comoção. O mistério da vida se refaz para essas mulheres, mistério no qual, ao mesmo tempo em que há o medo, vem a alegria por fazer vida. *Os apoios* recebidos da equipe de saúde são importantes para que elas possam suportar esse momento, e o que dele decorre: um filho prematuro que precisa ser internado.

Sobre a **situação de UTIN**, há *os sentimentos pela ida do bebê para a UTIN*, como o espanto por precisarem do tratamento intensivo, o medo pela gravidade do quadro que se apresenta e a angústia do que esse momento representa. Esses bebês receberão os cuidados tecnológicos para sobreviver, mas é uma situação em que estão *entre o viver e o morrer*. Não saber o que acontecerá no dia seguinte, bem como a espera ansiosa pelo boletim médico diário, são circunstâncias que trazem uma intensa angústia, e as mães convivem diariamente com essa dicotomia e com os questionamentos: “Haverá essa vida? Ela continuará? Por

quanto tempo será assim, longe de mim, precisando desses aparelhos e do hospital?”. Nem todos os bebês desta pesquisa eram prematuros extremos, sendo alguns próximos ao termo, mas, mesmo assim, para essas mulheres o fato de seus filhos estarem internados trazia a vivência da possibilidade de risco. Havia também o fato de a internação ser recente: a maior parte dos bebês (filhos de nove entre as dez colaboradoras) ainda não tinha ultrapassado a primeira semana no hospital, quando geralmente o risco é maior.

O quadro dos filhos é conhecido através da *comunicação da equipe com a família*. As colaboradoras manifestaram que nem sempre conseguem ter informações sobre seus bebês, o que neste estudo revela um afastamento do aspecto ferido no curador: há a cisão do arquétipo do “curador-ferido”, sobressaindo uma relação de poder do curador sobre a paciente e, com isso, não se atendo aquele à demanda que ela traz. No caso dos bebês e seus familiares, são geralmente as mães que se encontram mais presentes na UTIN, e que gostariam de receber mais atenção por parte da equipe, especialmente dos médicos.

Assim, essas mulheres passam por uma *rotina difícil*: uma rotina que se altera muito com a internação do filho, com horários institucionais restritos, sentindo-se impotentes nos cuidados dispensados ao bebê, com dificuldades por estarem numa cidade que não conhecem e por precisarem conciliar o horário no hospital com os dos outros filhos que ficaram em casa. A deusa Héstitia foi aqui lembrada por estar notoriamente ausente nesses ambientes. Deusa do aconchego e da intimidade, permanece afastada dessas mulheres que vivenciam a ausência dessas características, de um espaço protetor que não encontram, na frieza que geralmente os hospitais representam.

No entanto, para enfrentar esse difícil cotidiano, elas têm em si a *esperança* que as faz exercer o que podem: o esperar, uma peculiaridade do materno. Também vão *buscando forças*, principalmente na família, conversando, falando sobre tudo o que acontece no hospital; e também há aquelas que preferem ficar sozinhas. O momento de falar sobre si, proporcionado pela entrevista e pelo grupo focal, embora não tenha sido uma proposta de intervenção psicológica, mostrou ser uma maneira de ajuda a essas mulheres no contexto hospitalar. Deste modo, a presença do profissional psicólogo, de alguém que as escute e esteja disponível para isso, dotado de técnicas psicoterapêuticas e sensibilidade, mostrou-se importante. O trabalho em grupo pode ser uma dessas técnicas, pois nessa proposta pode fazer com que essas mães compartilhem suas vivências, vendo uma na outra que não passam por isso sozinhas. E, além das verbalizações, a proposta de atividades expressivas foi bem recebida, sendo indicada para não ficarmos somente na palavra, já que nem sempre esta alcança o que está sendo sentido. O trabalho em grupo no contexto hospitalar, embora muito

rico, é complicado de ser efetuado, devido à falta de espaço, à dificuldade de conseguir reunir um número mínimo de participantes, dadas as variantes de cada um quanto ao horário estipulado e as intercorrências que podem aparecer, inclusive para o psicólogo, que pode, por exemplo, ser solicitado a um atendimento de urgência.

O **significado do ‘ser mãe’** foi marcado pelo *numinoso*: a grandiosidade de tê-lo, a emoção com que essas mulheres são arrebatadas no nascimento do filho, mesmo que tenha sido diferente da forma que esperavam. Ter gerado uma vida as coloca em contato com um sentir que não conseguem explicar. Mas também não são só alegrias: marcam em suas falas as *dificuldades* de ser mãe de um bebê prematuro, de lidar com uma situação diferente do que esperavam e que ainda não sabem como se desenrolará. Há a *ambivalência* de sentimentos em relação ao significado do ‘ser mãe’, abarcando as extremidades que o arquétipo da Grande Mãe pode manifestar.

Quanto à **relação mãe-bebê**, nem todas as colaboradoras conseguiram “conhecer” o seu filho na sala de parto, em face da urgência nos procedimentos; e mesmo para as que vivenciaram o contato, foi um *rápido primeiro encontro*, não possibilitando um estreitamento relacional de imediato. Antes de verem os seus bebês, imaginam como ele é; e, por saberem que é prematuro, essa imagem pode até ser mais assustadora do que a real. Há a *imagem do bebê: real e idealizada*. Parece sempre haver um impacto, já que a imagem que têm do filho não é condizente com a real, principalmente porque na UTIN o veem monitorado por vários equipamentos, podendo ser um choque. Costumam sentir “dó” de verem seus filhos assim, mas consideram ainda melhor tê-los prematuros do que em outras situações que presenciam no hospital, como as de bebês com malformações. Mesmo que exista o choque da discrepância entre a imagem idealizada e a real, é uma alegria ver o filho.

Há também algo que gostariam muito de fazer e no momento não é possível: *o desejo de pegar o filho no colo*. A intensa ligação entre mãe e filho parece se completar quando aquela pode ter em seus braços o ser que gerou. Ilustramos este fato por meio de imagens de deusas, representações da Grande Mãe arquetípica, como também do desenho de uma colaboradora, onde se representou tendo a filha nos braços. Deste modo, realçou-se a importância de incentivá-las a fazer isso quando houver condições.

Pela situação da internação na UTIN, essas mulheres não podem permanecer o tempo todo ao lado dos filhos, e vivenciam *a ausência do filho*. Discorreu-se sobre a unidade biopsíquica na qual mãe e bebê estão inseridos, sendo muito difícil, por isso, essa vivência de separação. Mesmo que atualmente o horário seja mais aberto, elas possuem a rotina de vida fora do hospital, e, principalmente à noite, precisam voltar aos seus lares (ou casas de apoio,

ou de parentes/amigos) para repousarem. Também há aquelas que sofreram uma cesárea recente, não conseguindo ficar o dia todo no hospital. Relatam como é difícil verem outras mães com seus bebês enquanto elas não podem ainda estar com seu filho em tempo integral. Algumas, por estarem em outro município, sentem ainda mais essa ausência. Mesmo ficando com ele apenas alguns momentos durante o dia, expressam o quanto é bom estar ao lado do seu bebê, aguardando a boa evolução para poderem ficar juntos. Quando estão na UTIN, falam do *contato* que têm com o filho, que predominantemente é efetuado por meio do toque e da conversa com ele. Algumas ficam com receio de estabelecer um contato físico, por acharem que podem machucá-lo. Por isso, é importante o incentivo e a ajuda da equipe. Nesse contato, as mulheres percebem *as reações do filho*, o comportamento que ele manifesta, sendo um processo de retroalimentação entre mãe e bebê, que o ajuda no mecanismo de deintegração e reintegração, que serão importantes para o seu desenvolvimento psíquico; são as bases de sua personalidade que aí se iniciam.

