

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Nascimento e interação do bebê prematuro na vivência dos pais

Daniel Nardini Queiroz Pergher

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

Ribeirão Preto - SP

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Nascimento e internação do bebê prematuro na vivência dos pais

Daniel Nardini Queiroz Pergher

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

Ribeirão Preto - SP

2010

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.

FICHA CATALOGRÁFICA

Pergher, Daniel Nardini Queiroz

Nascimento e Internação do Bebê Prematuro na Vivência dos Pais. Ribeirão Preto, 2010.

124p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia.

Orientadora: Cardoso, Carmen Lúcia.

1. Relação Pais-Bebês.
2. Bebês Prematuros.
3. Equipe de Saúde.
4. Psicanálise.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Daniel Nardini Queiroz Pergher

Nascimento e internação do bebê prematuro na vivência dos pais.

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para a obtenção do
título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia.

Aprovado em: ____ / ____ / ____.

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a): _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a): _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a): _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora Carmen Lúcia Cardoso pelas infinitas horas de paciência e compreensão que deram contorno e sentido ao meu trabalho. Carmen, além de uma grande orientadora você é, para mim, um grande exemplo de psicóloga, pesquisadora, profissional e pessoa humana.

Agradeço à minha noiva Leticia Godinho pelas incansáveis palavras de incentivo que me fizeram acreditar que eu era capaz de chegar ao fim deste longo trabalho. O olhar de alguém que me transmite força, amor, dedicação e coragem para lutar contra todos os desafios da vida.

À minha mãe Cleúdes por continuar me acompanhando e acreditando na riqueza de meu trabalho. Alguém que me forneceu, desde os primórdios de minha vida, uma certa alegria de viver, um sorriso constante que ilumina meu dia e me faz seguir em frente, mesmo nas horas mais difíceis.

Ao meu irmão Rafael pelo exemplo de vida, luta e perseverança. Uma espécie de segundo pai que virou referência de vida por suas belas conquistas e atos de braveza superando vários obstáculos que são impostos na vida de um homem.

À minha analista Cecília Barretto Dias pelas palavras e gestos de acolhimento oferecidos durante toda a construção deste trabalho. Uma pessoa que me ensinou literalmente a brincar com a realidade e superar vários desafios para poder crescer e amadurecer como pessoa.

À Adriana Jacob pelas leituras do material e às ricas sugestões oferecidas. Com a sua entrada no trabalho passei a ter novo fôlego e pude, enfim, concluí-lo. Adriana é, além de tudo, uma pessoa muito companheira e alguém que sabe estabelecer parceria.

Ao meu pai José Maria por ter me acompanhado por toda a vida sustentando todas as minhas etapas até que enfim eu pudesse adquirir minha independência, ou melhor, dependência relativa.

Ao meu irmão André pelas boas horas de conversa e brincadeira. Um ser humano que sorri com facilidade e ternura trazendo a todos que convivem com ele vontade de viver.

À Cristiana Crippa, pela formação em psicanálise oferecida através de boas supervisões. Uma grande profissional que me acompanha, de alguma forma, desde os tempos de graduação.

À Thais Sucissi, companheira de trabalho e estudiosa de Winnicott, pelo constante incentivo de meu trabalho profissional e crescimento como pessoa.

À Lucimar Fortes Paiva e Suad Haddad por também contribuírem pela minha formação clínica e ampliação da visão psicanalítica.

À Trude Franceschini, pelas sugestões no trabalho e por ter me iniciado nas observações de bebês, alguém que acreditou muito em mim.

À Adriana Tannus e Isabel Cristina Gomes pelas ricas contribuições oferecidas durante a qualificação. Estas contribuições nortearam um caminho para que a dissertação pudesse enfim ser concluída.

À Fernanda Mishima, pela leitura do trabalho e contribuições feitas. Entramos juntos na faculdade e continuamos nosso percurso de pesquisa em psicologia.

À Viviane Pupin, companheira de pesquisa desde os tempos de graduação. Uma pessoa com fantástica capacidade de compreensão do outro.

Aos meus amigos: Rafael Barrenha, Lucas Lemos, Bruno Rosa, José Liberato, Marcelo Pereira, Gustavo Tanaka, Eduardo Sotelo Salcedo, Bruno Pastorello, Bruno Caetano e Khallil Chaim, que me deram suporte afetivo durante toda a construção deste trabalho.

RESUMO

PERGHER, D. N. Q. **Nascimento e Internação do Bebê Prematuro na Vivências dos Pais.** 2010. 124f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010

No caso de um nascimento prematuro, uma vez que a gravidez é interrompida, o recém-nascido não corresponde ao bebê idealizado na gravidez e na maioria das vezes, não tem condições físicas de viver fora do útero sem ajuda da tecnologia médica. Os pais experimentam situações estressantes, o que afeta suas percepções e habilidades para interagir com a criança, dificultando o estabelecimento de um apego íntimo. Assim, é necessário que a mãe e a família tenham no hospital um ambiente acolhedor para poder receber e proteger seu bebê, amenizando os efeitos desta interrupção. Este estudo tem por objetivo compreender os significados atribuídos ao nascimento e internação de um bebê pré-termo e de muito baixo peso na perspectiva dos pais. Foram entrevistados cinco pais e cinco mães de bebês pré-termo de muito baixo peso que coabitavam o mesmo teto e que tinham, no momento das entrevistas realizadas, seus bebês internados. Foram realizadas duas entrevistas semi-dirigidas com cada um dos pais; uma logo após o nascimento e outra após um mês de internação. As entrevistas foram audiogravadas e transcritas na íntegra. Foram selecionadas as entrevistas de um casal para aprofundar a análise através do estudo de caso. O trabalho teve um enfoque qualitativo a partir do referencial psicanalítico de D. Winnicott. Na análise do caso foram abordados aspectos das condições emocionais da mãe e do pai em relação ao nascimento de uma bebê prematura, a relação que cada cuidador estabeleceu com a equipe do hospital, as fantasias em relação aos futuros cuidados à bebê e as vivências desenvolvidas como esposa e mãe; marido e pai. No presente estudo são apresentadas dificuldades dos pais que vão além do luto por estarem diante de seu filho que nasceu prematuro. Os pais são envolvidos por uma situação de muita ansiedade que faz brotar antigas feridas internas de suas histórias, além de outras nuances que só podem ser entendidas e vivenciadas se os profissionais estiverem abertos emocionalmente ao cuidado dos familiares para acolhê-los de forma integral. Destaca-se assim, a necessidade de se despir de olhares técnicos voltados para a racionalidade científica que não levam em conta a singularidade e a subjetividade presente em cada caso. Trata-se de um olhar mais atento às questões emocionais das relações pais-bebês, para que não se faça do atendimento uma escuta estereotipada baseada em conhecimento pré-estabelecidos que não permitem a fertilidade do contato com o novo e o desconhecido que surge a cada dia em um hospital. Acredita-se que este estudo possa em alguma medida estimular aqueles que pretendem repensar e desenvolver novos sentidos nas práticas do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Relação Pais-Bebês. Bebês Prematuros. Equipe de Saúde. Psicanálise.

ABSTRACT

PERGHER, D.N.Q. **Birth and Hospitalization in the Perspective of the Parents**. 2010. 124f. Thesis (Masters) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

In the case of a premature birth, once the pregnancy is interrupted, the newly born does not correspond to the idealized baby during the pregnancy and, most of times, does not have physical conditions of living outside the womb without medical help. The parents experiment stressing situations, which affects their perceptions and skills to interact with the child, hindering the establishment of an intimate attachment. Therefore, it is necessary that the mother and the family have in the hospital a welcoming environment to be able to receive and protect their baby, softening the effects of this interruption. This study has by objective to comprehend the meanings assigned to birth and hospitalization of a preterm and very low birth weight baby on the perspective of the parents. It were interviewed five fathers and five mothers of preterm and very low birth weight babies, which cohabited the same roof and had, in the moment of the interviews, their babies hospitalized at a Neonatal Intensive Care Unit (NICU). It were conducted two semi-directed interviews with each parent; one right after the birth and the other one after a month of hospitalization. The interviews were audio recorded and transcribed in full. It were selected the interviews of a couple to deepen the analysis trough the study of case. The work had a qualitative approach from the psychoanalytical reference of D. Winnicott. In the analysis of the case were approached aspects of the mother's and the father's emotional conditions towards the the birth of a premature child, the relationship each caregiver had established with the hospital staff , the fantasies towards the future cares to the baby and the experiences developed as wife and mother; husband and father. In this study are presented parent's difficulties that go beyond the mourning by facing their child that was born premature. The parents are involved in a situation with lots of anxiety that brings back old internal wounds from their own histories, beyond other nuances that can only be understood and lived if the professionals were emotionally opened to family caring, to welcome them integrally. Stands out so the need of undress technical views directed to scientific rationality that does not consider the singularity and the subjectivity of each case. It is about a look more opened to the emotional issues of the parent-babies relationships, so as not to make the treatment a stereotyped hearing based on pre-established knowledge that does not permit the fertility of the contact with the new and the unknown that is brought each day at a Neonatal Intensive Care Unit. It is believed that this study may, somehow, stimulate those who intend to rethink and develop new meanings in health care practices.

Keywords: Parents-Babies Relationship. Premature Babies. Health Staff. Psychoanalysis.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	xv
1. INTRODUÇÃO	17
1.1. Nascimento: aspectos psicológicos	17
1.2. O bebê prematuro	19
1.3. O ambiente suficientemente bom no desenvolvimento físico/emocional do bebê.....	25
2. OBJETIVO	33
3. METODOLOGIA.....	35
3.1. Aspectos éticos	35
3.2. Contexto do estudo	35
3.3. Participantes	36
3.4. Instrumentos de coleta de dados.....	36
3.5. Contextualização metodológica.....	37
3.6. Procedimento para a obtenção dos dados	38
3.7. Análise dos dados	39
4. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	41
4.1. As entrevistas com a mãe da bebê	41
4.1.1. A mãe da bebê	41
4.1.2. A experiência anterior da perda de um filho prematuro	44
4.1.3. Condições emocionais da mãe em relação ao nascimento de uma bebê prematura.....	52
4.1.4. Relação com a equipe no hospital	68
4.1.5. Fantasias em relação aos futuros cuidados com a bebê.....	74
4.1.6. Vivências como esposa e mãe	77
4.2. As entrevistas com o pai da bebê	82
4.2.1. O pai da bebê	82
4.2.2. A experiência anterior da perda de um filho prematuro	85
4.2.3. Condições emocionais do pai em relação ao nascimento de uma bebê prematura.....	88
4.2.4. Relação com a equipe no hospital	97
4.2.5. Fantasias em relação aos futuros cuidados com a bebê.....	103
4.2.6. Vivências como marido e pai	105

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
ANEXOS.....	121

APRESENTAÇÃO

O interesse em aprofundar o estudo das relações entre pais e bebês se deu no quarto ano de minha graduação de Psicologia (FFCLRP-USP), quando cursei o estágio “Observação da Relação Mãe-Bebê-Família numa Abordagem Psicanalítica”, coordenado pela Professora Doutora Carmen Lúcia Cardoso e pela médica pediatra Trude Franceschini Ribeiro da Costa. Na ocasião, tive a oportunidade de observar, por dois anos, uma bebê, em sua casa, semanalmente.

A partir desta experiência, já matriculado no Bacharelado Especial da mesma faculdade, iniciei o projeto de pesquisa intitulado “Observação da Relação Mãe-Bebê-Família: Uma Vivência Transformadora”. Esta monografia descrevia o meu aprendizado no contato com a família observada e deu origem a um capítulo de livro, um artigo publicado em revista indexada, além da publicação de diversos resumos em congressos nacionais e internacionais.

Ao dar continuidade a este percurso, no ano de 2005, me tornei psicólogo voluntário do Grupo de Apoio aos Pais de Bebês Prematuros através do contato com a Professora Doutora Carmen Gracinda Silvan Scochi, responsável pelo projeto. O intuito do grupo era oferecer, através de atividades lúdicas, acolhimento às mães e acompanhantes que vivenciavam a difícil rotina da internação hospitalar.

Foi durante este período, observando diferentes tipos de relatos e experiências dos pais dos bebês prematuros internados, que dei início a elaboração do meu projeto de mestrado que teve como objetivo estudar o significado do nascimento de um bebê prematuro de muito baixo peso na vivência dos pais.

Fui aprovado no curso de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP, em julho de 2007, com o projeto “O Nascimento do Bebê Prematuro na Vivência dos Pais”. Iniciei neste

mesmo ano uma nova observação de bebês com o intuito de aprofundar o estudo do contato do recém-nascido com sua família na abordagem psicanalítica. Esta observação foi supervisionada pela Dra. Theodolinda Mestriner Stocche.

Paralelamente à construção desta dissertação de mestrado pude, em meu consultório, acompanhado pelas supervisões psicanalíticas, vivenciar o atendimento de diversos pacientes em psicoterapia psicanalítica, inclusive crianças e adolescente, além de realizar acompanhamento terapêutico de pacientes mais comprometidos. Estas experiências foram importantes para a pesquisa, na medida em que me deram base para compreender o quão difícil é se desdobrar para oferecer ajuda e acolhimento ao outro e como o processo de estar com pessoas exige disponibilidade interna e esforço para aprender com a experiência.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Nascimento: aspectos psicológicos

A psicanálise tem sido unânime em reconhecer a importância das primeiras relações na vida de um bebê como a base para o desenvolvimento de sua personalidade. Estas primeiras relações estão vinculadas à formação de que os bebês desenvolvem um forte vínculo com sua mãe ou substituto (BRUM; SCHERMANN, 2004).

Diversos autores como Bowlby (2002), Spitz (1965) e Winnicott (1975) pesquisaram estas primeiras relações entre a mãe e seu recém-nascido e muito se avançou na compreensão das peculiaridades desta díade. Para Wirth (2000) esta dupla (mãe-bebê) desenvolve uma relação muito especial, recíproca e complementar.

Stern (1997) afirmou que, na constelação da maternidade, existem influências psicobiológicas, especialmente hormonais, que preparam a nova mãe para desenvolver alguma forma de maternidade. As condições socio-culturais desempenham um papel fundamental em como estas influências irão agir. Neste sentido a maternidade está envolvida por uma complexidade de fatores como: biológicos, psicobiológicos, psicológicos, sociais e sócio-culturais. Em síntese questões biopsicossociais.

A importância do cuidado do bebê pela mãe também foi extensivamente estudada por John Bowlby (2002). O autor, em sua pesquisa sobre a relação existente entre cuidados maternos e saúde mental, alertou que o fato de uma criança sofrer privação da mãe nos primeiros anos de vida pode ter como consequência efeitos nocivos sobre sua personalidade e seu desenvolvimento.

Para Brum e Schermann (2004), os vínculos iniciais que a mãe desenvolve com seu bebê também estão intrinsecamente relacionados com o desenvolvimento favorável do

infante. Em um de seus estudos, revisando a literatura da área, os autores concluíram que as crianças com apego seguro tem confiança no amor de seus pais e vêem o mundo como um local seguro. Segundo estas autoras, a criança usa sua curiosidade, pela base segura formada com seus cuidadores, para desbravar e experimentar o mundo, desenvolvendo um sentimento de confiança básica e apego, proporcionando a construção da independência da criança.

Winnicott (1982b) afirmou que a base para a saúde mental é instaurada pela mãe desde a concepção e ao longo dos cuidados maternos comuns por ela dispensados ao bebê. Para o autor (1982a) é na fase de dependência absoluta do bebê em relação ao ambiente que a mãe desenvolve o que chamou de preocupação materna primária. Este estado especial da mãe faz com que ela seja capaz de compreender o bebê por meio de sua surpreendente capacidade de identificação, auxiliado-o a se integrar.

Aponta o referido autor que, se na fase de dependência absoluta, não houver uma mãe capaz de se conectar com seu bebê, este pode ficar num estado de desintegração, tornando-se um corpo com partes soltas. A ausência desta integração pode gerar falhas primitivas no desenvolvimento e acarretar o surgimento de patologias mentais.

Ainda segundo Winnicott (1982a), o pai é necessário para dar apoio à mãe. Ademais, ele pode ser alguém que ajuda a sustentar a lei e a ordem que esta implanta na vida da criança.

Aberastury (1991) relata que não é suficiente apenas a presença do pai, é necessário também que ele encontre uma forma de comunicação adequada às necessidades de paternidade do pequeno. O papel que desempenha, reforça sua união com a mãe e oferece ao filho uma fonte de identificação genital, além de oferecer uma primeira imagem social ou de comunidade que tem o indivíduo. Para isso, é necessário que a criança tenha sido desejada pelos pais. Acerca do nascimento Safra (2004) afirma que: “nascer é acontecer para o amor de alguém, ser significativo para alguém e este nascimento depende da hospitalidade de alguém” (p.72).

Para que haja esta hospitalidade é necessário que os familiares se envolvam com o recém-nascido. Neste novo cenário e nesta nova configuração de vínculos familiares muitos conflitos podem ser despertados. O nascimento pode trazer as mais diversas reações emocionais aos familiares que terão que se reorganizar para a chegada de um novo ser. Vasconcelos (2006) afirma não existir no ciclo familiar estágio algum que provoque mudança mais profunda ou que tenha um desafio maior para as famílias do que a chegada de uma criança.

A chegada do bebê traz para os pais seu próprio passado, suas vivências como bebê (STERN, 1997). De uma forma ou de outra, todos os seres humanos já foram bebês e cuidados por alguém. Assim, cuidar de um recém-nascido gera diversas lembranças conscientes e inconscientes em quem se dispõem a fornecer cuidados.

Para preencher as condições para “ser pai” e “ser mãe” é necessário “tornar-se pais”, um processo complexo que envolve níveis conscientes e inconscientes do funcionamento mental dos cuidadores do bebê, pois a noção de parentalidade não inclui apenas o sentido biológico do termo (SOLIS-PONTON, 2004)

Para além do biológico, um bebê precisa nascer emocionalmente, o que depende da subjetividade dos pais ou cuidadores para que isso aconteça. O nascer psíquico dá-se sempre na relação com o outro.

1.2. O bebê prematuro

No caso de um nascimento prematuro, uma vez que a gravidez é interrompida, o recém-nascido não corresponde ao bebê idealizado na gravidez. O desafio imposto aos pais é maior, pois além do luto pelo bebê imaginário, existe o luto pelo bebê real, que corre risco de vida ou está com a morte anunciada (WIRTH, 2000).

Antes de descrever os cuidados com o bebê prematuro, é importante explicar como se define este. Crianças prematuras se diferenciam das “normais” pela idade gestacional: bebês nascidos com menos de 37 semanas de gestação são classificados como pré-termo. Bebês nascidos entre 37 semanas a 41 são classificados como a termo e com 42 semanas ou mais, pós-termo. Quanto maior a idade gestacional do recém-nascido prematuro, menor o risco de morte e de complicações em seu estado de saúde (MARQUES, 2003).

Outra variável importante na avaliação do desenvolvimento de um bebê é seu peso. Segundo a Organização Mundial de Saúde, denominam-se de baixo peso ao nascer os bebês com menos de 2501g até 1501g; de muito baixo peso ao nascer aqueles com 1500 até 1001g e de extremo baixo peso ao nascer aqueles com menos de 1001g .

Segundo Lubchenco (1984) estas duas variáveis ajudam na previsão de problemas nos recém-nascidos prematuros, pois se relacionam ao papel relevante que desempenham na maturidade de vários sistemas. Deste modo, são variáveis que estão inter-relacionadas e os desvios, em qualquer uma delas, para fora da faixa de normalidade, podem ser preditivos de complicações no desenvolvimento e de um aumento da morbidade e da mortalidade infantil. Ainda segundo este autor, o grupo de crianças pré-termo com peso abaixo de 1.500g é vulnerável do ponto de vista biológico e constitui um grupo de alto risco, ou seja, são crianças mais susceptíveis de apresentar padrões de desenvolvimento incompatíveis com sua faixa etária, em comparação aos indivíduos da população em geral.

Linhares (2003) afirma que o desenvolvimento desfavorável de um bebê pré-termo de muito baixo peso é influenciado tanto pelas condições do nascimento e complicações médicas, quanto pela influência do ambiente familiar e social. Desta forma, o contexto familiar adequado pode tornar-se um mecanismo de proteção psicossocial aos bebês prematuros.

Entende-se, portanto, que a importância do vínculo do bebê com a mãe e com sua família, nos primeiros meses de vida, é essencial para seu desenvolvimento. Estes cuidados são muito importantes para o desenvolvimento físico e emocional do bebê.

O bebê prematuro, na maioria das vezes, não tem condições físicas de viver fora do útero sem ajuda da tecnologia médica. A hospitalização numa Unidade de Cuidados Intensivo Neonatal (UCIN) interrompe a íntima relação existente entre a dupla mãe-bebê. O vínculo entre a mãe e o bebê, estabelecido pela preocupação materna primária (WINNICOTT, 1982a), encontra dificuldade para seu estabelecimento tendo em vista o rompimento gerado pela prematuridade. Neste caso, a mãe tem que fazer um esforço para se vincular ao bebê (WIRTH, 2000). E tal situação pode representar uma vivência traumática para o bebê e seus pais.

Segundo Klaus e Kennell (1992), o nascimento de um bebê prematuro tem importância sobre a qualidade do vínculo que será formado entre o bebê, a mãe e sua família. Um estudo realizado por Rugolo (2005), acompanhando crianças de extremo baixo peso, concluiu que estas correm riscos, em idades posteriores, de apresentarem atraso no desenvolvimento cognitivo, problemas educacionais e comportamentais. Entretanto, a autora afirma que a boa qualidade do lar, representada pela estabilidade emocional da família e participação ativa dos pais, pode melhorar o desempenho da criança e propiciar-lhe boa qualidade de vida.

Stjernvist (1992) afirma que o evento inesperado do parto prematuro e as características apresentadas pelo recém-nascido prematuro podem alterar o ritmo dos acontecimentos naturais que envolvem o nascimento de uma criança, podendo provocar modificações no funcionamento familiar e nos relacionamentos pessoais, sendo estes agravados quando o período de internação no hospital é prolongado.

Gomes (1999) acompanhou diversas famílias que vivenciaram o nascimento e a internação de um bebê prematuro. O autor relata que os pais experimentam situações estressantes, o que afeta suas percepções e habilidades para interagir com a criança. Segundo Gomes (1999), a quantidade e o tipo de contato que a família tem com essas crianças são freqüentemente restritos. Os pais, em geral, apresentam dificuldades em tocar, segurar, alimentar e vestir a criança.

Para Gaíva e Scochi (2004), durante a internação do bebê, o acolhimento, a interação e a comunicação da equipe com os pais exerce um papel essencial para que as experiências emocionais sejam melhores elaboradas e o sofrimento dos pais minimizados. A comunicação é uma atividade que media as relações, desta forma, é essencial no dia-a-dia do hospital. As interações na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) são mediadas pela necessidade de comunicação que se estabelecem através de diálogo, de troca de informações e de mensagens não verbais. Entretanto, no cotidiano do trabalho da equipe de saúde a prioridade é o controle biológico do recém-nascido, localizado na doença. Dificilmente se nota preocupação dos profissionais em decifrar termos técnicos que utilizam na comunicação com os pais, menos disposição, ainda, para ouvir e acolher os familiares de bebês prematuros.

Wirth (2000), utilizando o método de observação Esther Bick (1964) em uma UCIN, concluiu ser necessário que a mãe tenha no hospital um ambiente acolhedor para poder receber e proteger seu bebê, amenizando os efeitos desta interrupção. Acrescenta que o sistema hospitalar influi de forma direta ou indireta na qualidade da relação que está se estabelecendo entre a mãe e o seu bebê a ponto de favorecer ou não desenvolvimento da capacidade de interação da dupla.

Neste ambiente, segundo Tronchin e Tsunehiro (2006), os laços afetivos entre pais e filhos correm o risco de se tornarem superficiais em razão do longo período de internação, das rotinas impostas pela instituição e condições clínicas da mãe e da própria criança. Na tentativa

de humanizar a situação de internação e diminuir os efeitos traumáticos, o modelo de relação entre os profissionais e as famílias começou a ser repensado.

O papel dos familiares no hospital mudou muito no último século. O Sarah Morris Hospital, em Chicago, desenvolveu o primeiro centro hospitalar para tratamento de prematuros em 1923. O diretor encorajava a produção de leite materno em casa e convidava as mães a cuidarem de seus filhos. No entanto, nas unidades de prematuros criadas após o Sarah Morris Hospital, seguiu-se um padrão de regulamento muito restritivo com uma política de isolamento rigoroso e a exclusão total dos visitantes (KLAUS & KENNEL, 1992).

Klaus e Kennel (1992) relatam que durante o período após a Segunda Guerra Mundial surgiram diversos novos enfoques na assistência ao recém-nascido. Estudos mostraram que a taxa de mortalidade de bebês prematuros cuidados em casa eram apenas um pouco maior do que a de bebês prematuros assistidos em hospital e foi comprovado que a presença da mãe nos hospitais promovia uma queda acentuada da mortalidade infantil.

Segundo Brazelton (1988), os autores Klaus e Kennell contribuíram para modificações das estruturas no berçário dos prematuros, desde que, em seus trabalhos, demonstraram para o mundo dos neonatologistas a importância de trazer os pais aos berçários de alto-risco, a fim de dar-lhes uma chance de tocar e sentir algo por seus pequenos bebês, de trabalharem com suas ansiedades e de conhecerem seus bebês prematuros antes de levá-los para casa. Concluíram que os pais poderiam demonstrar mais abertamente suas tristezas e se adaptariam melhor se lhes fossem permitido ver, tocar e se relacionarem com o bebê, ainda que mais tarde este viesse a morrer, pois, se sobrevivesse, os pais poderiam começar a elaborar sua tristeza natural por ter um bebê assim e sua inevitável culpa por terem trazido ao mundo um prematuro, antes de levá-lo para casa.

Os pais de um bebê prematuro ficam preocupados com a saúde de seu bebê e com seu desenvolvimento. Os pequenos detalhes são acompanhados por esses para assegurarem-se de que o bebê está normal (STJERNVIST, 1992).

Brazelton (1988) explica este tipo de sentimento da seguinte maneira:

os pais não somente demonstram esta reação pela perda do bebê perfeito que esperavam, mas lamentam os defeitos do bebê que produziram, culpando-se a si mesmos, consciente ou inconscientemente. Sentem-se culpados pela condição do bebê, sendo este sentimento justificado ou não (p.80)

Tal autor relata que o tempo que cada pai leva para atingir o apego íntimo e recompensador é variável de indivíduo para indivíduo, podendo ser lento, chegando a durar meses. O apego ao novo bebê não ocorre da noite para o dia e nem todos estão preparados para isso; o autor não se refere simplesmente aos cuidados dispensados ao filho, mas também ao processo de aprendizagem sobre como lidar com sentimentos conflitantes da paternidade como: a cólera, a frustração, o desejo de fugir da responsabilidade e de abandonar a criança.

Klaus e Kennell (1992) afirmam que nesta caminhada em direção ao apego, em situação de um nascimento prematuro, os pais, em geral, passam por cinco estágios até que se sintam confiantes para trabalharem e relacionarem-se com seu filho, de modo a vê-lo como seu.

