



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Catarine Dias Vieira

Mães em UTI neonatal:

a experiência da maternidade diante do bebê em situação de risco

Rio de Janeiro

2012

Catarine Dias Vieira

**Mães em UTI neonatal:
a experiência da maternidade diante do bebê em situação de risco**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Plastino

Rio de Janeiro

2012

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

V657 Vieira, Catarine Dias.

Mães em UTI neonatal: a experiência da maternidade diante do bebê em situação de risco / Catarine Dias Vieira. – 2012.
110f.

Orientador: Carlos Alberto Plastino.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.

1. Tratamento intensivo neonatal – Teses. 2. Maternidade – Aspectos psicológicos – Teses. 3. Psicanálise – Teses. I. Plastino, Carlos Alberto. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616-0531.3

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Catarine Dias Vieira

**Mães em UTI neonatal:
a experiência da maternidade diante do bebê em situação de risco**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 29 de junho de 2012.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Plastino
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Rafaela Zorzanelli
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Marisa Schargel Maia
Maternidade Escola – UFRJ

Prof.^a Dra. Eliane Carnot de Almeida
Mestrado em Saúde da Família – UNESA

Rio de Janeiro
2012

DEDICATÓRIA

A todos os bebês e a suas mães que nos dão o exemplo de luta pela vida e a aqueles que se dedicam a salvá-la.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por iluminar e abençoar meu caminho sempre.

À minha querida orientadora Márcia Arán (*in memoriam*) que, com sua sensibilidade e sabedoria, me acompanhou nos primeiros passos deste percurso acadêmico.

Ao meu orientador Carlos Alberto Plastino, que me acolheu e norteou com todo o “holding” necessário à construção deste trabalho.

Aos professores da Pós-graduação e às Bancas de Qualificação e Defesa, pela disponibilidade e importante contribuição e interlocução que enriqueceram minhas reflexões.

À Cláudia Laux, pela precisão e impecável revisão de texto.

Ao Núcleo Perinatal e sua equipe que cuida com todo amor e dedicação das mulheres/gestantes e de nossos “pequenos/grandiosos” bebês e suas mães, em especial ao Prof. Alexandre Trajano e ao Prof. Luiz Bandeira Duarte, por me darem a oportunidade de fazer parte desta história cotidiana.

À equipe de Psicologia Médica do HUPE/UERJ pelo incentivo e apoio, em especial à minha coordenadora e amiga Beth Pini.

À equipe de Psicologia do Núcleo Perinatal que divide o cotidiano de dores e delícias de nossa atuação e contribuiu muito para a construção deste trabalho, especialmente às minhas amigas/parceiras de UTI, Flávia Vasques e Elaine Menezes, pela ajuda e incentivo constantes.

Aos colegas de Mestrado por compartilharem este caminho, em especial às amigas queridas, Rita e Alice, pela amizade e parceria.

À minha querida amiga e parceira Fernanda Vecchi, que me incentivou, orientou e apoiou desde a concepção deste trabalho até sua elaboração e finalização. Suas ricas impressões e interlocução tornaram este caminho mais leve e confiante, e sua contribuição e amizade tão valiosa serviu de ambiente suficientemente bom para que este trabalho fosse possível.

Às amigas, Mariana Bteshe e Marília Arreguy, que me incentivaram e acreditaram neste trabalho desde o início.

Ao Jeff, meu marido e grande amor, pela cumplicidade, dedicação, apoio, paciência, incentivo e, acima de tudo, por estar ao meu lado a cada dia me fazendo sorrir e me ensinando a viver a vida intensamente.

À minha família, meus pais e sogros, meu irmão, cunhada e sobrinho e aos meus amigos que sempre tiveram orgulho e acreditaram em mim, tornando este caminho mais feliz.

À minha filha Laura, que está sendo gerada com todo amor e que já faz esta conquista ter muito mais brilho e sentido.

Aos bebês e às mulheres/mães que dividiram conosco suas histórias, dores e alegrias e deram a este trabalho um significado especial.

Mulher, como te chamas? – Não sei
Quando nasceste, tua origem? – Não sei
Por que cavaste um buraco na terra? – Não sei
Há quanto tempo estás aqui escondida? – Não sei
Por que mordeste o meu anular? – Não sei
Sabes, não te faremos mal nenhum. – Não sei
De que lado estás? – Não sei
É tempo de guerra, tens de escolher. – Não sei
Existe ainda a tua aldeia? – Não sei
E estas crianças, são tuas? – Sim.

Wisława Szymborka

“Vietnã”, publicado no Jornal do Brasil de 4 de outubro de 1996

RESUMO

VIEIRA, Catarine Dias. *Mães em UTI neonatal: a experiência da maternidade diante do bebê em situação de risco*. 2012. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

Esta pesquisa teve por objetivo compreender as vicissitudes da experiência de tornar-se mãe de um bebê em situação de risco neonatal. Emergiu da experiência da autora no acompanhamento psicológico prestado às mães e familiares de recém-nascidos de alto risco internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal). Foi possível perceber ali que a puérpera que tinha seu filho internado em situação de risco logo após o nascimento vivenciava uma experiência de intenso sofrimento, permeada por conflitos e angústias específicas, tais como: o sentimento de incapacidade pelo parto prematuro e/ou pela malformação fetal, a dor/luto diante da situação de risco e eminência de perda do filho, o medo e a ambivalência na relação afetiva com o bebê. Tais vivências podem representar uma ameaça para a construção do vínculo inicial entre pai/mãe/filho, bem como para a própria saúde psíquica da mulher e do bebê em constituição. Para uma aproximação da experiência subjetiva destas mulheres/mães, optou-se pela pesquisa qualitativa na abordagem psicanalítica. A compreensão do fenômeno foi possibilitada pela análise do discurso das mães que tiveram seus filhos internados na UTI Neonatal, através do método de observação participante dos atendimentos grupais prestados pelo Serviço de Psicologia da instituição, bem como pela análise documental das fichas de acompanhamento psicológico destas mulheres. Participaram do estudo, as mulheres/mães que acompanharam seus filhos internados na UTI Neonatal do Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e que receberam atendimento psicológico grupal: “Grupo Mães Presentes” durante um período de três meses. A compreensão e interpretação dos aspectos essenciais do fenômeno foram fundamentadas nos pressupostos psicanalíticos da teoria do amadurecimento pessoal de Donald W. Winnicott e em outros autores atuais de referência no campo materno-infantil. Acredita-se que este trabalho servirá de reflexão e contribuição para a construção, na assistência neonatal, de um lugar de acolhimento para a experiência subjetiva dessas mulheres/mães e suas repercussões, a partir de uma perspectiva de cuidado humanizado e integral a saúde, tal como preconizado pelas políticas públicas atuais.

Palavras-chave: Maternidade. Subjetividade. Psicanálise. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Vínculo Mãe-Bebê. Cuidado integral à saúde.

ABSTRACT

This research aims to understand the unexpected changes of the experience of becoming a mother of a newborn baby at risk. It emerged from the author's experience in counseling provided to mothers and families of newborns at high risk hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU). It could be observed that there had recently given birth to her son hospitalized at risk soon after birth was willing to live an experience of intense suffering, permeated by conflicts and specific anxieties, such as the feeling of failure by premature birth and/or fetal malformation, pain/grief due to the risk and imminent loss of her child, fear and ambivalence in the affective relationship with the baby. Such experiences may cause a threat to the construction of the initial bond between father/mother/child as well as for the mother and child's mental health. In order to make an approximation of the subjective experience of these women/mothers, we opted for qualitative research in the psychoanalytic approach. The understanding of the phenomenon was made possible by analysis of the discourse of mothers who had their children admitted in the NICU, by the method of participant observation in counselling groups organized by the Psychology Department of the institution, as well as the documentary analysis of these women's counseling records. The study, women /mothers with their child admitted to the Neonatal Intensive Care Unit of the Núcleo Perinatal, Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) and receiving psychological treatment group: "Grupo Mães Presentes" during a period of three months. The understanding and interpretation of key aspects of the phenomenon were based on the assumptions of the psychoanalytic theory of personal maturity of Donald W. Winnicott and other contemporary authors of reference in maternal and child health care. It is believed that this work will serve as a reflection and contribution for the construction, neonatal care, a place that cares for the subjective experience of these women/mothers and their consequences, from a humanized care perspective and comprehensive health, such as suggested by the Brazilian current public policies.

Keywords: Motherhood. Subjectivity. Psychoanalysis. Neonatal Intensive Care Unit. Mother-Baby Bonding. Integral Healthcare.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
	OBJETIVOS	16
1	A CONSTITUIÇÃO DA MATERNIDADE E O VÍNCULO MÃE-BEBÊ: UM ENFOQUE PSICANALÍTICO	17
1.1	Sexualidade feminina e maternidade em Freud	18
1.2	Tornar-se mãe: a maternidade como um processo de construção	21
1.3	A natureza e a importância do vínculo mãe-bebê em Winnicott	25
2	O CONTEXTO DA PESQUISA	29
2.1	Um nascimento diferente: o bebê de risco e seus pais	29
2.2	A mãe no cuidado neonatal: aspectos históricos e políticos	33
2.3	A UTI neonatal do Núcleo Perinatal	38
2.3.1	<u>Conhecendo uma UTI neonatal: cenário, ritmo e rotinas</u>	39
3	METODOLOGIA	44
3.1	A construção do campo de pesquisa: método e participantes	44
3.2	O Grupo “Mães Presentes”	46
3.3	O trabalho de campo: impressões e aspectos éticos	47
3.4	Organização e análise dos dados	51
4	MÃES EM UTI NEONATAL: A EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE DIANTE DO BEBÊ EM SITUAÇÃO DE RISCO	53
4.1	De gestante à mãe: entre o medo e o desejo de ter um filho	55
4.2	O encontro da mãe com o bebê na UTI neonatal	60

4.2.1	<u>“UTI neonatal”: um nome e ambiente que assusta</u>	60
4.2.2	<u>“Espelho quebrado”: a mãe diante da imagem do bebê de risco</u>	62
4.2.3	<u>Construindo o lugar de mãe na UTI</u>	65
4.3	Mães em UTI neonatal: do desespero à esperança	72
4.3.1	<u>Maternidade no limite: o dia a dia em uma UTI neonatal</u>	72
4.3.2	<u>“Com o coração na mão”: vivendo na corda bamba entre a vida e a morte</u>	76
4.3.3	<u>Mãe presente x Mãe ausente: se dividindo entre a casa e o hospital</u> ..	79
4.3.4	<u>“Na alegria e na tristeza...”: a rede de apoio entre as mães</u>	82
4.3.5	<u>“Saber ou não saber?!”: a comunicação com a equipe de saúde</u>	84
5	CONCLUSÃO	89
	REFERÊNCIAS	95
	ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido	102
	ANEXO B – Perfil descritivo das mães participantes	103
	ANEXO C – Modelo de ficha de acompanhamento psicológico	108

INTRODUÇÃO

Um bebê não existe sozinho.
Donald W. Winnicott

O tema e as questões que motivaram este estudo emergiram da experiência da autora no acompanhamento psicológico às mães e familiares de recém-nascidos de risco, internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal) de uma maternidade pública de referência às gestantes consideradas de alto risco¹ para todo o estado do Rio de Janeiro.

A implementação do Serviço de Psicologia nesta unidade se deu a partir de demanda explícita da equipe médica para instaurar uma nova perspectiva de humanização no cuidado ao recém-nascido de risco e sua família. O lugar inicial dado ao psicólogo nesta conjuntura veio ligado ao reconhecimento da necessidade de se atender às questões mais amplas no campo da subjetividade, que iriam permitir uma nova maneira de olhar o bebê, para além de um corpo biológico a ser tratado. Sob esta perspectiva, não apenas as questões do diagnóstico e tratamento biomédico merecem estudos e discussões, mas a análise dos aspectos psicoafetivos e sociais que envolvem a internação de um recém-nascido devem fazer parte do cotidiano de cuidado de uma unidade intensiva neonatal (CORREIA LL; MC AULIFFE, 1999; BRASIL, 2002a).

De acordo com o manual do “Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar” (PNHAH), a noção de “humano” se refere a “um corpo biológico capturado desde o início numa rede de imagens e palavras apresentadas, primeiro pela mãe, depois pelos familiares e em seguida pelo social” (MS, 2001, p.5). Ressalta-se, ainda, ser “essencial agregar à eficiência técnica e científica, uma ética que considere e respeite a singularidade das necessidades dos usuários e dos profissionais, que acolha o desconhecido e imprevisível e que aceite os limites de cada situação” (Ibid., p. 5).

¹ De acordo com o Ministério da Saúde, a gestação de alto risco é definida como “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe ou do feto ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que a média da população”. (BRASIL, 2000, p.13).

Assim, no cotidiano da atividade clínica de orientação psicanalítica exercida com pais e bebês no hospital foram inúmeras as questões levantadas na construção de um saber-fazer do psicólogo em interseção com os diversos discursos e olhares em torno do recém-nascido e de sua mãe. Onde o saber médico encontrava os limites de sua atuação, por exemplo, quando a mãe se afastava do bebê internado e se recusava a amamentá-lo, ou nos casos em que ela manifestava sua dificuldade de assumir os cuidados com o filho, a despeito de todos os esforços de reanimação da equipe de saúde, o psicólogo era chamado a intervir. Notava-se que eram casos geradores de angústia na equipe de assistência, por tratar-se de situações que iam além do saber médico, apontando para uma questão não redutível ao corpo.

Para os psicólogos, esses são momentos de interrogação sobre o lugar que devem ocupar nesta conjuntura assistencial, e como podem atuar e contribuir para uma assistência integral e humanizada, sem perder de vista sua especificidade de atuação, caracterizada pela compreensão de que a angústia e o sofrimento fazem parte da expressão de um sujeito em sua singularidade, em contraposição a um discurso dominante de adaptação e bem-estar tão presente no imaginário social e reproduzido nas práticas de saúde (BIRMAN, 2001; ROZENTHAL, 2009).

Observou-se também um formidável incentivo à permanência da mãe no hospital em prol da saúde do bebê, o que se justificava pelo reconhecimento da importância de seu lugar no cuidado com o filho, legitimado pelo incentivo ao aleitamento materno. Até certo ponto, isso corresponde a um imaginário social de maternidade “ideal” e “perfeita”. Sob este prisma, a maternidade é concebida como um atributo já determinado na natureza feminina, um sentimento livre de imperfeições e ambiguidades, cuja idealização coletiva remete à ideia do “mito do amor materno”, discutido por Badinter (1985).

A clínica psicanalítica mostra, no entanto, que as mães que acabam de dar a luz, prematuramente ou não, a um bebê em situação de risco, e que se vêem separadas de seus filhos por uma urgência médica, podem ser tomadas por uma angústia extrema, e por um sentimento de culpa e ambivalência tão avassaladoras que suas referências identificatórias ficam abaladas (MATHELIN, 1999). Algumas mulheres não conseguem investir em seus bebês, mostrando-se extremamente frágeis, pois sequer começam a elaborar a gravidez quando os filhos vêm a nascer. Além disso, a criança prematura, ou que apresenta alguma malformação, não se assemelha a nenhum ideal que a mãe possa ter construído para seu filho.

Neste contexto, a permanência da mãe no hospital durante um longo período de internação do bebê pode ser vivenciada, por algumas mulheres, como uma situação de intenso sofrimento. A oferta de um lugar para a mãe no cuidado ao bebê hospitalizado como parte de uma política de humanização do cuidado ao recém-nascido tem como foco principal o restabelecimento da saúde deste e, na maioria das vezes, desconsidera as vivências subjetivas das mulheres/mães no cotidiano das práticas institucionais. Tais vivências produzem efeitos na construção do vínculo entre a mãe e o bebê, e na própria saúde psíquica da mulher.

Ao compreendermos a maternidade como uma experiência complexa e passível de ser construída, considerando-se a história singular de cada mulher, a dimensão subjetiva de cada encontro mãe-bebê, o seu contexto social e cultural, bem como as dificuldades e ambivalências inerentes ao processo de tornar-se mãe (SZEJER e STEWART, 1997), este trabalho parte do pressuposto de que o estabelecimento do laço entre mãe e filho não é inato. Ele pode ser dificultado pelas circunstâncias do nascimento em situação de risco, quando ocorre uma “ferida narcísica”² (FREUD, 1914), por vezes, potencialmente traumática.

Frente a estas considerações e tendo como ponto de partida os desafios e limites encontrados na construção de um cuidado integral no contexto de uma UTI neonatal, surgem algumas das questões que serão norteadoras neste estudo: Quais as vicissitudes da experiência de tornar-se mãe de um bebê de risco e seus desdobramentos? Quais os sentidos atribuídos por estas mães à experiência? Quais os limites e possibilidades vivenciados pelas mulheres no exercício de sua maternidade, frente aos atravessamentos de um ambiente intensivo neonatal marcado pela alta tecnologia? Quais são as marcas psíquicas da internação do filho em uma UTI neonatal na construção da função materna e no vínculo mãe-bebê? Quais as intervenções possíveis a fim de dar lugar à experiência subjetiva destas mulheres/mães?

O presente trabalho pretende contribuir para pensar a construção, no cotidiano da assistência em UTI neonatal, de um lugar de acolhimento para a

² Na tradição grega, o termo “narcisismo” designa o amor de um indivíduo por si mesmo. Em seu texto de 1914, “Sobre o Narcisismo: uma introdução”, Freud apresenta o termo “narcisismo” como um fenômeno libidinal essencial na teoria do desenvolvimento sexual do ser humano. Em seus avanços teóricos do tema, Freud destacou a admiração parental pelos filhos como sendo o narcisismo dos pais, renascido e transformado em amor objetual (ROUDINESCO e PLON, 1998). Pode-se pensar aqui nas situações em que, após o nascimento, a criança ocupa um lugar muito distante do imaginário parental, infligindo uma ferida no narcisismo deles. Esta temática será explorada no primeiro capítulo do presente trabalho.

experiência subjetiva dessas mulheres/mães, para além de uma exigência institucional pautada por um modelo ideal de maternidade, a partir de uma perspectiva de cuidado integral em saúde.

Para tanto, o estudo se desenvolverá em quatro partes. Primeiramente, a fim de contextualizarmos seu tema, recorrer-se-á a Freud e a alguns estudos psicanalíticos mais contemporâneos de referência no campo materno-infantil para compreender os principais elementos envolvidos no processo de constituição da maternidade. Alguns conceitos fundamentais apresentados pela “Teoria do Amadurecimento Pessoal” de Donald W. Winnicott, tais como: o *holding*, os “fenômenos transicionais”, ambiente provedor, bem como a ideia de “preocupação materna-primária” que discutem a temática da construção do laço inicial mãe-bebê, serão os fundamentos teóricos para o referido fenômeno a ser analisado.

No segundo capítulo, para que sejam compreendidas as situações ambientais adversas que atravessam a experiência de maternidade em situação de risco neonatal, serão discutidas algumas das circunstâncias do nascimento e internação em UTI neonatal, apontando as particularidades do bebê de risco e seu ambiente. Será feita uma breve retrospectiva das mudanças ocorridas na assistência ao recém-nascido, até as estratégias recomendadas pelas políticas e programas de humanização materno-infantil que fundamentam as práticas de cuidado atuais. Buscar-se-á salientar o lugar da mulher/mãe no cuidado nos diferentes períodos da história. O cenário da UTI Neonatal que servirá de base para o estudo também será descrito, para a observação de ritmos e rotinas peculiares ao ambiente de cuidados médicos intensivos.

Em seguida será discutido o caminho e o instrumental metodológico para a operacionalização da presente pesquisa, apresentando a construção do objeto de estudo, a escolha dos sujeitos, a descrição do cenário e dos procedimentos para coleta e análise dos dados.

Na apresentação dos resultados e discussão, serão considerados os sentidos atribuídos à experiência de tornar-se mãe em situação de risco neonatal, a partir da análise do discurso de mulheres/mães de recém-nascidos internados em uma UTI Neonatal para uma melhor compreensão dos aspectos mais representativos de tal experiência.

Nas considerações finais, se buscará promover uma reflexão acerca de possíveis estratégias de intervenção em suas diferentes vertentes: bebês, família e

equipe, que possa dar lugar às particularidades desta experiência como parte do cuidado humanizado e integral em saúde.

OBJETIVOS

Gerais:

Este trabalho pretende compreender as vicissitudes da experiência de tornar-se mãe de um bebê em situação de risco neonatal e seus desdobramentos, em especial no que tange a seus efeitos no vínculo mãe-bebê e na própria saúde psíquica da mulher/mãe.

Específicos:

- Investigar os diversos sentidos atribuídos pelas mães à experiência de ter um filho internado em uma UTI Neonatal.
- Pesquisar os reflexos da internação do filho na construção do vínculo mãe-bebê e no exercício da função materna.
- Identificar estratégias próprias de funcionamento mental das mães na construção da maternagem em situação de risco.

1 A CONSTITUIÇÃO DA MATERNIDADE E O VÍNCULO MÃE-BEBÊ: UM ENFOQUE PSICANALÍTICO

A despeito dos diversos arranjos familiares existentes nas sociedades ocidentais e do novo lugar social ocupado pela mulher na atualidade, percebe-se a persistência do discurso sobre a maternidade como uma vocação natural da mulher. O amor incondicional da mãe pelo filho é ainda compreendido como uma verdade trans-histórica, e fazendo parte de sua natureza constitutiva.

Contrariando este discurso, Elizabeth Badinter em seu clássico livro: “Um amor conquistado: o mito do amor materno” (1985, p.14-15) apresenta a hipótese de que “o amor materno não é inato; ele é adquirido ao longo dos dias passados ao lado do filho e por ocasião dos cuidados que lhe dispensamos”. Para corroborar sua argumentação, a autora relaciona os diferentes lugares sociais ocupados pela criança e pela família ao longo dos anos. Contestando a ideia de uma forma universal de exercício da maternidade, Badinter (1985) indica que as próprias relações entre marido e esposa, bem como o amor dos pais por seus filhos e o lugar da criança na sociedade, foram se modificando em diferentes períodos da história³:

Ao percorrer a história das atitudes maternas, nasce a convicção de que o instinto materno é um mito. Não encontramos nenhuma conduta universal e necessária da mãe. Ao contrário, constatamos a extrema variabilidade de seus sentimentos, segundo sua cultura, ambições ou frustrações. [...] Esse sentimento pode existir ou não existir; ser e desaparecer. Mostrar-se forte ou frágil. Preferir um filho ou entregar-se a todos. Tudo depende da mãe, de sua história e da História (BADINTER, 1985, p. 367).

Não pretendemos aqui fazer uma historicização das condições do surgimento do discurso consensual de uma atitude materna universal e naturalizada. Trata-se apenas de um recurso teórico para iniciar a reflexão no sentido de desnaturalizar os modelos de maternidade plena e “feliz”, preconizados nas práticas de saúde atuais e que se tornam normatizadoras e pouco flexíveis em suas ações.

Se a concepção universal de maternidade como sinônimo de sacrifício, abnegação e doação, sustentada pela crença equivocada no instinto do amor materno que reduz o sujeito à sua natureza, não deve ser mantida, também não se

³ Para um maior aprofundamento do tema, ver: ÀRIES, P. *História Social da Criança e da Família*, Rio de Janeiro: Guanabara, 1981. COSTA, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004. DONZELOT, J. *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

deve conceber a experiência da maternidade como produto exclusivamente da cultura e da sociedade. Isto porque, como sugere Plastino (2009), o dualismo antropológico da modernidade, que opõe natureza e cultura, corpo e psiquismo, indivíduo e sociedade, origina um antagonismo radical e difícil de superar, tornando o conflito inevitável (PLASTINO, 2009).

Pensar na maternidade a partir da perspectiva psicanalítica de D. W. Winnicott leva a refletir sobre a ideia de que “a afirmação da historicidade do homem e de sua vida social não nega sua inserção na natureza, antes, afirma-a, sem, no entanto, anular a criatividade humana” (PLASTINO, 2009, p. 55). Ou seja, a concepção antropológica que emerge da obra winnicottiana exprime a compreensão de uma dinâmica portadora de um sentido no “homem natural”, que ele denomina de “tendências”, isto é, uma direção natural para a integração, personalização e realização, cuja efetivação depende do contexto de um ambiente favorável (PLASTINO, 2009). Tal articulação entre natureza e cultura dá complexidade e singularidade à experiência humana, permitindo compreender a constituição do sujeito e o fenômeno da maternidade como resultado de um processo singular e histórico no qual a qualidade do cuidado, representado pela mãe ou por quem realiza a função materna, tem um papel crucial na emergência do sujeito.

É esta a perspectiva de desenvolvimento deste estudo, refletindo sobre os caminhos pelos quais se constrói uma mãe em situação de risco neonatal, e como se pode entender o vínculo mãe e filho e seus desdobramentos.