Todas essas categorias elencadas dentro dos quatro eixos temáticos são os resultados vistos em um hospital público localizado em Rondônia sob o olhar desta pesquisadora. Como explicado por Jung (1949/2009), o símbolo depende de quem o vê. Outro (a) pesquisador (a) talvez teria percebido outras nuances, e a relação com as colaboradoras e o material emergente também poderia ter sido outra. Deve, portanto, ser realçado o limite da nossa consciência: é uma psique avaliando outras psiques, não tendo como aferir a porção inconsciente nesse processo, como também nos alerta Jung (1964/2008).

Na introdução deste trabalho, foi colocado que as perguntas da pesquisa foram tomadas como símbolos, de maneira que a pesquisa foi o caminho para a **elaboração simbólica**, onde os resultados devem mostrar uma faceta do símbolo: a apresentação de uma situação psíquica com o desvelamento da parte inconsciente, que é aquilo que ainda não se sabe, e que a pesquisa traz como nova contribuição para o campo da ciência, os novos achados. O símbolo se decodifica, pode ter múltiplas interpretações para cada um, para cada consciência em que se manifesta. Essa foi a forma pela qual olhei. Quando o símbolo é totalmente conhecido, torna-se morto; no entanto, no fazer científico, é necessário que o símbolo continue vivo: outras pesquisas, novos olhares sobre a temática, novos desdobramentos. Uma pesquisa aspira e alimenta as que a sucedem.

Como campo de futura exploração suscitado por esta pesquisa, podemos assinalar trabalhos que mostrem a eficácia de grupos vivenciais no contexto hospitalar, assim como de outras técnicas psicoterapêuticas no trabalho com puérperas em situação de internação do filho prematuro em UTIN.



Além de pesquisas, a proposta de trabalho em grupo mostra-se pertinente também para ser aplicado à equipe de saúde. Vimos a importância dos profissionais no contato com essas mulheres, o quanto eles influenciam o estado emocional delas. Nosso sistema atual de saúde enfatiza unilateralmente as polaridades do arquétipo do curador-ferido (a equipe que cura e o paciente que é o doente). Neste sentido, trabalhos de sensibilização que promovam a reflexão sobre essa dinâmica seriam pertinentes. Profissionais mais voltados a esta postura de ponderação, sensibilizados ao outro, tocados pelo arquétipo fraterno, podem proporcionar nesse ambiente hospitalar a aclimatação da deusa Héstitia. Disso poderiam advir medidas como, por exemplo, a organização de horários para o boletim médico e o cuidado com a forma como será transmitido, para que não seja apenas uma “enxurrada” de termos técnicos, mas também um momento de ouvir a família e deixar que tire suas dúvidas; a inclusão de maior participação da família ampliada nos cuidados do recém-nascido; além de outras medidas que cada instituição deve avaliar.

Essas medidas de maior cuidado e interesse para com o outro devem ser também focalizadas na formação do profissional médico, que ocupa uma destacada figura de poder nos hospitais, como também se estender aos demais profissionais de saúde.

Políticas públicas, como a Política Nacional de Humanização, têm incentivado esse trabalho de reflexão com as equipes e sua promoção com certa frequência. No entanto, no cotidiano, percebemos como é difícil fazê-lo e, mesmo quando isso ocorre, cumpre manter a “chama acesa” nessas pessoas, já que as instituições públicas enfrentam vários problemas estruturais e de gestão, deparando-se muito mais com um terreno árido do que fértil. O dia-a-dia nos hospitais, geralmente cercado por situações estressantes, ao se lidar com diferentes dificuldades, vai massificando as práticas, que se voltam principalmente para cuidados técnicos e imediatos, e dificultando, ou impossibilitando, a sensibilidade para “ouvir” o outro.

O cultivo de práticas humanizadas que se propõe, voltadas aos que precisam dos cuidados da instituição hospitalar (nesse caso, a mulher e seu bebê internado), é um desafio constante no exercício profissional. Assim, fazem-se claramente necessárias pesquisas que elucidem a melhor forma de realizar trabalhos com a equipe, que a levem à reflexão sobre sua atuação.

Outro ponto relevante que a pesquisa mostrou foi a importância do contato precoce entre mãe e bebê e a estimulação nesse contexto. Deste modo, pesquisas que tragam esses componentes, principalmente tendo o referencial da psicologia analítica, que ainda figura em poucos trabalhos nesse campo, constituir-se-ão base importante de referência.

O modo como o complexo materno pode influenciar no parto prematuro é uma questão que também se pode considerar como tema de pesquisa. Depois de ter realizado as entrevistas, percebi que isso poderia ter sido explorado através da percepção das colaboradoras na relação com a(s) sua(s) figura(s) materna(s), em um aprofundamento de suas imagens sobre o materno que receberam. Tal abordagem escaparia à temática desse trabalho, e por isso fica como sugestão para futuras pesquisas.

Uma proposta seria a de trabalhos em grupos de gestantes em unidades básicas de saúde, por meio de, por exemplo, grupos vivenciais, utilizando-se de recursos expressivos. Esse tipo de trabalho parece ter um caráter profilático, já que se poderia, por exemplo, olhar para os conflitos psíquicos existentes com a situação da gestação, potenciais fatores de risco para o parto prematuro.

Durante a elaboração da parte da discussão e já tendo retornado ao trabalho no hospital, percebo em mim a mudança nos atendimentos, pela maior compreensão da psique dessas mulheres, proporcionada por esse estudo. Ter desenvolvido uma pesquisa sobre o trabalho que vinha exercendo, ter “captado” os discursos das puérperas e trabalhado de forma sistemática com as falas, poder tê-las considerado de forma pormenorizada, como a pesquisa permitiu, possibilitou-me alcançar maior abrangência da dimensão simbólica vivenciada por essas mulheres, já que a leitura predominante foi a da psicologia analítica, teoria psicológica por mim escolhida, para olhar, escutar e trabalhar com o ser humano.

A presente pesquisa, assim como contribuiu para minha prática, pode ajudar outros psicólogos que atuam em Unidades Neonatais. Como já foi elencado, pode-se também pensar na ampliação dos resultados deste estudo para os cuidados dirigidos da equipe técnica que atua nas Unidades Neonatais e, no mesmo sentido, para a orientação dos familiares, já que constituem importante apoio emocional para a puérpera, permitindo, deste modo, um alargamento de reflexões e melhores meios de atuação frente à saúde da mulher, nesse peculiar período do seu desenvolvimento.

## REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. *Dicionário de Filosofia*. Trad. Alfredo Bosi. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

ADAMS, M. V. A escola arquetípica. In: YONG-EISENDRATH, P.; DAWSON, T. (Org). *Manual de Cambridge para estudos junguianos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002, p.111-123.

AGMAN, M; DRUON, C; FRICHET, A. Intervenções psicológicas em neonatologia. In: WANDERLEY, D. B. (org.). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador: Ágalma, 1999, p.17-34.

ALLAIN-DUPRÉ, B. The junguian baby and his mother: applying Junguian theories to the sources of the psychic life of the newborn child. *Revista Junguiana*, São Paulo, v.23, p.128-136, 2005.

ALVARENGA, M. Z. *O Graal: Arthur e seus cavaleiros*. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. 113 p.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 2000. 203 p.

AMMANN, R. *A terapia do jogo de areia: imagens que curam a alma e desenvolvem a personalidade*. Trad. Marion Serpa. 2. Ed. São Paulo: Paulus, 2004. 183 p.

ARAÚJO, B. B. M. *Vivenciando a internação do filho prematuro na UTIN: (re) conhecendo as perspectivas maternas diante das demandas neonatais*. 2007. 74 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

ARIÈS, P. A família e a cidade. In: FIGUEIRA, S.A.; VELHO, G. (Coord.) *Família, Psicologia e Sociedade*. Rio de Janeiro: Campus, 1981a, p. 13-23.

\_\_\_\_\_. *História social da criança e da família*. 2 ed., Rio de Janeiro, LTC, 1981b. 279 p.

\_\_\_\_\_. *O homem diante da morte*. V. 2. Trad. Luiza Ribeiro. 2 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990. 376 p.

ASCHIDAMINI, I. M.; SAUPE, R. Grupo focal – estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. *Cogitare Enfermagem*, UFPR, 9(1), p. 9-14, jan.-jun. 2004.

ASTOR, J. *Innovations in analytical psychology*. Routledge: London, 1995. 271 p.

AUFRANC, A. L. B. Parto - perda e resgate de um símbolo. *Revista Junguiana*, São Paulo, v. 05, p. 69-78, 1987.

AUGÉ, M. *O sentido dos outros: atualidade da antropologia*. Trad. Francisco Manoel da Rocha Filho. Petrópolis: Vozes, 1999. 172 p.

AVERY, G. B. Neonatology: perspectives in the mid 1990s. In: AVERY, G. B. *Neonatology: pathophysiology and management of the newborn*. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1987, p.03-08.

BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370 p.

BALDINI, S. M.; KRESB, V. L. J. Grupos de pais: necessidade ou sofisticação no atendimento em unidades de terapia intensiva? *Pediatria*, São Paulo, 20(4), p. 323-331, 1998.

BAPTISTA, S. M. S. *Maternidade e profissão: oportunidades de desenvolvimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995. 139 p.

BARCELLOS, G. *O irmão: psicologia do arquétipo fraterno*. Petrópolis: Vozes, 2009. 70 p.

BARTILOTTI, M. M. B. Parto pré-termo. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J.J.; QUAYLE, J. (Org.). *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1997, p. 179-183.

BEAUVOIR, S. *O segundo sexo: a experiência vivida*. V. II. Trad. Sérgio Milliet. 2 ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1967. 499 p.

BENFIELD, D. G. *et al.* Grief response of parents after referral of the critically ill newborn to a regional center. *The New England Journal of Medicine*, v. 294, n. 18, p.975-8, 1976.

BEZERRA JR., B. Subjetividade moderna e o campo da psicanálise. In: BIRMAN, Joel (Org.). *Freud – 50 anos depois*. Rio de Janeiro: Relume-Dumaré, 1988, p. 219-239.

BÍBLIA SAGRADA. Edição Pastoral. 15. ed. São Paulo: Paulus, 1995.

BITTAR, R.E; ZUGAIB, M. Indicadores de risco para o parto prematuro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, 31(4), p. 203-9, 2009.

BLEGER, J. *Temas de psicologia*. São Paulo: Martins Fontes, 1980. 144 p.

BODGAN, R. C.; BIKLEN, S. K. *Qualitative research for education: an introduction to theory and methods*. Boston: Allyn and Bacon, 1982. 253 p.

BOLEN, J. S. *As deusas e a mulher: nova psicologia das mulheres*. Trad. Maria Lydia Remédio. 8. ed. São Paulo: Paulus, 2007. 419 p.

BOSI, E. *O tempo vivo da memória: ensaios de psicologia social*. 2. ed. São Paulo: Ateliê Editorial, 2004. 218 p.

BOWLBY, J. *Perda – tristeza e depressão*. V. III – Apego e perda. Trad. Valtensir Dutra. São Paulo: Martins Fontes, 1985. 486p.

\_\_\_\_\_. *Cuidados maternos e saúde mental*. Trad. Vera Lúcia B. de Souza e Irene Rizzini. 4 ed. Martins Fontes: São Paulo, 2002. 239 p.

BRAGA, N. A.; MORSCH, D. S. Os primeiros dias na UTI. In: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. A.; MORSCH, D. S. (Org.). *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006a, p.51-68.

\_\_\_\_\_. Quando o bebê morre. In: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. A.; MORSCH, D. S. (orgs.). *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006b, pp.157-169.

BRANDÃO, J. S. *Mitologia grega*. V.1. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2009a. 437p.

\_\_\_\_\_. *Mitologia grega*. V.2. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2009b. 357 p.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília: Ministério da Justiça, 1990. 112 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica da Saúde da Criança. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Mãe-Canguru*. Manual do Curso/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 195 p.

BYINGTON, C. A. B. *Psicologia simbólica junguiana: a viagem de humanização do cosmos em busca da iluminação*. São Paulo: Linear B, 2008. 304 p.

\_\_\_\_\_. O arquétipo da vida e da morte: um estudo da psicologia simbólica. *Revista Junguiana*, São Paulo, v. 14, p. 92-115, 1996.

CAMPBELL, J; MOYERS, B. *O poder do mito*. Trad. Carlos Felipe Moisés. 26. ed. São Paulo: Palas Athena, 2006. 242 p.

CAPLAN, G. *Princípios de psiquiatria preventiva*. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980. 324 p.

CARLSON, K. *À Sua Imagem: analisando a relação mãe- filha*. Trad. Maria Silvia M. Netto. São Paulo: Saraiva, 1993. 200 p.

CARVALHO, M.; GOMES, M. A. S. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, 81(1 Supl), p.S111-S118, 2005.

CHAILLOU, E.; OLLIVIER, A. M.; RAYNAUD, D. Risco de deficiência. In: WANDERLEY, D. B. (org.). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador: Ágalma, 1999, p.105-128.

CHEVALIER, J.; GHEERBRANT, A. *Dicionário de símbolos*. Trad. Vera da Costa e Silva et al. 21 ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2007.

CLARKE, J. J. *Em busca de Jung: indagações históricas e filosóficas*. Trad. Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Ediouro, 1993.

CORREIA, L.L.; CARVALHO, A. E. V.; LINHARES, M. B. M. Conteúdos verbais expressos por mães de bebês prematuros com sintomas emocionais clínicos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, jan.- fev. 16(1), 2004. Disponível em < <http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 11 out. 2010.