No primeiro estágio eles se interessam mais pelos dados clínicos do bebê, informados pela equipe, os quais interferem sensivelmente em sua coragem. No segundo estágio, inicialmente, os pais não procuram provocar espontaneamente reações no filho. Eles apenas observam. Diante do comportamento da equipe médica e de enfermagem se encorajam, procurando obter algumas reações do bebê. No terceiro estágio, ficam atentos aos movimentos mais responsivos do filho, presenciando sua transformação enquanto pessoa; todavia, continuam não estimulando o bebê por iniciativa própria. No quarto estágio, inicia-se

a auto-visão. Os pais buscam provocar movimentação espontânea no filho que, por sua vez, reage virando-se em direção às vozes, acalmando-se diante de uma carícia ao ser tocado. No último estágio, os pais já desenvolveram um vínculo com o filho, tratam-no como pessoa, envolvem-se no seu cuidado e podem levá-lo para o domicílio.

Brazelton (1988) afirma que o desenvolvimento do apego por parte de pais de bebês prematuros é menos calmo e suave, mas não existem razões para que o resultado eventual não seja bastante gratificante. Segundo o autor: “na verdade, o esforço para superação das dificuldades pode ser uma forte força para o apego” (p.69).

Neste sentido, Sluckin, Herbert e Sluckin (1990) asseveram, a partir de uma revisão bibliográfica, que as conclusões sobre os efeitos nocivos da separação entre pais e filhos no período neonatal são parciais e incompletas. Os autores apresentaram evidências de que as mães podem, em circunstâncias favoráveis, desempenhar perfeitamente suas funções maternas após assumirem seus bebês prematuros, cuidando deles de forma competente e apegando-se a eles de maneira tão forte quanto às mães de bebês nascidos a termo.

Desta forma, entende-se a importância da formação do vínculo entre pais e seus bebês prematuros. O recém-nascido que nasce antes do tempo esperado necessita, como qualquer outro bebê, de suporte materno e paterno para seu desenvolvimento emocional. Os pais, assim como o bebê, enfrentam situações emocionais adversas, como o luto, frustrações e a presença iminente da morte e necessitam superá-las para se vincularem afetivamente ao seu filho.

1.3. O ambiente suficientemente bom no desenvolvimento físico/emocional do bebê

Como já descrito anteriormente, Winnicott (1982j) descreveu a importância da mãe e do ambiente na vida do bebê desde os primórdios desta relação. A experiência do nascimento

é, na visão do autor, um fato significativo na vida do indivíduo. Na medida em que o bebê possa ter uma vivência saudável desse momento, a experiência do nascimento pode ser um elemento essencial numa série de fatores favoráveis ao desenvolvimento da confiança, do senso de seqüência, estabilidade e segurança.

Quando tudo ocorre de forma saudável, o bebê está preparado antes do parto para uma certa intrusão ambiental e reage sofrendo uma perda de identidade momentânea. Esta interferência, se ocorrer bem, não será intensa nem tão prolongada a ponto de cortar o fio do seu processo natural do *continuar a ser* do bebê. (WINNICOTT, 1982j).

Se a experiência for traumática, o *continuar a ser* pessoal do recém-nascido pode ser interrompido por reações a intrusões prolongadas. Como conseqüência, marcas da intrusão e da reação são registradas na memória do indivíduo. Isso provoca um sentimento extremo de insegurança e mesmo de uma desesperança quanto à possibilidade de alcançar uma vida pessoal. O bebê perturbado por uma imposição que o fez reagir é empurrado para fora do seu estado de *ser*. (WINNICOTT, 1982j)

Ao fim da gravidez inicia-se uma fase em que a mãe, quando saudável, deve ser capaz de entregar-se ao processo, de forma quase idêntica à experiência do bebê naquele momento, o que Winnicott (1982a) definiu como *preocupação materna primária*.

Nesta fase, predomina na mãe uma vontade de desviar o interesse do seu próprio *self* para o bebê. É isso que confere à mãe uma capacidade de identificar-se com o bebê e saber como ele pode estar se sentindo para atendê-lo. Os médicos e enfermeiras talvez saibam muito a respeito de psicologia, e certamente conhecem muito sobre a saúde e a doença do corpo, mas não sabem como o bebê está se sentindo a cada minuto, pois estão fora desta área de experiência. (WINNICOTT, 2005)

Winnicott (1982a) relata que nesta condição, em que um aspecto da personalidade da mãe toma o poder temporariamente (*preocupação materna primária*), ela alcança um estado

de sensibilidade exacerbada que lhe possibilita uma adaptação sensível e delicada às necessidades do bebê já nos primeiros momentos, pois pode sentir-se no lugar deste. A mãe fornece um contexto para que a constituição da criança comece a se manifestar, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se e o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida. Esta condição corresponderia na mãe uma espécie de doença, caso não estivesse contextualizado na situação de gravidez, parto e puerpério. No período da *preocupação materna primária*, ela necessita ter saúde tanto para desenvolvê-la, quanto para recuperar-se dela. É normal que a mãe vá recuperando seus interesses próprios à medida que a criança lhe permite fazê-lo. O autor também assinala que algumas mulheres não tem condição de contrair esta *doença normal* e neste contexto há uma *fuga para a sanidade*. Existem mães cujos interesses próprios tem caráter tão compulsivo que não podem ser abandonados e ela é incapaz de mergulhar nessa condição. No outro extremo tem-se a mãe que tende a estar sempre preocupada, e nesse caso o bebê torna-se sua preocupação patológica.

Para Winnicott (2005), é nesta vivência que o recém-nascido começa a perceber feições, sons e cheiros familiares que serão gradualmente reunidos e transformados num único ser chamado mãe. Para o recém-nascido, a experiência instintiva, repetida e silenciosa de estar sendo cuidado fisicamente constrói o que o autor chamou de personalidade satisfatória. Se mãe for madura, fisicamente capacitada e puder viver junto com seu bebê uma experiência, sendo capaz de tolerar e compreender seu recém nascido, surgirá o primeiro vínculo estabelecido pelo bebê com um objeto externo.

Winnicott (2005) propôs uma imagem metafórica para esclarecer este movimento de encontro entre a mãe e o bebê nos primeiros meses de vida, utilizando a metáfora de duas linhas (mãe e bebê) que viessem de direções opostas podendo se aproximar uma da outra. Quando elas se superpõem ocorre um momento de ilusão, uma partícula de experiência que o

bebê pode considerar ou como alucinação sua, ou como objeto pertencente à realidade externa: “o bebê vem ao seio, quando faminto, pronto para alucinar alguma coisa que pode ser atacada. Nesse momento aparece o bico real, e ele pode então sentir que esse bico era exatamente o que ele estava alucinando.” (WINNICOTT, 2005, p.227). O autor relata sobre a importância deste contato tão íntimo entre a mãe e o bebê para um desenvolvimento favorável do infante. Para este psicanalista o processo é enormemente facilitado se o bebê for cuidado por uma única pessoa e uma única técnica:

É especialmente no início que as mães são vitalmente importantes, e de fato é tarefa da mãe proteger o seu bebê de complicações que ele ainda não pode entender, dando-lhe continuamente aquele pedacinho simplificado do mundo que ele, através dela, passa a conhecer. (p.228)

Se a mãe proporcionar uma adaptação suficientemente boa à necessidade do bebê, a linha de vida da criança será muito pouco perturbada por reações à intrusão. Caso contrário, as falhas maternas provocarão fases de reação à intrusão e estas interromperão o *continuar a ser* do bebê provocando uma *ameaça de aniquilamento*.

A base para o estabelecimento do ego é um suficiente *continuar a ser* não interrompido por reações à intrusão (WINNICOTT, 1982a). Nas palavras do próprio autor: “o fornecimento de um ambiente suficientemente bom na fase mais primitiva capacita o bebê a começar a existir, a ter experiências, a constituir um ego pessoal, a dominar instintos e a defrontar-se com todas as dificuldades inerentes à vida.” (p. 404)

A relação que cada pai e mãe estabelece com o filho depende em muito do relacionamento do casal na época da concepção, durante a gravidez, no nascimento e posteriormente. O momento da gravidez pode ter vários efeitos sobre o casal. Em todos os casos ocorre uma alteração no relacionamento entre os pais, alteração esta que, amiúde, assume a forma no casal de um grande enriquecimento e um aprofundamento do sentido de responsabilidade de um para com o outro (WINNICOTT, 2005).

Deve-se ter em mente que numa mesma família existem crianças diferentes não apenas geneticamente, mas também pela história de vida vivenciada naquele ambiente familiar. Ao considerar as dificuldades dos pais, é sempre bom lembrar que o casamento e a constituição de uma família nem sempre são sinal de maturidade parental. Cada membro da comunidade adulta está em processo de crescimento, e permanecerá assim, ao longo de toda a sua vida. Para o adulto, é muito difícil crescer sem desfazer-se das satisfações infantis vivenciadas em etapas anteriores do desenvolvimento. (WINNICOTT, 2005).

Muitas vezes, antes desses adultos se lançarem no papel de pais cuidadores, aguardarão por vários anos, para só enfim, poderem se doar à criança, dando-lhe os cuidados necessários. Há casos, porém, em que homens e mulheres considerados maduros por serem casados vivenciam esta transformação como um período de grande tensão. Uma boa parte dos fatores de complicação da vida familiar é proveniente das atitudes que os pais tomam ao esgotar-se sua capacidade de sacrificar tudo em favor dos filhos (WINNICOTT, 2005).

Muitos pais tem maturidade suficiente para serem capazes de se sacrificar, como seus próprios pais tiveram antes deles, em favor do estabelecimento e da manutenção da unidade familiar. As crianças não apenas nascem no seio de uma família, mas também nesse meio podem crescer emocionalmente e adolecer. Por fim, podem conquistar uma vida independente, vindo, quem sabe, constituir outro núcleo familiar (WINNICOTT, 2005).

Winnicott (2005) relata que não se deve repudiar aqueles indivíduos que não estavam suficientemente maduros à época do nascimento do filho e não tinham capacidade de se tornar bons pais cuidadores. Nesses casos, as crianças podem ser capazes de adaptar-se à desintegração da família.

Nas palavras de Winnicott (2005)

Uma família não é o resultado natural de um caso de amor romântico. Nos casos mais infelizes, um estado de caos origina-se das extremas dificuldades entre os pais, dificuldades que tornam impossível a

cooperação de ambos, mesmo no que toca ao cuidado das crianças por eles amadas. (p. 67)

Em condições favoráveis normais, que estão ligadas a íntima identificação da mãe com seu filho e, posteriormente, ao interesse combinado de ambos os pais, o bebê é capaz de manifestar uma tendência inata à integração, que faz parte do processo de crescimento. Tal processo precisa desenrolar-se integralmente para cada criança. Se as condições favoráveis nos primeiros estágios realmente estimularem a integração da personalidade, essa integração do indivíduo provocará mudanças no ambiente familiar. A criança que se desenvolve bem, e cuja personalidade é capaz de realizar internamente sua integração por força das capacidades inatas de seu crescimento individual, propicia um efeito integrativo sobre seu ambiente externo imediato. Essa criança contribui para a situação familiar (WINNICOTT, 2005, p. 68)

Quando a criança não contribui, os pais precisam desenvolver uma tarefa nada natural – devem construir e manter um lar e uma atmosfera familiar apesar de não poderem contar com a ajuda daquela criança. No cumprimento desta tarefa, há um limite além do qual não se pode esperar o bom êxito dos pais. (WINNICOTT, 2005)

Há muitas famílias que permanecem intactas enquanto as crianças estão se desenvolvendo bem, mas que são incapazes de suportar a presença de uma criança doente. Em muitos casos pode se dizer que a família precisa transformar-se numa casa de repouso ou mesmo num hospital psiquiátrico para poder conter o distúrbio ou o tratamento de um dos filhos. Muitas famílias são capazes de fazê-lo, outras não o são e a criança então tem que ser isolada da família (WINNICOTT, 2005).

Compreende-se que um papel vital e essencial é desempenhado pelo meio ambiente nas primeiras fases do desenvolvimento emocional do bebê. À medida que a criança se desenvolve e os processos de amadurecimento se tornam mais apurados, a criança se torna

cada vez menos dependente das identificações da mãe e do pai, bem como de outras pessoas com quem se encontra em relacionamento fraterno ou parental (WINNICOTT, 1975).

Segundo Winnicott (2005) não é suficiente afirmar que os pais amam seus filhos; eles frequentemente chegam a amá-lo e experimentam uma enorme gama de outros sentimentos. Nas palavras do autor “As crianças requerem dos pais algo além do amor; requerem algo que continue vivo mesmo quando os filhos são odiados, ou fazem por sê-lo.” (p.64)

A literatura aqui apresentada mostra a importância do ambiente familiar no desenvolvimento emocional do indivíduo, principalmente nos primeiros anos de vida. Na vivência do bebê prematuro de muito baixo peso o ambiente familiar pode sofrer desintegrações e desajustes em vista das difíceis condições impostas pelas vivências de separação, internação e ameaça de perda do recém-nascido.

2. OBJETIVO

Este estudo tem por objetivo compreender os significados atribuídos ao nascimento e internação de um bebê pré-termo e de muito baixo peso na perspectiva dos pais.

3. METODOLOGIA

3.1. Aspectos éticos

O presente trabalho foi autorizado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (Anexo 1) (Processo HCRP nº 6225/2007), tendo-se como princípio básico o respeito aos voluntários e à instituição, de acordo com a resolução nº 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Os indivíduos foram esclarecidos acerca dos objetivos do trabalho e informados a respeito da preservação da identidade na divulgação dos dados do estudo. Ao aceitarem participar da pesquisa, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2) e obtinham uma cópia do mesmo.

O pesquisador também se comprometeu a realizar encaminhamento ou acompanhamento, caso fosse detectado necessidade de atendimento clínico.

3.2. Contexto do estudo

Realizou-se a pesquisa no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (HC/FMRP-USP) que fica localizado na cidade de Ribeirão Preto, região nordeste do Estado de São Paulo, a 313 km da capital.

A cidade de Ribeirão Preto é conhecida no Brasil como um dos principais centros de atenção à saúde do país, abarcando hospitais, unidades de saúde e clínicas.

O HCRP é um hospital universitário, público e centro de referência para atendimentos complexos. Por se tratar de hospital-escola tem como finalidade, além da extensão de serviço a comunidade, o ensino e a pesquisa. Recebe clientela do município, região e advinda de outros estados e até, outros países.

O Hospital é campo de pesquisa de alta qualidade e de educação na área de saúde, o seu complexo é composto pelo Hospital das Clínicas, Hemocentro e Unidade de Emergência. (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, s.d.). Especificamente em relação aos cuidados oferecidos aos bebês prematuros, o HC dispõe de 68 leitos neonatais, sendo 20 na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), 28 leitos na Unidade de Cuidados Intensivos (UCIN) e 20 no alojamento conjunto.

3.3. Participantes

Foram convidados para participar do estudo pais de bebês pré-termo (≤ 37 semanas de idade gestacional) de muito baixo peso (≤ 1.500 gramas), que coabitavam no mesmo teto e que tinham, no momento das entrevistas realizadas, seus bebês internados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (HC/FMRP-USP). Deste grupo foram selecionados arbitrariamente cinco casais com tais características. Depois de realizadas as entrevistas com os cinco casais foi selecionado um casal visando compreender e descrever em profundidade a complexidade da experiência singular, mas também genérica da vivência dos pais de bebês prematuros.

A opção por pais que habitavam o mesmo teto se deu como uma tentativa de garantir que os pais dos bebês tivessem um vínculo afetivo e uma vivência atual como casal.

3.4. Instrumentos de coleta de dados

Foi utilizado um roteiro de entrevista semidirigida (Anexo 3). Com este instrumento o entrevistador pode dar certa direção à entrevista, mas com flexibilidade, uma vez que a direção também é dada pelo entrevistado. Isto ocorre segundo uma ordem livre de temas

particulares que o informante vai associando ao assunto geral proposto pelo pesquisador. Há uma troca no comando da entrevista, com o entrevistador e o entrevistado revezando-se naturalmente, em respeito ao alvo da melhor construção das idéias em exposição. (TURATO, 2003)

Este instrumento possibilitou que o entrevistador pudesse investigar temáticas da vivência destes pais como a relação do casal, gravidez, nascimento do filho e internação. Sem, no entanto, enquadrar o entrevistado em perguntas fechadas, mas possibilitando que se “abrissem” emocionalmente diante dos fatos vivenciados para que a entrevista pudesse captar a singularidade de cada experiência dos cuidadores.

Para melhor adequação do roteiro de entrevista foram realizadas seis entrevistas piloto com pais e mães selecionados segundo os critérios definidos para o estudo. Vale destacar que tais entrevistas foram utilizadas exclusivamente para correções no roteiro de entrevista visando adequá-lo à realidade dos participantes, assim não foram objeto de análise deste estudo.

As entrevistas foram audiogravadas com o consentimento dos participantes e, posteriormente, foram feitas as transcrições na íntegra pelo pesquisador.

3.5. Contextualização metodológica

O trabalho teve um enfoque qualitativo de pesquisa utilizando como método o estudo de caso instrumental. Para o autor um caso é uma unidade específica, um sistema delimitado cujas partes são integradas. O estudo de caso procura captar a complexidade de um sistema em sua atividade. (STAKE, 2000)

No estudo de caso instrumental, o caso poderá facilitar a compreensão de algo mais amplo, uma vez que pode servir para fornecer *insights* sobre um assunto ou contestar uma

generalização amplamente aceita, apresentando um caso que nela não se encaixa (ALVES-MAZZOTI, 2006).

Stake (2000) afirma que os estudos de caso visam à compreensão do que é importante para aquele caso. Para isso, propõem questões importantes situando os contextos e realizando interpretações relevantes próprias do caso, desta forma, proporcionando ao leitor uma descrição em profundidade. O pesquisador busca apreender o suficiente sobre o caso estudado, emitindo significados complexos em uma narrativa descritiva, para que seja possível aos leitores experienciar as situações e chegar a conclusões, mesmo que estas sejam diferentes das do pesquisador.

3.6. Procedimento para a obtenção dos dados

Foram realizadas duas entrevistas com cada um dos pais; uma primeira entrevista logo após o nascimento, com até quinze dias de vida do bebê e outra após um mês da primeira entrevista. No total foram realizadas vinte entrevistas.

Foram feitas duas entrevistas no intuito de captar dois momentos distintos: o impacto do nascimento do bebê prematuro para os pais e, num segundo momento, a vivências da internação no hospital.

Os dados dos pais e do bebê como (nome do bebê, nome dos pais, peso do bebê ao nascer, tempo de internação do bebê e telefone para contato) eram fornecidos pelos profissionais de saúde que trabalham na UCIN do 7º andar do HCRP.

O primeiro contato foi feito por telefone quando era explicado o propósito do estudo e em que consistiria a participação do casal. Quando pai e mãe concordavam em participar, era agendada uma entrevista no refeitório do Hospital das Clínicas (HCRP) – lugar sugerido

inclusive pelo Comitê de Ética. Quando necessário o pesquisador realizou a entrevista na casa do participante.

Vale ressaltar que todas as entrevistas foram realizadas separadamente, ou seja, cada membro do casal (pai e mãe) foi entrevistado face-a-face e individualmente, buscou-se sempre que possível garantir condições de privacidade. A iniciativa de fazer as entrevistas separadamente e não com o casal junto se deu para que fosse possível abordar a singularidade de cada pai e de cada mãe.

Em contato com o pai ou a mãe lia-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2). A partir daí eram anotadas na folha de entrevista os dados pessoais do participante: nome, idade, profissão, quem morava na casa (Anexo 3). Terminada esta etapa, mais familiarizado com o entrevistado, tinha início a gravação da entrevista com o consentimento do participante.

Após cada entrevista, foi feito um diário de campo com o objetivo de anotar as observações e impressões do pesquisador e as comunicações não verbais ocorridas durante a entrevista.

3.7. Análise dos dados

Inicialmente para a análise foram realizadas várias leituras de todo o material numa fase chamada de pré-análise procurando familiaridade com o material obtido. Pouco a pouco, tendo em vista o objetivo deste trabalho, emergiram algumas temáticas que foram ganhando clareza para a consciência do pesquisador.

Familiarizado assim com o material foi escolhido um caso que melhor ilustrava as temáticas observadas nas leituras, caso que continha uma riqueza de informações, e por outro

lado expressava a singularidade de uma experiência pessoal com a questão da prematuridade que permitiria ampliar o olhar para tal questão e gerar novas reflexões.

Uma vez escolhido o caso, foi feito um estudo analítico aprofundado de temáticas já observadas nas outras entrevistas. Mas que apresentavam também questões muito particulares que permitiam repensar a questão do nascimento prematuro na vivência dos pais. Para o aprofundamento teórico foi utilizado um embasamento psicanalítico da teoria de Winnicott.

O método psicanalítico é posicionado não na busca de um objetivo determinado ou de algo a ser concluído, mas como um procedimento processual, ou seja, é um processo investigativo não conclusivo. Uma característica do processo psicanalítico é estar diretamente relacionada às peculiaridades da subjetividade humana (SAFRA, 2001).

A partir deste tipo de investigação foi possível a construção de novas interpretações e considerações que puderam favorecer a compreensão do fenômeno psíquico e a elaboração da discussão do estudo.

4. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

O casal estudado está junto há 8 anos. A esposa chamada aqui de Paloma, é uma mulher de 32 anos, de estatura baixa, olhos castanhos, voz fina e cabelo comprido. Trabalhava, no momento da entrevista em uma pensão de sua família. O esposo, chamado de Alcides, é um homem de 34 anos, magro, alto, de olhos claros e voz grossa. Trabalhava como cortador de cana no período das entrevistas.

Viviam, na época do nascimento prematuro de Amanda, em um cômodo da casa da mãe de Paloma, aqui chamada de Judite, dona de casa, 53 anos em um bairro de periferia de Ribeirão Preto. Nesta casa vivia também o irmão de Paloma, estudante, 14 anos e um cachorro.

As entrevistas com o pai e a mãe foram realizadas separadamente, sendo as duas entrevistas realizadas na casa da família.

A seguir serão apresentadas as análises das entrevistas de Paloma e Alcides. Para orientação do leitor, estas análises estão orientadas por tópicos, o que permite também uma leitura paralela de ambas entrevistas.

4.1. As entrevistas com a mãe da bebê

4.1.1. A mãe da bebê

Paloma tinha 32 anos, estatura baixa, olhos castanhos, voz fina e cabelo comprido. Casada com Alcides, 34, morava na casa de sua mãe, 53, com seu irmão, 14, num bairro de periferia.

Paloma mostrou-se muito interessada em falar de sua experiência nas duas entrevistas realizadas. Durante as entrevistas parecia estar muito abalada com a internação de sua filha e como o estado depressivo em que se encontrava. Emocionou-se várias vezes durante a entrevista principalmente quando falou de seu filho Pablo, já falecido.

Durante as entrevistas realizadas em sua casa, comentou que quando era mais nova, na sua adolescência, foi menos comportada do que naquele momento: *“dei trabalho quando era mais nova. Questão de sair. Estas coisas de adolescentes assim. Depois não.”* (sic). Além disso, comentou que não tinha muita proximidade com a mãe, e agora no momento das entrevistas, considerava-se uma pessoa comportada e bem mais próxima de sua mãe.

Trabalhava como funcionária em um pensionato, na área de recepção dos hóspedes e na cozinha. Este pensionato pertencia à sua tia. Além do trabalho no pensionato, cuidava desta tia que vivia em uma casa alugada e tinha sérios problemas de saúde.

Nas entrevistas realizadas, esses foram os únicos relatos de Paloma sobre sua vida antes de conhecer Alcides e se casarem, isto há oito anos. Ela contou que neste período teve quatro gravidezes, sendo que nas duas primeiras ocorreram abortos, que, segundo ela, os médicos classificaram como espontâneos e não souberam dizer o porquê da bolsa ter rompido tão cedo.

Em dois mil e quatro, engravidou de Pablo. *“uma gravidez muito complicada”* (sic), na medida em que, segundo ela, passava os dias na cama, tomando doze litros d’água, porque um médico lhe disse que ela precisava beber, no mínimo, três litros d’água para tentar repor o líquido da bolsa. Ficava o dia todo deitada, levantando apenas para comer e ir ao banheiro. Chegou a fazer tratamento em três instituições de saúde na cidade, as quais afirmaram que não havia mais esperança que este bebê nascesse vivo. Foi quando tentou *“segurar a gravidez”* (sic). Assim, ela afirmou: *“consegui levar até vinte e oito semanas”* (sic).

Segundo ela, o bebê Pablo nasceu *“como todo prematuro. Tem dificuldade de respirar, fez aquela cirurgia do soprinho do coração e depois disso a recuperação dele foi*

rápida. Não foi demorada, mamava bem” (sic). Mas, após um mês de internação, veio a falecer por infecção hospitalar.

Após o falecimento do filho, em 2005, Paloma descreveu que passou por uma profunda depressão que durou mais ou menos dois anos, mas não procurou tratamento. Ficava o tempo todo *“trancafiada”* (sic) no quarto e *“só chorava”* (sic). No começo de 2007, ela disse que saiu dessa depressão; foi quando começou a se recuperar: voltou a trabalhar, pois *“enquanto tava em depressão nem trabalhar não conseguia”* (sic). Em julho de 2007 engravidou pela quarta vez.

Paloma contou em seu relato que não queria ter um bebê naquele momento de sua vida, pois não estava programado. Tinha em mente *“não engravidar mais, porque já tinha dois abortos”* (sic) e, segundo ela, a gravidez de Pablo foi muito conturbada. Disse que nesta quarta gravidez ia tudo bem até quando foi diagnosticada pressão alta e precisou de cuidados especiais. Nesse momento, ela relatou também que bebeu bastante água, 6 litros por dia, mas teve um problema nos rins: *“proteinura, acho que perde muita água no xixi”* (sic).

Nota-se que nas duas entrevistas realizadas houve pouca descrição sobre a gestação de Amanda. O que nos leva a hipotetizar que houve uma baixa experiência emocional por parte de Paloma nesta gravidez. Parece que houve uma gestação biológica, mas não houve espaço na mente desta mãe para sonhar e vivenciar esta gestação.

Amanda nasceu em janeiro de 2008 com vinte e oito semanas de gestação. Para esta mãe o nascimento foi: *“só medo. Sempre é medo. Num sei porque... Mas sempre é medo. Acho que assim. Por não ser do tempo natural. Por ser muito pequenininha. E sempre aquela coisa: medo de perder mesmo, medo da criança não sobreviver né”* (sic). Depois do parto de Amanda, que nasceu de cesariana, Paloma ficou internada no hospital durante quatro dias: *“é difícil (começa a chorar). É difícil porque eu já tinha dois abortos. Porque toda mulher tem vontade de ter um filho. Tem umas que não. Mas acho que toda mulher tem vontade de ser*

mãe” (sic). Segundo Paloma, o problema da prematuridade de Amanda ocorreu devido a sua pressão alta: “*subia demais não conseguia abaixar*” (sic).