1.1 Sexualidade feminina e maternidade em Freud

O presente trabalho aborda, inicialmente, o significado do desejo de uma mulher por um bebê, do ponto de vista da psicanálise freudiana. É importante sublinhar que o pensamento freudiano, ao contrário de Winnicott, compartilha da perspectiva da modernidade em relação à inevitabilidade do conflito e ao caráter imprescindível da repressão como condição de possibilidade da vida social. No

entanto, conforme discutido por Plastino (2009), a obra freudiana não constitui um sistema fechado, na qual:

As modalidades de sua construção como saber (alicerçadas na experiência clínica) permitiram a convivência, na teoria, de impasses e contradições que a constituem como uma obra aberta suscetível de diversos desenvolvimentos sob o impacto de novas experiências clínicas e da influência do aprofundamento da crítica aos pressupostos do paradigma moderno. (PLASTINO, 2009, p. 59-60).

Assim, esta discussão não será aprofundada aqui, inclusive porque o tema da sexualidade feminina é considerado bastante complexo, e objeto de controvérsias nas diversas leituras da obra freudiana. Será feito um breve mapeamento dos estudos de Freud sobre o tema, para contextualizar o campo de discussão.

Em sua primeira revisão da teoria da sexualidade, em 1923, Freud constatou uma inquietante indefinição da figura da mulher, quando conclui que “os órgãos genitais femininos jamais parecem ser descobertos” (1923, p.160). Nesse momento, seguindo as formulações iniciadas nos “Três ensaios” (1905), ele verifica que a mulher não é um ser dado desde o início, assim como o homem, embora haja diferenças neste processo. Sendo assim, a feminilidade constitui um processo de “tornar-se mulher”.

No artigo “Sexualidade Feminina” (1931) e, logo após, na “Conferência sobre a Feminilidade” (1932), Freud prossegue apresentando as formulações sobre a especificidade da evolução sexual da mulher. Ao discutir a passagem da menina pelo complexo de Édipo⁴, ele considera o desenvolvimento sexual na menina mais difícil que o do menino, por ter ela a incumbência de se resignar a não ter pênis, simultaneamente à troca de objeto de amor – da mãe ao pai. A conclusão imaginária de que algo lhe falta, ao contrário dos meninos que possuem o órgão masculino, torna a menina vítima da inveja do pênis, desejando possuí-lo. Este desejo leva a menina a interessar-se pelo pai, uma vez que a mãe, seu primeiro objeto amoroso, também apresenta-se faltosa. Sendo assim, a ligação edípica da menina ao pai é uma formação secundária, antecedida pela pré-história de uma ligação primária fundamental e exclusiva com a mãe (FREUD, 1931; ZALCBERG, 2003).

O complexo de castração prepara o complexo de Édipo, em vez de destruí-lo; a menina é forçada a abandonar a ligação com sua mãe através da influência de sua inveja do pênis. (FREUD, 1932, p.159).

⁴ O complexo de Édipo consiste na “representação inconsciente pela qual se exprime o desejo sexual ou amoroso da criança pelo genitor do sexo oposto e sua hostilidade para com o genitor do mesmo sexo”. (ROUDINESCO, 1998, p.166). Considera-se que há uma dissimetria entre as organizações edípicas masculina e feminina, pois se o menino sai do Édipo através da angústia de castração, a menina ingressa nele pela descoberta da castração e pela inveja do pênis.

O reconhecimento da castração torna-se um marco determinante na evolução sexual da mulher. Dele partem três orientações possíveis para a sua sexualidade: a) a inibição sexual pela renúncia ao fazer fálico; b) o complexo de masculinidade voltado para a esperança de possuir o pênis; e c) a atitude feminina normal, final, que toma o pai como objeto, encontrando a forma feminina do complexo de Édipo. Esta terceira possibilidade de alguma forma deve estar referendada pela mãe: “o endosso de ligações afetivas do objeto-mãe ao objeto-pai constitui o conteúdo principal que leva até a feminilidade.” (FREUD, 1931, p.232).

Freud (1932) afirma ainda que o complexo de Édipo constitui o resultado final de um desenvolvimento bastante demorado, e às vezes nunca superado:

O desejo com que a menina se volta para o pai é, sem dúvida, originalmente, o desejo do pênis que a mãe lhe negou e agora espera do pai. Mesmo assim, a situação feminina somente se estabelece quando o desejo de pênis se substitui pelo desejo do filho e, então, segundo uma antiga equivalência simbólica, o filho aparece no lugar do pênis [...] (FREUD, 1932, p. 119).

Portanto, sob a ótica freudiana, o caminho que leva à feminilidade traz a maternidade como um importante atributo. Através do filho, um ser que é a extensão de seu próprio corpo, a mulher se sente plena, nada lhe falta. O bebê vem ocupar o lugar de objeto que completa os seus anseios e os seus desejos mais íntimos, preenchendo imaginariamente uma falta. O desejo de ter um filho, isto é, o desejo de ter o falo, é algo bastante forte e que persiste no inconsciente feminino (FREUD, 1931; ZALCBERG, 2003).

Esta perspectiva mostra que, no momento da gestação e do nascimento de um filho, é a experiência constitutiva da mulher que se atualiza em função das vivências de modificações em seu próprio corpo e do encontro com o bebê. Essa nova relação com um novo ser implica em uma reedição da experiência constitutiva infantil que exige da mulher um reposicionamento subjetivo, do lugar de filha para o de mãe. Denota que, ao ressignificar as vivências narcísicas e edípicas, a mulher irá acionar o complexo processo de construção de “tornar-se mãe”.

1.2 Tornar-se mãe: a maternidade como um processo de construção

Não basta ser genitor nem ser designado como pai para preencher todas as condições. É necessário “tornar-se pais”, o que se faz por meio de um processo complexo implicando níveis conscientes e inconscientes do funcionamento mental.

Houzel

Sob a ótica freudiana, então, a questão do feminino na teoria psicanalítica está intimamente ligada à maternidade. Se, por um lado, pode-se entender o momento da gravidez e do nascimento de um filho como fruto de um desejo consciente integrado em um plano de vida inserido nas redes sociais e familiares de cada sujeito, por outro, a maternidade está diretamente relacionada a desejos, que são explicados a partir da história de vida da mulher desde a sua infância (SOULÉ, 1987).

A esse respeito, Houzel (2004) afirma que há uma complexidade e um dinamismo envolvidos no processo de transição em direção à “parentalidade”, isto é, ao processo de “tornar-se pai, tornar-se mãe”, que ocorre para além das determinações biológicas e dos laços consanguíneos decorrentes da relação entre pais e filhos, em uma conjunção de fatores dos diferentes níveis de funcionamento mental.

O referido processo é ligado às funções e aos papéis parentais, que foram reagrupados sob a designação de “parentalidade” desde meados dos anos 80. Houzel (2004, p.47) afirma, ainda, que esta concepção remonta ao termo que o psicanalista francês Paul-Claude Racamier definiu como “maternalidade” que se refere ao: “[...] conjunto dos processos psicoafetivos que se desenvolvem e se integram na mulher por ocasião da maternidade”, discutido pelo autor nos seus estudos sobre as patologias psiquiátricas mais severas.

O projeto de um filho se inicia muito antes da gestação, quando a menina-mulher, ainda na infância, em suas brincadeiras infantis, vai elaborando a fantasia de ter um filho. Trata-se de um processo complexo vivenciado no corpo e no psiquismo da mulher que se une a um companheiro no projeto de ter um filho. Nele, ela vai dar um novo sentido à sua própria infância, à relação com os seus pais e, em especial, com a sua mãe. Além disso, o processo de tornar-se mãe implica uma renúncia ao lugar de filha de seus pais, bem como a de um corpo de menina e de

mulher grávida, apontando para uma dimensão de perda neste processo (SZEJER; STEWART, 1997).

Durante a gestação, a mulher vai reatualizar conteúdos inconscientes de sua história. Isso possibilita que o bebê ganhe um lugar em seu desejo. Em diálogo com a psicanalista Letícia Solis-Ponton, o teórico contemporâneo de referência no campo da parentalidade, Sylvain Missonnier (2004), discute este processo, no qual a ação de tornar-se pai e tornar-se mãe se constrói em todas as etapas da vida e, especialmente, durante a gravidez.

Costuma-se dizer que a mãe já existe na menininha e que ela se constrói pouco a pouco, através da ligação à própria mãe, ao seu pai, aos seus jogos de criança... Com o encontro amoroso e o anúncio da gravidez, alguma coisa se cristaliza no seu ventre: começa a se desenvolver um novo ser, provavelmente esperado, mas que representa uma mudança radical. A essa altura, a mulher tem no interior do corpo toda a vida: a sua, a de sua criança e, de alguma forma, a de seu marido. É uma verdadeira concentração de vida que vai produzir uma espécie de ebulição emocional e a futura mãe pode viver um momento de confusão (MISSONIER, 2004, p.115).

Neste sentido, alguns estudos consideram que, no ciclo gravídico-puerperal, há uma tendência a um levantamento do recalque que permite que conflitos inconscientes venham à tona, ocorrendo um estado psíquico particular na mulher denominado por Monique Bydlowski (2002) de “transparência psíquica”. A autora explica que neste estado, a futura mãe vivencia sentimentos muito intensos, especialmente em relação à própria mãe. Ocorre um jogo de identificações no qual a futura mãe sente-se em dívida com sua mãe, por vir a ocupar um novo lugar. Tal sentimento vai lhe permitir que se identifique à sua mãe e ofereça os cuidados a seu bebê, num processo regressivo de identificação também com este (BYDLOWSKI, 2002; SOLIS-PONTON, 2004).

Em consonância com este pensamento, Daniel Stern (1997) descreve uma nova organização do psiquismo da mulher que se inicia na gravidez e dura até depois do nascimento da criança: a “constelação da maternidade”. Ela comporta um conjunto de tendências, sensibilidades, fantasias, medos e desejos específicos. São modificações psíquicas que se produzem na mãe no decorrer de sua transição para a “maternalidade”.

Segundo Stern (1997), as redes de esquemas maternos sofrerão uma modificação com a chegada do bebê. Estes esquemas estão relacionados ao *self* (eu) da mãe como mãe, mulher, esposa, profissional, filha, seu papel na sociedade, seu lugar na dinâmica familiar. Para este autor, a experiência de maternidade faz emergir temáticas próprias à “constelação da maternidade”. São elas: o tema da vida

e do crescimento, que se refere a uma preocupação da mãe relacionada à sua capacidade de manter a vida e o crescimento do seu bebê; o tema do relacionar-se primário, que fala de seu questionamento quanto ao envolvimento pessoal e autêntico com seu bebê a fim de lhe assegurar um desenvolvimento psíquico favorável; o tema da matriz de apoio, em que a mãe se preocupa com os sistemas de apoio necessários ao cumprimento de suas funções maternas e, por último, o tema da reorganização da identidade, no qual a mãe se interroga se é capaz de transformar sua identidade para ocupar as funções ligadas aos temas anteriores (STERN, 1997).

Neste sentido, alguns fragmentos da clínica psicanalítica ilustram como a futura mãe vivencia o processo de tornar-se mãe de maneira complexa, trazendo os elementos de sua história pessoal, que inclui aspectos de sua história transgeracional e conjugal. Este processo é contínuo e reavivado a cada novo filho, o que transparece nos exemplos a seguir:

Quando descobri que estava grávida, senti um misto de sentimentos. Era alegria, medo, surpresa, pavor. Tive uma crise de choro, pois sabia que minha vida nunca mais seria a mesma. Agora que ela nasceu, a sensação é de alívio, pois sei que nunca mais estarei sozinha. Se bem que eu nunca fui muito próxima de minha mãe. Será que serei uma boa mãe?
(*Puérpera, 27 anos, após o nascimento de seu primeiro filho*)

É estranho. Estar grávida era bom e ruim ao mesmo tempo. Como isto é possível? Meus pais não aceitaram a gravidez, mas meu namorado queria muito ser pai... E eu? Não sei ainda o que pensar.
(*Puérpera, 18 anos, nos primeiros dias de pós-parto*)

Segundo Lebovici (1985), o bebê em formação no ventre da mãe é o do inconsciente materno, chamado pelo autor de “bebê fantasmático”. Este bebê vai assegurar os vínculos entre o “bebê real” (aquele que os pais têm nos braços após o nascimento) e suas próprias origens. Em meio a tudo isto, a mãe traz em seu imaginário o bebê ideal de seus sonhos, de seus devaneios, que vai ocupar o lugar de suas expectativas durante a gestação: é o seu “bebê imaginário”. Este último é que vai permitir que os pais construam projetos futuros para o bebê real (ANDRADE, 2002).

Ainda sob a perspectiva de Lebovici, Andrade (2002) busca compreender as modulações dos sentimentos da mulher com a chegada do bebê ao nascer, e afirma que:

A distinção entre a criança imaginária e a criança real permite que compreendamos, em parte, a angústia inicial e a ambivalência das parturientes, o que explica por que as primíparas, por vezes, atravessam uma fase de angústia por ter de adequar-se às exigências normais de seu bebê. Essa fase de angústia pode ser, segundo Lebovici, semelhante a um estado depressivo menor. Para Lebovici, outros fatores como as

condições da gestação e do parto, a aceitação ou recusa do bebê contribuem para que haja diversas modulações desses sentimentos maternos (ANDRADE, 2002, p.169).

Face à complexidade do processo de tornar-se mãe, entende-se que o nascimento de um filho exige remanejamentos psíquicos e sociais. A chegada de um bebê vem carregada de valor simbólico e subjetivo. Onde uma vida nova se inicia, a família cria nova identidade e ganha-se um novo sentido ao tornar-se pai, tornar-se mãe. O casal investe emocionalmente no bebê que está por vir, e lança sobre ele seus sonhos, ideais e expectativas. Os futuros pais buscam referência na criança que foram um dia para construir a imagem desse filho, que estará integrado aos seus ideais familiares e sociais. Neste sentido, pela atualização e reedição das vivências infantis, o bebê imaginado é construído a partir do próprio narcisismo dos pais, corporificando as fantasias e as expectativas em relação ao futuro bebê.

Freud (1914, p. 108), no artigo “Sobre o narcisismo: uma introdução”, refere-se ao afeto dos pais em relação ao filho como uma revivescência e reprodução do próprio narcisismo. Segundo o autor, a chegada de um filho se acompanha de todo um reinvestimento narcísico dos pais em si mesmos, no qual “o amor dos pais, tão comovedor e no fundo tão infantil, nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido”.

A criança terá mais divertimentos que seus pais; ela não ficará sujeita às necessidades que eles reconheceram como supremas na vida. A doença, a morte, a renúncia ao prazer, restrições à sua vontade própria não a atingirão... Ela será mais uma vez realmente o centro e o âmago da criação - “Sua Majestade, o Bebê” - como outrora nós mesmos nos imaginávamos. “A criança concretizará os sonhos dourados que seus pais jamais realizaram.” (Ibid, p. 108).

Assim, os filhos são vistos como a extensão dos pais, como aqueles que vão realizar seus sonhos e metas. Ao se referir a esta escolha narcísica de objeto, Freud (1914, p. 108) ainda nos diz que “os pais se acham na compulsão de atribuir todas as perfeições ao filho – o que uma observação sóbria não permitiria – e de ocultar e esconder todas as deficiências dele”.

Tendo em vista esta dimensão essencialmente narcísica da experiência de parentalidade, Mathelin (1999, p.23) ressalta as especificidades desta experiência na clínica com bebês: “se a ambivalência está presente durante todo o tempo da gravidez, o nascimento sem problema renarcisa a mãe, ao lhe oferecer um belo bebê saudável que a tranquiliza e a gratifica”. Por outro lado, a autora afirma que dar à luz um filho doente ou prematuro faz com que ela se confronte com uma imagem

de mãe má ou insuficiente. Uma mãe que não foi boa ou capaz o suficiente para gerar um filho perfeito e saudável (MATHELIN, 1999).

Estas considerações levam a uma interrogação. Apesar de ser sabido que, por mais que se tenha planejado a gravidez, o bebê real nunca corresponderá àquele que é esperado e imaginado por seus pais, o que pensar das situações em que o nascimento de risco surpreende e rompe radicalmente com o imaginário destes? De que modo a mulher consegue ser mãe, maternar e investir libidinalmente em um bebê real tão distante de seu bebê imaginário? Quando o bebê não sustenta a ilusão da mãe quanto à sua condição de “majestade, o bebê”, quais são as particularidades deste vínculo?

1.3 A natureza e a importância do vínculo mãe-bebê em Winnicott

Tendo em vista que o nascimento em situação de risco traz repercussões tanto para a saúde psíquica da mulher quanto para a construção do vínculo inicial entre a mãe e o bebê, objetiva-se aqui investigar a natureza da experiência humana e seu processo inicial de subjetivação, a partir do pensamento teórico de Donald W. Winnicott, um dos pioneiros na clínica psicanalítica infantil.

De acordo com esta concepção, o processo de subjetivação não é determinado *a priori* por estruturas biológicas, mas algo a ser alcançado, como uma conquista que estará relacionada a uma série de cuidados e investimentos proporcionados por um ambiente facilitador para que as tendências inatas possam se desdobrar.

Na introdução de seu livro “Natureza Humana”, Winnicott ([1967]1990, p.21) oferece o desafio da tarefa que consiste no estudo da experiência humana. Ele incita a pensar na vasta dimensão desta temática ao afirmar que “a natureza humana é quase tudo o que possuímos”. O autor propõe que, enquanto observadores da natureza humana, se possam compreender os funcionamentos do corpo, da psique e da mente. Assim, no desenvolvimento de sua teoria, ele mostra que há uma inter-relação entre estes funcionamentos, não sendo possível estabelecer distinção entre os processos psíquicos, os somáticos e os ambientais desde o início da vida.

A partir desta premissa, o desenvolvimento saudável do indivíduo implica num “continuar a ser” oferecido por um ambiente facilitador. Ou seja, para que a continuidade da existência não seja perturbada, será fundamental um estado de equilíbrio que dependerá de um ambiente que se adapte ativamente às necessidades do recém-nascido desde o início da vida. Há, portanto, uma inter-relação primordial entre o potencial inato do sujeito e as condições oferecidas por um ambiente provedor no processo de constituição psíquica.

No primeiro momento do desenvolvimento emocional do bebê, Winnicott ([1948]2000) descreve uma condição de não-integração primária do recém-nascido, que o coloca em um estado de dependência de um ambiente seguro de cuidados, ou seja, um ambiente que ofereça um *holding* físico e psíquico (mãe). Vale ressaltar que este conceito é crucial na teoria winnicottiana e diz respeito à função na qual:

A atenção da mãe volta-se para um reter-o-bebê-na-mente psicológico combinado com um alimentar, banhar e vestir físicos [...]. Os pais devem sempre considerar a integridade do bebê ao tentar suprir as suas necessidades, respeitando-o como um ser humano distinto deles próprios, o que forçosamente inclui o direito a ser diferente (WINNICOTT, 2000, p.136-137).

Nele, a mulher/mãe deve se disponibilizar de tal maneira para seu bebê que ambos experimentam uma só realidade, em um estado de total fusão entre a mãe e o filho. Tal disponibilidade especial considerada um aspecto tendencial da natureza feminina é um estado denominado de “preocupação materno-primária”. A mãe fica em total sintonia e em tal relação empática com seu bebê que consegue “adivinhar” suas necessidades e dar sentido às suas experiências.

Tal estado de sensibilidade exacerbada da mãe ocorre durante e principalmente ao final da gravidez. A sua duração é de algumas semanas após o nascimento do filho. O autor sinaliza que é um tipo de “loucura necessária das mães”, uma condição temporária que promove um sentimento de continuidade da existência da criança.

Por acreditar que o bebê é um ser humano por direito próprio, a mãe não apressa o seu desenvolvimento, e assim capacita o bebê a apropriar-se do tempo, a ter o sentimento de existir interno e pessoal. Para a mãe, a criança é um ser humano total desde o início, e isto a torna capaz de tolerar a sua falta de integração e o seu tênue sentimento de viver-dentro-do-corpo. (WINNICOTT, [1948] 2000, p. 238)

Neste momento inicial, a mãe precisa sustentar a ilusão onipotente para o bebê de que ele controla o mundo, que é representado por ela. O bebê ainda não é capaz de diferenciar “eu” e “não eu”, dependendo inteiramente da adaptação de um ambiente, neste caso de uma mãe sensível e devotada às suas necessidades desde os primeiros momentos. Ela deve estar ali disponível continuamente para o bebê

através de seu calor, cheiro, contato físico, em uma alternância de movimentos que respeitem o tempo do bebê em seu existir interno e pessoal.

É um momento de “criatividade primária”, onde os objetos do mundo são subjetivos ao bebê, que parece experimentar um sentimento de onipotência absoluta. À medida que surgem suas necessidades, o objeto se presentifica como que por criação do bebê, é como se o mundo estivesse ali, esperando para ser criado por ele. Nesse período, a “mãe-ambiente” está completamente imersa na realidade do bebê, havendo uma suspensão de seu interesse pelo mundo externo, estando o seu olhar voltado com exclusividade para o filho (WINNICOTT, [1948] 2000).

Logo em seguida, com as recorrentes falhas de adaptação de uma “mãe suficientemente boa”⁵, o bebê vai perdendo sua onipotência absoluta e os objetos do mundo começam a lhe serem apresentados. Nesse momento de experiência, o bebê ainda confunde a realidade interna e a realidade externa e transita entre a criatividade primária (onipotente) e o reconhecimento do outro como separado do eu. Esse é o espaço dos “fenômenos transicionais”⁶, um espaço intermediário que vai propiciar o engajamento criativo do bebê no mundo, uma vez que ele reconhece o mundo como parte de si e, ao mesmo tempo, independente de suas fantasias. Já que o mundo não é aquele de sua onipotência, o bebê se incumbe de criá-lo (WINNICOTT, [1951]2000).

O ser humano, portanto, preocupa-se desde a infância com a questão do relacionamento entre o que é objetivamente percebido e o que é subjetivamente concebido, e na resolução desse problema não haverá saúde para o indivíduo cuja mãe não lhe proporcionou um ponto de partida adequado. (WINNICOTT, [1951] 2000, p. 327)

A constituição de cada sujeito dependerá assim da qualidade do acolhimento do ambiente, o que possibilitará uma continuidade do movimento de tendências naturais que se atualizarão (ou não) como criação, desenvolvendo-se um “verdadeiro *self*”⁷. Ao contrário disto, quando o ambiente falha e o outro (mãe) impõe

⁵ A utilização do termo se refere à adaptação da mãe às necessidades do bebê recém-nascido. Trata-se de uma condição na qual “o melhor que uma mulher real pode fazer com um bebê é ser suficientemente boa de forma sensível inicialmente, de modo que a ilusão para ele torne-se algo possível desde o início” (WINNICOTT, [1952] apud ABRAM, 2000).

⁶ O conceito de “fenômeno transicional” diz respeito a uma dimensão do viver em que ambas as realidades, interna e externa, encontram-se e separam o interior do exterior. São fenômenos associados ao brincar e à criatividade que existem desde o início em relação à díade mãe-bebê (ABRAM, 2000).

⁷ Para Winnicott ([1962]2000, p.148), “durante os estágios iniciais, o “verdadeiro *self*” apresenta-se como uma posição teórica a partir da qual surge o gesto espontâneo e as ideias pessoais. O gesto espontâneo é o *verdadeiro self* em ação. Apenas o *verdadeiro self* pode ser criativo, e apenas ele pode sentir-se real. Considerando-se que o *verdadeiro self* sente-se real, a existência de um *falso self* resulta em um sentimento de irrealidade e de inutilidade”.

seu desejo de forma invasiva, cria-se uma posição defensiva denominada “falso *self*”. Verifica-se desta forma que a construção do *self* (eu) é histórica e singular; é uma forma de realidade virtual que não é determinada *a priori* por nenhuma essência identitária. No entanto, o “vir a ser sujeito” através de sua elaboração imaginativa espontânea somente é possível com base numa realidade concreta. Logo, o desenvolvimento emocional primitivo envolve um processo de constituição psíquica que depende da atitude do ambiente favorável ou não à experiência de criação.

Diante disto, pondera-se que, para que a mãe promova um “ambiente suficientemente bom”, ou seja, ofereça acolhimento e estabilidade ao filho, torna-se imprescindível que ela se reconheça e consiga exercer sua função materna através dos cuidados dispensados ao bebê em um ambiente que também lhe ofereça a sustentação e a confiança necessárias para o desempenho de sua maternagem.

Nesse momento, o pai ocupará um lugar de terceiro primordial na relação mãe-bebê. Ele traz apoio psicoemocional para a mulher, para que ela exerça seu papel de mãe, se doando ao seu bebê. Ele lhe oferece, ao mesmo tempo, sustentação para que não haja uma fusão entre eles, proporcionando uma distribuição saudável da vida psíquica da mulher.

Contudo, existem situações em que essas primeiras experiências do bebê com o mundo representado por sua mãe não são bem acolhidas. A mãe não está amparada por uma realidade favorável para que possa se disponibilizar para seu bebê, o que pode vir a prejudicar a qualidade do vínculo inicial entre ambos. São os casos em que a mulher é abandonada por seu companheiro e não conta com uma rede de suporte familiar, ou mesmo quando o bebê encontra-se internado em uma UTI Neonatal logo após o nascimento.

Nas situações de nascimento de risco, a mãe precisa encontrar novas formas de funcionamento necessárias e adaptativas às condições de seu filho hospitalizado. Para isto, torna-se importante que se possa compreender as particularidades da experiência do ser e fazer materno nestas situações a fim de que ela também possa ser cuidada e “maternada” em um ambiente suficientemente bom para ambos: a mãe e seu bebê.