COSTA, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 282 p.

CURY, A. F. Psicodinâmica da gravidez. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J.J.; QUAYLE, J. (Org). *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1997, p. 77-83.

DEBUS, M. *Manual para excelência em la investigación mediante grupos focales*. Pennsylvania: University of Pennsylvania/ Applied Communications Technology, Needham Porter Novelli, 1988. 55p.

DEMETRAKOPOULOS, S. A. Héstia, deusa do lar: notas sobre um arquétipo oprimido. *Revista Junguiana*, São Paulo, v. 05, p. 127-141, 1987.

DRUON, C. Ajuda ao bebê e aos seus pais em terapia intensiva neonatal. In: WANDERLEY, D. B. (org.). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador: Ágalma, 1999, p.35-54.

EDINGER, E. F. *Ego e Arquétipo*. Trad. Adail Ubirajara Sobral. 10 ed. São Paulo: Cultrix, 1995. 400 f.

FELDMAN, B. A skin for imaginal. *Journal of analytical psychology*, v. 49, p.285-311, 2004.

FERREIRA, A. B. H. *Minidicionário da língua portuguesa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FORDHAM, M. *A criança como indivíduo*. Trad. Marta Rosas. 10 ed. São Paulo: Cultrix, 2006. 199 p.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Trad. Roberto Machado. 18. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003. 295 p.

FRAGA, I. T. G, PEDRO E. N. R. Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, 25(1), p. 89-97, abril 2004.

FREITAS, L. V. *A psicoterapia como um rito de iniciação: estudo sobre o campo simbólico através de sonhos relatados no self terapêutico*. 1987, 131f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1987.

\_\_\_\_\_. *A máscara e a palavra: explorações da persona em grupos vivenciais*. 1995, 244f. Tese (Doutorado em Psicologia). – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1995.

\_\_\_\_\_. O ser humano: entre a vida e a morte. Visão da psicologia analítica. In: KOVÁCS, M. J. (Coord.). *Morte e desenvolvimento humano*. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 113-143.

\_\_\_\_\_. Grupos vivenciais sob uma perspectiva junguiana. *Psicologia USP*, São Paulo, 16 (3), p. 45-69, 2005a.

\_\_\_\_\_. O calor e a luz de Héstia: sua presença nos grupos vivenciais. *Cadernos de Educação Edunic*, São Paulo, p. 131-145, 2005b.

FREITAS, L.V.; HALPERN- CHALON, M. Mitos, contos e recursos diversos no *self* grupal. *Hermes*, São Paulo, 11, p.38-45, 2006.

FURLANETTO, E. C. Os caminhos de construção de uma pesquisa simbólica. In: SOUZA, E. C.; PASSEGGI, M. *Pesquisa (auto) biográfica: cotidiano, imaginário e memória*. Natal: EDUFRN; São Paulo: Paulus, 2008, p.91-111.

FURTH, G. M. *O mundo secreto dos desenhos: uma abordagem junguiana de cura pela arte*. Trad. Gustavo Gerheim. 2. ed. São Paulo: Paulus, 2006.

GAÍVA, M. A. M; SCOCHI, C. G. S. A comunicação entre a equipe e os pais em uma UTI neonatal de um hospital universitário. *Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*, São Paulo, 2002 maio 2-3. Disponível em: <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC0000000052002000100048&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100048&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 12 out. 2010

GALIÁS, I. O papel da mulher no resgate da Grande Mãe em nossa cultura. *Revista Junguiana*, São Paulo, v.19, p.63-69, 2002.

GALLBACH, M. R. *Sonhos e gravidez: iniciação à criatividade feminina*. São Paulo: Paulus, 1995. 172 p.

GAMBINI, R. *A voz e o tempo: reflexões para jovens terapeutas*. Cotia: Ateliê Editorial, 2008. 224 p.

GEERTZ, C. *Obras e vidas: o antropólogo como autor*. Trad. Vera Ribeiro. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2005. 205 p.

GILBERT, E. ; HARMON, J. *Manual prático de gravidez e parto de alto risco*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. 788 p.

GOMES, A. L. H. *As especificidades do vínculo com o bebê pré-termo na situação de internação do bebê*. 2001, 119f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

\_\_\_\_\_. *Uma psicóloga no país das dores: as vivências e conflitos da mãe e da equipe de saúde, durante a internação do bebê pré-termo extremo*. 2009, 162f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

GONDIM, S. M. G. (2004). *Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos*. Disponível em: <<http://sites.ffclrp.usp.br/paideia/artigos/24/03.doc>>. Acesso em: 18 mar. 2009.

GONZÁLEZ REY, F. L. *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. Trad. Marcel Aristides Ferrada Silva. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. 188 p.

GOULART, A. L. Caracterização da população neonatal. In: KOPELMAN, B.I. *et al. Diagnóstico e tratamento em Neonatologia*. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 03-11.

\_\_\_\_\_. Assistência ao recém-nascido pré-termo. In: KOPELMAN, B.I. *et al. Diagnóstico e tratamento em Neonatologia*. São Paulo: Atheneu, 2004. p.17-23.

GROF, S. *O jogo cósmico: exploração das fronteiras da consciência humana*. Trad. Jussara de Avellar Serpa. São Paulo: Atheneu, 1998. 314 p.

GUGGENBÜHL-CRAIG, A. O arquétipo do inválido e os limites da cura. *Revista Junguiana*, São Paulo, v. 01, p. 97-106, 1983.

\_\_\_\_\_. *O abuso de poder na psicoterapia: e na medicina, serviço social, sacerdócio e magistério*. São Paulo: Paulus, 2004. 139 p.

HARDING, M. E. *Os mistérios da mulher antiga e contemporânea: uma interpretação psicológica do princípio feminino, tal como é retratado nos mitos, na história e nos sonhos*. Trad. Maria E. S. Barbosa e Vilma H. Tanaka. 3. ed. São Paulo: Paulus, 1985. 311 p.

HAUKE, C. *The child: development, archetype, and analytic practice*. 1994. Disponível em: <<http://www.rubedo.psc.br/artingle/thechild.htm>>. Acesso em: 30 junho 2009.

HOLANDA, S. A. R. Bebês prematuros na UTI: a maternidade em questão. *Estilos da Clínica*. USP. São Paulo, v. IX, n. 16, p. 58-69, 2004.

HOLDITCH-DAVIS, D. *et al.* Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. *Obstetrics Gynecology Neonatal Nursing*. 32(2), p. 161-171, march-april 2003.

IERVOLINO, S.A; PELICIONE, M. C. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção de saúde. *Revista Escola Enfermagem*. USP. São Paulo, v.35, n. 2, p.115-21, jun.2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estatística do século XX*. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/seculoxx/arquivos\\_xls/palavra\\_chave/populacao/natalidade.shtm](http://www.ibge.gov.br/seculoxx/arquivos_xls/palavra_chave/populacao/natalidade.shtm)>. Acesso em 05 jul. 2010.

JACOBI, J. *Complexo, arquétipo, símbolo: na psicologia de C. G. Jung*. Trad. Margit Marginic. 10. ed. São Paulo: Cultrix, 1995. 170 p.