A bebê nasceu com 970 gramas, foi para 880 gramas logo após o nascimento. Sua alimentação, segundo a mãe: “*começou com 2 ml*” (sic) e no dia anterior à primeira entrevista estava com 4 ml, passando a pesar 920 gramas. Esta bebê, diferente de Pablo, não precisou fazer cirurgia do coração, ficando apenas com o soro. A mãe contou que estava com pouco leite depois do nascimento: “*tô com pouquinho mesmo*” (sic). Ela tirava leite no hospital e em casa para levar para o banco de leite.

Após o nascimento, Paloma disse que a família (Alcides, ela e a bebê) pretendia mudar para Jardinópolis, onde Alcides estava trabalhando. Até porque, segundo ela, seria necessário ter um lugar para Amanda morar em uma casa só deles. Porém, temia que acontecesse alguma coisa com a bebê enquanto ela estivesse em Jardinópolis e aí teria dificuldade em se locomover até o HC devido à distância. Além disso, ela retomou os trabalhos na pensão em Ribeirão Preto e sentia-se confusa em relação a esta mudança, pois gostaria que o marido ficasse perto, mesmo sabendo da importância financeira do seu trabalho. Enquanto não estava trabalhando, Alcides, depois do nascimento, acompanhava Paloma todos os dias nas visitas ao hospital. Quando ele voltou a trabalhar, não pôde mais, visitando apenas nas suas folgas.

Paloma comentou ao entrevistador, que com a vinda de Amanda para casa, após a alta, ela poderia sentir-se menos sozinha. Brincou dizendo que gostaria até que a filha desse bastante trabalho, para que ela ficasse com a cabeça ocupada.

4.1.2. A experiência anterior da perda de um filho prematuro

Nas entrevistas, mesmo quando as perguntas eram referentes à Amanda, Paloma tinha a necessidade de abordar com detalhes como havia sido sua experiência anterior, a de seu

filho Pablo. Na gravidez deste primeiro filho, a mãe entrevistada, descreveu a situação complicada que viveu, quando não media esforços para tentar levar a gravidez até o final. Vivia constantemente ameaçada pela idéia de mais um aborto em sua vida. Apoiada na esperança do médico que a orientou beber no mínimo três litros d'água por dia para repor o líquido da bolsa, ela passou, nesta sua terceira gestação, a fazer um super cuidado em relação ao seu bebê.

“Ó, você tem que beber pelo menos três litros de água para tentar repor o líquido, mas não é garantido”. Porque eu perdia direto. É igual tivesse fazendo xixi mesmo. Abriu a torneira e não fechou mais. Então tá bom. Três litros: três. Eu bebia doze. Ai o que acontecia? A geladeira estava cheia de garrafinha. (primeira entrevista)

A ingestão de água, naquele momento, aparecia na vida de Paloma como uma possibilidade de controlar a sua gravidez e até salvá-la. Nesta tentativa de controle onipotente de seu corpo, acreditava ser sua missão salvar a vida de seu filho. Paloma descrevia uma fantasia de que a água não ficava em seu corpo, saindo pelo xixi, como se não pudesse reter esta substância.

O bebê, neste momento, ainda não era percebido como parte da realidade de sua gravidez. Permanecia muito mais como uma criação de sua mente (*objeto subjetivamente percebido*). (WINNICOTT, 1983b)

O bebê, com o qual Paloma estava se relacionando, parecia ter sido produzido magicamente, uma concepção mental sua. (WINNICOTT, 1982c). Sendo assim, bebê e mãe encontravam-se fusionados, sem que o bebê pudesse existir fora das vivências corporais maternas; sem que pudesse existir como produto da realidade experienciada. Neste sentido, não se observava espaço mental nesta mãe que suportasse a existência e o desenvolvimento do bebê como um ser.

Winnicott (1982h) descreve este funcionamento primitivo como um estágio em que o ambiente é tão parte do eu quanto o são os instintos que os conjuram. O indivíduo e ambiente

são percebidos como indiferenciados, como se fossem um só e certamente trata-se de uma vida muitíssimo pobre. O crescimento é comprometido, pois não é possível o enriquecimento a partir da realidade externa:

pode chegar de vez em quando ao princípio da realidade, mas nunca em toda a parte de uma só vez; isto é, (...) mantém áreas de objetos subjetivos juntamente com outras em que há algum relacionamento com objetos percebidos objetivamente, ou de objetos “não eu”. (WINNICOTT, 1983e, p.56)

Com o intuito de garantir o líquido no corpo, bebia muito mais água do que o médico recomendava.

Eu pegava uma garrafinha. Bebia praticamente de uma vez. Então, às vezes de uma forma até empazinada de tanta água eu falava “ai senhor”, mas, levava tranquilo. A minha intenção era repor o líquido. Eu vou ter que beber muita água. Não é só três litros. Aí eu bebia muita água mesmo. (primeira entrevista)

A ingestão de água pode ser interpretada como consequência de seu funcionamento primitivo, um esforço pessoal para manter o bebê dentro de si com vida em um empenho intenso e concreto – “até empazinada de tanta água” (sic). Dizia que sentia algo vazando de si e que não era possível reter. Esta vivência corporal, concreta, não parecia encontrar representação mental, em sua psique, que se encontrava difusa e fragmentada. Eram vivências que não podiam se tornar experiências emocionais.

Descrevia sua crença em que poderia evitar um novo aborto a partir deste seu comportamento de ingestão e retenção de líquido, como se com isso a situação pudesse ser controlada na obtenção da “garrafinha” (sic). Tinha que beber de “uma vez só” (sic), em um momento desesperado como que tentasse obter um seio materno que a nutrisse, mas que ao mesmo tempo a intoxicava, deixando-a cheia e empazinada. Este comportamento sugeria um ritual masoquista em que o sofrimento se evidenciava na fala “ai senhor” (sic), onde a satisfação não podia ser vivenciada. (WINNICOTT, 1983d). Winnicott (1983e), referindo-se

aos estágios regredidos e primitivos, como os que foram descritos acima, afirma que o indivíduo vivencia um ser imaturo que está continuamente a pique de sofrer uma ansiedade inimaginável, ou seja, não é possível contar com uma mãe suficientemente boa dentro de si capaz de conter as ansiedades e angústias vivenciadas.

Em seu relato parecia que não eram: “só três litros” (sic). Ela estava ingerindo diariamente doze litros de água e ainda se desdobrava para tentar conter um estado de grande tensão e medo pela perda de mais um bebê por aborto espontâneo.

É porque ficava deitada com o corpo. O colchão aqui nós inverteu tudo. Criou um monte de colchãozinho. Estes colchonetzinhos para ficar com o corpo mais inclinado. Que era sempre para ficar com o corpo mais inclinado. Então, eu quase não levantava. Bebia mais água mesmo. Mais era para ir no banheiro e comer. Foi, assim. Um pouco sofrido. Se eu falar que não foi. (primeira entrevista)

A família toda (irmão, marido e mãe) se envolveu com a situação e ajudava abastecendo as garrafinhas, colocando colchonetes – gestos de cuidado que pareciam tentar acudir sua intensa regressão e desamparo.

Winnicott descreve que:

bebês, muito antes de serem capazes de ficar de pé, vivenciam ameaças ao seu equilíbrio, visto que alguns de seus comportamentos, como por exemplo o agarrar-se ou o segurar-se, representam tentativas de manter a segurança de seu sentimento de serem apoiadas pela mãe. À medida que o bebê aprende a engatinhar, e mais tarde andar, a função de sustentação da mãe é gradualmente substituída pelo solo. (WINNICOTT, 1982i, p.163)

Perante a possibilidade da perda que ameaçava seu equilíbrio, Paloma retornava a uma condição de dependência e necessidade dos cuidados dos familiares. Embasado no pensamento de Winnicott, é possível interpretar que Paloma tentava reencontrar dentro de si algum equilíbrio ou estabilidade, pois naquele momento havia “perdido seu chão”.

O modo como Paloma voltava a “*ficar com o corpo inclinado*” (sic) e não mais se levantava, talvez, indicassem revivências destes aspectos de sua tenra infância que neste momento tentavam de alguma forma ser reconstituídos. (WINNICOTT, 1982i)

Em sua fala observam-se elementos regressivos, refere-se primeiro ao “*colchão*” (sic), depois “*colchãozinho*” (sic) e, por fim, “*colchonetzinhos*” (sic). Seu corpo parecia ser manejado como o de um bebê que “*não levantava*” (sic) e que vivia para suprir as funções de alimentação, excreção e sono, mas que estava permeado por intensos sofrimentos.

Numa tentativa desesperada de cuidar de si mesma, confundia-se com as fragilidades do bebê.

Porque não tinha mais líquido, porque tinha muito pouquinho né. E o bebê tava praticamente, só. Só. Tava viradinho para baixo só com a partinha assim do peitinho dele mesmo com o rostinho para baixo ali. Eu não tinha mais líquido. Então assim, já tava esperando. Ou teria que fazer uma cesárea e tirar né, com dezenove semanas. Quase impossível uma criança sobreviver né. Ou deixar levando, foi onde deixaram levando. Só que não me deram nenhuma esperança de levar a gravidez para sempre. Mas ai eu bebia doze litros de água por dia sem preguiça e repus todo o líquido. Ai eu consegui levar até vinte e oito. Foi onde fizeram a cesárea. (primeira entrevista)

A mãe relatava aqui sua crença de que seu corpo carecia de recursos e que ela acreditava encontrar na água uma saída para esta sua impotência. Como ela mesma afirmava: “*não me deram esperança*” (sic). Tentava proteger o bebê dando água “*sem preguiça*” (sic), numa tentativa de dar sustento para o bebê que tentava sobreviver em sua barriga.

Ela afirmava que “*os médicos não me deram nenhuma esperança de levar a gravidez para sempre*” (sic), mostrando o quanto esta gravidez ficava ameaçada não podendo ser realizada em uma experiência de começo, meio e fim.

Winnicott (1982j) relata que: “faz parte do sentimento de desesperança a intolerável experiência de sofrer o efeito de algo sem ter a mínima idéia de quando isto irá terminar”. (p 266)

Dizia que o bebê, dentro do útero, estava “só” (sic) ou “*viradinho para baixo só com a partinha assim do peitinho dele mesmo com o rostinho para baixo ali*” (sic). Nesta descrição do bebê aparecia, de alguma forma, aspectos do mundo interno de Paloma que pareciam ser projetados na imagem de um bebê “deprimido”, “fragmentado” e “sem força”.

O bebê carente de líquido, de suprimentos orgânicos, que necessitava de uma mãe que tentasse suprir suas carências para garantir a vida, encontrava espaço, quando ela passou a acreditar que foi o seu esforço em beber água que manteve o filho vivo dentro dela por mais nove semanas.

Na sua fala seguinte, relatava a confirmação da reposição do líquido, através da ultra-sonografia, comprovando a realização de seu esforço: “*Vivia de água praticamente. O médico falava que era até demais. Mas era a água que fazia repor o líquido. Então tinha que beber. Era muita água. Até chegou um ponto que eu fiz o ultra-som e tinha repostado mesmo né*”. (primeira entrevista)

Aqui é possível observar o esforço de uma mãe que tentava fazer prevalecer a vida como se a ingestão de água representasse a ingestão de vida, das condições de maternagem que ela talvez suspeitasse não ter o suficiente. E não adiantava o médico dizer que era muita água. Ela precisou de uma prova concreta desta reposição: a ultra-sonografia, talvez porque era necessário “*muita água*” (sic) para suprir muita falta.

A água era, talvez, a referência concreta do seu esforço em manter suas satisfações instintivas supridas. O ultra-som parecia ser a prova concreta de que seus esforços havia sido bem sucedidos.

O bebê Pablo, quando nasceu, ficou um mês internado no Hospital das Clínicas sendo acompanhado pelos profissionais, vindo a falecer por infecção hospitalar. A morte desse filho foi uma experiência de muito sofrimento para Paloma.

Assim, ele faleceu, segundo o médico, por infecção hospitalar. Ele disse que ia ser bem sincero né. Só que foi tão repentino para uma criança que estava bem de um dia para outro. Receber a notícia. Passa hoje e fala: “engordo, tá indo embora, amanhã antes do natal”. E outro dia liga que tá passando

mal. Então é complicado. Para mim foi muito difícil, já pensei que eu não fosse superar. Tanto que eu achei que eu não ia superar. Tanto que eu fiquei um ano e meio trancada dentro de casa sem sair para trabalhar para nada. Entrei numa depressão feia mesmo. Não sai para procurar tratamento nem nada. (primeira entrevista)

A notícia rompeu o movimento de uma mãe que acreditava que o bebê estava bem. Contou ao entrevistador que ficou trancada no quarto durante um ano e meio, deprimida, dando sérios indícios de que a morte do filho representou a morte de uma parte de si mesma. Segundo Winnicott (1983d) a depressão implica num controle mágico sobre todos os fenômenos internos, ficando pendente a reconstituição da ordem interior. Ou seja, trancar-se e deprimir-se talvez eram formas dela tentar conter e manter uma ordem em suas angústias e ansiedades psicóticas que foram despertadas depois da morte de Pablo.

A sua depressão refere-se a um período de intensa melancolia onde ela se relacionava de uma forma precária com o mundo externo, encapsulou-se em seu mundo interno.

Parecia que a mesma mãe que antes vivia de “água” (sic), naquele momento passava a viver de “choro”, o que faz pensar que a mãe viveu esta situação de maneira desesperada. A metáfora novamente líquida que é observada, talvez simbolizasse o esforço que foi para esta mãe colocar tanta água para dentro; água esta, que, naquele momento, concretamente, chorava por ter perdido seu filho.

Foi complicado, eu vivia só de choro, foi muito complicado, como se diz, fiquei trancada no outro quartinho da minha mãe que tem ali deitada direto. Só levantava mesmo para o banheiro, para comer, estas coisas. Sempre de repouso. Era uma fase que meu marido, também não estava aqui. Tava em Viradouro. Então para mim foi muito complicado. (primeira entrevista)

Afirmou que ficou “trancada” (sic) no “quartinho” (sic) de sua mãe. Talvez referindo-se a intensa regressão que vivenciou naquele momento. Passou a recolher-se no quarto, só saindo para fazer necessidades básicas: ir ao banheiro, comer e, no resto do tempo, ficava deitada e ainda distante do marido.

Winnicott (1983d) descreve que em estados depressivos como este existe um medo de que o ódio seja maior que o amor no qual a doença é uma tentativa de fazer o impossível. A pessoa assume a responsabilidade por desastres generalizados, mas, assim fazendo, evita entrar em contato com sua destrutividade pessoal.

O confinamento, no quarto, também pode simbolizar o fechamento para o mundo que não correspondeu às suas expectativas. Ela relatou ao entrevistador sobre as impossibilidades de superação da morte de Pablo da seguinte maneira: *“mas se eu falar que eu superei eu não superei não, não mesmo. Melhorei. Digeri. Mas superar mesmo. Falar que tá tudo bem, que não pensa, que é uma coisa que não incomoda mais. É mentira (silêncio). Eu vou ficar chorando.”* (sic). (primeira entrevista)

Dois anos depois, Paloma apresentava indícios não conseguir elaborar o luto pela perda do filho. Winnicott (1994e) descreve que algumas perdas estão além da capacidade do ego imaturo do indivíduo enfrentá-las de um modo maduro, ou seja, pelo processo de luto.

A intensidade da dor e o prolongamento do período de depressão podem estar ligados à grande dificuldade em elaborar a perda do filho. Através do relato de Paloma, pode-se compreender que a mãe não via possibilidade de mudança, superação ou entendimento do que aconteceu com ela e com seu filho, mantendo um grande sentimento de descrença.

Você já ficou descrente? Eu já fiquei descrente (risos). Quando eu perdi o Pablo eu fiquei descrente. E falar que hoje eu to totalmente voltada a religião? Não tô cem por cento não. Vamos colocar 50 por cento assim. Sou da religião católica, mas, para mim assim, tá meio no ar (risos). Eu fiquei sem acreditar em Deus mesmo e não consegui voltar a ter crença que eu tinha antes. Não consegui mesmo. Eu tento, se eu falar que eu não tento, é mentira. Mas assim. Como antes eu não consegui. (primeira entrevista)

Pode-se pensar que Paloma, diante da frustração da perda do filho - *“50 por cento”* (sic) – distanciou-se de Deus, uma vez que ele não fez o que ela desejava; assim, ao invés de haver uma abertura e acolhimento por parte da religião, o que aconteceu foi um fechamento.

Paloma disse que não se imaginava superando a sua depressão e não procurou tratamento. Mas parece que a solução de seus conflitos se deu através de mais uma gravidez – a gestação de Amanda, que veio carregada de muita angústia e ansiedade por parte da mãe.

4.1.3. Condições emocionais da mãe em relação ao nascimento de uma bebê prematura

O nascimento de mais uma bebê prematura trouxe uma vivência de muito sofrimento. A bebê Amanda nasceu no mesmo hospital em que o bebê Pablo morreu e parece que Paloma ainda não havia elaborado o luto pela perda de Pablo. Desta forma, ela passou mais uma vez por uma difícil gestação e chegou ao momento do parto em condições emocionais precárias.

No trecho a seguir ela descreve como foi o parto de Amanda, filha que nasceu com apenas 900 gramas e com 28 semanas de gestação.

(respira) E aí não chorei, fiquei firme e forte, otimista como sempre, mas com medo. A cesárea foi super tranquila. Conversei o tempo todo com o médico anestesista. Na sala de recuperação foi super bem. A bebê quando nasceu mostrou. Nasceu chorando bastante. Então assim. Foi até tranquilo, eu tentei me manter tranquila. Meu coração tava a mil. Mas a gente tenta se manter, pelo menos para naquele momento ser mais viável como se diz, mas, fora isso, tudo bem, depois cê chora né (fica emocionada). Chora porque deu tudo bem. Chora porque é muito pequenininha. É muito complicado falar porque é uma mistura de emoção que na hora você nem sabe o que está acontecendo. Vou te falar a verdade. É meio complicado. (primeira entrevista)

A mãe parecia, em sua descrição, tentar conter em si todo o sofrimento que passou: “*não chorei, fiquei firme e forte, otimista como sempre*” (sic). “*Foi tranquilo, eu tentei me manter tranquila*” (sic). Parecia tentar controlar todo o nervosismo e perturbação que descreveria em seguida quando afirmava que “*meu coração estava a mil*” (sic) e pôde relatar algo mais próximo de sua emoção nesta vivência. Expôs o quanto tentou se manter “*viável*” (sic), o que leva a pensar o quanto estava se sentindo inviável diante daquela experiência.

Winnicott (1983c) relata que a mente, em situações muito angustiantes, pode fazer uso da negação de certos aspectos de sentimentos de depressão através do uso de opostos com intenção de se tranquilizar. Talvez tais afirmações tão otimistas servissem neste propósito que Winnicott nos aponta. O autor afirma, ainda, que pode ser uma defesa maníaca na tentativa de negar a ansiedade depressiva inerente ao desenvolvimento emocional. Uma impossibilidade de sentir culpa e assumir a responsabilidade pelas experiências instintivas, inclusive pela agressividade que acompanha tais experiências. (WINNICOTT, 1983c)

Na segunda parte do seu relato, ela pareceu desabafar contando o quanto chorou após o parto e fala sobre os sentimentos ambivalentes que vieram como: alívio por ter nascido, mas, mesmo tempo a ansiedade pela bebê ser prematura. Vida e morte; alegria e tristeza, tranquilidade e agonia ficaram misturados neste parto tão difícil para esta mãe. Pode-se inferir o quanto seu ego ficou desestruturado nesta vivência de grande confusão mental: *“acho que só os três primeiros dias que eu fiquei um pouco atordoada. A pressão subia demais. Mais por causa do nervosismo mesmo. Os três primeiros dias após o parto”* (sic). (primeira entrevista).

Novamente a mãe relatava sua firmeza que, como ela mesma afirmava, parecia durar pouco, o corpo começava a manifestar sintomas. Paloma oscilava entre a onipotência e a impotência; um funcionamento precário que não se mantinha. Como se não houvesse aí, uma integração psicossomática. Chegou a associar o atordoamento e o aumento de sua pressão ao nervosismo que passou. O que então contradiz com a tranquilidade relatada durante o parto: *“mas ai depois da gravidez. Uns três dias... Eu dei uma baqueada... Eu não estou totalmente em pé, assim: ‘to firme né!’ . Mas tá dando para levar. Tá dando para empurrar como se diz”* (sic). (primeira entrevista)

Após o parto, a mãe, que ficou internada no hospital, contou como esta situação do nascimento a deixou *“baqueada”* (sic), não conseguindo ficar *“totalmente em pé”* (sic).

Passando a impressão de alguém que estava prestes a cair. Mostrando algo que realmente a desequilibrou bastante e que, naquele momento, ela tinha que “*levar*” (sic) e “*empurrar*” (sic).

Segundo Winnicott (1982a), a mãe, ao atingir o estado de *preocupação materna primária* encontra recursos para identificar-se com as necessidades do bebê, em uma espécie de regressão saudável, sem perder sua capacidade de manter um funcionamento adulto maduro. É a capacidade de transitar entre estes estados mentais que Winnicott considera como *doença saudável*. No caso de Paloma, os movimentos mentais simbióticos e regressivos pareciam muito ameaçadores, uma vez que ela não encontrava em si elementos compatíveis com uma mente mais amadurecida. O trânsito entre estes estados mentais não pôde dar-se e Paloma permaneceu rígida em uma *fuga para a sanidade*. Mas, a isto tudo, tem de se considerar que Paloma vivenciava a relação com uma bebê prematura, de muito baixo, peso internada e que poderia vir a falecer a qualquer momento.

As sensações descritas por esta mãe são de alguém que tentava carregar o seu próprio corpo e sua própria existência a fim de tentar manter a sua *continuidade de ser* diante de uma situação traumática. Tal fato dificultava o entrar em contato com a bebê. O esforço de ter esta bebê foi uma grande sobrecarga para a sua mente: “*para falar assim hoje. Assim, doze dias eu tô até um pouquinho melhor. A gente pensa sempre positivo. Mas os pontos negativos não saem da cabeça. Então é meio complicado. A gente sempre espera o melhor mas com muito medo né. É meio difícil.*” (sic). (primeira entrevista)

Nota-se aqui os primeiros indícios de que esta mãe, frente ao sofrimento vivenciado, poderia romper com a realidade. Qual é o estado de mente que esta mãe ficou depois do nascimento? Percebe-se que ela estava desolada, desamparada e em busca de ajuda.

Gomes (2003) descreve que: a mãe, diante de um nascimento inesperado, após o parto, será denominada mãe; mas precisará percorrer um longo caminho para se apropriar desse

bebê e se constituir enquanto mãe. Segundo a autora, inicialmente, a mãe terá uma prevalência de sentimentos de perda devido à separação imposta logo depois do nascimento e por todas as dificuldades pertinentes à situação de prematuridade extrema. É apresentado à mãe um ser imaturo e precário que não consegue responder ao contato que a mãe necessita. Além de lidar com a possibilidade de perda do bebê, nas palavras da autora:

mãe e bebê estão submetidos a uma série de restrições em função da imaturidade e instabilidade do bebê, o que dificulta o contato. Há uma interrupção abrupta que instaura muitos conflitos com os quais a mãe terá que lidar, inicialmente haverá uma paralisação da mãe diante de uma cena muito complicada e angustiante. (p. 2)

O medo inicial após o nascimento parecia ter se intensificado após o primeiro mês quanto foi realizada a segunda entrevista. Paloma contou o quão caótica foi se tornando a sua situação emocional conforme os dias foram passando. Isto é, as defesas foram se mostrando insuficientes e precárias. A angústia, então, se tornava incontrolável, invadindo sua mente e desorganizando-a:

Ah, Paloma tá doida (rimos). Não é. É que tem hora que parece que tá louca. Não, sim, depois da última entrevista, eu já não tava assim legal psicologicamente. Mas, comecei a ficar um pouquinho pior. Pensava demais. Tinha hora que não tava pensando coisa com coisa. Não tava fazendo coisa com coisa. Tava tudo complicado. Tava muito bagunçado. Então eu percebi né que eu tava meia estranha. (segunda entrevista)

Parecia ser esta uma forma de sobreviver às ansiedades de manter-se vinculada a esta bebê e evitar novamente uma ruptura emocional. Segundo seu relato, a situação do nascimento de Amanda e a internação provocaram-lhe a seguinte sensação: “*bagunçou a minha mente e eu baguncei o restante*” (sic). A vivência dessa situação complicada e desorganizada internamente evidenciou a grande confusão mental em relação a sua maternidade:

Nossa, mas acho que eu não gosto dela. Mas por que? Porque eu não falo, porque não fica assim naquela questão: “ah, Amanda, eee” Sabe assim?

Perguntavam: “ah, tá bem? A Amanda?”. “Ah” (imita ela mesma desanimada). Não tinha. Não prolongava o assunto assim para conversar. Então é uma coisa meio estranha. (segunda entrevista).

Percebe-se que Paloma estava irritada pela situação que vivenciava, não encontrando acolhimento emocional ou uma mãe suficientemente boa. Convivia com pessoas que pareciam preocupar-se muito mais com sua filha do que com ela mesma. Situação que poderia gerar ódio pelo nascimento de sua bebê, no qual ela se via pressionada a também estar preocupada com a filha, mas não conseguia devido ao seu precário estado emocional em que se encontrava naquele momento. Como se não houvesse espaço dentro de sua mente para abarcar a experiência de ser mãe. O contato com o nascimento ficou perturbado e a mãe não conseguia definir o que sentia por Amanda, temendo até, desejar que ela não existisse.

Falo tudo: que ela vai vir para casa, do jeito que eu quero cuidar, do jeito que vai ser (fala rápido, correndo, sem emoção). Como ela tá né. O que eu quero para ela. Aí, os assuntos vai surgindo, a gente vai conversando. Aí tem aquelas discussão assim que cada um cuida do filho de um jeito né. “Ai, porque que a gente tem que cuidar do bebe assim?”. “É, mas não tem que ser assim?”. “É, mas cê não tem filha”. “Mas é minha! (risos)”. Eu não tenho não. Eu tenho agora. Então eu tenho para cuidar. Então os filhos, cada um cuida de um jeito. Então assim, o assunto vai enrolando a gente vai conversando. Muito tranquilo. Às vezes eu ficava pensando se eu às vezes desejava a morte dela. Nunca desejei, mas tem hora assim que dava impressão assim que eu tava desejando né. Ficava com medo de falar: “meu anjo né”. Porque como se diz, anjo para as pessoas é no céu né. Aí eu ficava com medo de falar isso e ela morrer. “Ai, será que eu to chamando para ela morrer?”. Aquelas coisas assim. (segunda entrevista)

Percebe-se o estado de agitação, ambivalência e confusão em que Paloma ficava quando descrevia os sentimentos que Amanda lhe despertava.