2 O CONTEXTO DA PESQUISA

Como foi visto, a relação mãe-bebê resulta de uma rede intrincada de fatores que compõe o processo de construção da maternidade e da parentalidade. A vida psíquica da mulher, a relação afetiva entre os pais, a história da gravidez, a história familiar e transgeracional do casal, as práticas e valores culturais e familiares, entre outros fatores, desempenham um papel fundamental na configuração do vínculo entre a mãe e o bebê. Somente se atualizarão a partir do encontro inicial entre ambos.

Porém o que ocorre quando, neste encontro inicial, o bebê se acha em risco neonatal? Quais são as marcas psíquicas da internação do filho em uma UTI neonatal na construção da experiência da maternidade, em especial no vínculo mãe-bebê?

2.1 Um nascimento diferente: o bebê de risco e seus pais

A chegada de uma criança é, geralmente, acompanhada de sentimentos de alegria, esperança, idealizações que anunciam uma nova vida. Durante a gestação, como foi visto, o bebê imaginário é investido narcisicamente por diferentes afetos, que se entrelaçam à história parental, dando lugar a imagens e representações sobre o filho que terão nos braços ao nascer. Ao mesmo tempo em que o bebê está sendo “gestado” do ponto de vista biológico, ele é “gestado” psiquicamente, ganhando lugar na subjetividade dos pais, antes mesmo de sua concepção.

Logo após o nascimento, o encontro com o bebê na realidade de uma UTI neonatal pode suscitar uma vivência de estranhamento, perante o descompasso entre o filho idealizado e o filho propriamente dito, uma vez que sempre haverá uma distância entre ambos. A mãe necessita fazer um trabalho de luto por essa defrontação. Este é um processo doloroso, amenizado pelas demandas de cuidado do bebê e do investimento afetivo da mãe no filho.

Nos casos onde a mulher, marcada por vivências ambíguas particulares à sua trama afetiva, se depara com a realidade de um filho doente ou prematuro, ela pode confrontar-se, em si mesma, com a imagem de mãe má, incapaz de gerar um filho saudável. Considerando a importância de que haja um trabalho psíquico de elaboração da perda do filho sonhado para que possam dar um novo lugar ao filho real em seu desejo, os pais precisarão de um tempo, por vezes longo, para conhecer o bebê em suas limitações e restrições, até que possam investir afeto na relação com ele (MATHELIN, 1999).

Antes de discutir os impactos da experiência de ter um bebê de risco na construção da maternidade, é crucial saber quem são esses bebês em situação de risco, que necessitam cuidados médicos essenciais à sua sobrevivência, e discutir alguns aspectos de seu desenvolvimento psicoafetivo.

Quando um problema é detectado durante a gravidez, possibilidade bastante comum hoje em dia pelos crescentes avanços tecnológicos pré-natais, supõe-se que o nascimento poderá ser diferente, ou seja, o bebê poderá necessitar de cuidados médicos especiais ao nascer. São inúmeras as causas que levam um bebê a ser atendido em uma UTI Neonatal. Na maioria das vezes, a prematuridade é a causa mais determinante (MOREIRA; BOMFIM, 2003).

Porém nem todos os bebês de risco são prematuros. Alguns são portadores de alguma doença e/ou intercorrência clínica durante a gestação e no pós-parto. Incluem-se aí os casos de malformações congênitas e/ou genéticas, que poderão levar a intervenções neonatais precoces. Outras situações, como infecções, gemelaridade, distúrbios metabólicos, são fatores que também podem levar um bebê a necessitar de atendimento em uma UTI neonatal, mas ocorrem geralmente em menor número (MOREIRA; BOMFIM, 2003).

O presente trabalho tratará de alguns aspectos referentes às condições de funcionamento físico e psíquico próprias do recém-nascido prematuro, também chamado pré-termo, uma vez que são as causas mais comuns que o levam a necessitar de UTI neonatal. As demais enfermidades, como cardiopatias congênitas, síndromes neurológicas raras, malformações do sistema gastrointestinal, por exemplo, apresentam, por sua vez, especificidades clínicas e diagnósticas que dificultariam uma discussão mais generalizada aqui.

Um bebê nascido a termo é o que nasce em uma idade gestacional de 37 a 42 semanas completas. Portanto, um bebê considerado prematuro (ou pré-termo)

nasce com menos de 37 semanas completas de gestação – de 26 a 28 semanas, por exemplo – pesando ao nascer cerca de 750 a 1000 gramas, necessitando de um longo tempo de internação. Alguns dos problemas mais recorrentes nessa situação estão relacionados à pouca maturidade dos órgãos e sistemas, em especial do sistema cardiorrespiratório, o que exigirá cuidados de uma rede de profissionais de saúde especializada e de um grande aparato tecnológico (CORRÊA FILHO, 2002; MOREIRA; RODRIGUES, 2003).

Inúmeros estudos apontam as competências do recém-nascido como estando presentes desde um período precoce de seu desenvolvimento. A busca do olhar materno, o reconhecimento da voz e do cheiro da mãe, as reações aos sons e à presença das pessoas no ambiente à sua volta são algumas de suas habilidades e capacidades desenvolvidas desde o meio ambiente intrauterino (BRAZELTON, 1981; STERN, 1992).

A esse respeito, Montagner (2002, p.388-389) aponta cinco competências- Alicerces que “definem os núcleos de capacidades iniciais a partir dos quais o ser humano em processo de construção aglomera, combina e integra as informações do seu mundo exterior”. São elas: 1) a atenção visual sustentada, em que o bebê fixa e procura o olhar de sua mãe, ao mesmo tempo em que induz nela a procura de seu próprio olhar através de outras manifestações; 2) o elã à interação, cuja manifestação de comportamentos conduz a uma proximidade interpessoal e corporal (ruídos, gritos, choros, etc.); 3) os comportamentos afiliativos, que dizem respeito aos sinais do bebê interpretados pela mãe como indicadores de afetos e representações; 4) a organização estruturada e centrada do gesto, que se refere à capacidade do bebê em organizar um gesto em direção a um alvo; e por fim 5) a *imitação*, enquanto capacidade de reproduzir gestos e expressões. Tais alicerces permitem ao bebê desenvolver condutas funcionais e interacionais desde o período logo após o nascimento (MONTAGNER, 2002).

Bowlby (1995) afirma que é essencial para a saúde mental que o bebê possa ter uma relação calorosa, íntima e contínua com um adulto, em geral sua mãe. Numerosos autores, destacando Bernard Golse (1999), assinalam a importância de uma dupla ancoragem – corporal e interativa - para a instauração do aparelho psíquico. Em outras palavras, a criança necessita do outro para dar forma e sentido às próprias sensações no corpo. A voz, o olhar, o contato pele a pele funcionam

como formas de “envelope psíquico” para o bebê (BRAZELTON, 1987; GOLSE, 1999; KLAUS; KENNEL, 1993).

Estes estudos de referência no campo da saúde mental materno-infantil provocaram um aumento progressivamente do interesse pela vida psíquica do bebê prematuro. Os trabalhos de Piontelli apud Andrade (2002) e de Neri apud Andrade (2002) sobre o nascimento pré-termo, por exemplo, assinalam uma continuidade entre a vida uterina e extrauterina. A partir de observações por meio de ecografias do útero materno, Negri apud Andrade (2002) relata várias atividades realizadas por um bebê. Cita, por exemplo, o interesse no contato com a placenta e no contato físico de gêmeos entre si, que sugerem movimentos de contato com o meio, muito similares aos que se observa em recém-nascidos prematuros.

Neste sentido, Druon (1999), ao estudar o comportamento de bebês pré-termo, constata uma busca por pontos de apoio no interior da incubadora e em outras superfícies de contato, o que pode significar, do ponto de vista psíquico, uma continuidade das sensações vividas no útero. Outros estudos como o de Lecanuet apud Andrade (2002) demonstraram o reconhecimento da voz humana por parte do bebê desde a 25ª semana de gestação. Tais evidências demonstram o início de uma vida não somente física, mas também psíquica no prematuro (ANDRADE, 2002; DRUON, 1999).

No entanto, ao longo dos cuidados indispensáveis à sua sobrevivência, o recém-nascido pré-termo busca concentrar todos os seus recursos e sua energia para proteger-se do excesso de estímulos, em um mecanismo de autorregulação. São defesas necessárias à adaptação a um ambiente que o expõe a situações de hipo ou de hiperestimulação podendo ultrapassar suas capacidades integrativas. Com efeito, já nos primeiros dias na UTI, o bebê apresenta uma diminuição de reações aos estímulos sonoros, luminosos e cutâneos e de seus padrões de interatividade, como a defesa contra a dor e estresses prolongados, chamadas pelos pediatras de “reações de habituação” (BRAZELTON, 1987; BRAGA; MORSCH, 2003). Andrade (2002) destaca como algumas destas defesas: o fechamento sobre si mesmo, em que o bebê pode deixar de responder até mesmo a estímulos agradáveis; o sono como uma recusa de contato; a fixação ou o desvio de olhar excessivo; e a busca por segurar um objeto ou tecido de modo adesivo.

Cabe esclarecer que tais reações adaptativas do bebê pré-termo não implicam uma ausência de sinais de comunicação. Eles precisam ser decifrados a

partir de outro referencial, diferente dos bebês saudáveis e nascidos a termo. No entanto, é através de uma aproximação lenta e gradual do bebê e do próprio ambiente intensivo que os pais vão se familiarizando com a nova realidade do filho, e significando seus comportamentos e pequenos gestos como sinais de competências e saúde. Muitas vezes ficam eles à espera de sinais de reconhecimento que lhes devolvam a condição de pais, tão sonhada e esperada. Esta expectativa vai possibilitar a construção inicial do laço entre pais e filhos (BRAGA; MORSCH, 2003). A esse respeito, a psicanalista Catherine Mathelin se interroga: “Como sentir-se mãe desse bebê que não dá sinal, que não mama no seio, que não olha, que não sendo, em momento algum, tranquilizante, não fabrica mãe? [...] Como pode uma mulher estar em bom estado quando seu filho em perigo lhe é retirado ao nascimento?” (MATHELIN, 1999, p. 67).

Sendo assim, o nascimento em situação de risco pode representar um “curto circuito” nas interações parentais, gerado por sentimentos de estranhamento, culpa e dificuldades de ir ao encontro do filho, diferente do filho imaginado, mas que tem um lugar na história e no desejo dos pais, ainda que minimamente diferente.

2.2 A mãe no cuidado neonatal: aspectos históricos e políticos

Nos últimos anos, a assistência à mulher e ao recém-nascido passou por importantes transformações, baseada em um novo paradigma de cuidado integral e humanizado em saúde. Durante um longo período da história, mais precisamente até o fim da Idade Média, segundo Philippe Àries (1981), não existia o “sentimento de infância”, como um período específico do desenvolvimento do ser humano. Assim, a criança era considerada como um ser indiferente, um adulto em pequeno tamanho. Esta ausência de preocupação com o período da infância provocava altas taxas de mortalidade infantil, pela ausência de preocupação da ciência com as questões da família e com os filhos (ÀRIES, 1981; SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

A partir do século XVIII, com o advento da Revolução Industrial, houve uma mudança de valores e sentimentos, que trouxe uma nova representação da criança. Esta passa a ser vista como insubstituível para cada família e sociedade, devendo, então, ser tratada em suas particularidades. Com isso, surge a Pediatria como

especialidade médica e, posteriormente, um subgrupo de conhecimentos técnico-científicos voltados para a saúde do recém-nascido, denominado Neonatologia. No ano de 1880, foi inventada na França a primeira incubadora, pelo obstetra Stéphane Etienne Tarnier. Em seguida, seu discípulo Pierre Budin começa a estudar os cuidados com prematuros e foi “considerado o primeiro neonatologista da era moderna” (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010, p.374). Em 1900, em seu clássico livro *Le nourrisson* (O Lactente), ele já recomendava que as mães visitassem e cuidassem de seus bebês (KLAUS; KENNEL, 1993; SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

Martin Couney, aluno seguidor de Budin, realizou inúmeras exposições e cuidou com êxito de vários casos de prematuros em suas incubadoras. No entanto, ao contrário de seu mestre, Couney não permitia que as mães cuidassem de seus bebês, o que acabou excluindo-as dos berçários, que adotaram seus métodos de atendimento como modelo de referência na época (KLAUS; KENNEL, 1993).

Em 1914 criou-se o primeiro centro hospitalar de atendimento de prematuros nos Estados Unidos. Nele, um conjunto de regras relatadas por Klaus e Kennel (1993, p.171) “encorajava-se a produção do leite materno em casa. Entretanto, o auxílio da mãe no cuidado real do bebê prematuro não era enfatizado”. Em seguida, eles afirmam que:

Os manuais sobre o atendimento de recém-nascidos, de 1945 a 1960, continuavam a refletir as tradições e temores do início do século, recomendando apenas o manuseio mais essencial dos bebês e uma política de isolamento estrito de quaisquer visitantes, incluindo os pais (KLAUS; KENNEL, 1993, p. 173).

Portanto, o foco principal destes atendimentos era a recuperação da saúde do bebê através de medidas de prevenção de infecções e controle de higiene, temperatura, peso, entre outros. Nesses berçários adotava-se, sobretudo, a política do mínimo manuseio e intervenção por parte dos profissionais, não havendo lugar para o contato íntimo e duradouro entre pais e bebês. A partir da década de 60, com os novos conhecimentos e técnicas introduzidos no cuidado neonatal, surgiram as modernas UTIs Neonatais, conforme são conhecidas atualmente (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

Durante algum tempo, o cuidado nessas unidades permanecia voltado para o controle das variáveis que pudessem interferir neste ambiente e, conseqüentemente, na saúde do recém-nascido. De acordo com Dittz (2009), ao referir-se aos estudos de Brazelton (1988):

Somente após adquirir certo domínio sobre as doenças e intercorrências que representavam causas de morbi-mortalidade materna e infantil é que a Obstetrícia e

a Neonatologia passaram a discutir aspectos como relação pais-bebê, a prevenção de traumas psíquicos futuros e a criação de ambiente favorável ao desenvolvimento integral do indivíduo (DITZ, 2009, p. 22).

Inúmeros estudos⁸ sobre a vida psíquica e comportamental do bebê e sua família serviram como orientadores para que se pudesse pensar nas possíveis intervenções nas situações envolvendo os bebês hospitalizados e seus pais. Eles acarretaram importantes mudanças nas políticas e práticas de cuidado ao recém-nascido.

Com efeito, na tarefa de sustentar uma proposta de atenção à saúde mais ampla e humanizada, o modelo de assistência antes centrado na saúde física veio sofrendo, no decorrer dos anos, questionamentos das práticas restritamente médico-curativas. Elas acabavam por deixar de lado aspectos psicoafetivos e sociais envolvidos no processo de restabelecimento da saúde do bebê. Assim, face aos estudos que auxiliam na compreensão dos fatores essenciais à saúde física e psíquica do bebê de risco, novas estratégias de cuidado ao recém-nascido se destacaram atualmente.

Neste contexto, um novo olhar para o bebê prematuro ou aquele nascido com alguma situação especial que necessita cuidados intensivos possibilitou a criação de intervenções terapêuticas fundamentais para a melhoria das condições de assistência. Este novo paradigma de cuidado ampliado levou a que o bebê fosse visto como portador de uma história, o que exigiu que sua rede de cuidadores também fosse olhada e acolhida. Em meados dos anos 1990, passou-se a valorizar a permanência dos pais na UTIs. A inclusão da família no cuidado não só é aceita, como ocupa um lugar de destaque na assistência ao recém-nascido. A presença materna no cotidiano da unidade intensiva neonatal torna-se uma condição favorecedora não apenas da recuperação do bebê como do estabelecimento do laço entre ambos. A mulher/mãe é incentivada a participar do cuidado intensivo como coadjuvante do processo de cura do filho (CORRÊA FILHO, 2002; LAMY, 2000; TEIXEIRA, 2001).

Mais recentemente, o Brasil adotou um novo paradigma, de atenção humanizada à criança, à mãe e à família, que devem ser respeitadas em suas individualidades. Nessa linha de pensamento, é criado o Programa de Assistência

⁸ Para um maior aprofundamento do tema, recorrer a estudos de Bowlby (1960/1984), Klaus e Kennel (1982), Spitz (1996) que tratam dos diferentes aspectos envolvidos na hospitalização do bebê, destacando-se os estudos que mostram as repercussões da separação precoce entre mães e filho para o desenvolvimento físico e mental do bebê e sua mãe.

Integral à Saúde da Mulher – PAISM (Brasil, 2000, 2004) pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de:

Incluir a assistência à mulher desde a adolescência até a terceira idade e explicitar o compromisso com o direito das mulheres de exercer ou não a maternidade e/ou a reprodução, tentando contemplar a mulher em todo o ciclo vital (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p.654).

A proposta do PAISM traz um novo enfoque ao cuidado à mulher e à criança, antes pautado numa assistência exclusiva sobre os corpos das mulheres/mães, a partir da promoção de ações e práticas educativas voltadas para a saúde de ambos.

Os programas de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e o Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (Brasil, Ministério da Saúde, 2002a) são ações que se destacam por representarem grande melhoria na qualidade da atenção perinatal no Brasil. Estes programas, por sua vez, vão fundamentar os discursos e as ações em torno da assistência à mulher e ao recém-nascido.

O primeiro deles tem como características principais a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais (CORRÊA FILHO, 2002; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Refletir o cuidado materno-infantil sob o enfoque da integralidade implica uma ampliação do horizonte no qual os problemas da saúde da mulher devem ser pensados, para que não se reduza à sua função reprodutiva (PINHEIRO; MATTOS, 2001). Nesse contexto, os processos de saúde e doença não são redutíveis ao biológico, passando o sujeito e sua história de vida a serem o núcleo do cuidado.

Dentre as estratégias recomendadas pelos programas de humanização da saúde materno-infantil, adotadas atualmente nas práticas de saúde, destacam-se: o direito à escolha de um acompanhante no momento do parto e durante o pós-parto; a criação do “Alojamento Conjunto” (espaço destinado à permanência da mãe ao lado do bebê logo após o nascimento até a alta); o acesso livre dos pais ao recém-nascido na unidade neonatal; o incentivo e a valorização da participação dos pais no cuidado (BTESHE, 2008).

Outra importante iniciativa no campo das políticas públicas de atenção integral à perinatalidade refere-se ao Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (OMS, 2002), que se caracteriza como:

Um tipo de assistência neonatal voltada para o atendimento do recém-nascido prematuro que implica contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser

prazeroso e suficiente, permitindo uma maior participação dos pais no cuidado a seu recém-nascido e o envolvimento da família (LAMY, 2005, p. 664).

Atualmente, ele é adotado de forma ampla, não se restringindo a mera substituição de incubadora. Enquanto política nacional do Ministério da Saúde, Lamy (2005) afirma que o “Método Canguru” abrange questões amplas como os cuidados técnicos com o bebê; o acolhimento à família; a promoção do vínculo mãe/bebê e do aleitamento materno; e o acompanhamento ambulatorial após a alta. Baseado nos moldes de um cuidado integral e humanizado, percebe-se que esta estratégia de qualificação do cuidar amplia seu olhar para as situações de risco durante a internação do bebê, que podem dificultar o vínculo mãe-bebê, sendo uma de suas diretrizes principais a inclusão da família no cuidado.

Apesar das novas recomendações e diretrizes, é inegável que algumas atitudes pautadas numa visão reducionista de cunho sanitarista ainda são encontradas na assistência e reproduzidas até mesmo pelas próprias famílias, que tentam privar a mulher/mãe do acompanhamento da história de seu filho. Um exemplo disto ocorre quando, no momento do parto, a mãe é desestimulada a ter contato ou proximidade com o filho nos casos de malformação do feto e/ou morte do bebê, mesmo contra o seu desejo. (MORSCH, 20__).

No intuito de compreender o lugar que é dado à mulher nesta conjuntura assistencial, Morsch (20__) relata suas impressões no atendimento à mulher ao se tornar mãe que remetem a uma vivência de não participação ou de submissão na condução do parto prematuro, com conseqüentes avaliações de suas competências maternas. Ao escutar os relatos das mães, ela afirma que:

Seus relatos sugerem que ocorreu uma intervenção médica trazendo um bebê numa hora e de uma forma não esperada. [...] A mãe sente falta de um tempo que a ajudasse viver períodos que a preparariam para cuidar de seu bebê. Com frequência lembram o fato de não terem apresentado uma “barriga grande”, quando todos as teriam olhado e valorizado em seu trabalho de construir um bebê. Ao ouvi-las, tem-se a impressão que comentam sobre uma saudade do que não foi possível ter, embalada pela culpa de não terem sido capazes de obtê-lo (MORSCH, 20__, p.3).

Levando em conta estas considerações, aliadas aos estudos teóricos já levantados, coloca-se o desafio de encontrar uma nova forma de cuidado humanizado. Este deve envolver ações voltadas para a educação permanente do profissional de saúde em seu processo de trabalho, bem como de acolhimento e atenção à complexidade da assistência ao recém-nascido e sua mãe, reconhecendo-os em sua alteridade.

Uma nova compreensão do que realmente se passa nestas situações de risco neonatal exige flexibilidade no manejo da equipe de acordo com cada situação em sua singularidade, o que aponta para uma direção de integralidade no cuidado. Este estudo pretende contribuir para uma melhor compreensão e discussão sob esta perspectiva, à medida que lançar luz e valorizar a experiência subjetiva destas mulheres/mães implica em reconhecer seu importante papel e lugar no cuidado em sua integralidade.

2.3 A UTI neonatal do Núcleo Perinatal

A UTI Neonatal, cenário deste estudo, faz parte de uma unidade materno-infantil de referência na rede pública de saúde para gestantes consideradas de alto risco⁹ em todo o Estado do Rio de Janeiro, o Núcleo Perinatal da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. É parte integrante do Hospital Universitário Pedro Ernesto, e atende, na sua maioria, a uma clientela de baixa renda, originária de vários municípios e localidades do país. Conta com uma estrutura que se divide em: 1) “ambulatório de pré-natal” (e de pós-natal), onde se faz o acompanhamento médico individual e multiprofissional (médico, de enfermagem, psicológico, nutricional, social e fonoaudiológico) durante o período gestacional e no puerpério; 2) “medicina fetal”, local de realização de exames de rotina e de exames específicos (ultrassonografias, cardiotocos, eletrocardiogramas, amniocentese) para esclarecimento diagnóstico materno e fetal necessários ao monitoramento clínico gestacional; 3) “enfermaria de gestantes”, lugar onde as gestantes são internadas por alguma intercorrência que possa afetar sua saúde e/ou do feto; 4) “centro obstétrico”, composto por salas de pré-parto, centro cirúrgico e uma unidade de cuidados especiais (UCE), voltada para as gestantes e puérperas que exigem atenção permanente, 5) “alojamento conjunto”, espaço em que a mãe e o bebê permanecem juntos nos primeiros dias do pós-parto; 6) “pré-alta”, local onde a mãe e seu bebê permanecem alguns dias antes da alta, a fim de favorecer a construção

⁹ Esta clientela considerada de alto risco refere-se às gestantes que apresentam algum fator clínico de risco à sua saúde física e/ou de seu bebê, tais como: hipertensão, diabetes, doenças colagenosas, HIV, cardiopatias etc. Estas condições podem ser agravadas por fatores de ordem psíquica e social como os transtornos mentais, a adolescência, adições, obesidade, idade avançada da mãe e dificuldades sócio-econômicas.

do vínculo de afeto, cuidados maternos e aleitamento materno, geralmente destinado as situações advindas da UTI neonatal, 7) “alojamento de mães/acompanhantes”, local oferecido às mulheres/mães que já receberam alta obstétrica e desejam permanecer acompanhando seus filhos necessitando de cuidados intensivos neonatais¹⁰, e, 8) “UTI Neonatal”, onde ficam os recém-nascidos que necessitam de uma rotina de cuidados intensivos essenciais à sua sobrevivência. Esta última, que será o contexto para esta análise, merecerá aqui uma descrição pormenorizada.

2.3.1 Conhecendo uma UTI neonatal: cenário, ritmos e rotinas

Logo após o nascimento, o recém-nascido prematuro ou enfermo¹¹ é levado para a UTI neonatal, onde recebe os primeiros procedimentos médicos. A unidade conta com uma estrutura física única, dividida em três blocos, de assistência aos recém-nascidos internados. Tal disposição se refere a uma divisão “virtual” da estrutura física, que vai atender a uma lógica específica de funcionamento assistencial. Isto é, o diagnóstico e estado clínico do bebê irão indicar que local dentro da UTI será o seu destino. Assim, os leitos da UTI são distribuídos em três blocos: à direita há oito incubadoras e/ou berços aquecidos, destinados aos recém-nascidos enfermos graves, onde ficam geralmente os casos de anomalias congênitas e/ou genéticas, síndromes neurológicas graves, malformações, cardiopatias, entre outros. São os bebês com alguma patologia crônica que permanecem ali, por um longo tempo de hospitalização. Na parte central, há seis leitos destinados aos prematuros de baixo peso e extremo baixo peso ao nascer¹², que contam com um posto de enfermagem posicionado diretamente à sua frente,

¹⁰ A oferta deste espaço, localizado no mesmo andar da UTI neonatal, tem o intuito de favorecer o aleitamento materno e o vínculo entre a mãe e o bebê, atendendo a um dos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para o credenciamento da unidade assistencial como Hospital Amigo da Criança. Este é um título dado às unidades de saúde em conformidade com os objetivos de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, como parte de uma política pública maior de atenção humanizada à mulher e ao recém-nascido, conforme discutido em seção anterior deste capítulo.