JACOBY, M. *Saudades do paraíso: perspectivas psicológicas de um arquétipo*. Trad. Gustavo Gerheim. São Paulo: Paulus, 2007.



JUNG, C. G. (1909). A constelação familiar. In: *Estudos experimentais*. Trad. Lúcia M. E. Orth. Petrópolis: Vozes, 1997, p. 478-489. (Obras completas de C. G. Jung, v. II).

\_\_\_\_\_. (1919). Instinto e inconsciente. In: *A natureza da psique*. Trad. Pe Dom Mateus Ramalho Rocha. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2000, p. 63-74. (Obras completas de C. G. Jung, v. VIII/2).

\_\_\_\_\_. (1924). Psicologia analítica e educação. In: *O desenvolvimento da personalidade*. Trad. Dora Ferreira da Silva. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2002, p.67-85. (Obras Completas de C. G. Jung, v. XVII).

\_\_\_\_\_. (1927). Introdução à obra de Frances G. Wickes. In: *O desenvolvimento da personalidade*. Trad. Dora Ferreira da Silva. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2002, p.41-50. (Obras Completas de C. G. Jung, v. XVII).

\_\_\_\_\_. (1927). Alma e terra. In: *Civilização em transição*. Trad. Lúcia M.E. Orth. 3. ed., Petrópolis: Vozes, 2007, p. 33-52. (Obras completas de C. G. Jung, v. X/3).

\_\_\_\_\_. (1928). *A energia psíquica*. Trad. Pe Dom Mateus Ramalho Rocha. 8. ed. corrigida, Petrópolis: Vozes, 2002. (Obras completas de C. G. Jung, v. VIII/1).

\_\_\_\_\_. (1930). As etapas da vida humana. In: *A natureza da psique*. Trad. Pe Dom Mateus Ramalho Rocha. 5. ed., Petrópolis: Vozes, 2000, p. 337-353. (Obras completas de C.G. Jung, v. VII/2).

\_\_\_\_\_. (1931). O problema fundamental da psicologia contemporânea. In: *A natureza da psique*. Trad. Pe Dom Mateus Ramalho Rocha. 5. ed., Petrópolis: Vozes, 2000, p. 283-301. (Obras completas de C.G. Jung, v. VII/2).

\_\_\_\_\_. (1931). *O segredo da flor de ouro: um livro de vida chinês*. Trad. Dora M.R.F. da Silva e Maria Luiza Appy. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

\_\_\_\_\_. (1931). O homem arcaico. In: *Civilização em transição*. Trad. Lúcia M.E. Orth. 3. ed., Petrópolis: Vozes, 2007, p. 53-73. (Obras completas de C. G. Jung, v. X/3).

\_\_\_\_\_. (1934). *O eu e o inconsciente*. Trad. Dora Ferreira da Silva. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. (Obras Completas de C. G. Jung, v. VII/2.)

\_\_\_\_\_. (1934). Considerações gerais sobre a teoria dos complexos. In: *A natureza da psique*. Trad. Trad. Pe Dom Mateus R. Rocha. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 2000, p. 27-61. (Obras completas de C. G. Jung, v. VIII/2).

\_\_\_\_\_.(1934). Sobre os arquétipos do inconsciente coletivo. In: *Os arquétipos e o inconsciente coletivo*. Trad. Dora M. R. F. da Silva e Maria Luiza Appy. 5. ed., Petrópolis: Vozes, 2007, p. 15-50. (Obras completas de C. G. Jung, v. IX/1).

\_\_\_\_\_.(1935). Fundamentos da psicologia analítica. In: *A vida simbólica*. Trad. Araceli Elman e Dr. Edgar Orth. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2000, p. 15-185. (Obras completas de C. G. Jung, v. XVIII/1).

\_\_\_\_\_.(1935). Princípios básicos da prática da psicoterapia. In: *A prática da psicoterapia*. Trad. Dora M. R. F. da Silva e Maria Luiza Appy.. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2007, p. 1-26. (Obras completas de C. G. Jung, v. XVI/1).

\_\_\_\_\_. (1936). A alma e a morte. In: *A natureza da psique*. Trad. Pe Dom Mateus R. Rocha. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 2000, p. 355-367. (Obras completas de C. G. Jung, v. VIII/2).

\_\_\_\_\_.(1936). Wotan. In: *Aspectos do drama contemporâneo*. Trad. Márcia C. de Sá Cavalcante. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2007, p.03-15. (Obras completas de C. G. Jung, v. X/2).

\_\_\_\_\_. (1937). Determinantes psicológicos do comportamento humano. In: *A natureza da psique*. Trad. Pe Dom Mateus Ramalho Rocha. 5. ed., Petrópolis: Vozes, 2000, p. 51-61. (Obras completas de C.G. Jung, v. VII/2).

\_\_\_\_\_. (1938). Aspectos psicológicos do arquétipo materno. In: *Os arquétipos e o inconsciente coletivo*. Trad. Dora M. R. F. da Silva e Maria Luiza Appy. 10. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007, p. 86-116. (Obras completas de C. G. Jung, v. IX/1).

\_\_\_\_\_. (1940). A psicologia do arquétipo da criança. In: *Os arquétipos e o inconsciente coletivo*. Trad. Dora M. R. F. da Silva e Maria Luiza Appy. 10. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007, p.151-180. (Obras completas de C. G. Jung, v. IX/1).

\_\_\_\_\_. (1941). Aspectos psicológicos da Core. In: *Os arquétipos e o inconsciente coletivo*. Trad. Dora M. R. F. da Silva e Maria Luiza Appy. 5. ed., Petrópolis: Vozes, 2007, p. 181-202. (Obras completas de C. G. Jung, v. IX/1).

\_\_\_\_\_. (1943). *Psicologia e Alquimia*. Trad. Maria Luiza Appy, Dora M. R. F. da Silva.. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1991. (Obras completas de C. G. Jung, v. XII).

\_\_\_\_\_. (1943). Uma conversa com C. G. Jung sobre psicologia profunda e autoconhecimento. In: *A vida simbólica*. Trad. Edgar Orth. Petrópolis: Vozes, 2000, p. 397-406. (Obras completas de C. G. Jung, v. XVIII/2).

\_\_\_\_\_. (1946). A psicologia da transferência. In: *Ab-reação, análise dos sonhos, transferência*. Trad. Maria Luiza Appy . 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2007, p.34-187. (Obras completas de C. G. Jung, v. XVI/2).

\_\_\_\_\_. (1946-1955). *Cartas*. V. II. Trad. Edgar Orth. Petrópolis: Vozes, 2002.

\_\_\_\_\_. (1949). *Tipos psicológicos*. Trad. Lúcia M.E. Orth. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. (Obras Completas de C. G. Jung, v. VI.)

\_\_\_\_\_. (1950). *Símbolos da transformação*. Trad. Eva Stern. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. (Obras Completas de C. G. Jung, v. V.)

\_\_\_\_\_. (1950). O simbolismo da mandala. In: *Os arquétipos e o inconsciente coletivo*. Trad. Dora M. R. F. da Silva e Maria Luiza Appy. 5. ed., Petrópolis: Vozes, 2007, p. 349-381. (Obras completas de C. G. Jung, v. IX/1).