Sentia-se pressionada em ser uma boa mãe, como se tivesse que seguir condutas que ela mesma não se sentia apta a corresponder naquele momento. Não compreendia como deveria cuidar de sua bebê. Vivenciava um estágio anterior a este e não concebia, ainda, uma bebê mentalmente, para se preocupar e se ocupar. Respondia a estas cobranças com um ódio velado ao pensar na morte desta bebê, sentimento que gerava intensa culpa diante de tantas

cobranças em ser mãe. Transitava entre intensas ambivalências como: “*mas é minha!*”. *Eu não tenho não. Eu tenho agora*” (sic) ou “*nunca desejei, mas tem hora assim que dava a impressão que eu tava desejando né*” (sic), numa vivência psíquica tortuosa e sem eixo. Paloma não conseguia, diante de toda esta vivência, sentir-se uma mãe suficiente, que desejasse a filha, preferindo a vida à morte.

Não havia possibilidade de, na mente de Paloma, discriminar o que sentia por Amanda, pois amá-la, no estado primitivo em que se encontrava também gerava muito sofrimento. (WINNICOTT, 1982h)

Passou a “brigar” mentalmente com a necessidade de se vincular à bebê, sentir que ela lhe pertencia. Ela dialogava consigo mesma, tentando mostrar-se suficiente, talvez por sentir-se ameaçada pela idéia de não ser uma boa mãe. Este diálogo interno tentava manter viva alguma possibilidade de sanidade perante uma vivência extremamente angustiante. Ali, se expressavam tentativas de respostas aos seus fracassos como mãe (dois abortos e um falecimento) na esperança de conseguir ser mãe no nascimento de Amanda. Mas esta bebê podia falecer, assim como Pablo, e as conseqüências emocionais de se vincular afetivamente a Amanda poderiam ser muito complicadas para esta mãe.

Lidar com o nascimento de Amanda, para a mãe, gerou um intenso sofrimento, além de uma grande desorganização interna. Ela definia este sentimento da seguinte forma:

Um caos, ó, como é que vou explicar? O fato dela ter nascido assim prematura. Bagunçou tudo. Não que. Como é que vou falar. Não posso falar que não é ela que bagunçou. Não é ela. Que é pequinininha. E também teve a minha parte. Ai, não vou saber te explicar. (segunda entrevista)

A partir de Winnicott (1994d), pode se dizer que Paloma não se encontrava em um estado de desenvolvimento do ego que tornava possível a experiência da posição depressiva.

Atribuía a responsabilidade de sua vida ter virado um “caos” (sic) ao nascimento prematuro de Amanda. A sua próxima fala nos mostra o quanto ela ficava pensando em como

poderia ser diferente sua vivência se a bebê não tivesse nascido prematura: “*ai eu fico pensando. Será que nascendo no tempo normal eu teria todo este medo, toda esta agonia? Eu acho que não sabe. Eu fico pensando, acho que realmente pelo fato de ter nascido pequenininha. Nossa. É um. É um caos. É difícil.*” (sic).

Pode-se compreender a ambivalência dos desejos de vida e morte em relação a sua filha. Esta bebê nasceu muito distante das expectativas de Paloma e a fez sentir muito medo e agonia.

Culpar o nascimento prematuro da bebê pelos sentimentos ruins que vinha sentindo – “*medo*” (sic) , “*agonia*” (sic) – pareciam decorrente da sua própria prematuridade, o que gerava vivências terríficas em sua mente compatíveis com altos níveis de turbulência emocional.

Compreende-se que Paloma oscilava culpando a si e ao mundo por sua dificuldade. Winnicott (1982g) afirma que o indivíduo acaba por sentir-se responsável pelo ambiente ruim sobre o qual, na verdade, não lhe cabe responsabilidade alguma e do qual ele poderia, se apenas soubesse disso, legitimamente acusar. A continuidade de seu processo inato de desenvolvimento foi perturbada pelo mundo, antes que o psicossoma estivesse suficientemente organizado para poder amar ou odiar. A desorganização neste processo impediu que os recursos necessários para lidar com grandes demandas emocionais fossem suficientemente desenvolvidos.

Foi possível perceber que Paloma tinha grande dificuldade em desenvolver recursos para ser mãe e fez um grande esforço para tentar manter sua mente razoavelmente organizada nas vivências depois do nascimento de Amanda.

A minha convivência com ela lá dentro. Ai, tá tranquilo. Dá para. Como é que eu vou te explicar? Tinha dia que eu chegava lá. Tava ótima. Paloma cem por cento. Mas tinha dia que eu chegava também. Paloma tava zero né. Aí às vezes era até difícil assim ficar com ela. Aquela vontade de chorar. Começava a misturar tudo as coisas de novo. Aí às vezes eu saía. Ia lá para

fora. Ficava no refeitório ou na área ali perto do elevador. Ia na janela, chorava, chorava, chorava. (segunda entrevista)

Segundo Winnicott (1982c), a tentativa de administrar os fenômenos do mundo interno torna-se por vezes tão difícil que a pessoa põe em ação um controle total em que a consequência clínica é um humor depressivo. Tal tentativa de controle resulta em um grande desgaste que pode levar a um estado intolerável de morte interna. Frente ao insuportável e ameaça de morte a mente utiliza-se de defesas maníacas.

Referia-se ao seu humor depressivo como “*Paloma tava zero*” (sic). E a dinâmica maníaca/depressiva foi citada como: a de se sentir “*cem*” (sic) para encobrir o “*zero*” (sic). As oscilações que a mãe descrevia eram de alguém que estava sem controle e não tinha capacidade de conter suas angústias para ficar junto com a filha, pois, precisava chorar e expressar suas tristezas. Não conseguia elaborar a vivência de uma situação emocional delicada que ganhava um grande impacto em sua mente, fazendo com que ela se referisse a si mesma em terceira pessoa, como se fosse outra pessoa: “*Paloma tava zero*” (sic). Fazia um esforço para chegar bem até o hospital, mas lá, como ela mesmo afirmou, os sentimentos começavam “*a misturar tudo*” (sic). Não conseguindo ficar perto da bebê, partia para o refeitório ou para a janela do hospital para chorar.

Apesar do sofrimento, conseguia manter a regularidade das visitas, provavelmente por um aspecto preservado em sua mente que não a deixava enlouquecer por inteiro e mantinha um vínculo precário para tentar ajudar a sua bebê que tanto precisava dela naquele momento.

A seguir, a descrição da confusão emocional que experimentou:

Não vou saber te explicar. Virou um fudunço. Sabe explicar um fudunço? Uma bagunça né. É senhor Daniel. Ah, eu melhorei também. Do fato de esquecer as coisas, esquecer os nomes. Esquecia onde estão as coisas. Às vezes, tivesse, outra vez que eu tava conversando com você. Tinha vez que eu tava conversando assim, ai, não sei se você percebeu. Às vezes eu dava uma pausinha, que eu esquecia o que tava falando. E às vezes, eu não sei se cheguei a conversar outro assunto assim. Não sei que que eu arrumei. Mas assim, fugia tudo, nomes. (segunda entrevista)

Os esquecimentos passaram a ficar freqüentes. Do que será que esta mãe queria se esquecer? Seria uma defesa mental para estas vivências quase impossíveis de serem pensadas? Era como se sua mente estivesse fora de controle e seus pensamentos ganhassem uma autonomia em relação a ela. Como se a situação emocional fosse tão impactante que os pensamentos ficassem invadidos pelo descontrole. Os nomes desta situação emocional ainda não podiam ser apresentados a esta mãe que vivenciava um “*fudunço*” (sic) que não podia ser explicado. Um funcionamento psicótico, no qual a mente era invadida por idéias que pareciam estranhas e sentimentos de angústia que ocasionavam uma dor insuportável.

Neste caos mental a mãe comentou a que estado chegava em sua crise:

Ai, é difícil falar. Ai, como é que eu vou te explicar? O pensamento, começa a pensar. E, e começa a entrar em desespero. Ai, tipo assim, já não tava conseguindo nem ficar dentro do quarto aqui, mesmo com a janela aberta. Tinha que ficar ali fora. Tinha que sair para a rua. Pelo menos para ficar ali na calçada para tomar um ar, para melhorar (fala bem rápido). Ai eu já ia ficando, desesperada. Desesperada e já ia entrando em pânico. Tava bem complicado. Ai eu ficava transtornada. Num sei assim te explicar assim o que que passa na mente assim na hora. Eu sei que eu fico transtornada. Tava ficando transtornada. Tava bem complicado (ri de nervoso). É difícil explicar assim que que a gente passa assim, tá esquisito, muito esquisito. (segunda entrevistada)

Paloma mostrava a dor que parecia se espalhar pela sua mente e não conseguia conter seu desespero que tinha proporções corporais, fazendo com que ela tivesse que buscar concretamente ar para melhorar. Tinha que ir para a rua para tentar conseguir restabelecer suas forças. O que tinha de tão temido em seu quarto? Por que ali se sentia quase em pânico? Podemos supor que foi no mesmo quarto em que ela passou a se fechar durante um ano e meio e agora tentava reagir a uma nova entrada da depressão em sua vida. Uma desestruturação de seu ego, onde os afetos e pensamentos ficaram muito perturbados e, naquele momento, sentia-se literalmente em pânico e desesperada sem compreender o que estava acontecendo: “*tava ficando transtormada*” (sic) ou “*tá esquisito, muito esquisito*” (sic).

Apesar dos seus esforços pode-se observar em Paloma um processo em que a desintegração implicou numa rendição aos impulsos, que passaram agir sem controle, pois estavam dissociados, dirigidos contra o eu (WINNICOTT, 1982h).

Esta era a vivência de Paloma, quando estava em casa e não tinha ainda sua bebê sob seus cuidados.

Aí eu fico mais apreensiva. Quando eu chego em casa assim. Às vezes quando ela tá chorando. Se ela tiver chorando eu não consigo sair. Se ela tiver acordada. Tem que estar dormindo para eu vir embora né. Então aí eu chego em casa e fico pensando. Será que tá bem? Será que ela chorou por causa disso ou daquilo? Aí tem gente que acorda (ironiza) três horas da manhã para ligar no hospital (risada nervosa), para saber se a Amanda tá bem. (segunda entrevista)

Ao tentar pensar na sua filha, as fantasias ficavam tão angustiantes que a mãe perdia o sono. Era invadida pela angústia e medo e precisava saber notícias reais de sua filha. Só ia para casa tranquila se a bebê estivesse dormindo. O choro de sua filha a angustiava a tal ponto que só podia se acalmar quando esta dormia. Sentia-se misturada com os sentimentos de sua filha internada e acreditava que sua presença acalmava a bebê que dormia. Ao chegar em casa, passava a fantasiar como é que esta bebê estava. Era invadida por fantasias e angústias e precisava ligar para os profissionais para obter informações sobre o seu estado de saúde.

Neste processo de indiferenciação, a separação concreta da filha disparava fantasias terríveis de risco e morte, que não podia conter em si e que ameaçavam a sobrevivência da bebê em sua mente. Embora a bebê estivesse em risco, seu quadro clínico era controlado e o desespero que a invadia parecia decorrente, também, da experiência traumática já vivida. (WINNICOTT, 1994c)

Os níveis de desespero apresentados por Paloma chegaram a tal ponto, que ela desejava a própria morte numa tentativa de sair deste grande tormento que estava vivenciando: *“cheguei a ter umas crises feias, em relação à crise de choro, em relação a querer morrer. De vez em quando ainda a mente dá uma fugidinha assim”* (sic).

As idéias de suicídio, no caso de Paloma, apareciam como um gesto de desespero. Tal gesto pode representar um grito de vida, pois, segundo Winnicott (1994c) a morte é como algo que aconteceu ao indivíduo que não era maduro o suficiente para experienciá-la e passa a ter o significado de aniquilamento.

Ou seja, nesta comunicação Paloma mostrava sua necessidade de experienciar uma integração, entrar em contato com o seu *verdadeiro self* (1983a). Pois seu ego não podia vivenciar experiências de perda e ficava atormentado pelas ameaças de aniquilamento.

A vivência de dor insuportável ajudava a promover seu desejo “*fugir*” (sic) de sua vida. Porém, diante desta situação turbulenta e desestruturada, ela ainda descrevia que tinha que cuidar da sua filha:

De tá ficando com ela. Já foi para o bercinho, não tá na incubadora mais né. Pegá no colo (fala meio de irritada). Dá banho. Troco de roupa. Então, a gente, vai mudando o ritmo. Agora assim, agora eu falo: “eu tenho um bebê sabe”. Porque não tinha conseguido falar assim: “eu tenho uma filha sabe”. Mudou bastante. Este período mudou bastante. (segunda entrevista)

Quando dizia: “*tá ficando com ela*” (sic), “*pegá no colo*” (sic) ou “*dá banho*” (sic) descrevia suas ações em terceira pessoa. Como se falasse de outra pessoa. Só quando afirmou “*troco de roupa*” (sic) é que descreveu o seu cuidado em primeira pessoa. Provavelmente porque em muitos momentos não sentia o que, no final de sua fala, foi revelado: “*eu tenho uma filha sabe*” (sic). Uma cisão que provocava uma confusão em sua identidade como pessoa e como mãe. Não conseguia conceber psiquicamente o fato de ter uma filha, e ser mãe ainda era uma experiência fragmentada. Vivenciava um intenso sentimento de solidão e carência.

É uma visita normal assim eu acho, só não pode pegar no colo. Mas a gente põe a mão nela. Eu converso bastante, nestes dois últimos dias que ela abriu o olhinho. Que ela só dormia na preguiça né. Mas eu converso. Que ela está mais espertinha, mais acordadinha. (primeira entrevista)

Percebe-se aqui a mãe manifestando que se tratava de uma situação “normal” (sic). Mas, como podia ser “normal” (sic) uma mãe que não podia pegar a sua bebê no colo? Será que a mãe não tentava se defender de sensações dolorosas normatizando esta vivência?

Para ela ficar firme. Já perdi perdão. Porque eu acho que se não fosse meus problemas eu levava até o fim sabe (chora). Que às vezes eu culpo eu mesma. Para ela ficar bem. Para ela ficar firme (fala chorando). Logo ela vai vir para casa. Que eu a amo muito. Ah, um monte de coisa. Aquelas brincadeiras de mãe com neném, que o povo fala que é tudo errado, mas é tudo certo. E aí vai. Mas eu acho uma coisa normal. Eu só não queria ficar me culpando muito. (primeira entrevista) (...) Ah por causa dos meus problemas (chorando). Negócio de pressão alta. Estas coisas. Então num certo ponto sou eu que prejudiquei. É o que eu me sinto mal (silêncio, usa seu lenço). Não vou soar o nariz para não ficar feio na fita. Eu falo que não vou chorar e fico chorando. (primeira entrevista)

Paloma afirmava que já tinha pedido “perdão” (sic), que ficava se “culpando muito”, que fazia “tudo errado” (sic) e que tinha prejudicado a bebê. O pode ser compreendido como decorrente de uma dinâmica masoquista. Alguém que se flagelava pelos comportamentos e atitudes que tomava.

Seus movimentos masoquistas talvez tenham sido necessários para suportar os grandes conflitos e sentimentos de ódio que vivenciava em relação ao nascimento prematuro de Amanda. Não era possível tolerar os sentimentos agressivos e integrá-los aos seus impulsos amorosos primitivos (WINNICOTT, 1983d)

Ela estava sofrendo, chorando e tentava evitar que isso de alguma forma pudesse ser registrado. O mal estar de Paloma pode estar implicado na sua tentativa em esconder de si mesma seus aspectos indesejáveis. A pressão interna tornava-se tão intensa que Paloma ficava a se culpar, como se ela pudesse ser responsável por não evitar os sofrimentos que Amanda estava passando no hospital.

Winnicott (1982c) relatou que: “a mãe deve ser capaz de tolerar o sentimento de ódio contra o bebê sem fazer nada a respeito. Ela não pode expressá-lo para ele. No caso de temer sua própria reação, ela não conseguirá odiar adequadamente quando machucada, e poderá cair

no masoquismo” (p. 286) O sentimento de dor e ódio por ter uma filha nestas condições parecia vir mascarado por um sentimento de culpa exagerado.

Eu só queria saber por que é que a gente se culpa tanto? Pelo menos eu não culpo ninguém né (ri). Ruim se eu ficasse culpando médico. Tudo. Mas. Ou, às vezes entender. Eu também não falo que tudo acontece comigo porque não é só eu. A gente vê que tem várias pessoas que às vezes é até pior. (primeira entrevista)

Tentava pensar em alguma situação pior que a sua, talvez, numa tentativa de suavizar a culpa e os sentimentos negativos que vivenciava na relação com a bebê.

A construção da maternagem estava sendo uma tarefa bastante difícil e pesada, pois, a integração dos aspectos amorosos e odientos estava bastante precária.

Ao se sentir tão confusa, incapaz e indefesa se percebia só, não compreendida em seu sofrimento: “*que o Alcides mesmo quando eu choro, quando eu to falando alguma coisa, acho que ele nem entende o que eu falo*” (sic) (segunda entrevista)

Será que era o Alcides que não a entendia? Ou ela mesma já não se entendia no meio desta confusão?

Paloma não compreendia seu estado emocional e ficava confusa. Em estado de solidão, recorria a um socorro quase que desesperado, talvez numa tentativa de aliviar um vazio interior.

Aí, ligo pro meu irmão, para a minha cunhada. Não falo nada. Converso bobeira. “Ah, não, tô ligando, tá tudo bem aí?” Sabe, aquelas coisas assim. Aí ligo para outro, para a tia. Almoço eu tô ligando. Aí ligo antes do almoço: “pode falar agora?”. “Não posso” Aí fico assim. Aí ligo à tarde, ligo de noite, ligo 11 horas na hora que ele tá dormindo. Para saber se ele tá dormindo, para conversar. (segunda entrevista)

Buscava algo, mas nem sabia bem ao certo o quê. Um contato familiar para não dizer nada, mas para se sentir junto ao outro. Como uma regressão onde a criança tem que escutar a

voz do cuidador para não sentir que está sozinha. Parecia experimentar um grande desamparo e solidão, igual a um bebê buscando uma mãe suficientemente boa.

Segundo Winnicott (1994d) a confusão, como defesa organizada, pode ser analisada como uma tentativa de chegar àquilo que se encontra sempre no centro do indivíduo, um caos primário, a partir do qual se organizam amostras de auto-expressão individual. Algumas pessoas, ainda segundo esse autor, necessitam ser concretamente sustentadas, de alguma forma simbólica, por uma pequena quantidade de contato físico. A ausência deste cuidado pode significar a queda para sempre do *self* não-integrado, e o afeto que corresponde a isto é uma ansiedade de intensidade psicótica.

Em muitos momentos da entrevista de Paloma, perceber-se uma espécie de confusão de sentimentos entre os nascimentos de Pablo e Amanda, como se o trauma da morte de Pablo não tivesse sido superado.

Para mim ter um bebê prematuro. Assim, hoje. Para mim é um pouco complicado porque eu já tive um em dois mil e cinco né e acabou falecendo com um mês. Então, assim, ter um outro acaba trazendo tudo aquela mágoa, aquela tristeza que eu tive da perda do outro bebê. Então eu acabo ficando assim, um pouco assim, pessimista. Mais com um ponto negativo que positivo. (...) (primeira entrevista)

Ao relatar o nascimento de Amanda, Paloma se referia ao de Pablo. Contando o quanto o nascimento de sua filha: “*acaba trazendo tudo aquela mágoa*” (sic). E se afirmava “*pessimista*” (sic), com o peso de uma vivência negativa. O nascimento de Amanda veio cheio de inseguranças, sentimentos de perda e de dor. A experiência traumática invadia o pensamento da mãe.

Porque eu perdi o convívio com todo mundo. Era só dentro de casa mesmo. Aí este ano comecei a dar uma melhoradinha. Aí quando veio assim a gravidez, veio assim alegria, mas veio assim. Veio o susto. Aquele medo de acontecer tudo de novo porque a outra perda foi muito triste né. (primeira entrevista)

Winnicott (1983a) explica que na vivência do trauma, o colapso que é temido já aconteceu. Muitas vezes o fator ambiental não é um trauma isolado. O que é reconhecido como doença do indivíduo é um sistema de defesas organizadas contra esse trauma, já ocorrido. Segundo o autor, o colapso original terminou quando novas defesas foram organizadas, as quais constituem o padrão de doença do indivíduo. A recordação deste trauma só pode vir à tona através do reviver.

Quando surgia a chance de gerar uma nova vida dentro de si, ela ficava apreensiva, porque tinha muito medo que a vivência dolorosa da perda de um bebê se repetisse. Ficava difícil esperar o melhor para esta nova vivência, talvez, por não ter conseguido elaborar a perda de Pablo. A mãe ficou aprisionada, não foi possível a abertura de um espaço em sua mente para esta nova realidade, este novo nascimento.

Hoje não, hoje eu falo mais, mais antes não. Às vezes nem é assim, nem tanto falando do Pablo, mas dela era bem pouco. Às vezes eu não falo com os outros a respeito dele, mas de pensamento era dele assim. E às vezes eu mesmo me questionava se, vamos supor assim, se tava certo. (...) Mas hoje, falo dele e dela. Melhorou bastante. (segunda entrevista)

As recordações da perda do filho Pablo pareciam re-visitando sua mente contaminando a vivência do nascimento e internação de Amanda. Assim, ela se esforçava para se ater à sua filha através de uma intensa racionalização, mas os sentimentos e cuidados oferecidos à Amanda eram confundidos com os que ela queria ter dado a Pablo, ou quem sabe os cuidados que ela necessitava receber em sua infância quando bebê.

(ri) Não é que esta tal de mente é complicada viu, agora eu vi. Porque eu nunca tinha ficado assim. Mesmo quando eu perdi o outro bebê, eu tive umas crises feias também assim. Fiquei trancada dentro de casa, estas coisas assim, mas eu acho que desta vez foi pior. É, acho que por ter passado né, aquela vez com o Pablo, então agora. Desta vez não falei do Pablo, você viu? É verdade, não embolei muito as coisas. Tava mais (riso nervoso). Tô começando a voltar no lugar também. Mas de vez em quando a gente erra viu. É. Em vez de chamar ela de ela fala ele. O Alcides só quer comprar roupinha azul (como se estivesse cochichando). É estranho. Qué azul, mesmo falando que é menina (silêncio). (segunda entrevista)

Quando Paloma diz “*eu nunca tinha ficado assim*” (sic), provavelmente comunicava um momento que não podia acessar em sua memória, mas, que já tinha vivido em seu processo maturacional e não pôde ser acolhida em suas angústias primitivas que agora voltavam a surgir em suas vivências. Chegou a relatar que seu estado emocional ficou tão crítico que estava pior do que no período após a morte de Pablo.

Pode-se pensar que esta era uma comunicação de uma regressão que ela sofreu nos momentos em que seu ego não tinha estrutura para abarcar suas vivências e ameaçava se aniquilar ou entrar em colapso.

Paloma era uma mãe prematura, no sentido de não ter tido a possibilidade de elaborar os diversos estágios psíquicos que uma mulher desenvolve até enfim poder formar a possibilidade de “ser mãe”. Sua imaturidade emocional, perante os problemas na maternidade estava constituída por vivências mal elaboradas dentro de si, impedindo assim o desenvolvimento de sua maternagem suficientemente boa.

A infelicidade, a depressão e a desorganização emocional de Paloma eram indicativos da não elaboração do seu processo de maturação. Winnicott (1994c) afirma que a desorganização emocional e a psicose na verdade são tentativas da mente em lidar com terrores inomináveis e que estas são as organizações mentais possíveis para lidar com o caos maior.

Nas suas regressões não encontrou um ambiente suficientemente bom para voltar a se desenvolver e sua relação com a realidade externa manteve-se em submissão, e o mundo permaneceu visto como algo a se ajustar. A impossibilidade da adaptação ocorrer a partir destes referenciais, agravou ainda mais sua sensação de inutilidade. (LOBO, 2008)

Ao analisar os relatos de Paloma a respeito de suas gravidezes, parto e puerpério, nota-se como ela passou a enxergar os acontecimentos como vítima das situações. Esta condição de

passividade, sem saber ao certo o “porquê” de tudo aquilo, e seu sentimento de estar sendo lesada com estas vivências, gerou a ausência de sentidos em relação a sua história.

Não pôde, assim, experienciar através da *preocupação materna primária*, um estado de mente necessário para se identificar com a bebê (WINNICOTT, 1982a). O pavor do contato com tamanho desamparo e caos interno gerou defesas psicóticas não permitindo que ela tivesse espaço interno para se encontrar com o novo ser que estava gerando.

Winnicott considera como mãe suficientemente boa a mãe que reconhece, desde a gestação até o parto as manifestações singulares do seu bebê, principalmente as motoras. Aquela mãe que, nas primeiras semanas do nascimento, acompanha os movimentos e as expressões singulares do seu bebê, respeitando seu ritmo e cedendo o seu tempo e seus braços para que a individualidade do bebê se constitua. (ROCHA, 2006, p. 36)

Ao contrário do que se vê nestas observações, Paloma vivenciava suas gravidezes num ritmo de sofrimento, agonia e esforço. Seu foco estava na tentativa desesperada de evitar a morte do bebê novamente. O processo de gestação e parto de um filho passou a ser um ritual agonizante. Sua mente, sempre sobrecarregada, não dispunha de espaço para que ela pudesse sonhar a criança que iria nascer. O temor da perda ocupou sua cabeça e todo seu esforço ficou voltado para manter a sobrevivência biológica da criança. Amanda nasceu antes que o espaço do sonho estivesse suficientemente desenvolvido.

4.1.4. Relação com a equipe no hospital

Paloma conta que no hospital, em alguns momentos, parecia não estar se sentindo na companhia de sua bebê. Não era estabelecida uma dupla onde a mãe se sentia gratificada pelo cuidado.

“Ai que bonitinha, ai, cê cresceu” (parece meio ironizando, irritada). Sentada numa cadeira, do lado do bercinho. E tem hora, assim. Dorme né, praticamente o tempo todo. Acorda um pouquinho eu começo a conversar, aí converso, converso, mas ela deixa eu falando sozinha, ai dorrme. Passa o dia assim. (segunda entrevista)

Era como se a bebê a tivesse deixado sozinha. A mãe tentava contato com a bebê, mas não acompanhava o ritmo dela, se sentindo sozinha e sem companhia. É como se a bebê não correspondesse ao seu chamado, ao contato que para a mãe não era amoroso, mas sim enfadonho.

A dificuldade de cuidar de um bebê e a necessidade de maturidade da mãe para exercer tal tarefa são explicitadas quando Winnicott (1982c) descreve alguns motivos pelos quais uma mãe odeia o seu bebê: não é aquele das brincadeiras da infância, um filho do papai ou do irmão. Ele é impiedoso. Ao conseguir o que quer ele a joga fora. A vida deve fluir no ritmo dele e tudo isso exige da mãe um contínuo e detalhado estudo. No início ele não faz idéia alguma do quanto ela faz por ele, do quanto ela se sacrifica por ele.

Nos cuidados, a mãe se sentia atrapalhada e sem jeito.