¹¹ Os recém-nascidos que necessitam de cuidado intensivo neonatal são, em sua maioria, prematuros (nascidos antes de 37 semanas completas de gestação), mas englobam também os casos de anomalia genética e/ou congênita (cardiopatias, síndromes neurológicas, malformações etc.) e algumas intercorrências clínicas após o nascimento (icterícia, asfixia etc.).

¹² Segundo as definições adotadas pelo artigo 23 da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), a criança prematura ou pré-termo é o recém-nascido com menos de 37 semanas completas de gestação e, no caso de peso muito baixo ao nascer, com menos de 1500g.

para possibilitar um maior controle e visibilidade, pela necessidade de supervisão atenta e constante das variáveis em uma unidade neonatal (exames, temperatura, funcionamento dos aparelhos, conferência das dosagens de medicamentos, luminosidade e higiene). No lado extremo esquerdo, mais próximo à porta principal de acesso (entrada/saída), se encontram doze leitos, no espaço chamado rotineiramente de “Berçário Intermediário” (BI).

Seguindo esta lógica espacial, a passagem do bebê para o espaço do BI significa sua melhora clínica e maior proximidade da alta hospitalar. Vale ressaltar que todos os espaços contam com um posto de enfermagem localizado à frente dos leitos, em uma posição mais elevada do chão, a fim de facilitar a atenção e a vigilância.

Constata-se que o ambiente intensivo neonatal comporta um número considerável de leitos (incubadoras e berços usados para o aquecimento do bebê), muito próximos uns dos outros devido a uma necessidade constante de supervisão e fácil acesso ao paciente pela equipe de saúde. Cada leito conta com uma aparelhagem específica, dando monitoramento e suporte terapêutico necessário ao bebê. Dentre uma série de equipamentos para o atendimento ao recém-nascido e que ficam, em sua maioria, conectados constantemente ao seu corpo, destacam-se: o monitor cardiorrespiratório (que funciona com fios e adesivos presos à pele do bebê, mostrando frequência cardíaca e respiratória), o oxímetro de pulso (consistindo numa luz conectada na mão ou pé do bebê, para medir o oxigênio no sangue), o sensor de temperatura (colocado com uma fita adesiva sob a pele), a bomba de infusão intravenosa (usada para a aplicação de medicações e nutrientes através das veias das mãos, dos pés, braços, pernas e, às vezes, na cabeça), o cateter umbilical (tubo fino colocado no umbigo), o CPAP (pequenos tubos, que liberam oxigênio, inseridos nas narinas dos bebês), o tubo endotraqueal, mais conhecido como “tubo” ¹³ (tubo que vai da boca até a traquéia, fixado ao rosto do bebê e ligado ao respirador que libera oxigênio), entre outros (MORSCH et al., 2003).

Contrastando com esta aparelhagem e conjunto de tecnologias que compõem a rotina de cuidados assistenciais intensivos, disponibiliza-se uma cadeira ao lado de cada leito, destinada à permanência da mãe ao lado do bebê. Tal se dá porque

¹³ A referida expressão será trazida na análise dos relatos das mães, como importante fonte de angústia na experiência de maternidade das mulheres do presente estudo.

uma das diretrizes assistenciais da unidade de saúde é o incentivo ao acompanhamento da mãe ao seu filho recém-nascido, durante toda a internação. Conforme discutimos, esta instituição atende as diretrizes do Programa de humanização ao recém-nascido preconizado pelo Ministério da Saúde, tendo como política, a inclusão da família no cuidado neonatal. Tal medida irá garantir a permanência da mãe ao lado do filho durante 24h, bem como o livre acesso do pai do bebê por todo o período de hospitalização. Além disso, o horário de visita aos recém-nascidos é de 15 às 16h, sendo permitida, neste intervalo, além da entrada dos pais em acesso livre, a dos avós e irmãos dos bebês. Estes últimos seguem o “Programa de visitação dos irmãos do bebê internado na UTI Neonatal”¹⁴, promovido pela equipe de psicologia desta unidade, segundo os moldes do “Método Mãe Canguru” do Ministério da Saúde (2002b).

No entanto, como se verá, para que a família consiga estar ao lado do bebê neste ambiente, é necessário um trabalho. Algumas vezes os pais vivenciam uma situação de total impotência diante de tantos aparatos tecnológicos em torno do filho, que sua presença pode ser considerada como menos importante ou até dispensável por eles mesmos.

O ambiente intensivo neonatal é excessivamente iluminado e ruidoso. São muitos equipamentos, luzes acesas incessantemente e sons constantes e ritmados dos alarmes utilizados no monitoramento do estado clínico do bebê, o que costuma gerar ansiedade tanto nos pacientes e familiares quanto nos profissionais que ali atuam. O ritmo e a rotina assistencial deste cenário são marcados pela urgência e imprevisibilidade, onde uma equipe de saúde atenta e disponível se ocupa dos cuidados com o recém-nascido de maneira intensiva.

São inúmeros os profissionais que circulam diariamente neste espaço. Médicos neonatologistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais compõem a equipe de saúde efetiva e especializada da rotina desta unidade. Este cenário ainda conta com as diversas especialidades médicas que atendem às diferentes demandas de

¹⁴ O objetivo da visita é proporcionar uma integração da família a partir da inclusão dos irmãos no momento da internação do bebê, o que facilitará a comunicação e compreensão da situação, amenizará a ansiedade da família e trabalhará possíveis sentimentos de exclusão e culpa por parte dos irmãos mais velhos. As visitas acontecem diariamente entre 15 e 16h. Todas as crianças na faixa etária de 4 a 12 anos e que desejam visitar seus irmãos na UTI Neonatal devem ser acompanhadas pela equipe de psicologia, com a participação e o consentimento dos pais. Este acompanhamento tem caráter informativo e terapêutico; utilizam-se recursos lúdicos, de maneira a que as crianças expressem seus sentimentos e fantasias em torno da internação.

intervenções para a recuperação da saúde do bebê: cirurgiões, radiologistas, cardiologistas, neurologistas, geneticistas, entre outros.

Esta diversidade de profissionais associada aos ritmos e rotinas próprios a este panorama assistencial em particular repercutirá na relação da família com a equipe assistencial. Um ambiente que tem de prover atenção e cuidados rápidos e assertivos de uma equipe de prontidão perante as urgências pode tornar-se alvo de questionamentos por parte das mães. Talvez na tentativa de buscar o controle de uma situação que jamais tiveram realmente, não é raro que a família se coloque em atitude de vigilância e supervisão das condutas médicas e dos profissionais de enfermagem que lidam diretamente com o cuidado do recém-nascido. Os cuidados maternos neste contexto parecem irrisórios diante da gravidade e da importância do saber e das intervenções médicas que garantem a sobrevivência da criança.

Em contrapartida, esta atitude vigilante dos familiares, notadamente da mãe, é raramente bem recebida pela equipe, que se sente questionada em suas ações. Procedimentos de controle e protocolos de rotina que incluem exames invasivos e dolorosos, como as coletas de sangue e punções venosas, são momentos de tensão e dificuldade, principalmente quando realizados em presença de familiares. Uma das formas encontradas pela equipe de saúde para lidar com esse questionamento é pelo convite a que o familiar se retire nestes momentos. Algumas vezes, o psicólogo é chamado para acolher a mãe neste impasse; sua presença parece servir, ao mesmo tempo, de suporte, tanto para a angústia dos pais como para o profissional que ali atua.

Outras situações de conflito ocorrem nas chamadas visitas médicas, também conhecidas como *rounds* (visitas) médicos, que ocorrem de 2ª a 6ª feira, no turno da manhã. Trata-se de uma prática específica de discussão e ensino médico, que permanece ainda hoje, e muito frequente em hospitais-escola, como é o caso da unidade estudada. Trata-se de discussões teórico-clínicas entre os diversos membros da equipe, predominantemente médica, com a presença de alguns profissionais da equipe multiprofissional que está na rotina de atendimentos naquele dia. Estas visitas acontecem à beira do leito, em formato de aula presencial, onde a presença do paciente, neste caso o bebê, oferece os elementos clínicos que indicam a hipótese diagnóstica, as possíveis condutas, a evolução e o prognóstico. Cabe lembrar que a mãe, pelo direito de estar ao lado do filho a qualquer momento,

encontra-se muitas vezes presente nos momentos de explanação médica, a despeito dos efeitos danosos que a fala cifrada e técnica dos médicos possa causar.

Para a família, qualquer palavra, comentário, suposição, termo técnico ou mesmo um olhar diferente pode despertar fantasias e reações diversas oriundas de momentos de tensão vividos por aqueles que aguardam informações acerca do estado do bebê. Por outro lado, em algumas ocasiões, é comum que as mães escolham participar deste momento, onde supõe-se que a “verdade” é dita de forma nua e crua. No entanto, a fala não costuma ser dirigida às mães nesse momento do *round* (visita médica).

Finalmente, os ritmos e rotinas mencionados retratam algumas particularidades de um ambiente no qual a angústia aponta para algo que escapa permanentemente. É uma urgência médica que se entrelaça a uma urgência de vida. Quem é esse bebê? Qual a sua história? Ele irá sobreviver? Como é possível “tornar-se mãe” neste cenário? É um encontro com o inominável, com o paradoxo da vida e morte ao nascer. Sentimentos extremos como dor/alívio, alegria/sofrimento, desespero/esperança parecem conviver lado a lado. É uma convivência de sentimentos opostos entre si que requer um olhar de cuidado para além do corpo da criança a ser tratada. Logo, compreender este espaço de funcionamento assistencial leva a refletir sobre os efeitos desta realidade na experiência da maternidade, numa situação de risco, no estabelecimento do laço mãe-bebê.

3 METODOLOGIA

3.1 A construção do campo de pesquisa: método e participantes

O Núcleo Perinatal da UERJ foi escolhido como local para o presente trabalho por apresentar uma infraestrutura adequada à realização do estudo proposto e constituir uma instituição de referência à assistência materno-infantil de alto risco em todo o estado do Rio de Janeiro.

Ademais, com a inserção prévia da autora e pesquisadora como psicóloga coordenando o Serviço de Psicologia da unidade desde 2006, foi possível constatar que sempre houve interesse em documentar as intervenções psicológicas em livros de ata e formulários próprios sob a posse restrita do serviço. Tal documentação constitui uma valiosa fonte de pesquisa, que favorece a produção de conhecimento científico.

Vale ressaltar que tal fonte de recursos sempre buscou respeitar a regulamentação do Código de Ética Profissional do Psicólogo (2005). Ou seja, este cenário de atendimento grupal, onde ocorreu a coleta de material de análise para pesquisa, é, de antemão, comprometido com a preservação do sigilo, anonimato e aspectos legais na propagação dos conteúdos levantados, em cumprimento ao art. 16¹⁵ do código referido.

A estratégia metodológica adotada no presente estudo foi o método de observação participante do grupo denominado “Grupo Mães Presentes”¹⁶ durante um período de três meses consecutivos. Esta observação foi completada pela

¹⁵ Art. 16 – O psicólogo, na realização de estudos, atividades e pesquisas voltadas para a produção de conhecimento e desenvolvimento de tecnologias:

- a) Avaliará os riscos envolvidos, tanto pelos procedimentos, como pela divulgação de resultados, com o objetivo de proteger as pessoas, grupos, organizações e comunidades envolvidas;
- b) Garantirá o caráter voluntário da participação dos envolvidos, mediante consentimento livre e esclarecido, salvo nas situações previstas em legislação específica e respeitando os princípios deste Código;
- c) Garantirá o anonimato das pessoas, grupos ou organizações, salvo interesse manifesto destes;
- d) Garantirá o acesso das pessoas, grupos ou organizações aos resultados das pesquisas ou estudos, após seu encerramento, caso assim o desejarem.

¹⁶ Este grupo se refere a uma modalidade de atendimento psicológico grupal prestado às mães que estiveram com seus filhos internados na UTI Neonatal. A escolha desta denominação se deu pela tentativa de valorização do lugar da mãe no cuidado ao filho na UTI. O termo “mães presentes” vem enfatizar que elas merecem um lugar de destaque e importância, para além do papel de coadjuvante na recuperação do bebê. A dinâmica de funcionamento deste grupo será explicitada no item a seguir, no qual se discutirá a escolha do cenário que serviu para a coleta de dados do estudo.

análise documental das fichas de acompanhamento psicológico das mães que participaram deste estudo (Anexo C).

Na escolha dos sujeitos desta pesquisa foram considerados os seguintes critérios: ser mãe de um recém-nascido internado na UTI Neonatal do Núcleo Perinatal; estar participando do espaço do atendimento psicológico grupal (o “Grupo Mães Presentes”) como parte da rotina da unidade assistencial; aceitar o convite para participar voluntariamente da pesquisa e autorizar a gravação de sua fala, atestando a confirmação por intermédio de termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A). Enfatize-se que a proposta de participação na pesquisa e o termo de consentimento foram apresentados antes da gravação e da assistência grupal, garantindo o direito da participante a retirar-se da pesquisa a qualquer momento, e sem qualquer prejuízo a si mesma ou ao seu bebê.

Fizeram parte da pesquisa treze mães participando do grupo “Mães Presentes” e que permanecem acompanhando seus filhos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Núcleo Perinatal do Hospital Pedro Ernesto/UERJ.

Os dados deste estudo foram coletados por meio da observação participante e de análise documental, onde os conteúdos explícitos e não explícitos dos depoimentos (comunicação não verbal) e os registros de dados escritos em documentos restritos ao serviço de psicologia (fichas de acompanhamento psicológico individual) foram as fontes recorridas para a elucidação do fenômeno estudado. O método de observação participante foi escolhido pela importância da coleta de dados ocorrer em um cenário que favorece a expressão livre dos conteúdos subjetivos, ocupando a pesquisadora o lugar de observadora e favorecedora de um ambiente acolhedor e produtivo. Quanto à escolha das fontes de material escrito, esta se deu pela necessidade de contextualizar os discursos das mães em cada caso, sendo as informações recolhidas nestas fontes de extrema relevância para o presente estudo, tais como: idade materna, primípara (mãe pela primeira vez) ou não, tempo de internação, diagnóstico do bebê, relação com a equipe etc. A partir destes dados, foi traçado um perfil descritivo de cada mãe participante, que pode ser consultado para mais esclarecimento sobre a análise de seus discursos (Anexo B).

3.2 O Grupo “Mães Presentes”

O grupo “Mães Presentes”, como parte da rotina assistencial da unidade neonatal, foi idealizado em 2002¹⁷, pela pesquisadora, enquanto psicóloga efetiva da equipe de saúde e pelo Serviço Social da unidade, funcionando até a presente data.

Constitui uma modalidade de atendimento grupal destinado às mães que vivenciam a internação do filho na UTI neonatal. Possui um caráter reflexivo e terapêutico, sendo, originalmente, coordenada por profissionais de ambas as equipes (Serviço Social e Psicologia) de forma intercambiável, de acordo com a rotina dos serviços¹⁸.

Aconteciam semanalmente, na sala de grupos no mesmo andar do Alojamento de mães e UTI neonatal, com uma duração média de uma hora e trinta minutos, e contou com a participação das mães dos recém-nascidos internados naquele momento.

Teve como objetivo principal promover a troca de experiência entre as participantes, a partir do estabelecimento de um espaço de reflexão e discussão dos temas por elas apresentados, com o intuito de permitir a elaboração das questões e angústias suscitadas no contexto de hospitalização dos filhos.

O grupo possuía também um caráter informativo à medida que esclarecia dúvidas sobre aspectos inerentes ao atendimento ao bebê como, por exemplo, diagnóstico e prognóstico do filho, que podiam estar sendo fonte de angústias para a família. Por isso, eventualmente, alguns profissionais de saúde de áreas afins (fonoaudiólogos, fisioterapeuta, enfermeiros, médicos, nutricionistas) são convidados a participarem do grupo de forma pontual, perante a demanda das mães e/ou mesmo da avaliação da situação de cada momento.

No decorrer dos anos, este espaço de atendimento grupal vem sendo ofertado às mães como parte da rotina assistencial neonatal. Trata-se da oferta de uma escuta baseada no olhar de acolhimento e cuidado para a mãe do bebê internado e das questões advindas desta experiência peculiar. Para cuidar de um bebê é preciso, sobretudo, cuidar de sua mãe e sua família ao redor. Neste sentido, este

¹⁷ Nesta época, a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ainda funcionava na estrutura assistencial do hospital geral, Hospital Universitário Pedro Ernesto, antes da inauguração do atual Núcleo Perinatal da UERJ.

¹⁸ Vale ressaltar que durante todo o período de observação e coleta de material da pesquisa, o grupo foi coordenado apenas por profissionais da equipe de Psicologia devido à atual conjuntura institucional de mudanças na equipe do Serviço Social.

trabalho parte do princípio de que a mãe deve ser vista em sua subjetividade, para além do mero papel de coadjuvante no processo de recuperação da saúde do filho.

Este grupo foi eleito como espaço privilegiado para esta análise por entender-se que esta é uma estratégia de intervenção voltada, exclusivamente, para o acolhimento e a escuta destas mulheres/mães, sujeitos desta análise. Além disso, trata-se de um espaço de trabalho onde a pergunta principal que irá nortear este estudo: “Como é ser mãe de um bebê internado em uma UTI neonatal?” já serve como tema de embasamento da intervenção grupal.

O convite para participar deste espaço grupal em si já acarreta um efeito de intervenção, na medida em que as mulheres/mães parecem levar um tempo para se apropriar de seu lugar de importância e reconhecimento, face à situação de internação do filho. Com isso, algumas mulheres recebem o convite a participar do grupo com estranhamento ou mesmo desconhecimento acerca do que podem trazer ou receber deste espaço, colocando-se em um lugar secundário no cuidado ao filho. Sendo assim, o que elas teriam a nos dizer?

3.3 O trabalho de campo: impressões e aspectos éticos

Só no decorrer do trabalho de campo tornou-se possível refletir sobre as indagações e questionamentos levantados até então neste estudo. O contato direto com a realidade cotidiana do fenômeno observado, a partir de uma relação de proximidade com os sujeitos desta pesquisa, possibilitou a reformulação dos caminhos da pesquisa e o aprofundamento da temática de estudo.

Uma preocupação constante, desde o início da elaboração do trabalho, foi descobrir a melhor forma de realizar uma pesquisa científica apreendendo a experiência subjetiva das mulheres/mães, e preservando o lugar da pesquisadora, pela escolha de seu local de trabalho como campo de pesquisa. Para que fosse possível situar-se no interior do fenômeno a ser observado, optou-se por um afastamento prévio do trabalho de assistência psicológica. Tal providência permitiu que não houvesse qualquer tipo de relação anterior da pesquisadora com os participantes do estudo.

Ao buscar o deslocamento do pesquisador de sua posição cotidiana (atuação como psicóloga), o verdadeiro desafio tornou-se conseguir, por um lado, proximidade e confiança com os sujeitos e questões levantadas e, por outro, concentrar-se no foco de estudo, adotando uma postura reflexiva e de flexibilidade. Ou seja, não se tratava de uma posição neutra, mas da produção de um olhar e de um recorte analítico sobre o tema a ser estudado. Para isto, seria preciso considerar a presença da pesquisadora como observadora, na situação de estudo, como um elemento fundamental a analisar.

Tendo em vista que o método de observação participante lida com o aqui e agora situacional, não se pode esperar um controle absoluto do pesquisador sobre a situação. Concordando com a idéia de Valladares (2007), de que a observação quase sempre influencia os observados, e exige uma postura de flexibilidade do pesquisador, uma vez em campo, a auto-observação meticulosa é essencial. Ela deve ser integrada nas impressões e discussões, pois também faz parte da história da pesquisa.

Considerou-se então fundamental recorrer ao uso do diário de campo. Nele, foi possível registrar as percepções, questionamentos, informações e fatos vividos que congregaram os diferentes momentos da pesquisa. Foi importante o registro de cada ida a campo por esse instrumento ter servido de referencial para as dúvidas conceituais e procedimentos éticos no planejamento das ações ali efetuadas.

Ressalte-se que a entrada em campo foi facilitada por uma concordância institucional da pesquisadora-observadora com os coordenadores do grupo que formam a equipe de psicólogos. No entanto, as mães (sujeitos da análise) desconheciam até então sua participação prévia na instituição.

Assim, a inserção em campo iniciou-se pelo convite para que as mães tomassem parte semanalmente no grupo. Aproveitou-se o momento para apresentar-lhes a proposta da pesquisa, bem como o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A), previamente à sua participação no grupo, enquanto atividade assistencial.

Geralmente, a apresentação da atividade de grupo semanal como parte da rotina neonatal é feita ainda nos atendimentos psicológicos individuais, quando o psicólogo que ficará responsável pelo acompanhamento do caso convida a mãe a participar, como uma oferta de cuidado adicional, voltada ao seu acolhimento.

Percebeu-se que, muitas vezes, a entrada da mãe no grupo será determinada pelos acontecimentos institucionais da unidade neonatal naquele período, voltados, em sua maioria, para a rotina de cuidados ao bebê. A dinâmica específica do grupo de mães que permanece acompanhando os filhos também é fundamental. Por exemplo, o fato de uma das mulheres exercer um papel de liderança no grupo, lugar geralmente ocupado por uma mãe presente há mais tempo, e que reconhece o espaço grupal como importante para a reflexão sobre suas questões e para as outras mães, é um elemento primordial para determinar diretamente a disponibilidade e interesse das mães em participar. Outro fator preponderante é a ocorrência de alguma circunstância peculiar na semana, como o são certas situações familiares, conflitos de convivência institucionais, óbito de bebês.

No decorrer do período de três meses proposto para a coleta de dados da pesquisa de campo aconteceu que, por vezes, o grupo “Mães Presentes” não se tenha reunido. Os registros em diário de campo da pesquisadora mostram que, em algumas das vezes em que o grupo não se reuniu, a razão foram períodos festivos; em outras ocasiões os cancelamentos ocorreram por algumas mães terem justificado suas ausências devido à rotina de cuidados com o filho em horário concomitante ao grupo (dieta, visita médica). Em outras situações ainda ocorreram óbitos de bebês naquele dia ou semana, provocando grande dificuldade, por parte das mães, em compartilhar, em grupo, tal experiência em particular.

Neste contexto, tornou-se possível a observação de seis encontros grupais em um total de nove semanas. Excetua-se um momento de recesso festivo de duas semanas das atividades institucionais. Contou-se com a participação de treze mães; três delas tiveram uma participação mais intensa, comparecendo a dois encontros semanais, pois permaneceram ali, acompanhando o filho por um longo período.

Com o intuito de acolher as mães que chegavam ao grupo pela primeira vez, sempre houve o cuidado de iniciar a atividade com a apresentação de todas as mulheres/mães e seus bebês, destacando e acolhendo a presença de novos participantes, em geral mães de bebês recém-chegados na UTI neonatal naquele período.

No que se refere à participação na pesquisa, do total de treze mulheres/mães que compareceram aos encontros grupais, com uma frequência, em média, de quatro mães/grupo, não houve recusas ao convite feito pela pesquisadora. Pelo contrário, algumas mães mostravam-se privilegiadas ao trazerem suas

contribuições, e voltavam o olhar para a pesquisadora nos momentos em que relatavam sua experiência. Certa vez, uma das participantes fez um comentário bem-humorado, afirmando que seu relato poderia servir para um estudo de doutorado ou, até mesmo para a redação de um livro.

Tal receptividade permitiu à pesquisadora algumas intervenções durante a condução do grupo, coordenado pela psicóloga da instituição. Elas permitiram esclarecer melhor algumas situações relatadas, desconhecidas da pesquisadora, por fazerem parte do contexto cotidiano da internação, e que pareciam precisar de um relato mais detalhado. Sublinhe-se que a atividade grupal foi coordenada por duas psicólogas diferentes durante o período de observação de campo, em função do período de férias da equipe, e que contou ainda com a participação excepcional de uma aluna/psicóloga em dois encontros.

Uma das características marcantes e enriquecedoras do grupo, e que contribuiu desde o início para sua escolha como cenário de coleta de dados, foi a condição da maternidade sendo vivida e relatada no aqui e agora da internação do filho. Percebia-se que muitos conteúdos subjetivos, até mesmo inconscientes, ficavam bastante susceptíveis de serem revelados e abordados naquele contexto, o que se refletia no discurso das mães. Além disso, a capacidade de acolhimento do grupo propiciou um clima favorável e de apoio ao relato das mães nos momentos de dor e sofrimento, servindo de continente essencial para as questões emergentes.