\_\_\_\_\_. (1957). Prefácio ao livro de Michael Fordham “New Developments in Analytical Psychology”. In: *A vida simbólica*. Trad. Edgar Orth. Petrópolis: Vozes, 2000, p. 64-66. (Obras completas de C. G. Jung, v. XVIII/2).

\_\_\_\_\_. (1963). *Psicologia e Religião*. Trad. Pe. Dom Mateus R. Rocha. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. (Obras completas de C. G. Jung, v. XI/1).

\_\_\_\_\_. (1964). Chegando ao inconsciente. In: *O homem e seus símbolos*. Trad. Maria Lúcia Pinho. 2 ed. especial. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008, p.18-131.

KAST, V. *A dinâmica dos símbolos: fundamentos da psicoterapia junguiana*. Trad. Milton Camargo Mota. São Paulo: Loyola, 1997a. 224 p.

\_\_\_\_\_. *Pais e filhas, mães e filhos: caminhos para a auto-identidade a partir dos complexos materno e paterno*. Trad. Milton Camargo Mota. São Paulo: Loyola, 1997b. 220 p.

KERÉNYI, K. *Os deuses gregos*. Trad. Octavio M. Cajado. 10. ed. Cultrix: São Paulo, 1998. 219 p.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. Assistência aos pais. In: KLAUS, M. H.; FANAROFF, A. A. *Alto risco em Neonatologia*. Trad. Raymundo M. Gesteira. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1990, p.134-154.

\_\_\_\_\_. *Pais/bebê: a formação do apego*. Trad. Daise Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 329 p.

KOVÁCS, M. J. Morte, separação, perdas, o processo de luto. In: KOVÁCS, M.J. (Coord.). *Morte e desenvolvimento humano*. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 153-169.

\_\_\_\_\_. Perdas e o processo de luto. In: INCONTRI, D. ; SANTOS, Franklin S. (Org.) *A Arte de Morrer — Visões Plurais*. Bragança Paulista: Ed. Comenius, 2007, p. 217-238.

\_\_\_\_\_. *Educação para a morte: temas e reflexões*. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo/Fapesp, 2008. 224 p.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. Trad. Paulo Menezes. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

KVALE, S. *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Califórnia: Sage Publications, 1996. 329 p.

LAMY, Z. C.; GOMES, R.; CARVALHO, M. A. percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. *Jornal de pediatria*, Rio Janeiro, 1997; 73(5), p. 293-298, 1997.

LAMY, Z. C. et. al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 10 (3), p.659-663, 2005.

LATOURE, B. *A esperança de Pandora*. Florianópolis: EDUSC, 2002. 372 p.

LAUREIRO, M. E. S. Simbolicidade e temporalidade. *Revista Junguiana*, São Paulo, v. 04, p. 79-97, 1986.

LUCONI, E. B. F. Héstia: sobre a expressão psíquica do espaço interior. In: WERRES, J. L. (Org.). *Ensaio sobre a clínica Junguiana*. Porto Alegre: Imprensa Livre, 2005, p.25-37.

LUSSKY, R.C. A century of Neonatal Medicine. *Minnesota Medical Association*. Mineapólis, v. 82, dec., 1999. Disponível em:  
<<http://www.mnmed.org/publications/MnMed1999/December/Lusky.cfm?PF=1>>. Acesso em: 01 abril 2010.

MALDONADO, M. T. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. 17. ed. Rio de Janeiro: Saraiva, 1996. 230 p.

MALDONADO.; DICKSTEIN, J.; NAHOUM, J. C. *Nós estamos grávidos*. 12. ed. Rio de Janeiro: Saraiva, 2002. 208 p.

MATHELIN, C. *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Trad. Procopio Abreu. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999. 160 p.

MAUX, A. A. B.; DUTRA, E. Do útero à adoção: a experiência de mulheres férteis que adotaram uma criança. *Estudos de Psicologia*, Natal, v.14 n.2, p.113-121, maio/ago. 2009.

MCMANEMY, J. et al. Recurrence risk for preterm delivery. *Am. Journal Obstetrics Gynecology*, v. 196, n. 6, p. 576- 7, jun. 2007.

MERLEAU-PONTY, M. *Psicologia e pedagogia da criança*. Trad. Ivone C. Benedetti. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 569 p.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1996a. 408 p.

\_\_\_\_\_. (Org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1996b. 80 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=1450&CO\\_NOTICIA=10117](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1450&CO_NOTICIA=10117)> Acesso em: 12 set. 2010.

MOREIRA, D. A. *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002. 152 p.

MOREIRA, M. E. L.; BOMFIM, O. L. Um nascimento diferente. In: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. A.; MORSCH, D. S. (Org). *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, p.23-27.

MOREIRA, M. E. L; RODRIGUES, M. A. O bebê na UTI: intercorrências e exames mais frequentes. In: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. A.; MORSCH, D. S. (Org). *Quando a vida*

*começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, p.43-50.

MOREIRA, M. E. L.; BOMFIM, O. L.; JÚNIOR, J. L. Esperando um bebê de risco. In: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. A.; MORSCH, D. S. (Org). *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, p.15-21.

MOREIRA, M. E. L. *et. al.* Conhecendo uma UTI Neonatal. In: MOREIRA, M.E.L.; BRAGA, N. A.; MORSCH, D.S. (Org). *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, p.29-42.

MORGAN, D. *Focus group as qualitative research.* Qualitative Research Methods Series. 16. 2. ed. London: Sage Publications, 1997. 80 p.

MOURA, S. M. S. R.; ARAÚJO, M. F. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v.24, n.1, p.44-55, mar., 2004.

NEUMANN, E. *A criança: estrutura e dinâmica da personalidade em desenvolvimento desde o início de sua formação.* Trad. Pedro Ratis e Silva. 10. ed. São Paulo: Cultrix, 1995. 183 p.

\_\_\_\_\_. *O medo do feminino: e outros ensaios sobre a psicologia feminina.* Trad. Thereza Christina Stummer. São Paulo: Paulus, 2000. 271 p.

\_\_\_\_\_. *A grande mãe: um estudo fenomenológico da constituição feminina do inconsciente.* Trad. Fernando Pedroza de Mattos e Maria Silvia Mourão Netto. 4. ed. São Paulo: Cultrix, 2003. 536 p.

\_\_\_\_\_. *História da origem da consciência.* Trad. Margit Martinic. 14. ed. São Paulo: Cultrix, 2006. 323 p.

NOGUEIRA, A. T. Parto - encontro com o sagrado. *Cogitare Enfermagem*, Florianópolis, 15 (1), p.122-30, 2006.

OTTO, R. *O sagrado.* Trad. João Gama. Lisboa: Edições 70, 1992. 232 p.

PALÚ, L. A.; LABROCINI, L. M.; ALBINI, L. A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. *Cogitare Enfermagem*, Florianópolis, 9 (1), p.33-41, 2004.

PARKER, R. *A mãe dividida: a experiência da ambivalência na maternidade.* Trad. Alice e Doralice Xavier de Lima. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. 366 p.