Ser mãe é muito complicado (ri). Ser mãe é muito complicado. Esta semana eu me rachei de rir sozinha que ela tava na incubadora ainda. Ela saiu na segunda-feira. Ai, estranhei né. Acostumado com ela dentro da incubadora, ela tudo quietinha, tudo protegidinha, tudo bonitinha. Aí fiquei meia assim. Aí fui trocar fralda. E para colocar o macacão? Apanhei até umas horas. E olha que eu já troquei de sobrinho, troquei do meu irmãozinho, bonecas, como se diz. Mas aí peguei, comecei a rir sozinha, sentei e comecei a rir do lado com ela lá no colo. Peguei ela no colo e comecei rir. Então assim, é. É uma rotina que vai ser completamente diferente da que eu tinha antes. (segunda entrevista)

O crescimento de Amanda provocava ansiedade e temor na mãe. O contato com a bebê, sob sua responsabilidade, foi vivido com grande impacto e dificuldade. Ela relatou que seu nervosismo frente à esta situação apareceu sob a forma de riso, um riso dissociado. Ela se mostrava confusa por não saber como cuidar de uma criança embora já tivesse vivido esta experiência em outro contexto. Contou que já havia trocado outros bebês, mas a intensidade

emocional de estar em contato com sua filha num estado tão precário e a cobrança em ter que dar conta dos cuidados gerava um descompasso entre a mãe e a bebê. Durante todo o tempo, Paloma descrevia seu esforço em encontrar recursos para se vincular com sua filha.

Winnicott (1982c) descreve que quando o ato de segurar o bebê é irregular, ao invés deste ser vivido como um momento de proximidade, pode ser desperdiçado pela ansiedade ou pela angústia, casos em que, segundo o autor, o bebê não pode dar-se ao luxo de relaxar. Na ausência do *holding*, o relaxamento do bebê acontece como consequência de pura exaustão e que, nestes casos, o berço ou cama oferecem ao bebê uma alternativa muito bem-vinda.

No caso de Paloma, o contato direto com a bebê mostrava-se prejudicado, em parte, pelas ansiedades desta mãe. Desta forma, a equipe do hospital que estava encarregada dos cuidados de Amanda, era percebida por Paloma, como detentora dos conhecimentos e da condição de maternagem que ela não sentia em si, e buscava o contato e conhecimento de sua bebê perguntando a eles a respeito da alimentação, da evacuação e questões relacionadas ao estado de saúde de Amanda.

Ah. Eu fico perguntando. É. Do probleminha que já teve, se melhorou, a respeito da medicação. É. Como que tá o procedimento. Se tá certinha. O segmento também de ganho de peso. Se tá fazendo cocô. Se tá fazendo xixi. Eu saio perguntando tudo (fala sem grande motivação). Se deu mais algum probleminha que sempre eles tão fazendo exames. Pergunto a respeito dela. (segunda entrevista)

Estas perguntas sobre o estado de saúde eram feitas também em decorrência de sua necessidade de obter informações reais sobre a bebê e aliviar seus medos e fantasias de que esta bebê viesse a piorar e falecer no hospital.

Ai Jesus, os medos, agora melhorou, mas assim, de vez em quando ainda fica, aquele pensamento, medo de perder, medo de deixar lá e alguém não cuidar direito. É. Em relação a oxigênio quando desliga, porque, quando eu tô de dia que desliga eu to olhando e quando eu não tô de noite que elas desligam? Será que elas tão olhando? Fica estas coisas assim na cabeça. Se tão cuidando direitinho né. É isso. (segunda entrevista)

Olhar a filha viva, fazia com que esta mãe se sentisse mais calma. Quando não podia estar concretamente perto, sentia-se invadida pelo medo de que a filha ficasse desprotegida. Surgia medo de que os profissionais não estivessem olhando e descuidassem da bebê - vivência indiferenciada relacionada ao seu próprio sentimento de desamparo.

Estas fantasias de que a mãe roubou o bebê de sua própria mãe são quase universais, e surgem temores de cunho persecutório. Paloma então, pode ter sentido que a enfermeira era a mãe vingativa que cometeria algo de ruim para a sua filha. (WINNICOTT, 2002)

Diante de tais conflitos, o vínculo com os profissionais era precário:

conversar com a médica, coisa que eu quase não conversava. Ela chegava, explicava: “Paloma, tá assim, a Amanda tá assim, assim, assim”. E ela vira as costas eu num. Num lembro (pausa). Agora não, agora já consigo gravar um pouquinho. E olha que eu sempre tive uma mente boa, até eu me estranhei. (segunda entrevista)

No estado emocional em que se encontrava, a mãe não tinha espaço interno para conter em sua mente tais vivências e acabava não conseguindo ouvir os profissionais. É como se a mãe já estivesse num momento tão defensivo no qual lidava todo o tempo com o medo de que qualquer notícia fosse aniquilar seu estado emocional. Conta que antes nem conseguia escutar ou compreender o que os profissionais diziam a respeito de sua filha.

Porque, é difícil explicar. As enfermeiras não podem falar nada, e, às vezes, cê chega no médico e pergunta. Ou não em questão de estar atendendo o bebê, mas lá fora mesmo talvez você pede uma informação: “ai espera um pouquinho”. Eu já cheguei a ficar esperando uma hora para poder falar com ela. Ela sentada na mesa e eu em pé atrás. Então assim, neste ponto às vezes é mais complicado. Então, é aonde eu falo que seria mais viável igual assim os outros que a gente já se deu melhor, que já chega na gente e já vem conversando, teve mais contato com a gente. E isso não é relato só meu. Teve outras mães também que falaram a mesma coisa a respeito. (primeira entrevista)

Neste contexto emocional, percebe-se que também estavam presentes dificuldades pessoais da própria equipe em lidar com as angústias e conflitos emergentes na situação. A relação não era afetiva, calorosa e acabava por gerar ainda mais insegurança na mãe. Assim,

sentindo-se inadequada e incompreendida, não podia formar um bom vínculo com os profissionais, os quais não percebiam esta sensação de desamparo sentido por Paloma.

Em seus comentários nota-se a falta que sentia quando os profissionais não lhe davam atenção e como, seria melhor, de seu ponto de vista, que estes, de alguma forma, viessem ao seu encontro e respondessem às suas necessidades, que as faziam acordar no meio da madrugada fantasiando coisas terríveis sobre o estado de saúde de sua bebê, precisando telefonar para o hospital a fim de tranquilizar-se.

Aí as enfermeiras perguntam: “quem que tá com a Amanda?”. “Eu”. “Tá boa?”. “Mas quem que é?”. “É a mãe”. “Fala para a mãe que ela que não tá bem”. Elas começa a zoar, a brincar com a gente. Então às vezes eu acordo de madrugada. Às vezes eu não consigo dormir, fico preocupada. Para saber se tá tudo bem, ensaio, ensaio, para não ligar, mas acabo ligando no hospital. (segunda entrevista)

Paloma percebia que a equipe não conseguia entender nem conter seus conflitos e angústias, por isso, tentava acalmar-se sem contar com a equipe. Contudo, a invasão das fantasias terroríficas de morte não podiam ser contidas por sua mente, e nem pela equipe, que atuava, de modo a não envolver-se.

A profissional percebia que a mãe não estava bem, mas não conseguia lidar seriamente com a questão.

Eu tô indo todo dia. Eu tô indo agora no horário de visita dele que é mais fácil para ir nós dois juntos né (ela e Alcides). Então assim, mais aí depois eu vou trocar o horário para mim ficar um pouquinho mais de tempo. Para mim até melhorar um pouco a cesárea. Que ficar lá é meio cansativo. Se ela tá bem cuidado por. Mas a vontade é de ficar o dia todo. Mas a gente também cansa né. Que não é um lugar que cê tá, cê tá. Que você descansa um pouco, deita um pouco. É diferente do que ficar em casa. Dá para ficar? Dá, tranquilo, mas só que é um pouco cansativo. Eu tenho que ver o lado dela e tem que ver o meu também. Para eu ficar bem né. Mas tranquilo, não perco um dia mesmo. (primeira entrevista)

Aqui a mãe desejava ser capaz de dissociar e ficar descansando em casa, mas sua angústia a mobilizava estar perto de Amanda. Além disso, era difícil vivenciar a impotência

de ter sua filha cuidada por outros profissionais. Paloma não terminou a frase quando falou: “*se ela tá bem cuidado por*” (sic), talvez por ser muito difícil reconhecer, naquele momento, que eram outras pessoas que cuidavam de sua bebê. Em seu relato ela tentava mais uma vez afirmar que estava: “*tranquilo*” (sic), e também afirmava: “*dá vontade é de ficar o dia todo*” (sic) em decorrência de mecanismos de negação, assim como da sua tentativa em tranquilizar-se. Ou através da fala, contrariando algo que era extremamente doloroso e conturbado. As frases de efeito soavam contraditórias com seu estado de ânimo.

Mudou, meu leite secou (fica batendo na própria perna). Aí depois o leite voltou um pouquinho. Aí a gente tentou colocar no peito. Só que como ela é muito pequenininha ainda tá na sonda. A respeito do leite. Tava dando muito pouco leite. Tava ficando muito difícil ela sugar né. Então a gente optou pela mamadeira, a fonoaudióloga e a médica optou pela mamadeira. Então provavelmente amanhã ela começa a mamadeira. Para poder tirar a sonda. (segunda entrevista)

A retirada da amamentação “natural” de sua filha foi decidida pela equipe e não por ela. Estes cuidados profissionais e técnicos ficavam sobrepostos ao que a mãe tinha a oferecer à sua filha. É possível pensar na simbologia de que a bebê não podia se nutrir do corpo da mãe (leite), o que provavelmente potencializava ainda mais suas vivências de impotência.

Segundo Winnicott (1979), a mãe, quando sente que alguém pode realizar melhor as tarefas do que ela mesma, não pode confiar em seus próprios cuidados. Neste caso, terá sempre que escolher alguém melhor que ela para dizer-lhe o que fazer. Esta é uma mãe que não pode assumir a plena responsabilidade sobre o bebê, como na situação de prematuridade de Amanda em que Paloma não podia se responsabilizar por ela.

Diante de seu sofrimento é possível pensar que a mãe necessitava de cuidados especiais, tanto quanto a bebê: “*mas assim, na situação que a gente tá ali, pelo fato da gente estar abalada com a bebê lá no hospital ainda tudo. Eu acho mais prático realmente o médico chegar com a gente e conversar do que a gente tem que estar indo perguntar*” (sic) (segunda entrevista)

Naquele momento de internação a mãe, parecia regredida, funcionando a partir da sua impotência, colocando-se em uma condição de passividade e precisava da atenção dos profissionais de saúde, tanto quanto a bebê.

Paloma necessitava de um acompanhamento profissional que lhe desse algum suporte para enfrentar suas angústias na difícil vivência de internação de sua filha.

4.1.5. Fantasias em relação aos futuros cuidados com a bebê

À medida que o tempo de internação ia passando e a bebê apresentava sinais de melhora, as expectativas de alta e de levá-la para casa começavam a aparecer, entretanto, permeadas pelo medo: *“negócio de alta eu nem pergunto (ri), isso eu não pergunto porque eu sei que ainda é demoradinha, tudo devagarzinho. Então não fico muito ansiosa em relação a isto. Eu quero que ela saia bem (silêncio)”*. (sic) (segunda entrevista)

Temia em pensar na alta da bebê e preferia não saber, talvez, desejasse que ela não saísse tão rápido e fosse para casa, por não estar preparada para desempenhar os cuidados necessários à filha sem ajuda da equipe especializada do hospital.

Paloma contou que não sabia muito bem como lidar com os cuidados que teria que dispensar à bebê quando esta obtivesse alta, uma vez que a mesma iria requerer cuidados adicionais por ser uma bebê prematura.

Como é que eu vou chegar e falar “ó gente, mas é o seguinte, vai ter que fazer filhinha lá para pegar. Tá lavando a mão” É, acho que é uma coisa normal, mas também nem todo mundo chega e vai. “Vai lavá a mão!” É chato, eu acho né. “Aí não pode ver porque você tá gripado” (imitação). A pessoa não vai entender, eu acho, tem pessoa que não entende né?” (...) Se for para tudo me xingar e falar que eu tô ficando louca vai falar porque (ri) num vou ser aquela chata né, porque também, não tem lógica. Mas, tranquilo. (o tom de fala parece irritada com tudo isso). (segunda entrevista)

Ao mencionar que *“tem pessoa que não entende né”* (sic), é possível que Paloma estivesse se referindo a ela mesma por não compreender ou aceitar as limitações de ter uma

bebê que nasceu prematura e que ao chegar em casa, iria precisar de cuidados especiais. Situação que parecia gerar uma raiva contra as imposições de cuidado: “*se for para tudo me xingar e falar que eu tô ficando louca vai falar porque (ri) num vou ser aquela chata né*”.

O ódio conseqüente da grande exigência que ela não pôde elaborar aparece projetado e volta-se para ela mesma, imaginando as pessoas chamando-a de “*chata*” (sic), “*louca*” (sic).

Ao pensar que estaria em casa sozinha com a bebê, relatou o medo que sentia desta nova situação e sua insegurança em relação a este novo momento.

Então, aos pouquinhos minha rotina tá voltando ao normal né. Não vai ser normal porque agora vai ter a bebê, então é uma. Vai ser uma rotina em casa completamente diferente. Vou ter que conciliar uma coisa com a outra. Mas, eu vou dar conta. Eu tenho que dar conta. Eu só não posso no primeiro apuro gritar: “ô mãe” (risos nervosos). Mas já to gritando porque eu vou ficar aqui (se referindo a ficar na casa da mãe) (...)Será que vou dar conta? Como que vai ser? Será que o amor que eu to tendo por ela é suficiente? Será que é pouco? (segunda entrevista)

Ao falar sobre os medos frente aos cuidados que teria que dispensar à bebê e o desejo de conseguir lidar sozinha com a situação, se confrontava com a realidade de que já necessita da ajuda de sua mãe, percebendo-se insegura, sem poder “*dar conta*” (sic) da nova situação e ao questionar acerca do amor que sentia pela bebê. Parecia estar fazendo uma reflexão muito séria sobre a sua condição materno-primária, ainda desconhecida. Tinha dificuldade para sonhar com o contato com sua bebê em casa depois da alta.

Ai Jesus! Tadinha né, não pode trabalhar comigo (risos). Vou ficar em casa. Ah, eu queria trabalhar, mas não tem como trabalhar, pelo menos agora no começo. Então vou ficar em casa. Vai ficar só ociosa. Trabalhando. Aí na hora que ela tiver bem. Eu não tenho coragem de por na escolinha, agora. Depois de oito meses assim, que geralmente bebê vai né? Eu acho que não vou ter coragem. E para tá carregando ela para lá e para cá também, para a bebê é tão cansativo. É uma vida normal, que tem tanta mãe que faz isso né? Carrega para lá, carrega para cá, vai trabalhar. Mas geralmente hoje fica em creches né? Talvez eu possa colocar. Lá no Simione onde minha mãe trabalha. Ah insegurança! Eu levo daqui lá, aí pode ser que eu coloque, mas a minha mãe também tem o que? Um ano e meio para aposentar. Não vai ficar muito tempo lá também né? Nts, aí vai. Aí o seguimento da vida vai vim devagar, as decisões vão vindo.” (segunda entrevista)

Paloma vivia um terror ante a tarefa de cuidar de sua bebê sozinha. Ter que cuidar da filha e não poder trabalhar era algo que provocava grande conflito nesta mãe: “*tadinha né, não tem como trabalhar comigo*” (sic) ou “*então vou ficar em casa*” (sic). Cuidar da bebê não era entendido por esta mãe como algo benéfico, gratificante: “*vai fica só ociosa*” (sic). A mãe tinha receio em ficar a sós com sua bebê e já pensava em como poderia transferir estes cuidados a outros, com quem poderia contar: sua mãe, a creche, sentindo que os outros possuíam recursos e ela não. Vale ressaltar que eram expressões de grande insegurança e de uma auto-imagem muito comprometida, com certa convicção de incompetência.

Ficava difícil, então, que Paloma se desvinculasse dos cuidados do hospital e passasse a se responsabilizar pelos cuidados de sua filha. Winnicott (2002) diz que: se a mãe for um tanto imatura, terá dificuldade em desistir da assistência da enfermeira para enfim poder cuidar sozinha de seu bebê.

Quando eu sair vou ficar aqui na mãe uns dias, para depois eu ir para Jardinópolis. O Alcides tá abandonado (ri) (marido já havia mudado para esta cidade). Aí depois à noite tem minha mãe. Ela chega tarde porque ela trabalha. Então assim, eu tô até com dó do meu irmãozinho, porque eu não vou deixar ele arredar o pé nem com ele em casa como se diz. Tem que ficar né, praticamente sozinha. Mas, nts. Não é ser mãe? Tem que se virar, dar seus pulos (risada nervosa). (segunda entrevista)

Quem estava se sentindo abandonada era ela mesma. Não tinha condições de levar a bebê para casa e cuidar dela sozinha. Neste contexto, o ódio é um sentimento mais generalizado, decorrente da impotência, e voltado para si própria. O ódio da bebê é consequência deste ódio em si, pois a bebê a coloca, concretamente em contato com sua fragilidade ao demandar cuidados e ser tão dependente.

Enfim, quero que ela venha rápido, mas ao mesmo tempo que não quero. Tem que melhorar. Tem que ficar bonitinha lá, certinha. Até dá o tempo dela. Agora, fora isso, que eu fique bem logo, que eu mesmo não tô me agüentando para também cuidar dela bem. Para não ter minhas crises aí. E às vezes acaba atrapalhando até ela. (segunda entrevista)

A mãe começou falando da filha e percebe-se que ela estava se confundindo com o mal estar desta. É possível pensar, que o contato íntimo com a bebê prematura gerava um medo intenso nesta mãe, pois se misturava com a mesma e suas crises e fragilidades se intensificavam. Assim, ela desejava que a bebê viesse bem para casa, para que ela também estivesse bem. Para Winnicott (1994a), quando a mãe não encontra saúde suficiente no contato com a bebê, ela pode achar-se identificada com as fragilidades da bebê, perdendo suas capacidades maternas.

Ai meu Deus do céu, coitadinha da minha bebê. Assim, que nem eu falei da outra vez. Eu ainda não comprei o berço dela e não comprei o carrinho das meninas. Tadinha, mas eu vou comprar. Tava esperando mais um pouco a gente se acertar melhorzinho. Conseguir dar entradas na minha licença maternidade. É com este dinheiro que eu vou comprar. (segunda entrevista) (...) Fraldas acabei não comprando porque eu ia comprar mais agora no final. Então agora eu vou deixar mais um pouquinho para quando ela tiver saindo também eu poder estar comprando. Mas assim, pintei quadrinhos, deve estar tudo perdido por aí. Fiz caixinha de madeira assim, mas simplesinha, já deu para mim ir organizando, fiz aqui (casa dela), fiz no hospital também. Mas, tá tranquilo. (segunda entrevista)

Nesta fala, fica claro sua percepção de não preparo, não prontidão, não organização mental, que se evidenciam no concreto, apesar dos seus esforços por tentar estruturar a sua condição de ser mãe, de produzir cuidados para a sua bebê: “*pintei quadrinhos*” (*sic*). Tal condição para os cuidados ainda estavam: “*perdidos por aí*” (*sic*), como os quadros que ela pintou, e não estavam maduros o suficiente para receber a bebê em seus braços ou em sua casa.

4.1.6. Vivências como esposa e mãe

O desejo de Paloma em se tornar mãe, parecia estar constantemente influenciado pelo desejo de dar à Alcides um bebê. Passou assim por quatro gravidezes complicadas perdendo três bebês: dois ainda em gestação e um no período de internação.

As necessidades e expectativas dos familiares tem influência direta na vida da mãe que deseja de alguma forma ter um filho. Além disso, ter um filho para esta mãe significava manter o seu relacionamento vivo com Alcides e realizar a família nuclear tradicional. As necessidades, mesmo que inconscientes, inerentes a uma relação de casal são parte integrante da motivação para a maternidade. Muitas vezes um filho é desejado na tentativa de impedir uma separação. Algumas mulheres vêem o filho como uma peça fundamental para a sobrevivência de uma relação amorosa. (PERLOE; GAIL, 1995).

A realização da gravidez e parto colocaram o casal em contato com uma nova realidade. Havia agora mais uma pessoa na relação, e de acordo com Paloma, a vivência do nascimento de Amanda parecia ter gerado diversas conseqüências emocionais em suas vidas.

Em relação ao marido, em relação à gravidez foi bem, tranquilo. Bom, tinha umas guerrinhas assim básicas. Mas em relação à gravidez foi tranquilo. Agora assim, depois que eu fiquei internada, nós andou brigando um pouco. Tá tudo tranquilo em relação entre eu e ele. Com a bebê, estas coisas assim, tá bem. (primeira entrevista)

Falava de “guerrinhas” (sic), brigas do casal, tentando assegurar que os conflitos não passaram da esfera do casal para a relação mãe-bebê, talvez, por ser mais conhecida, afinal, estavam juntos há mais de 8 anos e já havia passado por outros conflitos semelhantes que não foram provocados pela gestação e nascimento de Amanda. Estava preocupada em demonstrar que a sua relação com a bebê não havia sido afetada pelas desavenças do casal, referindo-se ao marido e à relação entre eles:

(Se referindo ao marido) Ah, febróide que eu falo é trabalho. Trabalho assim. De vez em quando dá umas crises. Mas ele também tem direito de dar as crises dele, não é só eu né. Mas com ele é mais fácil conversar assim, porque eu converso com ele, dou bastante carinho. Tem hora que ele é meio brucutu, não é mais ogro, agora é brucutu (ri). Então. Então, a gente tem vários, extremos? Aliás, nos estranhamos bastante, por sinal, depois da última entrevista. Eu queria me separar... De tão ruim assim que a gente ficou. Tava dando choque, qualquer coisinha explodia, mas agora tá melhor. Aí de vez em quando dá... Dá os cinco minutos dele. (segunda entrevista)

Dizer que a relação com o marido era mais “fácil” (sic) fazia parte de uma negação ou dissociação. Eram defesas usadas com muita frequência por Paloma, para enfrentar a evidência de que o casal também não estava em condições para a parentalidade, era um casal prematuro. Em outro momento mostrava estranhamento com seu marido, chegando a pensar em se separar.

Conversava... Eu sou mais assim de puxar assunto. Aí tem hora que... Aí chegava lá em Jardinópolis, “oi, tudo bem”. Dava um beijo tal, mas parecia que ele olhava... Olhava com tanta raiva: “ai... pra que que você veio?”. Tipo. Ou às vezes ele mesmo. Às vezes eu mesmo. Eu sentia que... “Mas para que que eu vim?” “Para que que eu tenho que vir?” A gente acaba se estranhando bastante. Discutimos bastante. Discussão feia. (segunda entrevista)

Paloma falava em sentimentos de rejeição e abandono pelo marido, pois no período que se seguiu após o nascimento da bebê, ela chegou a não entender o sentido de ficar junto com ele: “a gente acaba se estranhando bastante, discutimos bastante, discussão feia” (sic).

Quando nasce um bebê, mãe e pai sofrem um choque na sua identidade e também na identidade do casal, pois a relação fica muito mais complexa, com exigências às quais cada um vai atender a partir de funções mentais e concretas que se irão se compor.

Cheguei a falar para ele que não tava dando certo, acho que melhor é ele ficar por lá ou voltar para a casa da mãe dele, eu ficava na minha mãe mesmo depois eu me virava. Que não é certo agora, que eu falava para ele que era o momento da gente ficar mais unido e a gente tava... Né... Se distanciando.(...) (segunda entrevista)

Aqui percebe-se a grande frustração diante das dificuldades conjugais que estava vivenciando com o marido. Pode-se hipotetizar que Paloma imaginava que a filha seria “o presente” que ela providenciou para realizar os desejos do marido, estava sofrendo ao dar-se conta dos seus limites, dos limites do marido e da fragilidade do casamento.

Desejava não ter mais Alcides por perto. A fantasia inconsciente de que o bebê iria unir o casal foi rompida após o nascimento e, os conflitos do casal vieram a tona, ainda mais sob a dificuldade do desafio de cuidar de uma filha prematura.

Paloma contou o quanto este momento foi de uma vivência crítica para o casal, que foi se distanciando.

Aí, enfim, fomos enrolando, enrolando, enrolando, até que a última semana aí tá melhor. Aí ele parou de beber um pouco, mas ontem teve febróide de novo, aí, estas febróides dele é triste. (risos) É dose. Às vezes mais por causa disso eu desanimado sabe? Que é difícil, é complicado. Eu vou te falar, são oito anos... Ah... Fez oito anos. E... Completinhos (sem ânimo). São oito anos. Oito anos completinhos. A gente passou por maus bocados. Ele bebia muito. Depois melhorou, Agora durante a minha gravidez ele começou a beber um pouco mais. Quando eu fiquei internada piorou. Ai... Depois... Deste período agora, começou a dar umas crises de novo... Então é assim. A gente dá tanto colo, a gente ajuda tanto, aí cê vai, vai, aí chega uma hora parece que a pessoa acostumou com você ficar dando colo e ajudando... “Eu vou fazer porque depois eu posso ir porque eu vou ter” Sabe aquela coisa assim? Igual criança: “a não, isso eu posso fazer porque minha mãe não me bate. Ela fala que vai bater mas não bate né? É assim, uma criança...” (segunda entrevista)

Paloma se descrevia na relação com Alcides como uma mulher-mãe muito boa, alguém que não conseguia se colocar, se posicionar frente ao alcoolismo (ou limites). Mais uma vez Paloma mostrava dificuldade em lidar com sua própria agressividade.

Contou que neste período o marido aumentou a ingestão de álcool e descreveu Alcides como uma criança, “*fez 8 anos*” (sic). Alguém que ela tinha que cuidar e neste momento competia pelo cuidado e atenção que estavam direcionados à bebê. Para ela o marido havia se tornado um peso e não uma pessoa que poderia ajudá-la. Na crise eram duas pessoas que não estavam bem, ou três: “*porque juntava o fato da bebê estar internada, o fato deu já não tá bem. Aí depois esta crise com o Alcides... Eu fiquei birutinha, fiquei, fiquei... Fiquei bem louca (bate a perna).*” (sic) (segunda entrevista)

Paloma sentia que o ambiente enlouquecia junto com ela, o que gerava uma sensação de irrealidade e insanidade, aproximando-a de vivências de colapso. E também nota-se uma

sobrecarga de vivências emocionais negativas quando a mãe contava que sentia-se muito sozinha, precisando desesperadamente de colo.

Assim, ele ficava até bravo comigo, tava aqui no quarto assim deitada... “Alcides vem aqui”. “To assistindo televisão”. “Alcides vem aqui ficar comigo”. “Mas eu tô aqui”. “Não, mas você tem que ficar é aqui”. Sabe, é uma coisa que incomoda assim, para ele. E às vezes eu sabia que eu tava incomodando, mas eu precisava que ele ficasse perto de mim. Mas agora melhorou um pouquinho. Mas ainda não tá cem por cento ainda (risada nervosa). Ainda sinto falta assim. Tenho medo daquele negócio de ficar sozinha. (segunda entrevista)

Paloma mostrava o quanto precisava e sentia falta de um contato que acolhesse as suas angústias, com um bebê em busca de contato materno para acolher suas angustias.