Tal dinamismo, enfim, facilitou a comunicação entre os membros no momento do grupo, permitindo que os conteúdos recolhidos para análise dos dados na pesquisa surgissem de forma rica e espontânea, sem a necessidade do uso de um roteiro preestabelecido pela pesquisadora.

3.4 Organização e análise dos dados

A organização e a análise dos dados coletados foram feitos no decorrer do trabalho de campo, e se consolidaram durante todo o processo de registro de informações e impressões em diário de campo e de transcrição das gravações feitas pela própria pesquisadora. Ao mesmo tempo, foram recolhidos dados da história de cada participante através da análise documental do catálogo de registros de casos do serviço de Psicologia (fichas de acompanhamento psicológico) da instituição, para integrar as informações de forma coerente na construção das categorias de análise.

Após a conclusão desta primeira etapa de coleta, o referencial de análise de conteúdo foi utilizado para obter recursos para a análise dos dados. Esses foram analisados por meio do método qualitativo de análise de conteúdo de Bardin (1977), estabelecido como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não), que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p.42).

A análise dependeu da recorrência e leitura dos conteúdos das narrativas das mulheres/mães no grupo, com base na questão: “Como é ser mãe de um bebê internado na UTI neonatal?”. A partir deles foram construídas categorias discursivas representativas da experiência de maternidade dessas mulheres no contexto de internação do filho. Foi dada ênfase ao que tange a forma como lidam com os atravessamentos da situação de risco do bebê e do cuidado materno numa instituição de saúde.

Segundo o pensamento de Minayo (1992), Gomes (1998) atentou para algumas das finalidades da fase de análise, que devem:

Estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder as questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte (GOMES, 1998, p. 69).

Sob esta perspectiva, o pesquisador pode inferir conhecimentos acerca do assunto abordado, tendo em vista os conteúdos que estão por trás dos conteúdos manifestos, atingindo assim outros significados de natureza psicológica, sociológica, política etc. (BARDIN, 1997). Segundo Minayo (1992):

A análise de conteúdo possibilita articular a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores mais amplos que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção de mensagem (MINAYO, 1992, p.203).

Ao fazer um levantamento do material, foram assim realizadas leituras repetidas e exaustivas dos textos, de modo a extrair uma melhor compreensão e categorização dos dados.

Para obter uma análise mais didática, os elementos e aspectos com características temáticas comuns ou que se relacionavam entre si foram sistematizados, o que fez emergirem categorias de sentido. Os recortes dos discursos e observações foram agrupados de acordo com apresentação de fragmentos dos depoimentos das mães. Para dar riqueza contextual e de significado, recorreu-se também a uma breve descrição de informações relevantes dos casos (idade, o fato de ser ou não mãe primípara, diagnóstico e tempo de internação do bebê etc.), organizadas em um perfil descritivo de cada mãe participante (Anexo B), cujos elementos foram considerados essenciais para uma maior contextualização da análise realizada. Houve sempre o cuidado de manter o anonimato e a preservação do sigilo de cada participante, alterando-se algumas informações colhidas sem prejuízo para a análise pretendida, a fim de resguardar ao máximo sua identidade. É o caso, por exemplo, para a utilização de nomes fictícios tanto para a mãe, quanto para o bebê, ou a alteração do bairro ou município de moradia.

Cabe enfim salientar que a construção das categorias empíricas baseadas nos relatos, bem como a própria interpretação/compreensão do fenômeno em estudo foi respaldada pelo referencial teórico já levantado e pelos próprios dados empíricos. Incluiu-se uma reflexão contínua sobre o próprio contexto de produção dos dados, sendo este, portanto, o fio condutor da análise. A interação dinâmica entre o próprio pesquisador e seu objeto de estudo foi incluída neste processo reflexivo, tendo sido possível assumir um deslocamento da posição cotidiana de psicóloga para o interior do fenômeno observado.

4 MÃES EM UTI NEONATAL: A EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE DIANTE DO BEBÊ EM SITUAÇÃO DE RISCO

Não existem flores nos quartos destas mães. Uma ala obstétrica supostamente é o lugar mais feliz do hospital. Uma mãe chorosa contradiz isto, e não é perdoada facilmente por perturbar a atmosfera alegre.

N. Josefowitz

Como foi dito aqui, o processo de tornar-se mãe compreende aspectos subjetivos conscientes e inconscientes do psiquismo da mulher, relacionados ao contexto familiar e social no qual ela se insere. Ainda que se reconheça essa experiência como estritamente singular e construída no encontro com cada bebê em sua história, através dos discursos das mulheres/mães¹⁹ participantes do estudo, foi possível apreender algumas particularidades da experiência da maternidade em situação de risco. Elas surgiram à medida que seus relatos apontavam um entrelaçamento de ideias e vivências em busca de uma atribuição de sentidos à nova realidade. Tal dinâmica permitiu a análise e a construção de categorias de significação sobre o objeto de estudo que serão exploradas a seguir.

De modo geral, os relatos das mulheres/mães sobre a experiência da maternidade no contexto de internação do filho em uma UTI neonatal revelaram ser tal vivência atravessada por situações consideradas “limites”. Inicialmente se discutirão as repercussões que a gestação, em especial da gravidez de risco, traz para esta experiência, uma vez que as marcas psíquicas do período permanecem ainda muito presentes no discurso das mulheres/mães. Em seguida, se analisará o encontro inicial da mãe com o filho em situação de risco na UTI neonatal, considerando o impacto de um ambiente tão peculiar de cuidados intensivos na construção da função materna. A vivência de descompasso relatada pelas mães, que consiste no encontro com o filho propriamente dito, tão distante por vezes da imagem do bebê ideal construído em seu imaginário materno também é objeto do presente estudo.

A maternidade entendida como uma experiência construída no dia a dia da UTI neonatal aparece como uma importante particularidade da vivência no discurso

¹⁹ Optou-se utilizar a expressão “mulheres/mães” no decorrer do texto com o intuito de desnaturalizar a ideia de mãe como uma condição fixa e dada; esta é um processo em construção, conforme a concepção de maternidade utilizada neste estudo.

das mulheres que buscam, a cada encontro diário com seu bebê, lidar com os atravessamentos de um ambiente marcado pela alta tecnologia médica e pela fronteira entre a vida e a morte, o que provoca situações extremas, do desespero à esperança pela recuperação do filho.

Finalmente serão apresentados os elementos que interferem em um dos alicerces a partir do qual se constrói a experiência da maternidade, que é a possibilidade de exercício do cuidado materno. Nessa conjuntura assistencial, as mulheres/mães encontram limites e particularidades na construção de sua “maternagem” perante o afastamento de suas casas e do meio familiar, em especial nos casos da separação por um período prolongado dos outros filhos. Também se inclui a dificuldade em lidar com os diferentes saberes e cuidados em torno do filho hospitalizado, que se reflete no modo de comunicação com a equipe de saúde.

A escolha da organização da análise nos temas a seguir se justifica por sua relevância para a construção da experiência da maternidade. Uma primeira leitura do material indicou uma possível continuidade no registro da experiência de construção da maternidade, tendo seus primórdios na gestação e atualizando-se no dia a dia das relações da mãe com as especificidades da internação do filho na UTI. Assim, mesmo que os conteúdos não tenham surgido necessariamente nesta sequência cronológica, os temas foram recortados, selecionados e organizados considerando sua relevância na construção de uma significação da própria experiência da maternidade na UTI neonatal.

Ressalte-se ainda que a seguinte divisão por temas e/ou categorias de sentido não significa que sejam excludentes; encontram-se, muitas vezes, sobrepostos nos discursos das mulheres participantes.

4.1 De gestante à mãe: entre o medo e o desejo²⁰ de ter um filho

É uma coisa assustadora e ao mesmo tempo, eu me sinto realizada. Eu falei: “Gente, será que eu estou sonhando?” Mas agora caiu a ficha.
Fátima

Os discursos das mulheres/mães participantes mostraram ser o momento de hospitalização do filho em uma UTI neonatal logo após o nascimento ainda marcado pela experiência vivida na gestação e pela história prévia da mulher em torno dos anseios e do desejo de ser mãe.

Considerando que o período da gravidez traz modificações corporais e psíquicas para a vida da mulher, além de promover a reorganização social e familiar do casal, conforme visto no segundo capítulo, o evento do nascimento do filho é um marco desta experiência que representa, acima de tudo, a continuidade do processo de tornar-se mãe, iniciado muito antes da concepção e atualizado durante todo o período gestacional. Trazer à tona a história da gestação atual e de sua vida reprodutiva em torno do projeto de maternidade dá à mulher/mãe a possibilidade de dar sentido à vivência de ter seu filho hospitalizado, ao mesmo tempo em que representa uma tentativa de elaboração das questões emergindo da situação.

Os sujeitos participantes deste estudo compreendem, em sua maioria, mães que vivenciaram uma gestação considerada de alto risco²¹. São mulheres que foram geralmente acometidas, durante a gestação, por alguma patologia que pode acarretar problemas para a sua saúde ou para a saúde do bebê. Tal condição torna a vivência deste período mais complexa, e atesta o confronto das dimensões de saúde e doença na vida da mulher diante do projeto de ter um filho.

Contrariando, portanto, o imaginário social sobre a maternidade “saudável”, “plena” e “feliz”, os discursos destas mulheres revelam que a vivência do período gestacional pode ser acompanhada de experiências subjetivas de ambivalência,

²⁰ Cabe salientar, que o termo “desejo” neste trabalho parte da concepção de desejo em psicanálise; em Freud, essa ideia “é empregada para designar a propensão e a realização da propensão. Nesse sentido, o desejo é “a realização de um anseio ou voto (*Wunsch*) inconsciente” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p.146). A gestação pode ser compreendida aqui como um evento na vida do casal, para além da vontade consciente da mulher e de seu parceiro, mas relacionado aos aspectos inconscientes da história daquele casal em sua singularidade.

²¹ Os critérios adotados pelo Ministério da Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2000) para a gestação ser considerada de alto risco são: características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis (idade menor que 15 e maior que 35 anos; baixa escolaridade; condições ambientais desfavoráveis, o uso de drogas lícitas ou ilícitas, etc.); história reprodutiva anterior à gestação atual (morte perinatal, abortamento habitual, síndromes hemorrágicas, pré-eclâmpsia, macrossomia fetal, etc.); intercorrências clínicas crônicas (cardiopatias, nefropatias, endocrinopatias (especialmente, o diabetes mellitus), doenças autoimunes, portadoras de doenças infecciosas (HIV, sífilis, hepatite); e doença obstétrica na gravidez atual (hemorragias, óbito fetal etc.).

angústia e medo. Estudos apontam que é comum a vivência da gestação de risco ser acompanhada por sentimentos de medo de morrer na gravidez ou no parto; medo da perda do filho, ou que este nasça prematuro ou com alguma deformidade; solidão e insegurança. Diante disso, desde o momento em que vivenciam o impacto do diagnóstico de gravidez de risco, as mulheres/gestantes tendem a mudar seus hábitos de vida, segundo as orientações médicas e recorrendo aos cuidados de uma equipe multiprofissional para garantir a sua saúde e a de seu bebê (OLIVEIRA, 2008; SZEJER, 1997). Como podemos ver, o relato de Maria evidencia como a gravidez acarreta mudanças no estilo de vida da mulher, que pode sofrer, inclusive, algumas privações: “Esta foi a pior gestação da minha vida. [...] Não saí do hospital na gestação, não saí depois que ele nasceu”. Já depoimentos de Clarice e Teresa, respectivamente, demonstram as vivências significativas no corpo da mulher/gestante:

Eu não curti a gravidez, pois era tal a expectativa de que passasse rápido que eu não curti muito. “Será que eu vou conseguir levar até o final?”, eu me perguntava. Tive diabetes gestacional e foi pior ainda. Eu levei o tratamento a sério e não comi nada. Pensava: “Meu Deus, que grávida é esta que não pode comer nada?” Queria tanto esta gravidez que fui uma grávida que não comia nada.

Fiquei com 135 kg. Inchei tanto que não conseguia nem segurar um copo na mão. Não dormia, era difícil até para respirar. Eu conversava com minha mãe, à beira da cama, mas não era ela quem estava ali. Coisa de maluco.

Estes relatos sugerem ainda que não apenas o bebê ideal construído no imaginário parental é confrontado com o bebê da realidade de uma situação de risco, como também a própria vivência da gestação, que ocasiona uma representação social de plenitude e realização é, nestes casos, com uma experiência afetada pela medicalização, pela hospitalização da mulher durante o pré-natal. Um nascimento diferente é precedido de uma gestação diferente, assim como a maternidade é afetada pela hospitalização do bebê após a alta.

Ao mesmo tempo em que vislumbram a possibilidade de êxito na gestação atual, sustentadas pelo desejo de ser mãe e pela ideia de que cada gravidez é única e singular, as mulheres/mães são remetidas à sua condição de risco gestacional como fator determinante para a evolução daquela gravidez. Isso é agravado quando se acompanha de uma experiência de perda anterior. Conforme discutido nos capítulos anteriores, o sentimento de ambivalência é uma vivência psíquica comum na experiência da gestação. Ele faz parte do trabalho de elaboração e remanejamentos psíquicos determinados pela nova condição de tornar-se mãe. Nas situações de alto risco, esta vivência de ambivalência pode acentuar-se entre o

desejo de ser mãe e o medo de investir, diante da ameaça de sofrer uma perda fetal ou neonatal, como aparece nos relatos a seguir:

Cada gravidez é diferente. Quando eu soube que estava grávida, fiquei feliz e, ao mesmo tempo, desesperada. Pensei: “Meu Deus, vou passar por tudo de novo!” Fui à consulta e falei: “Já está chegando a hora dele nascer!” Mas a médica disse que não, que iria até 40 semanas. Mas eu sei que o meu organismo não segura. **(Rafaela).**

Tive várias complicações na gestação: pré-eclâmpsia, diabetes, pressão alta. Foi uma gravidez super complicada. [...] Na outra gravidez, em 2006, eu tive MOLA²² e há um ano, tive um aborto com oito semanas. Quer dizer, essa foi minha terceira gestação e o primeiro filho vivo. **(Fátima)**

Quando a gravidez e o nascimento se passam no sofrimento e na urgência somados à internação do bebê em uma UTI neonatal, essas mulheres buscam a qualquer preço uma causalidade, numa tentativa de dar sentido ao acontecimento difícil de lidar, por vezes traumático, como parte de um trabalho de elaboração indispensável para a sua saúde psíquica (MATHELIN, 1999). Essa tentativa de elaboração transparece no discurso de Fátima e de Teresa:

Vem tudo lá detrás. Nem adotar eu queria mais, pois minha realização era ter um filho meu. Sou tão egoísta, que pensava assim: “Se Deus não me deu o privilégio de ser mãe, então não vou adotar”. Estava me tornando uma pessoa amarga. Foi uma gravidez conturbada, um milagre de Deus! Agora estou me adaptando à realidade. Não foi como eu esperei, até porque não foi com o pai certo para o meu filho. **(Fátima).**

É muito difícil, eram dois, eram gêmeos. Fiquei internada durante um mês com 27 semanas de gestação. A gente grávida chora o tempo todo. Eu chorava muito. [...] Depois de três dias de nascidos, um deles faleceu e o outro está se recuperando. Foi muito difícil! **(Teresa).**

Algumas mulheres demonstraram nos seus relatos o impacto que a vivência da gestação de risco pode ter no projeto de tornar-se mãe, por representar um limite real à possibilidade de ter um filho saudável. A forma como cada mulher irá lidar com essa (im)possibilidade vai desde uma aparente desistência, até um investimento, por vezes, maciço no projeto de ser mãe, como mostrado no relato de Fátima:

Eu queria muito ser mãe. Mas tive duas decepções: um aborto espontâneo; depois fiquei seis meses internada e perdi outro filho. Então, a expectativa de ser mãe, para mim, não existia mais, até porque o médico falou que eu não podia engravidar mais. Eu me adaptei e não imaginava mais; e agora tudo virou de cabeça para baixo [...] Além de ninguém ter esperado, muita gente não acreditava até o último momento. Quando eu comuniquei ao pai, ele disse: “Mas você não podia engravidar!”. Só Deus sabe como está a minha cabeça! Às vezes eu penso: “Será que estou dormindo?”

Vê-se aí que a maioria das mulheres necessita de um tempo subjetivo para se apropriarem da ideia e integrar a nova condição de mãe após o nascimento, a

²² A “MOLA hidatiforme” refere-se a “um tumor usualmente benigno invulgar que se desenvolve a partir de tecido placentário em fases precoces de uma gravidez em que o embrião não se desenvolve normalmente” (fonte Wikipédia, www.pt.wikipedia.org/wiki/Mola_hidatiforme).

despeito de todos os esforços e limites reais com os quais se deparam durante a gravidez.

Somam-se a isto histórias de perdas consecutivas, recorrentes nos relatos, acentuando gradativamente a vivência de uma nova ameaça de perda. Sentimentos de medo, insegurança, culpa e até onipotência são desencadeados, nos quais transparece uma auto responsabilização da mãe, que coloca seu investimento como condição necessária de êxito na situação, como conta Fátima: “Tive medo que acontecesse tudo de novo. Pensava: “Será que vou conseguir?” Pedia a Deus todos os dias para que chegasse logo a hora. Contava os dias no calendário”.

Outro aspecto importante diz respeito não apenas ao impacto que a experiência de perdas anteriores parece trazer para a vivência da gravidez atual, mas também para a situação de internação do bebê de risco na UTI após o nascimento. Algumas mães manifestaram nos seus discursos uma tentativa de distanciamento, do ponto de vista psicológico, movida pelo chamado “medo de se apegar e depois perder”, em relação ao filho, que se iniciou com sua presença no ventre e que pode se estender até o período de hospitalização na UTI neonatal. Trata-se de uma espécie de defesa de algumas mães que temem apegar-se ao bebê e este não sobreviver, o que lhes causaria um intenso sofrimento. Algumas mães dizem ter evitado maior contato com o bebê e com as situações que remetiam à ideia do filho, ligando-se à vivência de ameaça de perdê-lo. É o que podemos confirmar nos discursos de Clarice e Fátima:

Tive medo de me apegar e de acontecer alguma coisa ruim [...] Na gravidez, eu não conseguia ter intimidade com o meu bebê, não conversava com ele. Só fui à UTI depois de um mês. **(Clarice).**

Mexe tanto com o psicológico que eu fui além. Quando descobri que estava grávida, tinha quatro meses de gestação. Não gostava de ganhar presentes. As pessoas vinham com lembrancinhas para o bebê, eu agradecia e dizia: “Mas você pode deixar na sua casa?”. Eu pensava que se acontecesse o pior, iria sofrer mais vendo aquilo tudo. Somente mudei quando já tinha de sete para oito meses e pensei: “Agora vai! Ganhei muitas coisas, agora vou receber”. **(Fátima).**

Esta defesa pode ser entendida como um conflito marcado por uma ambivalência na qual, por um lado, há um desejo de aproximação e, por outro, um afastamento por medo da perda. O próprio medo de se apegar já aponta para um investimento afetivo neste filho que ocupa um lugar no desejo da mãe. Assim, é como se houvesse uma tentativa de retirada temporária do investimento, em que a mãe espera que seu bebê sobreviva, mas, ao mesmo tempo, vive a ameaça de

perda constante. Este conflito não deixa de ser igualmente uma forma de a mãe elaborar o fracasso de gerar um filho saudável, como nos indicou o relato de Fátima:

Eu também tinha medo de me apegar e depois acontecer o pior, porque nas outras vezes que engravidei, fiquei muito apegada. As pessoas falavam com ele, acariciavam a minha barriga e ele mexia. Eu mesma não tinha forças para fazer isto, eu travava. Quando ele nasceu, fiquei perplexa, ele nasceu!

A mãe necessita de um tempo subjetivo após o nascimento para reassumir o processo, de certa forma, interrompido, de relacionamento e aproximação com o bebê. O afastamento precoce entre o bebê e sua mãe, em função da internação na UTI neonatal, pode prejudicar ainda mais a construção do vínculo inicial entre ambos:

Eu também não consegui comprar nada. Era minha mãe que comprava as coisas, pois eu não conseguia comprar nem fraldas. (silêncio). Acho que somente agora estou conseguindo começar a sentir, a destravar o meu lado maternal. **(Carolina)**.

À medida que a mãe reconhece que seu bebê sobreviveu, e diante da melhora cotidiana deste, ela vai resgatando sua condição materna. Glória afirmou a respeito: “A respiração dele nesta semana ficou maravilhosa, não caiu, os batimentos cardíacos ficaram bons. Dá muita força para a gente”.

Em linhas gerais, conclui-se, a partir dos discursos das mulheres/mães participantes, sobre esta temática inicial, que a experiência de ter um filho hospitalizado vem antecedida por vivências cruciais no corpo e no psiquismo da mulher. Eles se iniciam na gestação e se atualizam a cada momento de encontro com o bebê, no dia a dia da UTI, como parte do processo de tornar-se mãe. A análise atesta, portanto, que a maternidade é um processo complexo de construção, que não segue necessariamente a mesma temporalidade dos processos biológicos do corpo. Ou seja, o ato da concepção e os laços consanguíneos parentais não são sinônimos de tornar-se mãe do ponto de vista psíquico, embora seja por eles afetada.

4.2 O encontro da mãe com o bebê na UTI neonatal

4.2.1 “UTI Neonatal”: um nome e ambiente que assusta

É muito assustador o nome “UTI NEONATAL”. Eu só fui lá um mês depois.
Carolina

Um aspecto importante na experiência das mães em UTI refere-se ao impacto dos primeiros momentos de encontro com o filho, internado em um ambiente intensivo neonatal, e suas possíveis repercussões na relação pais e bebê.

Os primórdios da relação mãe e bebê de risco são geralmente marcados por uma separação precoce, com a ida do filho para a UTI neonatal logo após o nascimento, e por uma perplexidade frente à realidade de sua hospitalização. O próprio contato inicial da mãe com o bebê no momento imediato ao pós-parto (tão valorizado para a construção do vínculo mãe-bebê e recomendado no cuidado à atenção materno-infantil), antes da transferência do recém-nascido à UTI, não aparece nos discursos destas mães. Isso indica um afastamento abrupto diante da urgência e da necessidade de intervenções imediatas ao recém-nascido de risco.

Segundo Morsch (2003, p.51), esta ruptura pode ser vivenciada por um misto de sentimentos de medo, insegurança, na qual “[...] mesmo aqueles pais que foram previamente informados sobre a necessidade de internação de seus filhos logo após o nascimento, [...], experimentam certo atordoamento, difícil de diminuir ainda nas primeiras visitas”. O impacto deste afastamento inicial é revelado no discurso de Teresa:

Não tinha idéia como seria. Eu achava que ia esperar um pouco no hospital, que não iria precisar de aparelho. Você vê um monte de aparelhos. Agora entendo melhor. Tenho tanta história para contar.

Somados a esse afastamento precoce, os ritmos e rotinas acelerados de um ambiente de terapia intensiva, como visto no capítulo dois, tem como uma das características marcantes um enorme volume de aparelhagem e de profissionais em torno do cuidado ao bebê, o que impede que as relações iniciais de proximidade e contato íntimo entre os pais e o filho (fala, gestos, troca de olhares), tão importantes para a construção do vínculo entre eles, ocorram de forma livre e espontânea. Em

se tratando de um ambiente tão peculiar e tecnológico a mãe encontra dificuldades para se adaptar de modo a oferecer à criança os cuidados essenciais e “suficientemente bons” que serão a base de um sentimento de continuidade de existir para a criança em constituição, e necessários a um desenvolvimento emocional saudável. Tais ideias foram desenvolvidas no primeiro capítulo, na contextualização do tema de estudo, fundamentado nos estudos psicanalíticos sobre o vínculo mãe-bebê na concepção de Donald W. Winnicott (2000).

Algumas mulheres manifestaram nos seus discursos um sentimento de medo e de dificuldade inicial em lidar com esta nova experiência, que sugere a possibilidade de rupturas neste encontro. Tais rupturas, por sua vez, não vêm favorecer o desenvolvimento da “maternagem” e do estado de “preocupação materna primária” (WINNICOTT, 2002). Maria demonstrou assim sua dificuldade inicial, ao descrever a experiência de primeiro encontro com seu bebê, que a fez paralisar-se ao ver o filho em meio aos recursos tecnológicos e aparelhagens necessárias à sua sobrevivência: “Quando eu cheguei e o vi no meio de um monte de aparelhos, pensei: “Meu Deus, o que é isso?” Travei ao lado da incubadora”.

Já o discurso de Fátima expressa o impacto inicial do ambiente sobre ela mesma, pela própria representação do nome “UTI neonatal” em seu imaginário, remetendo-a diretamente à noção de risco de morte. Neste caso específico, a novidade de uma primeira maternidade parece acentuar sua vivência de medo e insegurança, como indica seu discurso:

No começo, eu fiquei muito preocupada, sabia que ele viria com pouco peso e que teria que ficar na incubadora. Só que é um nome tão assustador: UTI neonatal, que eu pensei: “Será que meu filho vai sobreviver?” Porque tudo é novo para mim. Eu nunca fui mãe. Às vezes, vejo meu filho lá com aquela sondinha e me preocupo.