PATTIS, E. *Aborto: perda e renovação.* Trad. João Paixão Neto. São Paulo: Paulus, 2001. 152 p.

PENNA, E. M. D. O paradigma junguiano no contexto da metodologia qualitativa de pesquisa. *Revista de Psicologia USP*, São Paulo, 16(3), p.71-94, 2004.

\_\_\_\_\_. Pesquisa em psicologia analítica: reflexões sobre o inconsciente do pesquisador. *Boletim de Psicologia*, São Paulo, v. LVII, nº 127, p.127-138, 2007.

\_\_\_\_\_. *Processamento simbólico-arquetípico: uma proposta de método de pesquisa em psicologia analítica*. 2009, 228f. Tese (Doutorado em Psicologia). – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2009.

PIERI, P. F. *Dicionário junguiano*. Trad. Ivo Storniolo. São Paulo: Paulus, 2002.

PINTO, R. V. C. Sobre o materno. In: WERRES, J. L. (Org.). *Ensaio sobre a clínica Junguiana*. Porto Alegre: Imprensa Livre, 2005, p.13-24.

PRÉTAT, J. R. *Envelhecer: os anos de declínio e a transformação da última fase da vida*. São Paulo: Paulus, 1997. 184p.

PROCHNIK, M.; CARVALHO, M. R. *Método Mãe-Canguru de Atenção ao Prematuro*. Rio de Janeiro: BNDES, 2001. 47 p.

REZEL, L. B; GUALDA, D. M. R.; GONZALEZ, R. M. B. Focus group as a method of data collection in nursing research: an experiential report. *International Journal of Qualitative Methods*, University of Alberta, 1(2), p. 51- 62, 2002.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. *Obstetrícia fundamental*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

RIEHELMANN, J. C. A mulher atual: perspectivas frente à gestação. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J.; QUAYLE, J. (Org). *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1997, p. 40-53.

RZEZINSKI, P. C.; CORD, E. M. M. Gestação como evento familiar e comunitário. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J.; QUAYLE, J. (Org). *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1997, p. 54-61.

SALES, C. A. *et. al.* Vivenciando a facticidade em dar existência a filho prematuro: compreensão dos sentimentos expressos pelas mães. *Acta Scientiarum Health Science*, Maringá, v. 27, n. 1, p. 19-23, 2005.

\_\_\_\_\_. Concepções das mães sobre os filhos prematuros em UTI. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, jan-fev 59(1), p. 20-4, 2006.

SAMUELS, A. *Jung e os pós-junguianos*. Trad. Eva Lucia Salm. Rio de Janeiro: Imago, 1989. 344 p.

SAVAGE, J. A. *Vidas não vividas: o sentido psicológico da perda simbólica e da perda real na morte de um filho*. Trad. Alípio Correia de Franca Neto. 10. ed. São Paulo: Cultrix, 1995. 172 p.

SCORTEGAGNA, S.A. *et. al.* O processo interativo mãe–bebê pré-termo. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, São Paulo, v. 6, nº 2, p. 61-70, Jul./Dez. 2005 .

SCHMIDT, M. L. S.. Pesquisa participante e formação ética do pesquisador na área da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 13 (2), p.391-398, 2008.

SCHMIDT, J. *Dicionário de Mitologia Grega e Romana*. Lisboa: Ed. 70, 1985. 280 p.

SCHULTZ, D. P.; SCHULTZ, S. E. *História da psicologia moderna*. Trad. Suely S.M.Cuccio. 8 ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005. 484p.

SEAY, B.; HANSEN, E.; HARLOW, H. F. Mother infant separation in monkeys. *Journal Child Psychology Psychiatry*, v. 3, p. 123-132, 1962.

SHAW, R. J *et al.* The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in the Neonatal Intensive Care Unit. *Psychosomatics*, 50, p. 131-137, March-April 2009. Disponível em: <<http://psy.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/50/2/131>>. Acesso em 21 jun. 2010.

SOLOMON, H. Mc F. A escola desenvolvimentista. In: YONG-EISENDRATH, Polly.; DAWSON, Terence (orgs). *Manual de Cambridge para estudos junguianos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002, p. 127-143.

SOUZA, N. L. *et. al.* Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclâmpsia. *Revista de Saúde Pública*, 41(5), p. 704 -710, 2007.

\_\_\_\_\_. Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 62(5): 729-733, set.- out. 2009.

STEIN, M. “Divinity express the *self*...” An investigation. *Journal of Analytical Psychology*, 53, p. 305-327, 2008.

STERN, D. N. *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Trad. Maria Adriana V. Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 212p.

TACEY, D. Le role du numineux dans la reception de Jung. *Cahiers Junguiens de Psychanalyse*, 127, p. 95- 111, 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987. 254 p.

TOCCI, A. M. La madre e l’immaturo: un difficile encontro. *Studi Junghiani*, v.3, nº 1/2, p.97-100, 1997.

TOGUT, M. R.; ALLEN, J. E.; LELCHUCK, L. A psychological exploration of the nonorganic failure-to-thrive syndrome. *Development Medical Child Neurological*, 11, p.601-607, 1969.

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórica-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes, 2003. 685 p.

VALANSI, L; MORSCH, D. S. O psicólogo como facilitador da interação familiar no ambiente de cuidados intensivos neonatais. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, 24 (2), p. 112-119, 2004.

VALLE, L. M. S. *Gravidez de alto risco e ansiedade em mães de recém-nascidos pré-termo*. 2002, 143f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

VASCONCELOS, E. *Podemos ser curadores, mas sempre... também feridos!* S/ D. Disponível em : <<http://www.rubedo.psc.br/artigosb/curaferi.htm>> Acesso em: 07 jan. 2011.

VILHENA, M. A. F. O desenvolvimento da personalidade e o processo de individuação, a visão de Jung e de pós-junguianos, considerações sobre a infância. In: ALBERTINI, P.; FREITAS, L. V. (Org.). *Jung e Reich: articulando conceitos e práticas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, p. 32-49.

VIZZIELLO, G. F., REBECCA, L.; CALVO, V. Representaciones maternas, apego y desarrollo en los niños prematuros. *Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, Bilbao, n. 23/24, p.23-50, 1997.

WAIBLINGER, A. *A grande mãe e a criança divina: o milagre da vida no berço e na alma*. Trad. Tatiana Tuermorezow. 12. ed. São Paulo: Cultrix, 1997. 126 p.

WHITMONT, E. C. *Retorno da Deusa*. Trad. Maria Sílvia Mourão Netto. São Paulo: Summus Editorial, 1991. 287 p.

\_\_\_\_\_. *A busca do símbolo*. 14. ed. Trad. Eliane F. Pereira e Kátia M. Orberg. São Paulo: Cultrix, 2006. 301 p.

WINNICOTT, D. W. *Os bebês e suas mães*. 2. ed. Trad. Jefferson L. Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2002. 98 p.

ZINKIN, L. *Dialogue in the analytic setting*. London: Jessica Kingsley, 1998. 254 p.



## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora,

Conto com a sua participação como sujeito da pesquisa de mestrado intitulada “Gravidez pré-termo e o arquétipo da Grande Mãe: um estudo da Psicologia Analítica em puérperas que tiveram parto prematuro” que consta de meu mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, no Instituto de Psicologia da USP.