É possível perceber que depois do nascimento de Amanda, Paloma sentiu-se ameaçada na relação com Alcides, temendo o fim deste relacionamento, mas em outros momentos, sentia-se aliviada por poder pensar no fim do casamento. Conviver com a filha e o marido ao mesmo tempo a angustiava causando-lhe ameaças de perder o marido. É possível hipotetizar que ao sentir que teria que despender cuidados naquele momento para Amanda faltaria com os cuidados ao marido, e que este poderia se entregar às suas fragilidades (bebida, vício). Ela afirmava que ele tinha o direito de ter crises também, talvez, por não enxergá-lo como um adulto que deveria ampará-la e acompanhá-la, mas sim como um homem frágil que não suportaria a sua ausência.

Para ela Alcides era uma pessoa imatura, sem condições de apoiá-la, exigindo muitos cuidados e que reclamava quando não os recebia. Um marido exigente e que lhe dava muito trabalho. Percebe-se então, que Paloma, ao vivenciar a maternidade e a prematuridade de Amanda, defrontava-se não só com suas dificuldades e precariedades, mas também com as fragilidades do relacionamento com seu marido

Assim, estes depoimentos sugerem que nesta configuração familiar, havia uma bebê, uma mãe e um pai prematuro necessitando que alguém pudesse acolhê-los e auxiliá-los em seu desenvolvimento.

4.2. As entrevistas com o pai da bebê

4.2.1. O pai da bebê

Alcides, descendente de uma família de baixa renda, tinha quatro irmãos, sendo uma irmã, à qual não fez referências. Um dos irmãos morava com sua mãe, outro ele não encontrava havia seis anos e o terceiro conversava apenas por telefone e não via há oito anos. Descreveu sua mãe como uma pessoa *“liberal com tudo”* (sic), que costumava dizer o seguinte: *“o ceis faz o que vocês quisé da vida”* (sic), pois: *“enquanto era menino eu tomava conta, mas depois da maioridade eu não posso fazer nada”* (sic). Considerava-a uma pessoa muito permissiva, alguém que deixava os filhos fazerem o que bem entendiam; e que um de seus irmãos fazia tráfico de drogas dentro da casa onde sua mãe residia com a conivência dela. Comentou que sua mãe nunca apoiou os seus namoros, sempre foi ciumenta com as suas namoradas. Namorou algumas mulheres, mas nenhuma seriamente.

Conheceu sua esposa Paloma havia oito anos, seu casamento nunca foi oficializado, mas considerava-se casado: *“se no meu emprego uma vez colocaram ‘casado’, então eu sou casado”* (sic). Vivia com Paloma na casa da mãe dela e foi quem o ajudou a sair das drogas, a se regenerar e encontrar um caminho diferente para a sua vida, aspectos que ele buscou conquistar: *“eu quero ver se arrumo uma mulher para mim, para eu casar, para ver se eu saio desta vida”* (sic).

Alcides atraiu-se também pelas características da família de sua esposa. Segundo ele, era mais bem estruturada e unida do que a sua família de origem. A família de Paloma era citada como *“pessoas fora de série”* (sic). Percebe-se aspectos de supervalorização da família de Paloma e uma desvalorização do seu meio familiar de origem.

Apesar de valorizar aspectos da família de Paloma, ele a considerava uma pessoa preocupada demais com os outros, ela cuidava tanto de outras pessoas que ele não sabia ainda como: *“a cabeça dela não havia entrado em curto circuito”* (sic). Achava-a quase sempre: *“desanimada, deprimida e sempre querendo cuidar de tudo, mantendo a cabeça muito ocupada”* (sic). Preferia seu estilo: alguém, segundo sua própria descrição, tranquilo, que não ficava muito preocupado com as pessoas.

O relacionamento dos dois, segundo ele: *“era bom”* (sic). Assumiu que tinha brigas como qualquer outro casal e acrescentou: *“quando você namora você fica duas, três horas e vai embora. Agora quando você é casado e mora junto não. Aí um quer uma coisa e outro quer outra coisa, fica mais difícil”* (sic)

Em seu relacionamento com Paloma sonhou muitas vezes em ser pai, mas perderam dois bebês ainda na gravidez e um nascido prematuro de muito baixo peso, Pablo, que faleceu de infecção hospitalar depois de mais um mês de internação. Esta perda gerou grande frustração e revolta em Alcides.

Após o ocorrido, segundo ele, os médicos recomendaram que sua esposa esperasse melhores condições de saúde para engravidar novamente. Ela sofria de pressão alta e obesidade:

É um sofrimento, ela sofre muito viu cara. O sofrimento dela é direto. Até os três meses tudo bem. Dos três meses para frente é complicado porque a pressão sobe. Se ela escutar uma buzina na rua ela já assusta, entendeu? Então é coisa pouca para assustar ela, para a pressão subir. (primeira entrevista)

Alcides contou que não havia muito apoio por parte de seus familiares. Quando fez o velório e o enterro de Pablo apenas sua mãe compareceu e, durante a internação, nenhum familiar foi visitar o bebê no hospital para conhecê-lo. Na internação de Amanda a situação se repetiu. Seus familiares também não foram conhecer a bebê no hospital. Este tipo de conduta de sua família provocou um sentimento de raiva e desapontamento em Alcides.

Relatou que em 2007, Paloma ficou grávida novamente tendo mais uma vez uma gestação conturbada e sem planejamento, desta vez de Amanda:

Inclusive esta gravidez, ela engravidou foi sem esperar sabe. Ela não ia engravidar. O pensamento dela engravidar nosso ia ser este ano, porque os médicos falaram que tinha que esperar dois anos. Dois anos e pouco até ela normalizar. Ela tomar os remédios certinhos que ela tá tomando. Ela emagrecer porque está acima do peso, então, tudo isso né. E esta foi assim sem pensar. A hora que foi ver ela tava quase com três meses, que foi a hora que ela começou a sentir enjoô. (sic).

A filha do casal nasceu em janeiro de 2008, com 960 gramas e 28 semanas de gestação. O nascimento de Amanda, segundo Alcides, fez renascer sua esperança de ser pai, mas ao mesmo tempo trouxe lembranças ruins, como a morte de seu filho e a situação física e emocional difícil em que sua mulher ficou depois da morte de Pablo. Porém, este nascimento, despertou em Alcides uma vontade de melhorar sua vida, passando a se preocupar com a questão financeira, pretendia, até, comprar uma casa no futuro. Além de querer parar de fumar, pois achava que isso seria um mau exemplo para a filha. Passou a trabalhar mais, ser mais responsável. Disse que sempre teve dificuldade em receber ordens, o que trazia complicações no trabalho, mas que, naquele momento, estava mudado.

Visitava a bebê sempre que possível, em função do trabalho encontrava dificuldade em se ajustar aos horários de visita do hospital. Contou que suas brincadeiras com a mulher e com as enfermeiras o deixaram conhecido no hospital como um “grande pai coruja” (sic). Na maioria das vezes parecia se exceder nas brincadeiras, o que pode ser compreendido como reações maníacas que, segundo ele, irritavam a sua esposa.

Com a melhora da saúde de sua filha e com a possibilidade de alta cada vez mais próxima, Alcides passou a se preocupar com as questões de higiene da casa. Pensou em dar o cachorro para alguém cuidar com medo que esta pudesse de alguma forma prejudicar a saúde da bebê. Comentou que muitos familiares não deveriam vê-la, logo após a sua alta, porque ela não poderia entrar em contato com muita gente.

Desabafou que na sua história de vida tinha muita tristeza, inclusive pela morte de seu filho, mas, por outro lado, aprendeu que Deus é quem escolhe como as coisas vão acontecer, pois: *“as coisas não são do jeito que a gente quer”* (sic).

4.2.2. A experiência anterior da perda de um filho prematuro

Alcides descreveu como foi a perda de seu primeiro filho, Pablo, com as seguintes palavras:

A gente ficou totalmente perdido para falar a verdade para você. Que nós não sabia se deixava o neném lá, se levava ele embora e ela (Paloma) não queria que os médicos levassem ele. Queria ficar com ele no colo e aí eu fui conversando com ela (respira fundo), acalmando até que ela deixou os médicos levar. Depois que ele já tinha falecido. Mas ele faleceu nos braços dela. E daí para mim é uma coisa que eu não esqueço jamais (silêncio, respira). Era igualzinho eu, a mão (mostra a mão), tudo. (primeira entrevista)

Embora o pai estivesse enfrentando um grande sofrimento com a morte do filho sentindo-se perdido, conseguia conversar com sua esposa para acalmá-la. Parece que conseguiu à sua maneira, sustentar a dor de sua esposa acalmando-a e ajudando-a enfrentar a perda do bebê Pablo, deixando que ela ficasse com o filho falecido no colo até que enfim pudesse se despedir e entregá-lo aos médicos. Não era mais possível para Alcides levar este bebê para casa como tanto sonhava.

Winnicott (2005) afirma que quando é possível oferecer segurança a uma pessoa pode-se livrá-la do inesperado e um sem-número de intrusões indesejáveis e de um mundo que ainda não é conhecido ou compreendido. Além disso, é uma maneira de proteger a pessoa de seus próprios impulsos e dos efeitos que estes podem produzir.

Falava sobre a esperança que tinha na alta de seu filho:

A gente pensava “a gente vai sair. Faz um mês que tá internado”. “Este menino vai sair ainda, tá com o quartinho montado”. Já tinha mandado rezar um terço. A médica tinha falado que mais uma semana, quinze dias, podia sair do hospital. Tava grande. Já tava pesado já. Pegando peso né. Não rejeitou o leite. Começou a mamar certinho. Mas é difícil, eu não gosto de ficar lembrando dele. (primeira entrevista)

O pai contou sobre o quanto tinha de esperança e expectativa de que o filho viesse a sobreviver e sair do hospital com vida, por isso estava se preparando para levá-lo para casa, inclusive com o quarto que já estava montado. Apoiou-se na informação da médica que afirmou: “*mais uma semana, quinze dias, podia sair do hospital*” (sic). Além disso, segundo Alcides, o bebê estava reagindo, ganhando peso, mamando, aparentemente ficando cada vez mais saudável.

Winnicott (1983a) compreendia a depressão como um aspecto da personalidade que é essencialmente normal: a capacidade de sentir piedade e de se preocupar. O que implica maturidade no indivíduo e certo grau de integração do *self*. Nas palavras do próprio autor:

o conflito na depressão, a grosso modo, tem a ver com a tarefa pessoal do indivíduo de acomodar sua agressão e seus impulsos destrutivos. Quando alguém amado morre, o processo de luto faz parte da resolução, dentro do indivíduo, do sentimento de responsabilidade pessoal pela morte, por causa das idéias destrutivas e impulsos que acompanham o amar. (p.199)

Aceitar a morte do filho, para este pai, foi um processo muito doloroso, eram lembranças que causavam muito sofrimento.

Então eu segurei bastante, mas foi difícil fazer o velório. Cê vai ver as coisas assim, já tinha comprado berço, já tinha comprado tudo para ele entendeu? Tava com o quarto praticamente montado já. Então, depois você vê sua vida, a gente já tinha comprado a roupinha para ele. Já tinha feito tudo para ele. De repente a gente estava em Viradouro e veio a notícia. Cinco horas da manhã. O telefone tocou e o hospital chamando a gente. A gente saiu de Viradouro. Não tinha carro, não tinha nada. (primeira entrevista)

A notícia da morte de Pablo veio de uma forma incompreensível para Alcides, que tinha muita expectativa de ter o filho perto dele. Fazer o velório e despedir-se da criança foi relatado de uma forma extremamente dolorosa. Segundo ele, uma sensação de que tudo o que ele tinha, todos os sonhos em relação a ser pai, haviam se perdido naquele momento: “*a gente saiu de Viradouro. Não tinha carro, não tinha nada*” (sic).

Não sei se você viu. O meu cunhado acabou de chegar aqui agora, ele tem um menino que agora tá do tamanho dele (filho que faleceu). Então, eu fico olhando ele assim, penso: “nossa, meu menino era para estar deste tamanho”. Não deste tamanho porque ele nasceu com quatro quilos e pouco. O meu afilhado. Fortão. Enquanto um nasceu com muito o outro nasceu sem nada. (primeira entrevista)

Ao observar o filho de um cunhado, uma criança que nasceu em data próxima à de Pablo, relatava o quanto se sentia frustrado, pois sonhava que Pablo estivesse vivo e forte como aquela criança que estava à sua frente. Sentindo-se desfavorecido, passou a encontrar explicações religiosas para a morte de seu filho, dizendo que era uma decisão e que ele tinha que aprender algo com isso.

Segundo Winnicott (1983b), a reclusão mística de um indivíduo é uma forma de poder se comunicar secretamente com fenômenos e objetos subjetivos. Perde-se o contato com o mundo da realidade compartilhada, mas existe um ganho em termos de se sentir real. A religião aparecia como uma forma de compreensão da morte do filho e uma forma de dar continuidade a sua própria existência.

Mas é bom assim que a gente aprende um pouco da vida, que a gente não quer mas Deus ensina para a gente que não é do jeito que a gente quer. É do

jeito que ele quê. Então a gente tem que erguer a cabeça e ir sempre para frente. Que a gente se abala? A gente se abala né. (primeira entrevista)

Explicava a falta do seu filho através de uma decisão divina que era superior ao desejo dos homens. Neste caso, segundo ele, o que se tinha a fazer era: “*erguer a cabeça e ir sempre para frente*” (sic).

É possível pensar aqui que mecanismos mentais projetavam na idéia de Deus como um pai, o que, também ajudava a sustentar a sua dor e passar pelo processo de integração necessário para vivenciar o luto da morte de Pablo.

Winnicott (1999) utiliza a metáfora do nevoeiro para explicar o ciclo do luto em um indivíduo. Segundo ele, inicialmente a massa de ar que cobre a cidade representa o humor depressivo. Tudo é aborrecido e lembra um estado que parece a morte. Este estado de morte relativa abrange tudo e obscurece as pulsões e a capacidade de relacionamento com os objetos externos. Gradativamente, o nevoeiro vai ficando menos espesso em alguns lugares e começa a dissipar-se, diminui de intensidade e a vida recomeça. Talvez, isso explique, em parte, o processo do luto que Alcides vinha passando em relação à morte de seu filho.

4.2.3. Condições emocionais do pai em relação ao nascimento de uma bebê prematura

As descrições de Alcides em relação ao parto de Amanda apontam para a agonia vivenciada, uma situação muito angustiante para ele e não suportando assistir o parto.

Não tenho coragem disso não. É capaz de desmaiar ali dentro. Eu não tenho paciência não. Só sei que é muito difícil ver uma pessoa cortar a outra. E eles vai lá e corta na maior perfeição. Eu para mim num dá certo. Para mim eu não consigo não. Se for parto normal ainda, até eu ficar do lado de lá. Mas ver dando anestesia, cortando. Num consigo viu. Complicadíssimo. Não tem jeito. (...) Fico ali na sala de espera. Eu já fiquei do lado de lá: aonde que a mulher fica quando ganha nenê. Depois que a

criança nascer vai lá para dentro. Mas lá junto eu não fiquei não (primeira entrevista)

Durante o parto, Alcides queria ficar onde “*se ganha o bebê*” (sic) talvez pelo pavor de entrar em contato com o parto. O que era sangue, sujeira, pareceu ganhar uma repercussão de pavor em sua mente. Obrigando-o a se afastar de sua esposa no momento do parto.

Foi possível interpretar que o nascimento ficou fortemente relacionado aos aspectos de uma relação de violência: “*muito difícil ver uma pessoa cortar a outra*” (sic). Além disso, pareceu ter a percepção de seus próprios limites, temendo entrar em uma grande confusão mental se assistisse ao parto, talvez por se misturar emocionalmente com a dupla mãe-bebê, dando a entender que ele poderia “*desmaiar ali dentro*” (sic). Naquele momento de grande tensão, supõe-se que o pai temeu por uma experiência tão intensa que não suportaria e o levaria a passar mal e competir com os cuidados que esta dupla necessitava no momento do parto. Não assistir ao parto, pode ter sido até uma proteção ou fuga para não entrar em contato com as situações com as quais supunha não ser capaz de lidar.

Na mente de Alcides o parto se dava de uma forma intrusiva, como se para nascer uma criança fosse preciso sentir muita dor. Segundo Winnicott (1982b), quando existe uma falha na adaptação suficientemente boa do ambiente produzem-se distorções psicóticas como a perda da sensação de ser do indivíduo.

Sendo assim, acompanhar o parto, ficar na sala de espera, era uma forma de Alcides reagir às intrusões de sua mente, mantendo-se distante delas. Só depois que a bebê nasceu é que ele pôde entrar em contato com sua esposa e com sua filha.

Descreveu qual foi a sensação de ter visto sua filha pela primeira vez:

Iche, quando vi ela a primeira vez tava limpinha já, certinha, achei que tava suja né, mas não, tava limpinha. (...) Muito boa viu, sensação de sei lá, inexplicável, uma coisa que deixa a gente totalmente leve, alegre, a expectativa fica alta. (primeira entrevista)

Nota-se que o pai, frente ao temor diante do parto cesariana de uma bebê de extremo baixo peso, prematura, ficou com medo que aparecessem danificações, sujeira, coisas ruins: *“tava limpinha já, certinha, achei que tava suja né, mas não, tava limpinha”* (sic).

Quando viu a bebê nascida, pôde se assegurar da filha real que acabou de nascer, podendo se sentir: *“leve, alegre”* (sic), com *“expectativa”* e uma sensação *“inexplicável”* (sic). Seu alívio pareceu decorrente da percepção de que suas fantasias não correspondiam à realidade vivenciada. Passado o temor do colapso e superando suas agonias primitivas, o pai pôde entrar em contato com sensações de, enfim, ser pai. Sentindo alívio por saber que estava tudo bem com a criança.

Mas logo vieram as ansiedades de ter uma filha prematura de muito baixo peso. Relatou o contato com sua filha no hospital da seguinte maneira: *“que nem eu falei pro cê, é pai de primeira viagem né, ela tava quase caindo de baixo do braço assim. A muié falo: ‘fecha o braço home’. Mas eu não sei pegá menina no colo, ainda mais que é pequenininha. Mas é gostoso demais.”* (sic). (primeira entrevista)

Além de ser *“pai de primeira viagem”* (sic), estava entrando em contato com uma bebê que era bem menor que um recém-nascido que nasce a termo, com peso normal e não corre perigo de vida. Alcides não conseguia segurar a bebê em seus braços, mas expressava o quanto era bom tê-la nos braços: *“mas é gostoso demais”* (sic). Assim se dava o conflito de querer e não querer, querer e não saber. Situação que mobilizava grande ansiedade e insegurança. Talvez um temor de danificar por dar-se conta de sua precariedade e inexperiência. Além do receio de perdê-la, como aconteceu anteriormente com Pablo.

Tá numa situação de risco. Porque a gente já passou por isso, sabe que de uma hora para outra. A gente não deseja isso para nenhuma criança, né? Tem criança lá dentro com menos peso que ela. Tem criança que nasce com 600 gramas, meio quilo. É uma coisa de risco para a mãe ficar vendo uma criança. Para a mãe e o pai ficar esperando. O tempo né. Porque o tempo é cruel, né? Quando você qué que o tempo passa ele não passa, ele num vai. Ai que num passa. Fazer uma visita. Só três horas da tarde. Cê fica aí. Dorme um pouquinho. Cochila. Levanta. Vai lá e ainda é onze horas:

“rapaz, tô achando que é uma hora”. O tempo parece que vira inimigo da gente. Que nem a minha muié ontem: “este mês já podia ter acabado, já podia estar fazendo aniversário”. Agora não vai. É indefinível” (primeira entrevista)

Em sua fala percebe-se a difícil situação vivenciada pelo pai no processo de internação: *“tá numa situação de risco. Porque a gente já passou por isso, sabe de uma hora para outra”* (sic). A iminência da morte trazia ansiedade para o pai que sabia do risco que a filha corria: *“tem criança que nasce com 600 gramas, meio quilo, é uma coisa de risco para a mãe ficar vendo uma criança, para a mãe e o pai ficar esperando”* (sic). As ansiedades mobilizadas por ter uma bebê internada eram muitas para o pai que assistia a uma filha correndo risco de vida.

O estado mental do pai após o nascimento e internação de sua filha faz remeter às descrições que Winnicott (1982d) fez sobre seus pacientes quando regrediam identificando nestes a necessidade e urgência de atenção por parte do analista eram freqüentes, além de estarem sob ameaças constantes do caos e do colapso.

O pai esclarecia como era complicada e dolorosa a vivência de separação causada pela internação, além das dificuldades decorrentes dos horários de visitas mais restritos que os da mãe no hospital: *“a preocupação já tá comigo tem uns vinte dias, porque ela não tá conseguindo respirar normal. Por isso eu tô preocupado.”* (...) *“Essa semana fiquei em casa pensando”* (sic). (primeira entrevista)

O pai contava como era difícil ter que trabalhar e não poder vê-la, ficando preocupado com seu estado de saúde e esperando o fim de semana para se encontrar com ela. Quando estava no hospital, mostrava-se disposto a se envolver com sua filha, pegando no colo, tentando saber o que ela estava sentindo.

A visita hoje é das duas às quatro. Eu fico duas horas com ela hoje. Eu pego no colo. Ela fica chorando um pouco no colo lá, mas é gostoso. Domingo eu fui lá. Peguei ela no colo. Fiquei lá um pouco, ela abriu a boca. Chorou,

que chorou, chorou. E a hora que parou também. Ela tava com fome sabe? Deu mama para ela dormir. Mas é gostoso, sabe? (segunda entrevista)

É possível, assim, captar a intensidade emocional deste pai que tentava despender cuidados à sua bebê para ajudá-la. Aspectos de alegria surgiam ao falar da filha que chorava e que precisava mamar. Mas, ser pai também envolvia dúvidas, angústias, temores e inseguranças.

Apesar do sofrimento, no momento que estava com sua filha ficava observando como ela reagia e se comportava. Pegava-a no colo e atribuía significados as manifestações da bebê contando cenas dela como: “*abriu a boca*” (sic), “*tava com fome*” (sic), mostrando seu desejo de que ela se desenvolvesse e apegando-se a cada movimento como sinal de vida e integridade física da criança.

É nesse esforço de entrar em contato com a filha prematura que o pai contou como, muitas vezes, controlava-se para não se deprimir, na tentativa de poder auxiliar sua esposa e não ficar como ela. Pois, assim como Paloma, ele também estava lutando contra a tristeza e a depressão: “*já que você teve a conversa com ela (esposa) deu para você notar bem. Ontem ela tava bem depressiva, ela é uma pessoa depressiva. Eu sou mais controlado, eu fico preocupado com a situação, só que eu tento me controlar sabe, na medida do possível.*” (sic). (primeira entrevista)

Para enfrentar a difícil realidade da internação de sua filha e não se deprimir, Alcides parecia tentar brincar, interagir com os funcionários do hospital, mas, segundo ele, sua mulher não gostava do seu jeito de agir nesta situação.

Eu brinco com eles tudo lá dentro (hospital). Minha mulher tem hora que fica com raiva de mim. Eu falo que tem que brincar, a gente já tá numa vivência que não é fácil para a gente por causa de tudo isso. Então a gente também tem que ter uma contrariação na cabeça da gente. Porque se não você fica ali só com aquilo ali e acaba entrando em depressão entendeu? (primeira entrevista)

Ao brincar todo o tempo, parecia agir de uma forma infantil em momentos que exigiam muita seriedade. Estas condutas acabavam, de alguma, forma irritando Paloma. As brincadeiras eram feitas, como ele mesmo descrevia, para evitar entrar em depressão, pode-se dizer que seu maior pavor seria entrar em contato com seus aspectos depressivos. Possivelmente a droga também era uma resposta narcísica na tentativa de sair de uma realidade muito dolorosa e frustrante resultando numa falsa potência e realização.

Winnicott (1982e) relata que

quando estamos nos defendendo maniacamente *menos aptos estamos para sentir* (grifo do autor) que estamos nos defendendo da depressão. Nestes momentos é mais provável que nos sintamos alegres, felizes, ocupados, excitados, bem-humorados, oniscientes, ‘cheios de vida’, e ao mesmo tempo estamos menos interessados do que em outros momentos em coisas sérias e nos horrores do ódio, da destruição, do assassinato” (p.202-203)

Ao comentar sobre as características físicas da bebê, Alcides brincava dizendo que a bebê herdou mais traços dele do que de sua esposa: “*parece as mãos, os pés, parece tudo, puxou a mãe só o nariz* (caímos na risada). *É sério! Cabelo bom, a menina nasceu com o cabelo bom. ‘É, você não gosta do meu cabelo’*” (imitando Paloma)” (sic). (primeira entrevista)

Quando Alcides dizia que a menina tinha mais traços dele do que da mãe, foi possível identificar um componente inconsciente narcísico de supervalorização de suas características físicas e de desvalorização das características da mãe. Parecia ser uma forma de expressar que a saúde e as coisas bonitas viriam dele e que aspectos ruins foram “transmitidos” pela mãe. Talvez em um processo de negação para evitar entrar em contato com a culpa por ter gerado uma bebê que não tinha características de perfeição como as que ele idealizava e ainda se aproximar dos aspectos frágeis desta bebê.

Continuava a associar características da bebê fazendo ataques às fragilidades de Paloma.: *“mas tá ótimo já, está mamando 2 ml, agora está mamando 4ml, falo para a minha mulher: “ela está comendo igual você...”* (dou risada). *Bom que ela engorda rápido. Ela está bem gulosa”* (sic). (primeira entrevista)

Era também nas brincadeiras irônicas que expressava sua revolta em relação ao hábito alimentar da esposa que poderia de alguma forma ter prejudicado o nascimento desta bebê. Após a morte de Pablo, os médicos alertaram Paloma que o excesso de peso associado à hipertensão poderia de alguma forma ser prejudicial a uma futura gestação e ao nascimento de outro bebê.

Alcides tinha uma visão muito peculiar da bebê que, muitas vezes, não eram compartilhada com a esposa, nem com os profissionais que a atendiam. Entrava em debates com a sua esposa sobre o crescimento, colocando que a bebê estava diferente, melhor e crescendo. Segundo ele, sua mulher tinha uma observação contrária afirmando que não havia mudanças.

“Mas eu não tô vendo direto, eu chego lá e falo: “nossa, cresceu hein”. Minha mulher fala: “não, não cresceu não”. Mas não cresceu porque ela tá vendo toda hora. Eu não, eu chego lá e tô vendo ela toda diferente. Cheguei lá domingo passado, olhei, falei: “nossa, cresceu para caramba”. A muié: “não, não cresceu nada não, vai crescer”. (...) Então na segunda que eu fui lá falei: “ela tem os óio verde”. Rapaz, a menina tá com um mês, ela vai ter os óio verde. Eu to vendo os óio verde dela. A médica. A enfermeira falou: “Não, dá para ver os óio dela ainda não” “Mas eu tô vendo, ocê vai vê”. Ai a muié falo que os óio dela já passou para verde mesmo. Acertei né. Pelo menos uma né (risos). Tá linda! Olho para ela assim, falo: “Meu Deus do céu! Essa aí é minha mesmo.” (segunda entrevista)

O pai se exaltava com características que ele vislumbrava em sua filha, mas a dura realidade vivenciada vinha à tona quando sua esposa e a profissional de alguma forma apontavam a realidade de uma bebê prematura de muito baixo peso e internada. Parecia que a negação era tanta, que ele acabava, em alguns momentos, criando uma outra realidade.