Ter um filho sob os cuidados médicos intensivos acarreta, inicialmente, estranhos e diferentes sentimentos nas mulheres/mães, que tendem a questionar suas competências. Elas se dizem inseguras em estabelecer, de maneira singular, o vínculo com seus bebês. Por outro lado, também parecem exigir de si mesmas uma presença ativa ao lado do filho, para “tomar a frente” das situações. Afirmou Teresa:

Eu o vi na UTI depois de seis dias. Na primeira vez, dá um desespero! Nem consegui ficar na UTI, entrei e saí. E quando meus pais viram (eles também nunca tinham visto), tentaram dar uma força e falaram: “Não... ele é grandinho!” Mas você vê que não é aquilo. Meu marido não consegue vir. A gente que é mãe tem que estar ali, tomando a frente.

Retomando este relato, observa-se que esta experiência de estranhamento ao ambiente também se coloca perante a imagem apresentada pela criança, tão

distante do ideal do filho imaginado e construído pela mãe. Assim, o encontro com a imagem do bebê de risco e a forma como se tornará possível que o investimento narcísico da mãe continue ocorrendo em relação ao filho propriamente dito, diante de uma realidade tão difícil, é o tema discutido a partir dos relatos a seguir.

4.2.2 “Espelho quebrado”: a mãe diante da imagem do bebê de risco

Só vi meu filho cinco dias depois do parto. Foi um impacto, pois você só vê bebê grandão e quando eu o vi, tão pequenininho, eu disse: “Meu Deus!”
Kátia

A imagem de uma criança por trás dos vidros de uma incubadora ou de um berço de hospital em nada se assemelha ao ideal materno. Frágil, pequenino e/ou doente, a imagem do bebê de risco dificulta que a mãe se reconheça ali no filho, em um primeiro momento. Além disso, o próprio cenário de uma UTI neonatal com o aparato tecnológico em torno do recém-nascido acentua a estranheza da imagem. Como foi descrito no capítulo dois, este ambiente altamente tecnológico, composto por incubadoras aquecidas, sondas, fios e aparelhos, dificulta a visão do próprio bebê e das características individuais que ajudam a reconhecê-lo na linhagem parental. O bebê colocado no lugar de “sua majestade” no imaginário materno apresenta-se tão distante da imagem do bebê real, que o vínculo entre eles pode ser prejudicado. Em algumas situações, este relativo descompasso entre o bebê ideal e o da realidade da UTI pode provocar um “curto-circuito” nesta interação, à medida que a mãe, ao se reconhecer dificilmente nesta criança, se afasta, e não consegue lançar um olhar de investimento no filho.

A imagem da criança, neste primeiro momento, também não “convoca” os pais a exercerem a função devida diante da sua extrema fragilidade. Tal convocação, como sugere Lebovici (1992), exerce um papel fundamental nesta interação, ocupando o bebê, através de sua imagem, gestos e sinais de interação, um lugar ativo nesta relação afetiva. Para Solis-Ponton (2004, p.32), “a criança constrói e parentaliza os pais ao mesmo tempo em que ela mesma se constrói”.

Esse descompasso entre a imagem do bebê ideal e o encontro com o bebê propriamente dito, muitas vezes envolto em sondas e tubos, com o qual a mãe se

depara, aparece nitidamente nos discursos respectivos de Maria e Tânia, quando elas afirmam:

Quando nasceu foi diferente, deu uma insegurança, pois eu nunca tinha visto. Eu olhava para ele e dizia: “E agora, o que vou fazer da minha vida? Será que ele vai evoluir como uma criança normal?”

Parece que vai quebrar. No primeiro dia em que cheguei na UTI, pensei: “Meu Deus, como vou levar esta criança tão miúda para casa?” Ele é desse tamanhozinho [demonstra com a mão]. Eu nunca vi isso na minha vida, nem sabia que existia.

Como visto nos capítulos anteriores, a partir das elaborações de Freud sobre a ideia de “narcisismo” (1914), o projeto de um filho implica em importantes repercussões no narcisismo dos pais. Um bebê em situação de risco neonatal, seja por prematuridade, seja por alguma avaria congênita ou genética, exige da mulher um reposicionamento frente a impasses que surgem na vivência da maternidade. Ela precisa ser gratificada em seu narcisismo ao sentir-se mãe de seu bebê. Observa-se um trabalho subjetivo da mãe em simbolizar a perda narcísica diante do bebê propriamente dito, dando-lhe um novo lugar em seu desejo (MATHELIN, 1997). Cada criança apresentará características e competências individuais, que serão significadas por seus pais, como apresentadas nos fragmentos a seguir:

O meu primeiro filho nasceu pequenininho e está lá em casa, um homem de 1,81m, que nem parece que foi prematuro. Eles [os prematuros] são diferentes, têm um olhinho de peixe para fora, eu sei que não é bonitinho. Mas para a mãe, ele é lindo. **(Rafaela).**

Minha filha é linda, eu nunca achei que iria fazer um filho tão bonito. Se me perguntam, digo que é a cara do pai, pois de mim todo mundo sabe que saiu [risos]. Ela é a mãe dela melhorada, se bem que eu fui um bebê bonitinho. **(Teresa).**

Estes relatos chamam a atenção para uma suposta necessidade de idealização do bebê na UTI pela mãe, onde reconhecer a beleza no filho, ou mesmo, sinais de si mesma na criança, devolve-lhe sua competência e lugar materno, abalados pela condição de risco e fragilidade do bebê. Como afirmou Clarice: “Eu acho o meu bebê, o mais lindo do BI [Berçário Intermediário]”.

Reconhecer-se no filho dá aos pais o sentido de continuidade e imortalidade, ganhando o bebê um lugar na linhagem parental. Mas nem sempre esse trabalho pode se dar sem que represente um abalo narcísico, cuja consequência desencadearia fantasias de culpa e incompetência, levando a mãe a buscar respostas com a função de reparação frente às expectativas diante dos limites reais apresentados pela situação de risco (TEIXEIRA; MORAES, 2008). Essa tentativa de significação transparece na fala de Teresa, quando, diante da prematuridade do

filho, se interroga sobre seu futuro, a partir das referências que tem sobre normalidade:

São várias preocupações: “Será que vai andar, será que vai se desenvolver bem?” Só depois é que você sabe de várias crianças que também foram prematuras e já estão grandes. Dá ânimo. Fica uma criança normal, não é?

Essa ferida narcísica se acentua nos casos de pais com bebês com anomalias congênitas ou genéticas. Diante dessa criança tão distante dos ideais parentais e sociais, a mãe pode sofrer uma exacerbação do sentimento de ambivalência na relação com o filho. Manifesta sua dificuldade em levá-lo para casa, seja por que ainda é um bebê bem distante do bebê imaginário, ou por ser aquele que, em decorrência do longo tempo de internação, se tornou mais “filho da medicina” do que dos próprios pais, que não conseguem se apropriar de seu lugar e função.

A narração de Maria sobre a ideia de levar o filho, com diagnóstico de microcefalia, de alta hospitalar, para casa, ilustra a dificuldade de lidar com tais situações de extrema angústia e falta de respostas, peculiar a esses casos:

Eu nem me imagino com ele em casa. É muita coisa, muito problema. Ao mesmo tempo, quero e não quero levar meu filho para casa. É tudo novo. Nunca tinha tido um filho com problema. Se eu, que estou aqui todos os dias, não me imagino em casa, o que pensar dos outros? Ele tem microcefalia, a cabeça é menor que o corpo. Eu ainda não entendo, até hoje não sei o que o meu filho tem. Eu sei da malformação, mas, e as sequelas? Cada dia aparece uma coisa diferente aqui, imagine como será em casa. Vou ter que colocar a toda a minha vida em ordem para poder me dedicar ao máximo possível a ele. Se, de repente, ele passar mal em casa? Para mim, vai ter sempre uma surpresa, por mais que eu não queira pensar nisso.

De acordo com os estudos de Klaus e Kennel (1992), referências até hoje para as abordagens terapêuticas com os pais de bebês malformados, as famílias devem lidar com uma intensa experiência emocional, desencadeada pelo nascimento de uma criança “deficiente”²³. Isso consiste em um processo de luto composto por complexas reações emocionais, que se manifestam nos cinco estágios pelos quais passam a maioria dos pais e seu bebê malformado. São os estágios de: 1) choque inicial perante a anomalia do filho; 2) descrença, no qual evitam admitir tal condição do filho; 3) tristeza, que pode acompanhar-se por sentimentos de culpa, ressentimento, raiva, ansiedade; 4) equilíbrio, quando os pais já se ajustam à situação e confiam na sua capacidade para cuidar do bebê e; por

²³ Embora o termo ‘deficiente’ não seja mais usual na literatura atual, optou-se por manter o termo original utilizado pelos autores, pois ainda ocupam um lugar de referência nos estudos sobre essa temática.

último, 5) reorganização, estágio em que os pais lidam com a responsabilidade pelos problemas de seus filhos.

Estas são algumas situações de conflito, conforme se observa no relato acima de Maria, que mostram questões psíquicas difíceis. Somados a isto, o desconhecimento dos pais em relação ao futuro de seus filhos com problemas de saúde pode ser fator desencadeador de vivências paradoxais de culpa e sofrimento intenso. Devem ser acolhidas para poderem ser elaboradas e aceitas perante a falta de garantias e incertezas inerente à própria condição humana.

4.2.3 Construindo o lugar de mãe na UTI

“Em busca de um lugar e do colo perdido de mãe”

Ele faz assim com a mãozinha [faz um movimento com a mão], como se fosse chamando e eu falo: “Mamãe está aqui, filho!”
Glória

Os relatos das mães que participaram do estudo demonstram que a busca pelo reconhecimento de sua importância no cuidado ao bebê é um dos desafios enfrentados cotidianamente pelas mulheres/mães obrigadas, desde o início, a dividir o filho com uma rede de profissionais de uma UTI neonatal.

Após o impacto inicial onde experimentam a estranheza e a perplexidade de ver seu filho hospitalizado, as mães buscam a continuidade de um cuidado iniciado ainda na gestação, e que se prolonga por todo o período após o nascimento. Apesar da separação precoce com a ida do bebê para o ambiente intensivo neonatal, e do tempo subjetivo necessário para o restabelecimento de sua condição materna, as mulheres demonstram um movimento de construção de um saber/fazer materno no cotidiano de cuidado ao filho. Buscam atender às necessidades do recém-nascido, bem como as suas próprias para sentir-se mãe (DITZ, 2009).

Nesse processo contínuo, cada mãe vai procurar meios de estabelecer uma sintonia afetiva com o filho, através de sua disponibilidade de interação. Isso permite que possa descobrir os sinais e ritmos do recém-nascido, envolvendo-se no importante estado de “preocupação materno-primária”, descrito por Winnicott ([1956]2000). Tal interação ocorre de maneira recíproca: os sinais emitidos pelo

bebê ganham significado para a mãe, e esta, por sua vez, se apodera de seu lugar de importância e do sentimento de reconhecimento e completude, fundamental para a sua saúde psíquica e para o desenvolvimento emocional da criança. Tal capacidade de interação é reafirmada através dos relatos de Mariana: “Eles sentem o cheiro da gente, a voz; quando ele chora, canto para ele, e ele fica mais quietinho. É muito bom, se eu pudesse ficaria lá 24h, mas não aguento” e de Rafaela: “Eu canto para ele, chego perto da incubadora e parece que ele me conhece, abre o olho, ouve a minha voz”.

No entanto, as limitações inerentes à condição clínica do bebê e o ambiente peculiar de uma UTI neonatal podem dificultar o caminho que cada díade deve percorrer para que o encontro ocorra. Mariana demonstra que, apesar de considerar o seu cuidado único e insubstituível, encontra inicialmente dificuldades em apropriar-se do papel materno, devido ao estado clínico de seu filho.

A gente, que é mãe, acha que o outro nunca pega como a gente, é meio sem jeito. Eu ainda não consegui acompanhar o curativo, porque ele chora muito, talvez nem seja dor, mas não consigo, saio. Coloco a mão nele, e ele para de chorar.

Torna-se mãe de um bebê internado na UTI neonatal leva a se defrontar com o medo constante de perder o filho, e com o sentimento de ameaça pela fragilidade do bebê. A atenção dispensada ao filho é atravessada pelas rotinas de cuidado intensivo, que não permite que a maternagem possa ser assumida plenamente. O cuidado que seria de sua competência é dividido com outras pessoas; a mãe não confia em si mesma e, algumas vezes, se sente impotente diante de quem detém o conhecimento, como nos diz Tânia: “Eu tinha medo, não sabia que podia tocar; achei que a mãe não poderia tocar o bebê, só os enfermeiros. Mesmo em coma, ela sentia a minha presença e a do pai”.

Outro importante fator gerador de angústia para as mães são as situações em que ela se vê impedida, inicialmente, de levar o filho ao colo. Mariana ilustra essa questão. Expressa sua dificuldade em se aproximar do filho, portador de uma doença cutânea grave, ao contar que tinha medo de levá-lo ao colo e, com isso, trazer algum prejuízo à recuperação de sua saúde: “[...] agora que ele tirou a faixa do corpinho, eu fico com medo de pegar e machucar, eu morro de medo de perder

aquele acesso”. Apesar disto, ela afirma: “de todas as mães, acho que sou a que mais pego”.

Maria descreve sua impossibilidade de levar o filho ao colo, uma vez que ele fica muito agitado, “até mesmo para mudar de posição” no berço, afirma ela com frustração e sofrimento.

Apesar de a UTI neonatal ser o local que oferece os recursos necessários à sobrevivência do recém-nascido de risco, é também ali que a mãe, embora reconhecida como tal, nem sempre se sente mãe, por não poder assumir, de modo mais autônomo, os cuidados maternos. Segundo Glória: “é a emoção de ver e ao mesmo tempo querer pegar [no colo] e não poder”.

O momento em que é possível levar o bebê ao colo parece devolver-lhes a condição de mãe, essencial para resgatar e apoderar-se da função materna. Assim, Teresa fala de suas expectativas em relação a este momento: “Acho que quando ele estiver melhor, vai ser mais fácil, pois vou poder pegar no colo”.

Do ponto de vista do bebê, Winnicott ([1951]2000) afirma que o *holding* consiste no conjunto de cuidados que o ambiente, aqui representado pela mãe, dispensa ao bebê. Nele, o segurar físico, ou seja, o colo de mãe ocupa uma função fundamental para a constituição psíquica da criança. É através deste contato, que se dá através da fala, do olhar, do contato com o corpo da mãe, que o bebê será capaz de experimentar o sentimento de continuidade de ser.

No que se refere às mães, em especial nas situações de risco neonatal, a experiência de ter o filho no colo tem uma função de sustentação psíquica, uma vez que ter o bebê em seus braços parece ajudá-las a também sustentar o bebê em sua interioridade. Mais do que a oportunidade de segurar o bebê, esta atitude é compreendida pela mãe como uma experiência de reconhecimento, pelo bebê, de sua função e condição materna: “ela já pede colo, conhece a mãe, o pai”, afirmou Tânia. E Kátia acrescentou: “Eu fui pegar minha filha essa semana, eles a colocaram no meu colo. Ela busca o meu olhar, o tom da minha voz, o toque”.

Os relatos das participantes demonstram que a oportunidade de pegar o bebê no colo significa, para muitas mães, a experiência de sentir-se mãe plenamente. É como se a condição de mãe só pudesse ocorrer quando a mulher sente, de forma concreta, que tem o filho nos braços, sendo assim tranquilizada e reconhecida em seu lugar de importância na recuperação do bebê. Glória expressa a emoção e a

importância deste momento, quase como uma gratificação por seu bom desempenho como mãe:

Quando a mãe é ativa e fica ali dentro, a enfermeira vê. Eu disse: “Não vejo a hora de pegar meu filho no colo”. Ele ficou cinco minutinhos nos meus braços. Foram os cinco minutos mais felizes de minha vida. [...] Aquela vontade no coração de pegá-lo! Tremi de alegria quando coloquei meu filho no colo pela primeira vez.

Em geral, as mães em UTI neonatal esperam que sua presença seja solicitada; o lugar do cuidado materno é limitado e configurado pelos outros. Recebem instruções sobre o que podem e devem fazer e, aos poucos, vão se apropriando do lugar de mãe, e ganhando mais confiança na sua capacidade de “maternar”, naquele ambiente intensivo altamente aparelhado (AGMAN, 1999). Tal condição possibilita, gradativamente, que a mulher vivencie a experiência de maternidade em sua singularidade. Neste processo, o cuidado materno ocupa uma função crucial no resgate das competências maternas, e na continuidade do processo de tornar-se mãe, bem como na construção do vínculo mãe-bebê, como o diz Kátia:

Fico perdida. Tem plantão que me chama para fazer o “canguru”²⁴ (grifo nosso) e tem outros que nem liga. Quando comecei a fazer o “canguru”, no dia seguinte ele ganhou 200g; a saturação melhorou. Está risonho, você vê a diferença na criança. Eu fico em cima, pois fez bem para ele. Foi a partir daí que comecei a me sentir um pouco mãe. Porque a gente é mãe, mas parece que a ficha ainda não caiu, porque a gente não cuida.

A construção do lugar de mãe passa essencialmente pelo papel de cuidar, que lhes devolve o sentimento de competência e autonomia diante da imagem fragilizada de mãe que não foi capaz de gerar um filho saudável. Tal resgate de competência pode ser alcançado através da projeção de sentimentos ruins da mãe em relação à equipe que cuida, e surge uma rivalidade entre a mãe e aqueles com quem ela é obrigada a dividir os cuidados de seu filho. Assim, ao mesmo tempo em que aguarda ser convocada para o cuidado materno, concede ao outro o poder de decidir o que pode e deve ser feito por seu filho. Mariana se queixa de que só trocaram a fralda de seu filho na segunda vez que ela chamou. Mas, será que ela mesma não poderia ter dado este cuidado ao filho? O que, de fato, a impediu?

²⁴ O chamado “Método Canguru” consiste em um tipo de assistência neonatal voltada para o atendimento do recém-nascido prematuro que implica colocar o bebê em contato pele a pele com sua mãe. (BRASIL, 2002a). A mãe se refere aqui a uma de suas técnicas que se refere à posição canguru que consiste em colocar o bebê entre os seios maternos, em contato pele a pele, na posição supina através de uma faixa que envolve o corpo de ambos. Trata-se de uma tecnologia de cuidado que deve ser realizado o mais precocemente possível a fim de favorecer o aleitamento materno e a configuração do vínculo mãe e bebê. Esta estratégia de cuidado faz parte da política de atenção humanizada ao recém-nascido e sua mãe, apresentada no segundo capítulo deste trabalho, sendo uma perspectiva de cuidado adotada na unidade de terapia neonatal que serviu como base para nosso estudo.

Já Flávia, ao reconhecer os limites de sua condição de mãe em uma situação de risco, demonstra preferir esperar a ajuda da equipe e o reconhecimento de sua dificuldade:

Tem enfermeiras que se esforçam, e outras não. Quando vêem que a mãe está no limite, pedem para ter calma. Como que a gente vai ter calma? Se a enfermeira está vendo que a mãe está no limite, ela tem que ajudar. Ter filho é padecer no paraíso.

É essencial que a equipe compreenda ser, muitas vezes, objeto de projeções dos sentimentos de incompetência e incapacidade da mãe. Ao refletirem a este respeito, os profissionais poderão valorizar o papel materno e dar continência às suas dificuldades, em uma perspectiva de cuidado integral em saúde (DIAS, 2006).

Ao longo de sua permanência junto ao filho internado e da possibilidade de ocupação de um espaço de cuidado que lhe é devido, a mãe vai reparando a sua própria imagem, abalada narcisicamente, e torna-se capaz de reconhecer-se em seu filho, que ganhará um novo lugar em seu desejo e projeto de vida. A experiência de ser mãe de um bebê de risco pode ser amenizada e engrandecida a cada momento de recuperação e sinais de reconhecimento do filho. Algumas mães contaram com enorme satisfação estes pequenos e grandiosos momentos, como foi o caso de Mariana que disse que o filho “abriu o maior sorriso para o pai”, enquanto Tânia explicava que: “Quando é [um sorriso] de um bebê normal já é gostoso, quando um bebê na UTI sorri então...”.

“Mãe sabe, Mãe sente”

Se ela estiver diferente, eu sei. Podem me chamar de mãe chata, mas várias coisas na minha filha quem viu fui eu. O médico sempre pergunta o que eu acho. A mãe está ali todos os dias, e a equipe troca de plantão.

Tânia

Retomando os aspectos evidenciados pelos relatos das mães sobre a maneira como buscam sintonizar-se ao bebê, constata-se a capacidade das mães de se dedicarem a seu filho, o que é um dos aspectos do estado que Winnicott ([1956]2000) chamou de “preocupação materno-primária”.

Conforme já visto nos capítulos anteriores, tal capacidade se refere a um estado em que a mãe se disponibiliza exclusivamente ao bebê nos cuidados maternos, e atribui significado aos seus gestos e expressões em total sintonia com ele. O autor chama a atenção para a qualidade desta relação de reciprocidade na interação mãe-bebê como fundamental para o desenvolvimento psíquico de um indivíduo saudável.

Nos casos em que o bebê encontra-se internado na UTI neonatal, logo após o nascimento, a mãe é afastada de seu bebê e, na maioria das vezes, se vê privada de cuidar do filho durante algum tempo. Algumas mulheres ficam, inclusive, em um setor de atenção às mulheres que as restringe ao leito, por ocasião de alguma intercorrência em sua condição clínica, necessitando de um cuidado mais intensivo, a UCE (Unidade de Cuidados Especiais). Sendo assim, há mulheres que expressam a necessidade de um tempo de restabelecimento físico, mas também de um tempo psíquico para terem contato com o bebê no pós-parto.

Essa separação precoce pode prejudicar a construção do vínculo entre ambos, caso a mulher não tenha recursos emocionais internos e uma rede de incentivo e de apoio ao redor (familiares e profissionais) que facilitem a reparação de tal situação de privação. Algumas vezes, então, o bebê pode ser levado até a mãe quando sua condição permite, ou a própria mãe é levada até o filho na UTI o mais precocemente possível.

Estudos sobre o assunto sugerem que a mãe encontra uma forma peculiar de exercer sua “maternagem”, lançando mão de mecanismos defensivos importantes para lidar com esta dificuldade (DRUON, 1999; KLAUS; KENNEL, 1992 e MORSCH, 2003). Neste sentido, a mãe poderá recorrer a um tipo de defesa para lidar com os entraves do dia a dia da internação do filho, e sua conseqüente dificuldade em desenvolver o estado de “preocupação materno-primária” (WINNICOTT, [1956]2000).

Fazendo uma analogia, Druon (1999) descreve um estado particular que ocorre geralmente nas condições de internação de um bebê, que chamou de “preocupação médico-primária”. Trata-se de um estado no qual os pais concentram uma enorme atenção ao estado clínico e à evolução da saúde do bebê, procurando entender o que se passa clinicamente com o filho, os recursos tecnológicos (monitores, aparelhos) utilizados para garantir a sua sobrevivência, recorrendo, inclusive, a terminologias técnicas do saber médico a fim de apreender melhor a sua condição clínica (BRAGA; MORSCH, 2007) Este estado pode ter, até certo ponto, um efeito benéfico, pois representa a possibilidade de uma aproximação gradual dos pais com a realidade do filho, na medida em que vão ao encontro das necessidades e anseios do recém-nascido a fim de acolhê-lo. Com isso, os pais se apropriam de um discurso médico que, por um lado, parece estranho e inadequado aos olhos alheios, mas, por outro, pode representar a peculiaridade encontrada pelos pais para

se aproximar e lidar com a realidade difícil do filho, construindo-se gradualmente uma relação de afeto e cuidado entre eles. Algumas mulheres/mães manifestaram este tipo de estado nos seus discursos. Quando Larissa, por exemplo, diz que “confere na aparelhagem se está tudo bem” com o filho, ou quando Rafaela diz que sabe quando o bebê está bem ou não, pois “olha no monitor e confere os batimentos cardíacos”.

Esses mesmos relatos indicam, ainda, que há um saber das mães sobre o filho que é construído na relação de afeto e cuidado que se estabelece no dia a dia. Não se trata aqui de excluir a importância e contribuição do saber técnico-científico essencial à sobrevivência do recém-nascido, sobretudo, nas situações de risco; mas também de valorizar o “saber natural das mães”, que vai permitir que o bebê receba os cuidados e a atenção de que necessita para seu desenvolvimento emocional. No clássico texto “Os bebês e suas mães”, Winnicott (1999) afirma que:

O cientista, se assim o desejar, pode olhar com admiração para o reconhecimento intuitivo da mãe, que a torna capaz de cuidar de seu bebê independentemente de qualquer aprendizado. Na verdade, eu diria que a riqueza essencial deste conhecimento intuitivo é o fato de ele ser natural e não conquistado pelo aprendizado. (WINNICOTT, 1999, p.14).