A pesquisa prevê a realização de uma entrevista com mulheres que tiveram parto prematuro e estão com seus recém-nascidos em UTI Neonatal, seguida de um encontro em grupo com outras mães nas mesmas condições. Essas entrevistas e o encontro em grupo serão gravados com gravador digital, para depois serem transcritos e analisados.

Nenhuma entrevista e encontro em grupo serão obrigatórios, e a senhora tem o direito de interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento. As entrevistas serão individuais e sigilosas; o encontro em grupo também será protegido por sigilo.

Seu nome não será utilizado em nenhum documento da pesquisa. É de responsabilidade da pesquisadora o imediato atendimento e, também, a busca por ajuda especializada, caso ocorram desconfortos decorrentes da entrevista e/ou do encontro em grupo que não possam ser resolvidos apenas pela senhora. Todo o material resultante da pesquisa ficará guardado sob a responsabilidade da pesquisadora.

Estamos, agora e após a realização da pesquisa, à disposição para quaisquer dúvidas ou esclarecimentos.

Vale ressaltar que a sua participação é voluntária e sigilosa. Este documento, apresentado pela pesquisadora responsável pela pesquisa em questão, será assinado em duas vias, uma destinada à sua posse e outra, à da pesquisadora.

Agradecemos sua participação.

Camila Alessandra Scarabel– mestranda  
e-mail: [camilascarabel@usp.br](mailto:camilascarabel@usp.br) Telefone: (19) 8120-4740

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Laura Villares de Freitas – Orientadora da Pesquisa/ e-mail: [lauvrei@usp.br](mailto:lauvrei@usp.br)  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano  
Laboratório de Estudos da Personalidade (LEP) – Telefone: (11) 3091-8619  
Instituto de Psicologia – Universidade de São Paulo (USP)

Conhecendo os objetivos da pesquisa “Gravidez pré-termo e o arquétipo da Grande Mãe: um estudo da Psicologia Analítica em puérperas que tiveram parto prematuro”, assim como as ações que a compõem, concordo em participar da mesma, ciente de que poderei retirar meu consentimento em qualquer momento, excluindo minhas informações do conjunto de dados.

Local e data:

Nome:.....

RG:.....

Telefone: .....

E-mail: .....

Assinatura: \_\_\_\_\_

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da USP/ e-mail: [ceph.ip@usp.br](mailto:ceph.ip@usp.br)  
Telefone: (11)3097-0529

## APÊNDICE B

### ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL

#### DATA:

\* APRESENTAR TCLE

#### I- Dados Pessoais

- 1- NOME: \_\_\_\_\_  
 2 - DATA NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ 3- IDADE: \_\_\_\_\_  
 4- NATURALIDADE: \_\_\_\_\_ 5- CIDADE ONDE RESIDE: \_\_\_\_\_  
 6 - PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ 7 - RENDA FAMILIAR: \_\_\_\_\_  
 8- ESCOLARIDADE: Fundamental ( ) Médio ( ) Superior ( ) \_\_\_\_\_  
 9- ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
 10 – RELIGIÃO: \_\_\_\_\_

#### II- Antecedentes Gestacionais

- 1- Nº de gestações anteriores: \_\_\_\_\_ Gestações planejadas: \_\_\_\_\_  
 a) Abortos: \_\_\_\_\_ Provocado ( ) Espontâneo ( )  
 b) Anomalias: \_\_\_\_\_ Óbito fetal: \_\_\_\_\_ Parto Prematuro: \_\_\_\_\_  
 c) Parto Natural: \_\_\_\_\_ Parto Cesária: \_\_\_\_\_  
 2- Das gestações anteriores houve intercorrências? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### III) Gestação Atual

- 1 – Sexo RN: M ( ) F ( ) Nome do bebê: \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento do RN: \_\_\_\_\_  
 2- Planejada: N ( ) S ( )  
 3- Intercorrências durante a gravidez? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Obs.:

#### • ENTREVISTA

- 1) Como foi a sua gravidez?
- 2) Como foi a situa o do parto prematuro para você? Como foi quando soube: a notícia, a realiza o do parto?
- 3) E após o parto? E saber que seu bebé foi para a UTI do Ber rio?
- 4) O que   ser mãe para você?
- 5) Como está sendo ser mãe de um bebé prematuro?
- 6) Como foi quando o viu pela primeira vez?
- 7) Como está sendo agora?
- 8) Como   estar perto do seu beb ?
- 9) O que você faz quando está com ele?

## APÊNDICE C

### ROTEIRO DO GRUPO

#### DATA:

#### TEMÁRIOS:

##### 1) Retorno da entrevista:

Como foi a entrevista individual? O que vocês acharam? O que sentiram? Teve algum momento que consideraram mais difícil de ser falado?

##### 2) Sobre *ser mãe* em uma situação de prematuridade: tendo que acompanhar seus bebês internados na UTI:

- Como é ser mãe nessa situação?

- Essa experiência mudou alguma coisa no que vocês pensavam sobre a maternidade? Para quem já tem outros filhos, como é? E para quem é mãe pela primeira vez?

##### 3) Em relação a *vocês e seus bebês*:

- Como é estar com seu bebê internados?

- Como é cuidar de seu bebê nessa situação?

##### 4) Aspectos dessa experiência:

- Como você tem se sentido?

- O que é mais difícil nessa situação?

##### 5) Fechamento

- Se vocês me resumissem em uma imagem o que é ser mãe, qual seria? Podem me dizer qual seria essa imagem ou podem expressar no papel, através de um desenho por exemplo, ou como queiram expressar (*estará disponível papel sulfite A4, lápis de cor e giz de cera*).

- O que vocês acharam de um momento como esse de falarem em grupo sobre o que estão passando?

- Tem alguma coisa que não foi perguntada que vocês gostariam de comentar? Ou de perguntarem?

# ANEXO



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPH-IP



Of.096-CEPH-IP - 17/09/2009

Senhora Professora,

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP (CEPH-IP) em reunião de 14.09.2009 aprovou, conforme parecer anexo, o Projeto de Pesquisa nº 2009.016, intitulado: "Gravidez pré-termo e o arquétipo da grande mãe: um estudo da psicologia analítica em puérperas que tiveram parto prematuro", a ser desenvolvido por sua orientanda Camila Alessandra Scarabel, nível Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano do IPUSP.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Ana Maria de Barros Aguirre  
Coordenadora do CEPH-IP

Recebi  
Luiz  
07/10/09

Ilma. Sra.  
Profa. Laura Villares de Freitas  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano do  
IPUSP

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**CEPH - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HUMANA COM SERES HUMANOS-**

Data da entrada para parecer: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Registro CEPH No. /

**Título do Projeto: Gravidez pré-termo e o arquétipo da grande mãe: um estudo da psicologia analítica em puérperas que tiveram parto prematuro**  
**Pesquisadora: Camila Alessandra Scarabel**  
**Orientador: Laura Villares de Freitas**  
**Departamento/Área de concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano**

**PARECER**

Tendo a proponente atendido às solicitações feitas, considero o Projeto  
(X) Aprovado