A certeza de Alcides em relação ao progresso e avanços na saúde da bebê não ficavam evidentes, transparecendo seu estado de euforia que tentava negar a realidade. Relatava ver a cor do olho e o ganho de peso numa tentativa maníaca de dar vida a uma bebê de muito baixo peso que se encontrava em uma situação precária. Mas ele mesmo afirmava “*pelo menos acertei uma né*” (sic), mostrando que um lado de sua mente reconhecia de forma precária as ilusões que ele tinha em relação ao estado de saúde de sua filha. Era apenas enxergando características positivas que este pai podia sentir que esta filha lhe pertencia.

Segundo Winnicott (1982e), as fantasias onipotentes não são a realidade interna propriamente dita quanto uma defesa contra a aceitação da mesma ou negação da realidade interna pessoal.

O seio (mãe) é idealizado e indica uma desesperança quanto ao caos interno. Um seio introjetado e idealizado desta maneira domina o cenário. Tudo parece muito bem para o indivíduo, mas não tanto para seus amigos, pois um seio bom introjetado desse tipo precisa ser anunciado e o indivíduo torna-se um propagandista do ‘seio bom’. (WINNICOTT, 1982f)

Tanta euforia talvez tentasse mascarar o quanto o nascimento de Amanda trazia memórias ruins em relação ao trauma do falecimento de Pablo:

Você fica lembrando que seu filho faleceu no mesmo lugar. Vê teu filho lá entendeu. E não poder trazer ele embora. Dá agonia. A gente vai ter que viver isso aí mesmo, viver estes meses. Ficar rezando para o mês acabar sabe. Porque é difícil. Sinceridade. Eu não gosto de ficar lembrando do meu filho. Depois eu não fico bem. (primeira entrevista)

Viver uma situação muito parecida no mesmo hospital fazia com que ele revivesse as sensações de “*agonia*” (sic). Era preciso idealizar a bebê Amanda para afastar recordações e experiências traumáticas de uma situação em que a recuperação de seu filho não terminou bem.

A vivência e as memórias do nascimento, internação e morte de Pablo ficavam misturadas com o nascimento de Amanda.

Eu acho que o que aconteceu com o Pablo né, você entendeu? Num é para a gente ficar assim. Como é que vou te dizer. Porque quando ele nasceu foi uma alegria muito grande, minha sogra, minha mãe, o povo ficou tudo doido, tudo louco: “filho do Alcides nasceu, filho do Alcides nasceu!” Então já era para ter uma família assim formada né, mas: “mas cadê o nenê?”. “Tá no hospital, nasceu com uns problemas assim”. Aí começa aquele monte de circulação. Aí um vem e fala uma coisa. Outro fala outra coisa. Então cada um tem sua opinião. A gente não pode questionar ninguém. Mas quando ele nasceu foi uma felicidade grande. Agora também. Quando ela nasceu também o povo ficou tudo de orelha em pé. Tão doido para ela sair do hospital. O pessoal só pensa dela sair de lá, não pensa outra coisa. Pode conversar aí na vizinhança. A vizinha vem aqui todo dia e pergunta: “foi lá ver a Amanda? Como é que tá?”. “No dia que vocês for buscar vocês me falam”. Aqui tá uma especulação assim. A gente fica apreensivo de novo né. (primeira entrevista)

Parece que um outro medo de Alcides, era ter que viver novamente a perda de um filho como aconteceu com Pablo. A intensidade do sofrimento vivenciado pelo pai naquele momento foi muito grande, não apenas pela perda em si, mas pela frustração de não ter formado uma família como queria. Ali também, morria um grande sonho que já se frustrara anteriormente nas duas gestações que terminaram em abortos espontâneos.

Alcides ainda não suportava a idéia de ter perdido Pablo, não ter podido trazê-lo para casa e o nascimento de Amanda parecia vir para tentar completar esta história. Ficava difícil para o pai discriminar que as duas crianças não eram as mesmas apesar de histórias parecidas.

Acho que se não tivesse acontecido o que aconteceu a gente tava mais. Mais tranquilo. Se o Pablo estivesse com a gente hoje, estaria bem mais tranquilo, saberia que ele foi lá e voltou. Agora sabendo que ele foi lá e não voltou, fico com a outra no mesmo lugar. (primeira entrevista)

Marcado pela tragédia da morte do bebê Pablo, Alcides não pôde vivenciar, naquele momento, a internação de Amanda: voltava no tempo e ia ao encontro de um passado indigesto, que não podia ser elaborado: “*fico com a outra no mesmo lugar*” (sic). Nota-se, assim, uma sobrecarga emocional para o pai uma vez que a situação se repetia.

(sobre os pertences de Pablo) Tá guardado no guarda roupa as coisas que nós tem é roupa. Berço. O berço a gente vendeu. Ela não queria o berço para a outra criança dela de jeito nenhum. A Amanda assim. De jeito

nenhum. Vai comprar outro berço agora. As coisas que nem roupinha está tudo guardado. Agora, não deu para ninguém. Teve até gente que pediu. Não deu para ninguém. Tá do mesmo jeitinho. Tudo guardadinho no guarda roupa. Agora a roupinha dele mesmo. Que ele estava usando está tudo separada. Tá tudo no guarda roupa. E ela de vez em quando fica. Dá saudade. Eu falo para ela não pegar. Mas a gente também não pode. Ela se tranca no quarto. Eu não acho bom isso. Eu acho que é uma coisa que magoa a gente demais. A gente já carrega na cabeça, no coração. (primeira entrevista)

O berço comprado ainda na gestação de Pablo foi vendido após o seu óbito. Isso pode indicar alguma tentativa de enfrentar o luto desta situação. Mas o medo primitivo de que o “berço” (sic), no sentido do lugar que este bebê ocupava na mente de Alcides, fosse passado para Amanda e repetisse a tragédia da morte, estava sempre presente. Algumas coisas de Pablo, como suas roupas, ainda precisavam, segundo sua descrição, ficarem guardadas dentro da casa, “do mesmo jeitinho” (sic), possivelmente representando aspectos de sua mente que ainda não conseguiam passar por uma despedida.

Para Winnicott (1994c) um trauma é aquilo contra o que um indivíduo não possui defesa organizada, em que um estado de confusão sobrevém, seguido por uma reorganização de defesas. Estas defesas são de um tipo mais primitivo do que as que eram suficientemente boas antes da ocorrência do trauma.

Nos abortos espontâneos, morte de Pablo e nascimento de Amanda, Alcides passou a recorrer a negações e idealizações da nova realidade vivenciada, defesas mais primitivas que tentavam dar conta de vivências muito angustiantes.

4.2.4. Relação com a equipe no hospital

Quanto aos cuidados recebidos pela bebê no hospital, Alcides demonstrava sua ambivalência, ora insatisfeito com os cuidados dos profissionais, ora feliz com a ajuda que estava recebendo.

Porque a gente procura o médico, procura ele, procura e não vê ninguém. Aí não tem como não perguntar. Aí eles falam: “a gente não pode falar isso”, fala aquilo, “porque a gente não tá com a pasta completa na mão”. A única coisa que eles podem ver é peso, medida, então é a única coisa que eles olham. Então lá no hospital, pra mim tá excelente. Tratamento deles para mim é VIP, não tenho nada que reclamar não. Principalmente dos médicos que são excelentes médicos, que pra dentro das Clínicas tem médico bom. Se não for médico bom não fica nas Clínicas não entra. (segunda entrevista)

Mostrou o quanto estava insatisfeito em relação à dificuldade para encontrar os médicos e ter informações; como se os profissionais estivessem vendo sua filha de uma forma parcial, incompleta: *“a única coisa que eles podem ver é peso, medida, então é a única coisa que eles olham”* (sic). Queixava sobre a falta de alguns cuidados como o de não ser bem atendido, o sentimento de ser excluído do tratamento e a falta de informações referentes ao estado de saúde de sua filha.

Por outro lado, parecia idealizar os médicos ao dizer que eles tinham uma grande formação, que eram excelentes, tratavam as pessoas bem e possuíam prontuários com todas as informações de forma precisa sobre o quadro de saúde dos bebês. A sensação de impotência por ter um filho dependendo de tantos cuidados médicos gerou, possivelmente, uma situação na qual Alcides passou a investir toda esperança no hospital.

Pelo que a gente já viveu. Assim. Não sabe da história da gente ou não pegou o prontuário para ver sabe? Porque no prontuário de lá tem tudo. Mas eu não tenho assim nada de reclamar dos médicos não. Os médicos é tudo de bom. A gente conversa com eles lá e eles dá as explicações deles entendeu. Quando é bom eles também dá. Quando é ruim eles tem que falá. Que nem cá gente. Eu se ver alguma coisinha errada eu vou lá e pergunto para a enfermeira. Eu pergunto para todo mundo. Mas, às vezes, a mulher fala: “não, você tem que perguntar para a médica”. Eu falo: “não, mas tá todo mundo aqui dentro mesmo”. Pergunto para um, pergunto para outro: “ não, mas quem tá tomando conta é aquela lá” “Ah, mas você tá mais perto, você está passando aqui mesmo né”. (primeira entrevista)

Provavelmente, o pai vivenciava uma sensação de desamparo ao buscar informações sobre sua filha. Pensava, em alguns momentos, que os médicos conheciam toda a situação, pois tinham prontuários, tecnologia e formação, atribuindo a eles, o poder de garantir a sobrevivência de Amanda. Mas esta confiança colocada nos médicos falhava quando entrava em contato com a realidade de uma filha que corria risco de vida.

O pai tentava constantemente, consolar-se com informações, que, em sua opinião, não eram dadas. Ficava tão desesperado que não conseguia esperar a informação dos médicos, pedindo ajuda literalmente para qualquer profissional da saúde que passava mostrando-se claramente ansioso e com dificuldade para tranquilizar-se.

Sobrevivia psiquicamente às angústias e medos de perder mais um filho no hospital. Sentia-se desamparado durante a internação de sua filha, os cuidados que recebia no hospital não eram suficientes para alentar tal sofrimento. Alcides também precisava muito de ajuda, como se ele estivesse tentando amparar sua própria dor para ir ao encontro de sua filha, mas ao mesmo tempo não suportava tanta angústia sozinho.

Eu pergunto. Pergunto como é que tá a nenê. Se ela está mamando. Se ela engordou. Como é que está o procedimento. Eu pergunto todo dia. (...) Eu não pus culpa nos médicos. Eu não pus culpa em ninguém. Eu acho que foi um fato que aconteceu sem. Eu acho que um médico não vai fazer uma maldade dessas. Porque ele tá ali tomando conta. Olhando. Entendeu? Dando leite. Então, eu acho que o médico não teria coragem de fazer um negócio deste com a criança, com o recém nascido. Se ainda fosse uma pessoa de idade que nem passa na televisão, que eles pedem para morrer. Aí. (risos) Aí é outra coisa né? Mas ali eu acho que não teve maldade de ninguém entendeu? (primeira entrevista)

Transparecia o pavor das fantasias de possíveis maus tratos à filha no hospital, pelos profissionais. Assim, era projetado na equipe hospitalar as fantasias onipotentes de poder e cura, que se rompiam facilmente. O desamparo e temor de morte emergiam em vivências de vulnerabilidade e Alcides atribuía também à equipe todo o poder de fazer mal à sua filha. É possível perceber, que, em muitos momentos, o medo beirava a desconfiança achando que os profissionais escondiam coisas e fugiam dele para não falar a verdade.

Era um desespero para Alcides imaginar que poderia haver algum tipo de crueldade nos tratamentos e associava a esta idéia ao fato de que Pablo morreu de infecção hospitalar, o que inclusive o levou a pensar em processar os médicos pela morte do filho.

Acho que a médica. Acho que não deveria esperar a gente conversar, pedir alguma informação. Eu acho que a médica deveria chegar para os pais porque já conhece os pais que já tão na maternidade entendeu? Ela deveria chegar nos pais e falar como está a criança. Tem que ficar andando atrás deles. Que nem tem dia que a gente não acha ela. Tem dia que ela tá ali. Mas na hora de conversar com os pais ela some. É sério! Aí você procura ela e ela não está lá. Minha mulher fala: “vai lá ver se a médica está lá?”. Eu vou lá e nada. Acaba a hora da visita e tem dia que a gente acaba não perguntando, não sabendo. Quem fala para a gente é as enfermeiras que tomam conta. Algumas falam. Tem umas que não falam: “isso daí é com a médica. A gente num. A prancheta tá com a médica”. Então ela sabe o peso, tem que conversar com ela. Mas tem dia que você não acha. Num sei se elas se escondem da gente ou se elas tem outras coisas para fazer também no hospital. Então a gente nem. (...) É um monte de ansiedade que fica. Porque se a médica chegasse para a gente e falasse: “olha a Amanda está assim, tudo bem”. A gente vai lá e vê que ela está tudo bem, só que a gente. Só o prontuário que sabe do dia-a-dia como é que está funcionando né. Mas tá super bem. Ela está ótima. Conversamos com a médica ontem ela disse que está ótima. Não rejeitou o leite. Não precisou fazer a cirurgia no coração. Porque nasce com sopro né. Eles falam que é um buraquinho ali no coração. Então não precisou fazer também. Ela nasceu perfeita. O pulmãozinho dela também está ótimo. Tá respirando sozinha. Isso agradou a gente demais, animou mais um pouquinho. Pelo menos a gente não fica com aquele monte de aparelho, no pulmão, no coração. Para medir. Para ver como é que estava. Mas agora não. Graças a Deus. Agora tá mamando. Para mim começo a mamar já está bom, entendeu? Só dela começar a mamar e não rejeitar o leite da mãe entendeu? Já para mim. Já foi ótimo, sem problema. (primeira entrevista)

Alcides estava numa situação impotente porque, diferente de um pai de um bebê nascido à termo, ele não conseguia ter confiança no que via, sentia que dependia muito da verdade médica: “só o prontuário que sabe” (sic). Não podia tocar sua filha, sentir a temperatura, ver como estava a respiração, o corpo. Dependia a todo tempo do olhar médico. Tal dependência gerava muita expectativa, e neste relato pôde transparecer a sua raiva e seu cansaço da situação de desamparo que vivenciava no hospital. Esta posição de dependência quase absoluta com submissão e desconhecimento o levava a estados de ânimo de desespero.

Ele mesmo afirmou que, quando era escutado pelos médicos e obtinha as informações que precisava podia se sentir mais aliviado pelo estado de saúde de Amanda. Quando acolhido pelos profissionais ele não se sentia tratado de uma forma fria e técnica: “a gente não fica com aquele monte de aparelho, no pulmão, no coração. Para medir. Para ver como é que

estava” (sic). Nestes contextos o pai saía desta posição quase mecânica de órgãos com aparelhos, para uma vivência emocional mais integrada.

Winnicott (1982e) afirma que quando o indivíduo está em um estado dependente e necessitando de apoio ao ego (*holding*), a percepção da falha do ambiente cuidador leva o indivíduo a ficar furioso, apropriadamente, ao invés de traumatizado.

Em seus relatos, percebe-se que Alcides ficou se sentindo muito dependente dos profissionais, o que gerava raiva não expressa, desespero e confusão mental e parecia não poder expressar sua raiva diante das falhas.

Nos momentos em que o pai teve seu contato com a bebê, facilitado pelos profissionais da saúde, relatou sentir-se potente no contato com sua filha.

Mas é gostoso viver o momento. Eu gosto né. Fico apreensivo. Mas é gostoso né. Se vai lá. Vê ela. A médica. A enfermeira pega. Porque tem enfermeira que não pega. Só quando tiver com peso. Mas tem enfermeira que pega. Deixa a gente dar um cheirinho. Fazer alguma coisinha. Isso eu acho que ajuda mais. (primeira entrevista)

A raiva e desconfiança da equipe eram amenizadas quando uma enfermeira que pegava a bebê facilitava seu contato com a filha tornado-o possível: “*deixa a gente dar um cheirinho*” (sic). O afeto paterno pela bebê podia ser expresso, fazendo diminuir as angústias que este pai sentia no contato com sua filha internada.

Em contato com ela (bebê). Eu converso, brinco. Só não dá para levar para casa né (rimos). Dá vontade. Sabe, outro dia a médica pegou ela no colo para a Paloma beijar ela né. Beijou ela. É gostoso demais cara. Sentir o cheirinho sabe? É muito bom, viche. Eu fico falando que quero levar ela embora sabe? Peço para a médica lá. Para a enfermeira lá: “não tem jeito de levar ele embora não?”. Ela fala que não pode. Ela falou que daqui uns vinte dias. Aí, ela vai subir. Passar para o oitavo andar né. Para depois descer para baixo para ir embora né. Ah, mas aí eu falei para ela: “este mês vai acabar rápido”. (primeira entrevista)

As ansiedades persecutórias eram de alguma forma apaziguadas pela presença continente da equipe, que fica claro nesta situação em que a médica pegava a bebê no colo e

dava para a mãe beijar. Ela explicava a situação para o pai que precisava expor suas ansiedades, mesmo que de forma brincalhona ou maníaca relatando o quanto não suportava a lentidão deste processo.

A possibilidade do contato físico e emocional era importante para o desenvolvimento da criança e para o pai da bebê, que podia sentir-se mais próximo de sua filha: “*é gostoso demais cara. Sentir o cheirinho sabe?*” (sic). Podia confiar mais nos cuidados do hospital e ter mais esperança na melhora do estado de saúde de sua filha.

Segundo Winnicott (1994b), o especialista precisa proporcionar um relacionamento humano natural e de livre movimentação dentro do *setting* profissional, uma forma de sustentação (*holding*), na qual o indivíduo se surpreende com a produção de idéias e sentimentos que não estiveram anteriormente integradas na personalidade total, recriando nele certa capacidade na obtenção de auxílio e de confiar naquele que o oferece.

Ainda segundo Winnicott (1994c) existe um processo natural em todo indivíduo que o faz progredir na medida que existe um meio ambiente facilitador que se adapta às necessidades mutantes decorrente do crescimento. Em um meio ambiente facilitador deste tipo, o indivíduo passa por um desenvolvimento integrador.

A enfermeira vem chegando e fala: “já chegou o pai coruja já. Esse aí é coruja mesmo. Outros pais vem aqui, mas esse daí eu vou te falar a verdade”. Eu chego lá e falo para a mulher. “Rouba ela lá para eu poder pegá ela um pouquinho”. “Mas só um pouquinho que daqui a pouco ela vai mamar”. Eu falo: “não, você põe ela no meu colo e ela mama no meu colo vai, o que tem? Aí ela... Colocou na seringa e ela (faz barulho de nenê mamando) (risos). É um barato... Demais cara. (segunda entrevista)

Parece que neste momento o contato era feito com brincadeiras e flexibilidade por parte da profissional que gerava confiança no pai e oferecia apoio para que pudesse entrar em um contato pele a pele com sua bebê. É como se a enfermeira estivesse reafirmando suas condições de ser um bom pai, como se ela estivesse alimentando no pai a confiança e a esperança dele ser capaz de assumir cuidados da bebê junto com a mãe.

Nas palavras de Gomes (2006):

para que aconteça uma comunicação efetiva, é necessário que a equipe possa ouvir as dúvidas dos pais, respondendo as questões que vão surgindo ao longo da internação. É importante esclarecer os pais sobre o estado geral do bebê, podendo respeitar as suas possibilidades de entrar em contato com a situação. Todo este trabalho exige um esforço e atenção em relação aos pais e a equipe precisa perceber as possibilidades e dificuldade que eles apresentam em relação ao bebê nos diferentes momentos da internação.

4.2.5. Fantasias em relação aos futuros cuidados com a bebê

Com a possibilidade da bebê voltar para casa, Alcides passou a se preocupar com os cuidados no espaço doméstico. Pensou seriamente em um cercado para isolar a seu cachorro ou até tirá-la de casa, pois achava que a presença desta poderia prejudicar a bebê.

Ela é assim. Uma pessoa. Uma criança prematura. Ela tem que ter os cuidados que os médicos já falou para a Paloma. Com poeira. Entendeu? Com negócio de cachorro. E a gente tem cachorro né? Eu acho que esta semana já vou fazer uma cerca lá em casa e vou separar o cachorro para não ter problema assim. De pêlo do cachorro. (segunda entrevista)

Frente ao temor e insegurança, assumem uma postura ativa, muito preocupada com a higiene de uma forma obsessiva.

Eu chego em casa eu nem como. Eu limpo daqui. Limpo de lá. Passo pano. Jogo álcool. Comprei uns tubo de álcool lá. Tá guardado. Aí eu jogo álcool para lá. Passo no chão. Porque a médica falou que o álcool serve para matar os germes. Jogo álcool para todo lado. Jogo álcool nas paredes e até no teto se precisar. Mas tem que limpar. Eu limpo certinho. Mas eu tô preocupado mesmo é com o cachorro, entendeu? A minha preocupação é com o cachorro. (segunda entrevista)

Parecia querer evitar que a filha se contaminasse com alguma coisa. Talvez, por isso, o cuidado chegava a ser exagerado: “*jogo álcool para todo lado. Jogo álcool na parede e até no teto se precisar*” (sic), reconhecendo que a criança estava numa condição especial de

fragilidade. Poderia ser o medo de uma nova infecção como aconteceu com seu outro filho e que a criança viesse a falecer dentro de casa. Talvez por isso o pai exagerava nestes cuidados: *“a única preocupação que eu tô quando ela vim embora é essa preocupação com o cachorro. Porque eu não quero que ela tenha contato com nada.”* (sic) (segunda entrevista)

Winnicott (1994d) relata que um aspecto importante do comportamento obsessivo é a confusão que ele implica, pois, na doença, a arrumação, que é compulsiva, é inútil. Um certo grau de confusão é inconscientemente mantido a fim de ocultar um fato muito simples: o triunfo do mau sobre o bom, do ódio sobre o amor, da agressão sobre a capacidade de preservação. Ainda segundo este autor, nos estados obsessivos existe uma incapacidade de tolerar o humor depressivo.

Não seria através destas defesas obsessivas de limpeza que Alcides estaria tentando livrar-se das agonias e das angústias por ter que cuidar de sua filha em casa longe da ajuda especializada do hospital?

O cachorro não era sua única preocupação e também era impossível que a bebê não tivesse *“contato com nada”* (sic). Mas esta foi a forma que este pai encontrou para expressar a preocupação que tinha com a saúde da sua bebê. Idealizava uma proteção que a tirasse de qualquer perigo tentando cercar de cuidados a bebê e trazia para si, fantasias onipotentes. Era projetado na figura do cachorro todos os riscos e perigos e fantasiava poder evitar o contato com seus medos: *“mas tá bem, eu espero que dê tudo certo, na hora que ela vim embora, que nada de mal vai acontecer não. Eu tenho certeza que. A sogra também é coruja sabe. Limpá tudo. Direto. Uma poerinha e ela tá correndo atrás dela”* (sic). (segunda entrevista)

A limpeza aqui também pode simbolizar o cuidado que Alcides estava tendo com sua filha prematura, e para isso contava com a maternagem de sua sogra. Mas em outro momento este expressava revolta com o precário apoio que recebia dos familiares. Alcides parecia precisar de mais amparo na situação que vivenciava.

Não pode ficar indo visita. Que nem. Minha mãe mesmo não tá indo no hospital. Na verdade ela nem foi ainda. Falei para ela: “mãe, lá a visita é de quinta e sábado.” Aí ela falou assim: “eu tenho medo de ir lá. Prefiro esperar ela vir para casa”. Que nem, a Dona Judite (sogra), eu acho que ela viu ela (bebê) uma vez só. Foi no dia que ela nasceu ou com uma semana, não sei. A Dona Judite fica assim. Fica com medo de ir lá assim e passar alguma coisa. De contaminar alguma coisa. Então acaba não indo. A minha mãe não foi também. A minha irmã queria ir também, mas falou: “ah, deixa para lá, eu também não vou lá não”. Então o povo tá tudo estressado. Quando eu vejo minha família, meu irmão ele pergunta: “como tá a menina?” “Tá bem.”. “Na hora que ela sair nós vai vê ela”. Falei assim: “na hora que sair é que vai piorar mesmo. Aí que não vai ver mesmo. Vai ver ela só depois que ela tiver mais grande, porque não pode rodiando muita gente envorta não”. “Ah. Por que?”. “Porque tem isso, isso, isso”. Expliquei para ele. Aí ele falou: “então deixa ela ficar mais grandinha, depois nós vai vê”. Mas tá bão. (segunda entrevista)

Neste discurso demonstrou insatisfação por seus familiares não visitarem a bebê como ele queria. Justificou que estavam estressados, mas parecia que ele estava com raiva. Contou que sua irmã e seu irmão também não foram visitar a bebê no hospital. Alcides parecia manifestar sua raiva falando que quando a bebê fosse para casa eles também não poderiam vê-la justificando que seria mais difícil: “na hora que sair é que vai piorar mesmo” (sic).

A falta de um *holding* familiar dificultava sua experiência. Não podia ser acolhido em suas angústias e não parecia capaz de esperar e conviver com o processo de alta para levar a bebê para casa com tranquilidade. Diante do seu desamparo ele tentava “limpar”, cuidar do ambiente para a sua bebê sentir-se acolhida em sua casa e com isso amenizar seus perseguidores internos. As falhas no contato com sua família e com a de Paloma promoviam mais inseguranças e a necessidade de se defender das angústias de um difícil contato com uma bebê de muito baixo peso e prematura.

4.2.6. Vivências como marido e pai

O nascimento e a internação da bebê geraram conseqüências na vivência de Alcides como marido:

“Tem hora que eu fico pensando. A minha mulher falando comigo. Ela fala que eu não presto atenção nela. Principalmente quando ela saiu do hospital. É muito difícil, entendeu? (...) Quando eu falo para você. O Pablo faleceu e ela falou que eu ia largar dela. Eu jamais ia. Com a Amanda nascendo. Eu acho que a convivência entre a gente vai melhorar bastante. A gente tem a vida da gente. Não tem casal que não briga. Falar que tem casal perfeito não existe. Uma cabeça nunca vai pensar igual a outra entendeu? Você tem uma mente. Ela tem outra. Eu tenho outra. Cada um vive do jeito que sabe. (...) Porque ela falava que eu. Que ela não podia dar um filho para mim cê entendeu? Estas coisas. Cabeça dela. Jamais largaria dela por causa disso. Num consigo pensar assim. Deu largar dela porque nosso filho morreu. Num tem. Eu seria um covarde entendeu. Eu não consigo fazer isso. (Primeira entrevista)

Foi possível identificar no relato, fantasias ou desejos de abandonar sua mulher quando esta não lhe dava a possibilidade de ser pai. Identificou-se também fantasias de que sua mulher não foi potente para levar a gestação até o fim, sendo responsável pela prematuridade da bebê.