Assim, um convite por parte da equipe de saúde para que a mãe manifeste o que sente terá a importante função de “autorizar” que ela se antecipe e se projete em seu bebê. É este reconhecimento que lhe permite oferecer o *holding* necessário ao desenvolvimento emocional do filho. A fala de Larissa vem ratificar esta compreensão: “Eles que são os médicos, mas eu, como mãe, sei o que está acontecendo com minha filha, pois eu estou ali no dia a dia”.

Além de proporcionar ao bebê o afeto e os cuidados de que ele necessita, este estado pode ser considerado como um recurso encontrado pela mãe para se apropriar de seu lugar, e exercer a função materna diante da experiência peculiar de maternidade no ambiente intensivo neonatal. Como o indica Mathelin (1997, p. 136), “se o tempo de hospitalização restaura o bebê, deve também permitir à mãe restaurar sua própria imagem, senão à saída do serviço ela será incapaz de cuidar de seu bebê”.

Neste sentido, cuidar de um bebê exige que seus pais sejam acolhidos, sendo a mãe uma figura fundamental nesta situação. Reconhecer sua competência e lugar no cuidado é um dos caminhos assinalados por este estudo para a construção de uma atenção integral em saúde.

4.3 Mães em UTI neonatal: do desespero à esperança

4.3.1 Maternidade no limite: o dia a dia em uma UTI neonatal

Estou há um mês internada. É difícil, a cada dia que passa é uma vitória conquistada. É muita lágrima derramada, mas a gente tem que acreditar na vitória.
Rafaela

A vivência de ser mãe em uma UTI mostra uma experiência singular de temporalidade. Em alguns momentos parece haver uma suspensão do tempo cronológico, quando a atenção da mãe se volta quase que exclusivamente para o estado clínico do filho, que oscila entre uma situação estável e um maior risco de morte no dia a dia de internação do recém-nascido. É notável que o impacto diário da situação de risco da criança sobre sua mãe é muito grande, acarretando profundas exigências subjetivas sobre seu psiquismo.

No decorrer do período de internação do bebê, dia após dia, as mulheres/mães relatam serem surpreendidas por uma sucessão de episódios atravessados pela urgência e risco, que marcam esta experiência por representações como “susto”, “força”, “luta”, “queda”. Tais expressões, presentes nos discursos das mães, indicam a ideia de batalha e enfrentamento diário vivenciado neste contexto:

“Susto”, “Força” – A cada dia, você vai tomando um susto maior. [...] Você fica fragilizada vendo seu bebê no CPAP, precisando de medicação. A gente cria forças no dia a dia [choros] (**Kátia**).

“Luta” – Você acorda a cada dia e comenta: “Meu Deus, que eu tenha uma boa notícia hoje”. Cada dia dá uma sensação de que você vai ter uma notícia ruim, que o bebê piorou, que ele não vai poder ser levado para casa. Todos os dias eu olho para ele e penso: “Meu Deus, eu quero levar meu filho para casa, hoje eu vou ter uma notícia boa”. E aí vem um médico e diz: “Mãezinha, ele ainda não vai ter alta agora”. Aquilo acaba com o meu dia. Mais uma luta, mais uma etapa que meu filho vai ter que ultrapassar. (**Rafaela**).

“Queda” – Espero que, na próxima semana, eu não esteja mais aqui. Em seis meses aqui, foi queda em cima de queda. (**Tânia**).

Nota-se que o enfrentamento diário representado pelo “dia após dia” na UTI marca singularmente a experiência materna. O ritmo de ir e vir do bebê, submetido às aparelhagens e intervenções médicas (CPAP, tubo respiratório, medicações), acompanhando-se das notícias sobre o seu estado de saúde, sinalizam o risco e a

urgência da situação, e marcam a experiência da luta diária pela sobrevivência do filho.

No cotidiano da UTI neonatal, algumas mães mostram que a experiência de maternidade é intermediada por aparelhos e monitores, entre medicamentos e exames que vão garantir a sobrevivência do bebê. Estes recursos tecnológicos de cuidado também terão uma função de apoio para as mães, pois permitirão que, apesar do sofrimento, continuem apostando e investindo na recuperação do filho. É o “bebê aparelhado” que, dia após dia, irá dando espaço ao bebê com que a mãe sonha. Tânia e Kátia, respectivamente, relatam as particularidades desta experiência:

Quando não era um problema, era outro; vai para o tubo, volta para o CPAP, vai para o tubo de novo. Isso mexe muito com a mãe [...]. A pior coisa foi achar que ia sair, e começar tudo de novo. Estava só na sonda e voltou para o tubo de novo, entrou em coma, o rim parou [...] Esta foi a parte em que eu mais sofri. Ele estava bem, passou dois dias, ficou cansado e foi para o CPAP. Pensei: “Porque dá infecção? Porque é prematuro?”

No caso dos bebês prematuros, geralmente as pesagens do bebê demarcam a experiência temporal das mães. Elas vivem cada ganho ponderal (de peso) do filho como uma conquista que representa a esperança e proximidade da recuperação da saúde dos bebês. Teresa traduz esta expectativa e sentimento de vitória conquistada também por parte da mãe: “A gente fica contando os quilos... Aí eu vou lá, e anoto todos os dias. Cada grama é uma vitória. Quando dizem que ele ganhou 15 g, para mim parece que foram 10 kg”.

A imprevisibilidade das situações de urgência dentro da UTI aumenta o estresse das mães. À medida que se prolonga o tempo de hospitalização, algumas mães se deparam com o limite de seu estado físico e emocional, o que traz à tona sentimentos de solidão, perplexidade e esgotamento físico e mental:

Eu estou aqui há seis meses e já vi muita coisa aqui: mulher sentindo dor para ter o bebê, chorando porque perdeu o bebê, via os nenéns chegando e meu coração doía, minha pressão não baixava. Ficar sozinha, ligar para família. É tudo ruim. (silêncio) Na verdade, é estar no hospital que não é bom. **(Tânia)**.

É tudo muito difícil. Cada dia que venho aqui é uma situação diferente. Ontem, fui para casa, e deixei meu filho com uma roupinha, no berçinho aberto. Hoje, quando cheguei, ele estava na incubadora de novo. Não entendi nada. **(Maria)**.

Aqui, que eu achei que seria um ambiente mais acolhedor, está sendo mais estressante [...]. Quando se passa por isso durante uma semana é tranquilo, mas se você vai ficando aqui um mês, igual a V. (refere-se a outra mãe), que está aqui há três meses, dá um desgaste enorme. Fui para casa uma vez só, não aguento mais. **(Kátia)**.

Ao buscarem estabelecer um lugar de reconhecimento através da proximidade e do contato íntimo entre mãe e filho, algumas mulheres parecem abdicar de sua própria singularidade e interesses pessoais, tais como: vida conjugal, profissional, cuidados com a alimentação e com a própria saúde física, para se dedicarem quase que exclusivamente ao bebê. Assujeitadas a um ideal imaginário pautado em uma representação social de maternidade como sinônimo de abnegação e doação absoluta ao filho; e identificadas com a condição de total fragilidade e instabilidade do bebê, algumas mães colocam a saúde do filho como referencial de sustentação e identificação de si mesmas:

Eu sempre brinco com a médica: no dia em que ele está bem, eu estou bem. Se ele melhora, eu meloro junto com ele. É o instinto de mãe, né? Quando o filho está mal, a gente fica mal. Até quando o filho está em casa e não tem problema, a gente é assim. **(Mariana)**.

Depois que a gente é mãe, a gente não pensa mais na gente. Eu não consigo. Quando você vê aquela coisinha no seu colo e tem que sair para almoçar, não tem como. **(Kátia)**.

Em outras situações, as exigências do cotidiano em uma UTI são tão difíceis que algumas mulheres parecem colocar à prova sua própria capacidade de ser mãe e seu lugar de importância no cuidado ao filho, como transparece nas palavras de Rafaela: “Eu falo para meu filho: “Ai, filho, você está fazendo a sua parte, e mamãe não estar fazendo a dela””. Mariana também expressa uma autoexigência com conotação negativa ao afirmar que, ao chorar, sente-se uma “mãe fraca”. Esses relatos demonstram que as mães buscam tudo o que está ao seu alcance para proporcionar o melhor cuidado para seus filhos, mas predomina um sentimento de insuficiência e incompetência da condição materna. Assim, o depoimento de Flávia:

Já chorei, já gritei, já me desesperei. Pensei que seria diferente, principalmente na dificuldade de amamentar. Eu já analisei que o problema não é com ele, e sim comigo. Eu que não sei. Eu digo a ele: “A mamãe está tentando”. A gente, que é mãe, acha que o problema é nosso.

Sob esse enfoque de mãe ideal, as mulheres/mães demonstram muita dificuldade em aceitar sua fragilidade e seus limites. A ideia de maternidade é vinculada à noção de força, mesmo diante de momentos difíceis. Surge um intenso sentimento de culpa, e situações em que a mãe praticamente se desculpa junto ao bebê por seu desamparo e suas limitações.

De acordo com Klaus e Kennel, baseados no estudo do médico pediatra Bertrand Cramer sobre os sentimentos dos pais de bebês prematuros, o nascimento e a exposição antecipada do filho em um ambiente fora da proteção do útero é um “severo golpe à auto-estima das mães, às suas capacidades de maternagem e ao

seu papel feminino” (1992, p.200). Considerando os entendimentos destes estudos, compreende-se que o sentimento de culpa e os problemas de autoestima e de separação são fatores determinantes para as mães. Algumas participantes da análise apresentada aqui demonstraram que a estas reações se soma o sentimento de estarem vivendo a maternidade no limite de sua condição física e mental:

Teve um dia em que eu quis sumir, andar sem direção. Tem hora em que não aguento. À noite, quando fico sozinha e ela chora, eu fico desesperada. Às vezes dá vontade de sumir, fazer que nem essas mães que vão embora, e voltam somente depois que tem alta. Mas eu não consigo. **(Larissa)**.

Em seu discurso, Tânia lembra um desses momentos “limite”, quando o estado clínico de seu filho se agravou, o que a levou a pensar que não levaria o bebê para casa, perdendo a esperança por um instante, diante do risco de morte iminente do filho. Conta que perdeu o “sentido da vida”, e afirma que “entregou” a sua vida para o filho, demonstrando um esvaziamento de seu espaço de individualidade.

São situações-limites pelas quais passam mães em uma UTI neonatal, que podem desencadear conflitos psíquicos marcados por sentimentos múltiplos, entre os quais se alternam o desespero e a esperança. A situação de ameaça de perda pode desencadear um forte sentimento de culpa e de ambivalência no qual, diante do filho em estado grave, a mãe não sabe se acredita em sua recuperação ou se deve render-se ao sofrimento da não concretização da maternidade saudável. Este conflito ambivalente transparece nos discurso de Tânia:

Já cheguei a achar que não ia ter minha filha comigo... Nunca perdi a esperança, porque eu acho que quem é mãe nunca perde, mas cheguei a dar para trás. Hoje eu peço perdão a Deus, pois uma mãe verdadeira nunca pode pensar que o filho vai morrer, e sim que vai viver. A mãe tem sempre que dar forças, dizer: “Vai filho, você vai conseguir”. Mas chegou um momento em que eu não tinha mais esta força.

A longa permanência no hospital, somada ao risco de morte do bebê, acarreta também um questionamento sobre a capacidade da mãe de cuidar de seu próprio filho. Ao se confrontarem ao sentimento de fracasso e culpa por não terem gerado um filho saudável, julgando-se responsáveis pelo nascimento de um bebê prematuro ou doente, algumas mães buscam querer ultrapassar seus próprios limites físicos e psicológicos. Rafaela e de Teresa ilustram, claramente, a vivência da experiência de maternidade como uma exigência de superação:

É uma superação, você tem que superar muitos de seus medos por eles. Medo de estar sozinha, medo de ouvir uma notícia ruim. Muda muito. Eu tinha um medo de escuro insuportável e ontem me vi de madrugada, andando sozinha no corredor até a UTI. Por meu filho, eu me supero. **(Rafaela)**.

Eu tinha muito medo de estrada e que agora nem ligo [Ela mora distante do hospital]. O difícil mesmo é ficar aqui no hospital. Peguei um trauma. **(Teresa)**.

Se por um lado, os relatos falam de uma necessidade de superação, por outro, revelam o desamparo na qual as mulheres se encontram durante a internação do filho. É notável que as mães enfrentam dificuldades no cotidiano de sobrevivência do bebê, e das próprias normas institucionais ao longo de sua permanência no hospital. Porém o sofrimento psíquico das mulheres, desencadeado por estas situações, é muitas vezes desconsiderado. Rafaela esboça essa ideia quando diz que o direito de receber visitas, ao contrário da oferta de apoio que isso representaria, leva-a a um sentimento de solidão e abandono pela longa permanência no hospital: “Eu não gosto de receber visitas, pois quando elas vão embora, fica uma sensação de abandono, de estar sozinha. Não gosto. Na hora de irem embora, é horrível”.

Os discursos das participantes também demonstram que a experiência materna na UTI é marcada por sentimentos de desespero, medo, solidão e desamparo, remetendo à representação da batalha que travam na luta pela sobrevivência do filho, mas, sobretudo consigo mesmas. São conflitos marcados pelo medo e sua superação, pelo desespero e a esperança, colocar seus limites físicos e emocionais à prova. Essa tensão e ambivalência são constantes, exacerbadas na experiência de maternidade na UTI, especialmente nas situações em que o confronto com a morte é inevitável.

4.3.2 “Com o coração na mão”: vivendo na corda bamba entre a vida e a morte

Eu tinha medo. A gente fica “com o coração na mão”, é como se estivesse numa corda bamba. Num momento está tudo bem e no outro está diferente.
Tânia

“Com o coração na mão”, vivendo em uma “corda bamba” foram algumas das expressões significativas citadas pelas mães ao relatarem a imprevisibilidade e a urgência presentes nessa experiência singular de maternidade. Ter um filho na UTI neonatal faz com que o tornar-se mãe seja constantemente ameaçado pela fragilidade do bebê que se encontra no limiar entre a vida e a morte.

A concepção de maternidade, representada socialmente no pólo da vida, acarreta exigências adicionais para a experiência subjetiva dessas mulheres. Longe do ideal de mãe construído em seu imaginário, elas vivem outro extremo, que vai da dor à esperança, como disse Mariana: “Está sendo uma experiência dolorosa, mas sei que vamos levar esperança para muita gente, muita alegria para a família”.

Glória, mãe de um bebê em estado grave na UTI, apreende “com o coração na mão”, os possíveis desfechos da situação de risco de seu filho. Apesar disto, tem esperança na sobrevivência do filho, e resiste ao desespero e ao medo de sua morte.

O recurso tecnológico mantém a vida, sinaliza a gravidade, ao mesmo tempo em que indica o risco de morte. Do desespero à esperança, as mulheres vivem a maternidade no limite. Sonhar com o momento de ida para a casa, para longe de todos os perigos, é fonte da força que permite continuar apostando e investindo no filho possível. Teresa expressa as particularidades desta experiência após a perda de um de seus filhos gêmeos, e a sobrevivência do outro, internado na UTI neonatal:

Agora ele já está com 15 dias de vida. Ele é um guerreiro. Ficou dois dias sem nada para ajudar a respirar, mas deu uma infecção. Quando falam que vai ter que voltar para o tubo, parece que o mundo está acabando, o mundo cai na sua cabeça. [...] Eu desmontei todo o quartinho, porque ele estava muito ruinzinho. Só vou montar de novo quando ele tiver alta. Estou mais conformada. [silêncio] Agora está tudo dobrado, as roupinhas... Pelo menos ficou um. Mas é uma coisa que você nunca esquece.

Esta exposição mostra a importância da morte do bebê ser simbolizada pelos pais. Ela está longe de ser esquecida, como nos diz Teresa. Os pais precisam dar um lugar a este bebê em sua história parental, bem como chorar pela perda de seus projetos e devaneios.

No entanto, o que mostram os discursos das mães a respeito das situações de morte de um bebê? Tema tabu na sociedade ocidental, a referência à morte de um bebê continua a ser um assunto difícil de explorar, por se tratar do paradoxo da vida e morte ao nascer. Um bebê que morre traz à tona o inverso da ordem natural do ciclo vital, interrompendo projetos e expectativas em relação ao futuro.

Com os crescentes avanços técnico-científicos e pelo lugar central ocupado pelo hospital no que concerne à assistência à doença e à morte²⁵, a perda de um bebê torna-se um acontecimento incomum e inesperado na vida de qualquer família.

²⁵ Para aprofundar o tema da medicalização e do ocultamento social da morte por meio de sua delegação aos médicos e suas instituições, recorrer a estudos clássicos sobre o assunto: *O Homem Diante da Morte*, de Philippe Ariès (1981) e *Os Encargos da Morte*, de Claudine Herzlich ([1976]1993).

No entanto, ainda é possível verificar que este fenômeno social atinge grande parte da população brasileira. Estudos acerca das taxas de mortalidade infantil no Brasil mostram que, em 2008, a proporção de óbitos ocorridos no período neonatal representa 40,70%, enquanto que a proporção dos óbitos ocorridos entre o primeiro mês e o primeiro ano de vida em relação ao total de óbitos de menores de 1 ano está em torno de 32,70% (BRASIL, 2010).

No passado, e ainda hoje em algumas religiões e culturas, havia um lugar simbólico para morte dos entes queridos. Práticas e rituais de luto cumpriam um papel importante no reconhecimento social da perda e elaboração na história da família. Na sociedade atual, estas tradições foram abandonadas ou nunca tiveram um lugar, o que ocorre, particularmente, no caso de bebês que jamais foram para casa. Não obstante, é notável a dificuldade da família para contar com uma rede social que sirva de suporte para a vivência dolorosa do luto (KLAUS; KENNEL, 1992; KUBLER-ROSS, 1998). Estes achados teóricos vão ao encontro do relato de Teresa, que expressa suas dificuldades para lidar com a perda, e falar da morte de um de seus bebês em seu processo de elaboração do luto. Ela mostra também sua frustração em não corresponder às expectativas da família e meio social:

As pessoas em casa ficam perguntando: “E aí, o neném não vai sair não?” Eu nem sei o que é melhor, se é ficar no hospital ou ficar em casa. Tem gente que nem sabe que já ganhei os bebês. Perguntam: “E os bebês?” Todo mundo sabe que eram gêmeos, pois lá é cidade pequena, então todo mundo sabe de tudo. Eu dou uma resposta rápida: “Ah, eles já estão saindo”.

Teresa expõe também que as outras mães, que permanecem acompanhando seus filhos internados na UTI, acabam ocupando um lugar central no compartilhar das experiências vividas por cada bebê e sua família. Ali, a proximidade e o contato contínuo entre as mães, muitas vezes, faz delas, as únicas pessoas a dividirem com a família, seja por amizade ou identificação com a dor alheia, a história possível daquele filho. Essa questão será aprofundada mais adiante.

Ao referir-se ao óbito do bebê de uma mãe que permaneceu um longo tempo acompanhando o filho na UTI, Tânia compartilhou com as outras mães do grupo a dor da perda de um filho. Fez um relato minucioso de sua ida ao enterro da criança. Além disso, ao resgatar a perplexidade e a emoção diante das histórias de perdas vistas ao longo de sua permanência na UTI, Tânia busca uma significação para o inominável que representa a morte de um bebê. Parte de seu relato, cheio de emoção e dor, sobre o sofrimento do ser humano em sua finitude de vida/morte:

Eu fui (no carro) com o pai [do bebê falecido]; o carro da funerária na frente e nós atrás. O pai contou que a pior hora, é a de vestir o bebê. Ele foi com a roupa de saída da maternidade. [...] Foi muito ruim, doloroso, ver a mãe ali, conversando com ele [o bebê], passando a mão nele. Ela cantava a música “Mãezinha do céu” todos os dias para ele, e lá ela pediu para cantar pela última vez. Dói muito, eu não sei a dor que ela sentiu e nem quero sentir, mas a gente imagina [...]. De todos [os bebês] que faleceram, nenhum tinha possibilidade de vida, eram muito graves. Mas este era ativo, puxava o capacete, chorava alto. Ele era muito levado. [silêncio]. Mas tinha uma malformação pulmonar, pegou uma pneumonia e não aguentou. Não era esperado, chocou todo mundo, até os enfermeiros ficaram chocados, pois ninguém esperava. [silêncio].

Cabe ressaltar que uma das mães participantes deste estudo sofreu a perda do filho no decorrer do processo de observação do grupo por parte da pesquisadora. Não foi mais possível a sua participação após o ocorrido, pois ela deixou o hospital logo após o óbito. Os efeitos da morte de um bebê foram recolhidos por meio do discurso das mães que compareciam ao grupo, como no caso do relato acima de Tânia, que acompanhou várias situações alheias de perda, e nos momentos em que não foi possível a realização do grupo, por reclusão das outras mães, em solidariedade à morte de um bebê.

Pode-se concluir que quando um bebê morre na UTI neonatal, dor e esperança se sobrepõem. A vivência e a história de um recém-nascido e sua família entram em ressonância com as diversas histórias vividas ali. É imprescindível que se ofereça condições para a elaboração do luto do bebê, não somente aos pais que perderam o filho, mas também às mães e aos profissionais que compartilharam sua história com os pais, a de uma vida que teve um início e um fim em uma UTI neonatal.

4.3.3 Mãe presente x Mãe ausente: se dividindo entre a casa e o hospital

Eu levo meu filho para creche e venho para cá. É muito ruim se dividir, eu penso que ela está precisando mais. Quando minha mãe estava aqui, eu ficava mais tranquila. Se eu estou aqui penso nele em casa: “Será que ele dormiu? Será que ele comeu?”
Tânia

Um dos grandes dilemas que transparece no discurso das mães e que representa nitidamente grande fonte de angústia e sofrimento refere-se à decisão entre permanecer no hospital para acompanhar o filho (às vezes por um longo período de internação) ou ficar em casa durante a permanência dele na UTI. Tal conflito transparece mais fortemente na fala das mães com outros filhos em casa.

A oferta de um espaço para que a mãe permaneça no hospital durante o período de internação do filho é uma das estratégias preconizadas pelo Ministério da Saúde a fim de favorecer o aleitamento materno e a construção do vínculo mãe-bebê. Tal iniciativa é uma importante intervenção para favorecer a aproximação e a inclusão da mulher no cuidado o mais precoce possível ao bebê, melhorando a qualidade da assistência ao recém-nascido, conforme se discutiu no terceiro capítulo (BRASIL, 2002a, 2002b).

No entanto, embora algumas mulheres reconheçam aí uma possibilidade de amenizar o seu sofrimento pela oportunidade de ficar ao lado do bebê, a forma como cada uma delas irá experimentá-la dependerá do contexto familiar e de cada caso. Através dos relatos abaixo nota-se que o fato de terem outros filhos em casa é um agravante para o sofrimento destas mães. Para Maria representou “a pior coisa na internação”, uma enorme fonte de angústia. Rafaela também expressa sua tristeza nesta divisão casa/hospital:

Para mim é muito difícil estar aqui com os outros filhos em casa. Não gosto nem de falar [Choro]. Quando voltei, meu pequeno estava doente e teve que ficar assim em casa. Ele está muito acostumado comigo. Nada é como a mãe. Meu marido diz que é para eu ter paciência. Ele nunca tinha ficado doente. Acho que foi a minha falta [Choro]. Ele entende, sabe, mas é criança. [...] À noite, eu só choro e não quero que eles ouçam.

Observa-se, ainda, que ao se aproximar o tempo da alta, o que ocorre comumente no Berçário Intermediário, como foi dito no segundo capítulo, as mães são incitadas a se investir mais nos cuidados maternos. A equipe deve, não somente permitir, mas também incentivá-las a se ocupar dos cuidados diários do bebê (banho, troca de fraldas e roupas, amamentação, carinho, afeto, atenção). No entanto, ainda que neste espaço fiquem os bebês com menor gravidade, e que haja maior inclusão da família no cuidado, para as mães é ainda um momento de muita ansiedade e tensão. Chamadas à função de “maternagem”, parecem sofrer um curto-circuito. O que era até então urgência pela vida, diante do risco premente de perda, transforma-se em nova urgência: a urgência pela alta. Surge um descompasso entre o tempo necessário de desenvolvimento do bebê, algumas vezes difícil de ser aceito, e o tempo da expectativa da mãe. As palavras de Kátia o dizem:

Agora estou feliz, meu bebê só precisa ganhar peso para ir embora. Está com 1.940 gramas. Ele dorme muito, porque é prematuro. No começo, eu ficava ansiosa, pois ele não queria pegar o peito. [...] Mas quando o médico me explicou que é assim, porque ele é prematuro, que é o tempo dele, pensei que não adiantava ficar forçando. Vou esperar o tempo dele. Estamos fora de casa, meu presente de Natal foi antecipado.