Mas a gente vai levando né. Tem que levar né. Eu esperava que ela segurava mais um pouquinho até os oito mês entendeu? (...) A gente entende porque todo mundo tem os problemas. E também não num, num, num (gagueja) critico ela por ela. Porque eu entendo. Porque a coisa que eu mais quero é a Amanda em casa entendeu? (primeira entrevista)

Colocava em Paloma a responsabilidade por possíveis danos de sua vida como pai, por ela ter engravidado fora de hora. Acusava-a internamente por não ter esperado a hora certa de engravidar. Falava da gravidez como se não pertencesse a uma decisão ou a uma responsabilidade do casal, mas sim, uma culpa de Paloma que não se preveniu como deveria.

Segundo Soifer (1986), o maior perigo neste tipo de situação, no qual surgem mecanismos dissociativos para enfrentar a dor projetando no outro a culpa pela perda ou má-formação do bebê, é se esta projeção intensa se tornar definitiva e culminar na dissolução do vínculo entre os cônjuges. A autora observou um alto percentual de casamentos desfeitos por este tipo de ocorrência.

Demonstrava o quanto era importante para ele ter uma filha e o vínculo com sua esposa antes desta gestação.

Eu até conversei com a Paloma de tentar a última vez. Tentar mais uma vez, que é esta com a Amanda. Se caso Deus me livre que aconteça um negócio deste. Mas esta foi a última mesmo. Eu não tento mais pelo que ela sofre na gravidez. Acaba. A gravidez acaba com ela assim. Então eu acho que mais uma gravidez. Eu sei lá. Eu acho que ela vai ficar muito abatida sabe. Ela já ficou com esta entendeu. Ainda está com os pontos na barriga. (primeira entrevista)

Descreveu o sofrimento que era para a sua esposa ficar grávida e quantas cicatrizes emocionais ficaram depois desta vivência: “*ainda está com os pontos na barriga*” (sic). Mas ao mesmo tempo, pareceu ficar dividido entre não prejudicar sua mulher com mais uma gravidez e satisfazer o seu desejo de ser pai. Alcides exigia que ela tivesse um cuidado muito especial com a filha e desconfiava das condições internas dela como mãe para oferecer cuidados à bebê.

“Você tem que ter mais a cabeça no lugar porque você tem a menina para ocê cuidar”. Ela falou: “não bem, pelo amor de Deus, a menina não esqueço jamais. Tem que dar naquele dia, é aquele dia.” (segunda entrevista)

O marido descreveu a mulher como uma pessoa que não tem a “*cabeça no lugar*” (sic), e seguia outra crítica.

“Uma que ela não fez o resguardo dela certinho. Não guardou. No resguardo ela não ficou deitada, ela ficou praticamente andando. Então acho que isso também dá uma afetada, sabe. Eu falei para ela: “amor, fica quieta um pouco”. Ela fala: “não consigo”. (...) (segunda entrevista)

O pai sofria por ter que dividir a atenção e cuidados da mulher com uma filha que requeria cuidados especiais e parecia estar sofrendo com a perda: “*eu falei: você pode esquecer de mim, porque o cê vai ter que ficar vinte e quatro horas ligada. A nenê de três em três horas ela tá chorando de fome também.*” (sic) (segunda entrevista)

Alcides parecia estar lamentando a perda da função materna que a esposa tinha para com ele. Assim era dava esta nova vivência numa nova configuração familiar na qual a Paloma teria que despender cuidados para duas pessoas (Alcides e Amanda). Ao mesmo

tempo que Alcides incentivava Paloma no cuidado da bebê, parecia sentir este envolvimento da mãe com a bebê como uma exclusão.

Alcides dependia da maternagem que sua esposa exercia em sua vida. Segundo ele, sua esposa tinha que vigiar para que não voltasse às drogas e ainda, ficar chamando a atenção dele em relação às suas brincadeiras, diante de um assunto tão sério. As descrições relacionadas à Paloma beiravam um simbolismo de uma mãe que cuidava dele em excesso por ser muito preocupada e ele parecia ocupar o papel de filho brincalhão irresponsável que a provocava.

Expressou-se como se sua mulher cuidasse dele e agora tivesse que cuidar da bebê. Talvez, nesse mesmo sentido, descrevia a frustração que era ter que ficar longe de sua esposa.

Agora esse negócio da gente ficá separado tá muito difícil também porque é ruim a gente fica separado. A gente acostuma você entendeu? Ficar com a pessoa ali. Não tem comida. Eu mesmo que cozinho. Aí na hora da janta não tá pronta. Então fica ruim acho que pros dois lados, sabe? Porque ela não consegue ficar longe e eu também não consigo ficar longe. A gente acostumou. E a gente quer ficar nós três juntos. Não vejo a hora da Amanda vir embora e a gente realmente se tornar uma família. (segunda entrevista)

A separação imposta pelo nascimento da bebê trouxe um trauma para Alcides e sua família. Alcides, de alguma forma, tentava se manter unido à Paloma para evitar que a família viesse a se diluir nos difíceis momentos da internação de sua filha Amanda. Alcides relatava a importância de ficar junto, uma forma de se manter unido com sua nova família para superar a prematuridade de Amanda.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Se procurar bem você acaba encontrando.
Não a explicação (duvidosa) da vida,
Mas a poesia (inexplicável) da vida” (Drummond)

Este estudo procurou compreender os significados atribuídos ao nascimento e internação de um bebê prematuro de muito baixo peso na perspectiva dos pais. Analisando o caso, foi possível perceber que alguns pais de bebês prematuros chegam ao serviço de uma UTI neonatal trazendo feridas emocionais e necessidades que serão expressas durante o tempo de internação no hospital.

A experiência de ter um bebê prematuro, assim como em outras experiências de ruptura, em que o ser humano entra em contato com sua fragilidade e com uma realidade dolorosa, mobiliza angústias muito primitivas. Neste contexto, o indivíduo fragilizado sofre grande dor psíquica e aciona os mecanismos defensivos que dispõe para contê-la. Assim, é possível que, à medida que os pais encontrem na equipe condições de *holding* e contenção de angústia, possam se reorganizar psiquicamente.

Cecilio (2001) ressalta que as necessidades de saúde são mais amplas que a demanda explícita e exemplifica que tais necessidades podem estar atreladas a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida ou a procura de um vínculo afetivo com algum profissional, entre outras. Ele observa que um paciente traz consigo uma “cestinha de necessidades” (CECILIO, 2001, p 116) que precisam ser de alguma forma, escutadas, traduzidas e decodificadas pela equipe de saúde para atender da melhor forma possível tais necessidades que são sempre complexas e necessitam ser captadas em sua expressão individual.

Merhy (2002) relata que no campo da saúde o objeto não deveria ser a cura e sim o cuidado. Neste sentido, aponta-se a importância de sensibilizar os profissionais para um olhar mais atento às nuances emocionais das relações pais-bebês, para que não se faça do atendimento uma escuta estereotipada baseada em conhecimentos pré-estabelecidos que não permitem a fertilidade do contato com o novo e o desconhecido que surge a cada dia em uma UTI neonatal.

O mesmo autor afirma que quanto maior a composição do conjunto de saberes de que dispõe os profissionais para a ação de atos de saúde, maior será a possibilidade de se compreender o problema de saúde do usuário e maior a capacidade de enfrentá-lo de modo adequado. (MERHY, 2002)

Se a equipe de saúde estiver aberta às necessidades dos pais de crianças prematuras, o que inclui traduzir e decodificar as necessidades de saúde atendendo-as da melhor forma possível, visando a promoção de cuidado, mais preparados estarão os pais para se tornarem melhores cuidadores de seus filhos. Os cuidados oferecidos aos pais ajudam a promover a segurança necessária para que eles se sintam confiantes e capacitados para cuidarem de seus filhos.

Segundo Wilson (1984) a tarefa primordial do hospital é possibilitar aos pacientes, suas famílias e à equipe profissional aprenderem a partir da experiência da doença e da morte. Ou seja, um hospital tem ricas possibilidades de tal aprendizado se os diferentes atores que compõem este contexto puderem aproveitar tais situações para o próprio amadurecimento enquanto pessoa humana.

Olhar para estes pais de forma parcial não possibilita perceber as suas necessidades. Ao apresentar algumas das dificuldades enfrentadas pelos pais estudados, Alcides e Paloma, espera-se mobilizar os profissionais de saúde a refletirem sobre estas dificuldades, até porque, muitas vezes, como no caso descrito, trata-se de ansiedades muito primitivas.

Se os profissionais puderem acolher as angústias destes pais, o hospital pode funcionar como um ambiente suficientemente bom, que pode conter os sofrimentos dos pacientes/pais que são expressos na vivência de internação em pedidos de socorro e ajuda. Se o hospital puder sustentar as experiências de ansiedade e dor, poderá alcançar as ansiedades primitivas que estes pais vivem e produzir crescimento emocional, tanto para a família, como para a equipe de saúde, estabelecendo uma parceria que proporciona amadurecimento. Este círculo benigno de ajuda faz com que os pais se tornem capazes de tolerarem seus próprios conflitos emocionais (WINNICOTT, 1982k).

No presente estudo foram apresentadas dificuldades dos pais que vão além do luto por estarem diante de seu filho que nasceu prematuro. Os cuidadores são envolvidos por uma situação de muita ansiedade que faz brotar antigas feridas internas de suas histórias, além de outras nuances que só podem ser entendidas e vivenciadas se os profissionais estiverem abertos emocionalmente ao cuidado dos familiares do bebê. A análise do caso tentou abordar tal temática apresentando conteúdos emocionais mais profundos que não são possíveis de serem captados se não houver uma disponibilidade interna para acolher o outro de forma integral.

É preciso dizer que não se trata de uma visão ingênua e romântica, mas de uma perspectiva de mudança, que envolva um olhar atento do profissional a si mesmo e ao seu potencial humano para que seja possível construir espaços de reflexão que promovam o desenvolvimento da equipe de saúde, de tal sorte que amplie as competências para estar diante do outro que é diferente e exige um posicionamento humano: dilatar a própria vida para abarcar a vida do outro.

Mas, para que a equipe possa oferecer este tipo de ajuda aos usuários do serviço é necessário que esta mesma equipe também receba cuidados. Um profissional não consegue, muitas vezes, adentrar nas intimidades de um familiar e acolher suas necessidades por não

vivenciar o cuidado dentro de si mesmo. Os profissionais vivenciam muitas angústias, que passam despercebidas no cuidado com os pacientes e à própria equipe no hospital. Críticas às posturas profissionais da equipe acabam não captando a carência de muitos daqueles que se dispõem a oferecer ajuda, mas não sabem como ajudar ou como pedir ajuda em situações de dificuldade.

Wirth (2000) afirma que, assim como as mães precisam ser auxiliadas pela equipe na tarefa de se vincularem e cuidarem de seus bebês, a equipe também precisa ser auxiliada para poder conter suas ansiedades. Desta forma, este estudo traz consigo a preocupação de poder sensibilizar, através das análises aqui feitas, os profissionais da saúde de tal sorte que ampliem a compreensão, através do caso estudado, acerca da complexidade emocional das vivências dos pais de bebês prematuros.

Foi possível descrever aspectos humanos dos pais que passam despercebidos quando o profissional está treinado a um olhar técnico e focal. Destaca-se assim, a necessidade de aproximação emocional entre profissional-usuário que possibilite entrar em contato com o sofrimento e a dor que só serão apresentados se houver abertura por parte do profissional para encontrar o ser humano que ali pede ajuda. A tarefa de se despir de olhares técnicos voltados para a racionalidade científica que não levam em conta a singularidade e a subjetividade presente em cada caso é árdua e às vezes, quase impossível, mas talvez, a única possibilidade de encontro entre pessoas.

É necessário um olhar que atravesse jargões que tranquilizam a mente, mas evita a penetração em aspectos da vivência humana. Ayres (2001) afirma que, no campo da saúde, curar, tratar e controlar tornam-se posturas limitadas e supõem relações estáticas entre usuários e profissionais que são condenadas à negatividade da doença para definir saúde. Ele propõe que se cuide do usuário passando pelas competências técnicas, mas não se restringindo a elas: algo mais rico que inclua dimensões afetivas, éticas e estéticas.

Foi assim que se conheceu mais à fundo a vida de Paloma como sua problemática ímpar nas suas vivências e tentativas de ser mãe, mas com um potencial de luta e sobrevivência psíquica significativo: a luta que ela estabelecia dentro de si em tentar manter o ideal de poder ser mãe. Ou Alcides, com sua aparente “felicidade” que escondia angústias de um homem com uma história de vida difícil e sua luta em criar vínculos fora do cerco das drogas: o sonho de poder gerar uma família.

Entre os cinco casais estudados, Paloma e Alcides de alguma forma se destacaram. Ao mesmo tempo em que apresentavam situações comuns à vivência de outros pais eles traziam questões emocionais mais amplas que a vivência de pais de bebês prematuros de muito baixo peso. Foi a partir daí que se percebeu a necessidade de um olhar mais apurado que ampliasse as problemáticas já relatadas e conhecidas na literatura. Ao estar aberto às vivências de Paloma e Alcides percebeu-se que este casal necessitava muito mais do que profissionais preocupados com sua filha internada.

Para Winnicott (1999) a verdadeira ciência deve suportar uma infinidade de dúvidas e a existência do vazio. As angústias do não saber devem ser estímulos para o trabalho, pois em qualquer corpo teórico existem limitações. É a partir deste reconhecimento da ignorância que se pode inclusive alterar a teoria a partir de novas experiências. Este autor afirma que a idéia do conhecimento acabado é o pesadelo do cientista.

Acreditamos que este estudo possa em alguma medida estimular aqueles que pretendem repensar e desenvolver novos sentidos nas práticas do cuidado em saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A. A Paternidade. In: ABERASTURY, A; SALAS, E. J. **A paternidade: um enfoque psicanalítico**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1991. p. 41-87.

ALVES-MAZZOTTI, A.J. Usos e abusos dos estudos de casa. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, vol. 36, n. 129, p. 637-651, dec. 2006

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 6, n.1, p. 63-72, 2001.

BICK, E. Notes on infant observation psychoanalytic training. **International Journal of Psycho-Analysis**, London, vol. 45, p. 558-566, 1964.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, 2002. 239p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BRAZELTON, B.T. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. 208 p.

BRUM, E.H.M.; SCHERMANN, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Revista de Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 2, p. 457-467, jun. 2004.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro. IMS-UERJ/ABRASCO, 2001. P. 113-126.

GAÍVA, M.A.M.; SCOCHI, C.G.S. Processo de trabalho e saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Revista Latino-America de Enfermagem**, vol. 12, n. 3, p. 469-476, maio-junho 2004.

GOMES, M.M.F. **As repercussões familiares da hospitalização do recém-nascido na UTI neonatal: construindo possibilidades de cuidado**. 1999. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1999.

GOMES, I. C ; PAIVA, M. L. S. C. Casamento e família no século XXI: possibilidade de holding? **Psicologia em Estudo**, vol. 8, n. 3-9, 2003.

GOMES, A.L.H. A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: a possibilidade de intervenção da equipe multiprofissional. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, vol. 2, n. 2, dez. 2006.

KLAUS, M.H. ; KENNEL, J.H. Assistência aos pais. In: KLAUS, M.H ; FANAROFF, A.A. **Alto risco em neonatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1992. p.139-155.

LINHARES, M.B.M. Prematuridade, risco e mecanismo de proteção ao desenvolvimento. **Temas Sobre Desenvolvimento**, São Paulo, vol.12, p. 18-24. 2003.

LOBO, S. As condições de surgimento da “mãe suficientemente boa”. **Revista Brasileira de Psicanálise**, vol. 42, n. 4, p. 67-74, dez. 2008.

LUBCHENCO, L. O. Determinação de peso e idade gestacional. In: AVERY, G. **Neonotogia**. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 1984. p. 207-227.

MARQUES, C.S.B. Classificação do recém-nascido segundo idade gestacional e nascimento fetal. In: PACHI, P. **O Pré-termo: morbidade, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Roca, 2003. p. 23-40.

MERHY, E.E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189p.

PERLOE, M.; GAIL, L. **Miracle babies and other happy endings for couples with fertility problems**. 1995. 275 p.

ROCHA, M. P. **Elementos da Teoria Winnicottiana na Constituição da Maternidade**. 2006. 138f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – PUC São Paulo, São Paulo, 2006.

RUGOLO, Ligia Maria Suppo de Souza. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, vol. 81, n. 1. 2005.

SAFRA, G. Investigação em psicanálise na universidade. **Psicologia USP**, São Paulo, vol. 12, n. 2. 2001.

SAFRA, G. **A Po-ética na clínica contemporânea**. Aparecida: Idéias e Letras, 2004. 160p.

SLUCKIN, M.; HERBERT, M.; SLUCKIN, A. **Vínculo materno**. São Paulo: Edições Paulinas, 1990. 99p.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1986. 128p

SOLIS-PONTON, L. **Ser pai, ser mãe**: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio. São Paulo : Casa do Psicólogo, 2004. 261p.

SPITZ, R.A. **O primeiro ano de vida**. São Paulo : Martins Fontes, 1965. 279p.

STAKE, R.E. Case Studies. In: DENZIN, N.K. ; LINCOLN, Y.S. Handbook of qualitative research. London : Sage, 2000. p. 435 – 454.

STERN, D. **A constelação da maternidade**: o panorama da psicoterapia pais/bebê. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 212 p.

STJERNVIST, K.M. Extremely low birth weight infant less than 901g. Impact on the family during the first year. **Scandinavian Journal of Social Medicine**, Stockholm, vol. 4, p. 226-33.1992.

TRONCHIN, D. M. R. TSUNECHIRO, M. A. Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.14, n.1, p.93-101. fev 2006

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humana. Petrópolis: Vozes, 2003, 688 p.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Hospital das Clínicas. **Hospital**. Ribeirão Preto, [s.d] Disponível em: <<http://www.hcrp.fmrp.usp.br/gxpsites/hgxpp001>>.

VASCONCELOS, M.G.L. ; LEITE, A.M. ; SCOCHI, C.G.S. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, vol. 6, n. 1, p.47-57. jan./mar. 2006.

WILSON, M. Saúde atitude e valores. In: TAPS. **Saúde da comunidade**: um desafio. São Paulo: Ed. Paulinas, 1984. p. 6-14.

WINNICOTT, D. W. O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: _____. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. cap 9, p. 153-162.

WINNICOTT, D. W. **A Criança e o seu mundo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979, 270p.

WINNICOTT, D.W. Preocupação materna primária. In: _____. **Textos selecionados**: da pediatria à psicanálise. 2ª Edição. Rio de Janeiro: F. Alves, 1982a. p.491-498.

WINNICOTT, D. W. Psicose e cuidados maternos. In: _____. **Textos selecionados:** da pediatria à psicanálise. 2ª Edição. Rio de Janeiro: F. Alves, 1982b, p.40-54

WINNICOTT, D. W. O ódio na contratransferência. In: _____. **Textos selecionados:** da pediatria à psicanálise. 2ª Edição. Rio de Janeiro: F. Alves, 1982c, p.277-287

WINNICOTT, D. W. Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In: _____. **Textos selecionados:** da pediatria à psicanálise. 2ª Edição. Rio de Janeiro: F. Alves, 1982d, p.374-393

WINNICOTT, D. W. A defesa maníaca. In: _____. **Textos selecionados:** da pediatria à psicanálise. 2ª Edição. Rio de Janeiro: F. Alves, 1982e, p.199-217

WINNICOTT, D. W. A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. In: _____. **Textos selecionados:** da pediatria à psicanálise. 2ª Edição. Rio de Janeiro: F. Alves, 1982f, p.355-374

WINNICOTT, D. W. A mente e sua relação com o psicossoma. In: _____. **Textos selecionados:** da pediatria à psicanálise. 2ª Edição. Rio de Janeiro: F. Alves, 1982g, p.332-347

WINNICOTT, D. W. Desenvolvimento emocional primitivo. In: _____. **Textos selecionados:** da pediatria à psicanálise. 2ª Edição. Rio de Janeiro: F. Alves, 1982h, p.218-233

WINNICOTT, D. W. Ansiedade associada à insegurança. In: _____. **Textos selecionados:** da pediatria à psicanálise. 2ª Edição. Rio de Janeiro: F. Alves, 1982i, p.163-168

WINNICOTT, D. W. Memória do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In: _____. **Textos selecionados:** da pediatria à psicanálise. 2ª Edição. Rio de Janeiro: F. Alves, 1982j, p.254-277

WINNICOTT, D. W. A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In: _____. **Textos selecionados:** da pediatria à psicanálise. 2ª Edição. Rio de Janeiro: F. Alves, 1982k, p.288-304

WINNICOTT, D. W. Distorção do ego em termos de verdadeiro e falso *self*. In: _____. **O ambiente e os processo de maturação.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1983a. p. 196-206.

WINNICOTT, D. W. Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: _____. **O ambiente e os processo de maturação.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1983b. p. 163-175.

WINNICOTT, D. W. Psicoterapia dos distúrbios do caráter. In: _____. **O ambiente e os processo de maturação.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1983c. p. 184-196.

WINNICOTT, D. W. Psicanálise do sentimento de culpa. In: _____. **O ambiente e os processo de maturação.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1983d. p. 19-31.

WINNICOTT, D. W. A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: _____. **O ambiente e os processo de maturação.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1983e. p. 55-61

WINNICOTT, D. W. A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: WINNICOTT, C ; SHEPHERD, R. ; DAVIS, M. **Explorações psicanalíticas.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1994a, p. 195-203.

WINNICOTT, D. W. O jogo do rabisco [*squiggle game*]. In: WINNICOTT, C ; SHEPHERD, R. ; DAVIS, M. **Explorações psicanalíticas.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1994b, p. 230-244.

WINNICOTT, D. W. O medo do colapso (*breakdown*). In: WINNICOTT, C ; SHEPHERD, R. ; DAVIS, M. **Explorações psicanalíticas.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1994c, p. 70-77.

WINNICOTT, D. W. Fragmentos referentes a variedade de confusão clínica. In: WINNICOTT, C ; SHEPHERD, R. ; DAVIS, M. **Explorações psicanalíticas.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1994d, p. 26-29.

WINNICOTT D. W. **Privação e delinqüência.** São Paulo: Martins Fontes; 1994e.

WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa.** São Paulo: Martins Fontes, 1999, 286p.



WINNICOTT, D. W. A contribuição da psicanálise à obstetrícia. In: _____. **Os Bebês e Suas Mães.** São Paulo: Martins Fontes, 2002, p. 61-73.

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual.** São Paulo: Martins Fontes, 2005, 247p.

WIRTH, A. F. Aplicação do Método de Observação de Bebê em uma Uti Neonatal. In: CARON, N. A. **A relação pais bebês : da observação à clínica.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 207-233.

ANEXOS

ANEXO 1
Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

 HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
www.hcrp.fmrp.usp.br  USP - RIBEIRÃO
assistência - ensino - pesquisa

Ribeirão Preto, 18 de julho de 2007

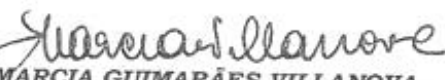
Ofício nº 2444/2007
CEP/MGV

Prezado Senhor,

O trabalho intitulado “**O NASCIMENTO DO BEBÊ
PREMATURO NA VIVÊNCIA DOS PAIS**”, foi analisado pelo Comitê de Ética
em Pesquisa, em sua 250ª Reunião Ordinária realizada em 16/07/2007, e
enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de
Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº
6225/2007.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o
Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.


DR^a MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimo Senhor
DANIEL NARDINI QUEIROZ PERGHER
PROF^a DR^a CARMEN LÚCIA CARDOSO (Orientadora)
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras-USP
Depto. de Psicologia e Educação

Comitê de Ética em Pesquisa HC e FMRP-USP - Campus Universitário
FWA - 0000 2733; IRB - 0000 2186
Fone (16) 3602-2228 - E-mail : ccp@hcrp.fmrp.usp.br
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

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

Meu nome é Daniel Nardini Queiroz Pergher, sou Psicólogo formado pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP) e estou realizando um estudo com pais de bebês prematuros nascidos e internados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, que tem como título: “*O nascimento do bebê prematuro na vivência dos pais*”.

Este estudo tem por objetivo compreender os significados atribuídos ao nascimento e internação de um bebê prematuro de muito baixo peso através de entrevistas com os seus pais. O resultado do estudo ajudará na melhoria da assistência aos pais de bebês prematuros em unidades neonatais.

Assim convidamos você, mãe/pai do bebê prematuro, a participar deste estudo. Pedimos também, sua autorização para gravar a entrevista.

Pesquisador Responsável

Eu, _____ R.G. _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar da pesquisa.

- 1) A garantia de receber todos os esclarecimentos durante todo o período da pesquisa, podendo retirar o consentimento em qualquer momento, se assim desejar. O contato com o pesquisador poderá ser feito a qualquer momento, pelo telefone: (16) 39415081 ou endereço: Rua Eliseu Guilherme 277, sala 5, Bairro Boulevard, Ribeirão Preto – SP, CEP 14050-230.
- 2) A segurança plena de que não serei identificado, e que todo o material resultante será usado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficará sob guarda do pesquisador, podendo ser requisitado pelo entrevistado a qualquer momento.
- 3) Está assegurado que a pesquisa não acarretará prejuízos e desconfortos a mim ou a outras pessoas.
- 4) A segurança de que não terei qualquer tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como esta pesquisa não causará riscos à saúde e nem constrangimentos.
- 5) A garantia de que toda e qualquer responsabilidade durante a pesquisa é do pesquisador, bem como fica assegurado que haverá divulgação dos resultados em eventos e revista científicas em que a mesma seja aceita.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura do responsável

ANEXO 3

ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA

1. Identificação pessoal

Data: ___/___/___

01. Nome do bebê: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: ___/___/___

02. Nome da mãe: _____

Idade da mãe: _____ anos Estado civil _____

Profissão da mãe: _____ Exercício: () sim () não

02. Nome do pai _____

Idade do pai: _____ anos Estado civil _____

Profissão do pai: _____ Exercício: () sim () não

04. Quem mora na casa:

Nome	Idade	Parentesco

05. Posição do filho atual na ordem de gestação (primogênito, segundo, terceiro, etc)?

06. Foi uma gravidez planejada? Como o(a) Sr(a) se sentiu?

07. Teve alguma dificuldade durante a gravidez? Quais?

08. Durante a gravidez, como imaginava o nascimento do seu bebê?

09. Como foi o nascimento do seu bebê?

10. Você poderia me contar como que a equipe do hospital te falou sobre o estado de saúde de seu bebê?

11. Como é o estado de saúde atual?
12. Há quanto tempo ele está internado?
13. Qual a sua rotina a partir do nascimento do bebê?
14. Como foi a sua aproximação do bebê na UTI?
15. O que tem ajudado a enfrentar a situação?
16. Como vocês, enquanto casal/companheiros, estão vivenciando este momento de internação do bebê?
17. Como é ser pai/mãe de um bebê prematuro?
18. O que pensa para o futuro?

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)