Ao relatarem suas dificuldades durante a internação do bebê, as mulheres mostraram compreender melhor a necessidade de internação do filho e resignificar a vivência de acompanhamento ao bebê durante este período. Nota-se aí que o valor pejorativo inicialmente ligado à permanência da mãe ao lado do bebê internado por longo tempo, sinônimo de “prisão”, “obrigação” e falta de opção, foi pouco a pouco substituído por respeito ao tempo do desenvolvimento e recuperação do bebê, e necessidade de confiança no bem-estar do filho após a alta. Foi minimizado o sentimento de culpa pela ausência de casa e distância da família. Flávia fala de seu desejo de levar a filha para casa por causa de sua dificuldade em viver a maternidade longe de casa: “Não aguento mais ficar aqui. Estou doida para levar minha filha para casa, mas eu quero que ela vá bem”. Já Teresa relativiza suas expectativas, concedendo ao filho prematuro a necessidade de um tempo sem limite para seu desenvolvimento, quando diz: “Ele [o bebê] não tinha obrigação de estar fazendo tudo isso, era para ele estar na minha barriga até hoje. Não dá para ficar cobrando muito deles”.

Maria relata as expectativas do marido, que aguarda seu primeiro filho em casa, e sua própria frustração por ter o filho ainda hospitalizado: “As coisas dele estão esperando por ele. Até agora ele só usou três peças de roupa. O pai troca o lençol do berço todos os dias em casa”.

A criação do espaço de Alojamento de Mães destinado à presença da mãe durante a internação do filho na UTI reafirmou a importância e o direito da mulher/mãe em permanecer ao lado do filho. Deixou, no entanto, de considerar os limites enfrentados pelas mulheres que necessitam de condições adequadas, o que inclui atenção para sua saúde física e psíquica.

Rafaela e de Teresa revelam, por suas palavras, que durante o período de permanência no hospital para acompanhar o filho, a maioria das mulheres enfrenta dificuldades no cotidiano e na convivência. As normas institucionais deixam de olhar para questões subjetivas e físicas cruciais que perpassam esta experiência.

Dá um desespero ficar aqui à noite, você está sozinha. Não gosto de falar no telefone, é muito frio, eu preciso de calor humano. **(Rafaela).**

Eu não consigo ficar no hospital direto. Se o telefone toca em casa, eu nem atendo mais. Não fico aqui, pois eu lembro que quando o outro filho faleceu, eu estava sozinha aqui no hospital. Ficar aqui me lembra tudo o que passei. [...] Eu só tive pesadelo aqui no hospital. Sonhei com cemitério, com boneca sem cabeça. **(Teresa).**

Assim, ainda que reconheçam a importância de sua presença para a recuperação do filho, as mães se deparam com seus próprios limites. Desamparo e “fantasmas” de ordem física e subjetiva são vivenciados por elas como a confirmação de seu fracasso e incompetência em gerar um filho saudável, sofrendo o ônus de toda a situação.

Algumas mães se queixaram da regra da UTI, estipulando que a mãe deve estar presente em todos os horários da dieta do bebê, geralmente de três em três horas. Explicam que a equipe de enfermagem possui uma planilha de controle de cada bebê onde consta um item marcando a presença ou a ausência da mãe. Tal nível de controle parece significar para elas uma avaliação de sua própria condição de mãe. Sentem-se questionar: “Se eu não for amamentar o meu filho, serei uma boa mãe?” Na tentativa de responderem às suas próprias inseguranças, algumas, como Flávia, contam não terem ido à casa desde o início da internação do filho. Larissa também afirma ter conhecido a decoração do quarto do filho apenas por foto, por não ter saído do hospital durante um longo período.

Kátia faz aí um apelo: “A gente fica com a cabeça que não consegue descansar. Aqui é quando a gente mais precisa e não tem atenção”. Isso leva a refletir sobre a necessidade da continuidade de suporte psicológico a estas mães em situação de risco, mas também de serem criadas estratégias de reflexão com a equipe de saúde, para implantar um lugar de acolhimento e cuidado integral para elas.

4.3.4 “Na alegria e na tristeza...”: a rede de apoio entre as mães

A dor de uma passa para a outra, a gente nem sabe o que falar. Só ficamos por perto, na alegria também.

Tânia

Sobre os recursos criados pelas mães para o enfrentamento das situações do dia a dia na UTI, elas alegam que a presença de outras mulheres/mães compartilhando o cotidiano de urgência neonatal funciona como uma rede de apoio e solidariedade, e acaba por contribuir para uma maior permanência no hospital. Um dos sentimentos relatados pelas mães é o de solidão e desamparo pelo afastamento da família, conforme exposto em seção anterior.

As mulheres que participaram deste estudo pertencem, em sua maioria, às classes populares, com um perfil socioeconômico de baixa renda. Algumas residem em bairros distantes do hospital, ou em outros municípios e/ou estados. Contam com uma rede de apoio familiar e/ou social que lhes dá condições mínimas para que permaneçam no hospital durante a internação dos filhos.

Neste contexto, a figura do pai foi citada poucas vezes. Houve tentativas de justificar a ausência do pai pela necessidade do sustento familiar, reconhecendo-se a importância do papel de provedor da casa pelo companheiro. Disse Flávia: “Meu marido só pegou o bebê no colo uma vez, porque ele tem que trabalhar, é pedreiro. Ou ele paga as contas, ou vem ver o filho com o dinheiro que vai entrar”.

Em outros relatos, a experiência de ter um filho na UTI também foi vivenciada de forma dolorosa pelo pai, que optou por permanecer em casa, longe do ambiente hospitalar. Segundo Teresa, isso lhe trazia lembranças dolorosas e difíceis pela perda recente de um dos filhos gêmeos: “Meu marido pede para eu ligar, tirar foto no celular para ele ver. Porque quando o outro faleceu, ele que teve que vir pegar e resolver tudo. Aí ficou traumatizado”.

Apesar de todas as dificuldades da permanência no hospital relatadas, nota-se que os sentimentos de solidão e de abandono recorrentes nas falas parece amenizado pelo sentimento de pertencimento e apoio encontrado na convivência entre as mães, como expressaram Mariana e Tânia:

Falo para o meu marido que ele pode ir embora, pois vou ficar bem, com o apoio das meninas, uma família só. A gente se apegou muito às outras mães. **(Mariana)**.

A UTI estava lotada quando eu cheguei e agora não está mais. Dá um ânimo, pois você pensa: se todo mundo saiu, eu vou sair também. Quando alguém vai embora, a gente fica feliz por um lado e triste, por outro. Fica uma amizade entre as mães, tem umas que me ligam até hoje. **(Tânia)**.

A própria divisão do espaço físico, onde as mães convivem diariamente em um mesmo ambiente, no Alojamento de Mães, favorece a criação desta rede de apoio e amizade. Cumpre-se uma importante função de sustentação e referência face às particularidades de urgência e exigências do cotidiano em uma UTI neonatal.

4.3.5 “Saber ou não saber?!” a comunicação com a equipe de saúde

O médico disse que ele era o bebê mais grave da UTI, mas a médica não poderia chegar para a mãe e dizer: “Olha, o seu filho não vai sobreviver”
Tânia

Os discursos das mães evidenciam que um dos aspectos cruciais que atravessam a experiência da maternidade na UTI refere-se ao relacionamento com a equipe de saúde responsável pelos cuidados do recém-nascido de risco. Desde o início, a fragilidade do bebê exige um aparato médico e tecnológico que garantam a sua sobrevivência e recuperação, juntamente com uma rede de profissionais responsáveis pela assistência neonatal ao bebê.

Atenta e vigilante, a equipe de uma unidade intensiva neonatal conta com profissionais de diversas especialidades, compondo um cenário de cuidados médicos especiais investidos diariamente na sobrevivência do recém-nascido de risco. Por um longo tempo, ela assume os cuidados primordiais que oferecem os recursos necessários à recuperação do bebê; os pais ocupam um lugar de coadjuvante no processo de cuidado, mas não menos importante.

No discurso das participantes foi recorrente a forma como se estabelece a comunicação entre os profissionais de saúde e as mães no cotidiano de cuidados em uma UTI neonatal. A mulher precisa de um tempo subjetivo para se apropriar de seu lugar materno e para reconhecer sua importância perante uma rede de cuidados que, inicialmente, parece oferecer a proteção e os recursos que não recebeu de seu próprio corpo. A culpa e a impotência são acompanhadas por um sentimento de inferioridade que vão interferir na forma como se estabelecerá a comunicação entre ela e a equipe assistencial.

Assim, para algumas mães, uma explicação médica racional franca e direta pode amenizar seus sentimentos de culpa que possam estar rondando o imaginário. Como contou Rafaela: “O chefe me passa segurança, ele é franco, fala o que está acontecendo”.

Já Flávia comenta que, a partir de uma explicação médica, passou a compreender melhor certas características de seu filho recém-nascido. Ele mostrava pouca interação, o que, para ela, poderia significar uma falha na sua capacidade de

ser mãe: “A sonolência do meu filho tem a ver com o fato de ser prematuro, e agora estão investigando”.

Os relatos de algumas mães também sugerem que têm a sensação de que nem tudo é dito; ou de que os médicos detêm um saber/poder inacessível. Parecem ir construindo gradativamente um saber próprio sobre o estado de seus filhos, a partir de fragmentos de comunicações que vão sendo recolhidas no dia a dia de sua permanência na UTI. Carolina demonstra até certa desconfiança, como se algo tivesse que ser descoberto por não ser dito abertamente: “Eu só descobri a convulsão porque ouvi uma enfermeira comentar a respeito com outra”. Tal sentimento de que algo sempre irá escapar ao seu conhecimento também é compartilhado por Rafaela, quando diz: “Fico de ouvido ligado para saber o que os médicos estão falando, se estão falando do meu filho” e por Flávia, que expressa claramente suspeitas e um sentimento de confusão acerca das informações sobre o estado de seu bebê:

Os profissionais de saúde pensam que a mãe está nervosa; nosso filho está internado, cada hora um fala uma coisa, outro fala outra. Não dizem para a mãe o que realmente está acontecendo com o filho.

O cotidiano das situações de urgência dentro de uma UTI neonatal é marcado por momentos que exigem assertividade em intervenções rápidas e eficazes que, algumas vezes, impossibilitam que seja oferecido apoio e orientação aos pais, que estão ali junto da equipe, na internação do bebê. Esta dificuldade pode ser interpretada pelas mães como uma desvalorização de sua presença. Sentem-se então desconsideradas ou excluídas de seu lugar na recuperação do filho. A esse respeito, Carolina se queixa:

Minha filha teve convulsão e ninguém me avisou. Eu cheguei lá e estavam raspando sua cabecinha sem me avisar. A gente pede para nos chamar se acontecer alguma coisa. Se elas chamam porque a criança está chorando, para a gente colocar no peito, porque não podem chamar quando está passando mal? Como é que uma mãe pode ficar tranquila?

Os relatos permitiram ainda avaliar as repercussões da autoridade e do poder da palavra médica na construção da relação afetiva da mãe com o seu bebê. Mathelin lembra que a equipe deverá renunciar à posição de “boa mãe, toda poderosa”, e questionar e incentivar a mãe a falar sobre o que sente, “autorizando-a a projetar-se no filho, o que irá permitir que ela reconheça que, se ele está vivo, elas têm algo a ver com isso” (1999, p.26). Como já descrito anteriormente, as mães aguardam esta convocação, como indica Kátia ao afirmar: “Eu não me sinto à

vontade para falar com o técnico [chora] [...] A gente, que é mãe, fica sem saber o que pode e o que não pode fazer. Depende do plantão”.

Cabe ressaltar que a instituição tendo servido de base de análise para o presente estudo é um hospital universitário, com uma dinâmica particular nas relações entre os profissionais da assistência e a família. Ocorre nesse local uma alta rotatividade de profissionais, que estão naquele espaço assistencial por períodos de curta duração (aproximadamente três meses). Isso dificulta às famílias reconhecerem o profissional de referência de cada caso, e também que a comunicação ocorra de forma clara e coerente nas informações. Esta dinâmica particular se reflete na forma de comunicação truncada da qual Flávia se queixa:

A gente já está no limite, ao ver nosso filho ali internado, é difícil. Tem hora que dá vontade de chorar [...] Eu fico nervosa, pois cada vez eles pensam em uma coisa diferente, me apresentam uma hipótese, um problema. Tem dias em que eu ligo para o pai desesperada, e ele também fica. A equipe diz: “Mãe, você tem que esperar”. Cada hora eles dizem uma coisa: “Não, mãe, é assim mesmo”, ou dizem: “Será que tem síndrome?”. Eu cheguei ao limite e falei: “Coloca a mamadeira!”... Mas sempre quis tentar colocar meu bebê no peito.

No que diz respeito às situações de risco de óbito iminente do bebê, observa-se que a tensão e o estresse das mães, diante da ameaça de perda do filho, diferenciam-se segundo a forma como a mãe se sente incluída e apoiada pela equipe. Ela pode adotar, como estratégia de defesa, um sistema de avaliação do estado de saúde do filho, baseado nas máquinas e aparelhos em torno do bebê, em um estado de “preocupação médico-primária”, que, nestas circunstâncias, servirá de suporte frente à angústia gerada pela situação. Tal avaliação materna, somada à palavra médica daquele que detém o poder e o conhecimento, será o que irá devolver-lhe ou não a esperança de levar o filho para casa.

No entanto, a ameaça de morte paira no ar, trazendo medo e insegurança a estes momentos. Ao perguntarem sobre o estado do bebê, as mães comentam sobre a ameaça e o medo de entrar em contato com a dolorosa realidade de gravidade e risco de morte do filho. Diante desta ameaça, Teresa prefere recuar: “No início eu tinha medo de perguntar e ouvir o que não queria. Eu ficava quietinha”, ao contrário de Tânia, que afirma:

Quando vai para o tubo, para mim é o último recurso, está perto da morte, é a última tentativa. Então quando os médicos diziam: “Vamos ter que entubar a Vitória!” [Silêncio e Choro] Uma vez eu perguntei ao médico: “Doutor, ela corre o risco de morrer?” Ele respondeu: “Hoje, neste momento, sim, ela está muito grave”. Foi muito triste ouvir isto, doloroso, mas eu também fui perguntar, né?

O poder da palavra médica tem diferentes repercussões nas reações maternas. Nessas situações-limites, de fronteira entre a vida e morte, o limiar, para

os médicos, entre falar a verdade nua e crua e minimizar a realidade dolorosa da situação é muito tênue. Em seu estudo sobre o profissional de saúde diante da morte em UTI neonatal, Camarotti (2006) observou que:

A morte do paciente constitui para o médico um luto e em muitos casos um fracasso narcísico, na medida em que esse se depara com os limites de sua prática e com sua impotência. Mesmo que seu saber médico lhe aponte as poucas chances de vida que tem o paciente, sua aposta subjetiva é na possibilidade de curar e de corresponder às expectativas da família que nele depositou todas as esperanças (CAMAROTTI, 2006, p. 153).

Diante de um suposto despreparo sentido pelos médicos para abordar a questão da morte, deve-se refletir sobre a medida entre a proximidade e a distância necessárias para cuidar, sem que o sofrimento gerado por tais situações ultrapasse o lado profissional e ético. Mas, o que esperar de profissionais expostos a tais situações de tensão e impasse?

Mariana, ao descrever sua dor diante da resposta de um médico a respeito da gravidade e possibilidade de morte de seu filho, sugere haver uma forma mais amena de falar com a mãe sobre o risco de perda do filho:

Quando o João nasceu, eu queria levá-lo para São Paulo, pois lá é especializado no caso dele e eu tenho família lá. A médica disse: "Não precisa transferir seu filho, pois a gente ainda nem sabe se ele vai sobreviver". Eu acho que ela poderia ter me dito isto de maneira mais amena. Fui para casa, meu leite secou, eu chorava 24h direto, não dormia direito. Toda vez que o telefone tocava, a gente já pensava o pior. Peço perdão, mas já tinha até deixado uma saída da maternidade separada, para o momento em que viesse a notícia ruim. Não precisava ter falado desse jeito com uma mãe. Tenho fé que ainda vou levar meu filho para esta doutora vê-lo bem.

No entanto, existiria uma forma ideal para se falar com uma mãe sobre o que, inevitavelmente, lhe causará enorme dor e sofrimento?

O discurso de Mariana revela sua dificuldade em pensar na possibilidade de morte da criança, ao mesmo tempo em que questiona a forma como recebeu as notícias sobre o estado de seu filho. A ideia de morte é condenável para a mãe, que deve ser "forte", e sempre acreditar que o filho irá sobreviver, a ponto de pedir perdão pelos momentos em que duvida deste lugar de mãe idealizado, conforme já comentado.

A respeito da forma como deve se estabelecer a comunicação da mãe com a equipe de saúde, Tânia aponta outro caminho ao declarar: "Sempre pergunto, por que eu quero ficar alerta". Ela demonstra preferir que as informações sejam trazidas de forma clara e transparente, o que supostamente lhe daria a possibilidade de se preparar para uma notícia ruim: "Eu prefiro que o médico me diga se é grave, se ele pode falecer, pois se algo acontecer, eu já sabia. É um choque muito grande; prefiro estar em alerta".

Neste caso, “estar em alerta” para o pior dá para esta mãe a ideia de que sua dor poderia ser amenizada; Teresa pensa, contudo, que geraria um efeito contrário, de desespero e desamparo:

Eu estava sozinha e meu outro filho [falecido] estava em estado muito grave. O médico me disse, friamente: “um está mal; quanto ao outro, você já vai se preparando para o pior”. Eu fiquei desesperada, liguei para a minha mãe e ela veio dormir aqui comigo.

Essas posições antagônicas que transparecem nos discursos das mães diante da fragilidade de um bebê de risco, e suas repercussões na comunicação com a equipe, revelam que as informações dificilmente serão exatamente o que querem ouvir, e indicam o limite da fronteira entre a vida e morte, próprio de uma internação de bebês em uma UTI neonatal. Os relatos sobre as dificuldades colocam a questão de saber até que ponto é possível, de fato, preparar-se para uma notícia ruim. Deve-se atentar para os efeitos que a palavra médica provocará na relação mãe-bebê, e para a importância de uma postura de acolhimento e reconhecimento do que significa, para uma mãe, ouvir que seu filho não sobreviverá.

De modo geral, o discurso das mães leva à refletir sobre a necessidade dessas mulheres/mães, de certa forma, também serem “maternadas” e acolhidas. O relato grifado acima, no qual a paciente diz ter ligado para a mãe num momento de desespero, e tantos outros analisados no decorrer deste trabalho são representativos da importância que a experiência materna em situação de risco neonatal seja olhada e compreendida, para que seja criado um lugar de acolhimento e cuidado integral para essas mulheres/mães.

5 CONCLUSÃO

Estudar a experiência da maternidade em situação de risco neonatal constituiu uma tarefa rica e instigante, na medida em que este trabalho se propôs a realizar uma pesquisa voltada para a discussão dos aspectos subjetivos aí presentes, preservando o que existe de mais singular em cada relato, ao mesmo tempo em que buscou apreender as possíveis particularidades do fenômeno.

Ao longo do estudo, as questões que surgiram das proposições teóricas sobre o tema em articulação com a análise dos discursos das mulheres/mães participantes tornaram-se o eixo condutor para que se reflita sobre as particularidades desta experiência. O presente trabalho não tem a pretensão de oferecer respostas para todas as indagações, mas de contribuir para uma reflexão e um aumento de criatividade que possam ampliar o campo de intervenções no âmbito da atenção integral à saúde materno-infantil.

No decorrer dos últimos anos, foram inúmeras as ações instituídas pelo Ministério da Saúde em prol de uma melhor qualidade na assistência ao recém-nascido de risco, com base nas políticas de humanização e na noção de integralidade no cuidado neonatal. Sob esta perspectiva, não apenas os crescentes avanços tecnológicos permitiram a segurança e a sobrevivência do recém-nascido, mas também o respeito às individualidades e o acolhimento ao bebê e sua família passaram a ser apontados como aspectos essenciais no cuidado (BRASIL, 2002a; LAMY, 2005).

Esta nova concepção do recém-nascido como um sujeito inserido em uma história parental e familiar permite uma mudança no paradigma de cuidado e, conseqüentemente, nas relações entre a família e a equipe de uma UTI neonatal. Nesta conjuntura assistencial, o nascimento em situação de risco traz implicações em diferentes aspectos orgânicos, sociais, psicoafetivos e culturais que devem ser considerados parte da atenção integral à saúde. A implementação de estratégias de intervenção no cuidado através de uma maior inclusão da família, e a importância do controle dos estímulos neste ambiente intensivo neonatal, tais como as ações voltadas para o manejo da dor e a participação dos pais, irmãos e avós no cuidado, revelam avanços significativos na qualidade da atenção ao recém-nascido (BRAGA et al., 2001; MOREIRA et al., 2005).

Essa ampliação do olhar serve de eixo articulador das práticas de saúde, que devem adotar posturas mais flexíveis na negociação de regras de cuidado do ambiente físico e relacional em torno do bebê. Torna-se cada vez mais necessário conjugar os avanços tecnológicos de saberes, procedimentos e equipamentos ao acolhimento e suporte psicológico aos pais, considerando as experiências intersubjetivas dos envolvidos no cuidado: os bebês, seus familiares e os profissionais de saúde (MOREIRA et al., 2005).

Entretanto, a oferta de um lugar para a família, especialmente para a mãe no cuidado neonatal, não deve se restringir apenas aos aspectos necessários à recuperação da saúde física do bebê. Torna-se imprescindível apreendermos as repercussões do nascimento de risco para a experiência subjetiva das mulheres que se tornam mães e seus efeitos na própria constituição da maternidade e na vida psíquica do bebê.

Os discursos das mães participantes deste estudo foram bem representativos da experiência da maternidade em situação de risco neonatal e seus desdobramentos na construção do laço mãe-bebê. A partir da observação de mulheres/mães acompanhantes de recém-nascidos internados na UTI neonatal de nosso estudo, tornou-se possível apreender uma especificidade na vivência da maternidade por parte daquelas mulheres, que mostrou-se intrinsecamente relacionada com a condição peculiar de risco neonatal.

Antes de qualquer coisa, cabe lembrar que não pretendemos neste trabalho fazer proposições generalistas acerca desta experiência, até porque, conforme discutimos, partimos de uma concepção de maternidade enquanto um processo dinâmico “natural” que, ao mesmo tempo, resulta de um contexto ambiental complexo de acordo com as singularidades de cada encontro mãe-bebê (PLASTINO, 2009).

Frente a estas considerações, quais foram os caminhos encontrados pelas mães participantes deste estudo no processo de construção de sua função materna em situação de risco neonatal e quais as repercussões desta experiência para o vínculo mãe e filho?

Ao longo de nosso trabalho, recorreremos às contribuições de importantes teóricos do campo psicanalítico, em especial ao psicanalista Donald W. Winnicott ([1945], 2000), que atualmente são referências para compreendermos os elementos que fazem parte do processo de tornar-se mãe e seus desdobramentos. Segundo

estes autores, alguns fatores relacionados à vida psíquica da mulher, à relação afetiva entre os pais, à história da gravidez, à história familiar e transgeracional do casal, às práticas e valores culturais e familiares, entre outros desempenham um papel fundamental na configuração do vínculo entre a mãe e o bebê.

Desse prisma, o vínculo afetivo não está pronto desde o nascimento. O encontro inicial entre os pais e o bebê, as primeiras trocas interativas no cuidado com o recém-nascido, o lugar e reconhecimento parental daquele filho na linhagem familiar e a própria representação simbólica e social do nascimento como “a esperança do futuro” cumprem uma função primordial neste processo. Nas situações de risco perinatal, verificamos que esta relação íntima entre pais e bebês é atravessada cotidianamente pela condição de risco e de urgência e por todo o aparato tecnológico e humano em torno do cuidado ao bebê e sua mãe. Seja ainda na gravidez ou após o nascimento com a hospitalização do bebê, várias perdas e conflitos transcorrem neste período. Perda de um “bebê ideal” construído no imaginário materno de forma avassaladora, perdas sociais do bebê e sua mãe que ainda não foi para casa como esperado após o nascimento, sentimentos de medo, frustração, desespero, esperança são constantes nestas situações.

A análise dos discursos das mães participantes deste estudo revelou ser essa experiência atravessada por situações consideradas “limites” do ponto de vista da própria saúde psíquica da mulher, que encontra dificuldades não somente de acompanhar de maneira satisfatória a hospitalização de seu filho, mas se desorganiza emocionalmente, o que poderá ter repercussões no vínculo entre a mãe e o bebê.

Nesse processo, portanto, foi possível observamos que a vivência da gravidez, em especial a gestação de risco, deixa marcas psíquicas que se atualizam no período de internação do bebê. A maternidade no contexto de risco é afetada pela medicalização do corpo da mulher e, em alguns casos, pela hospitalização que acarretará mudanças significativas em seu estilo de vida. Com efeito, esta vivência torna-se complexa por atestar o encontro das dimensões saúde e doença, contrário a representação simbólica de maternidade plena e feliz, idealizada e preconizada socialmente. Sentimentos ambivalentes de medo e esperança são comuns e se acentuam nesta experiência, particularmente nos casos que vêm acompanhados por uma história de perda anterior. Expressões significativas como “tenho medo de me apegar e depois perder”; “será que eu vou conseguir?”; “somente agora vou

conseguir destravar meu lado maternal” foram representativas deste momento. Ao relatarem suas experiências da gestação, as mulheres demonstraram a importância de um trabalho de elaboração psíquica desta vivência a fim de se apropriarem da nova condição de mãe após o nascimento.

O modo como a vivência da maternidade diante de um bebê de risco alcança a mulher ao tornar-se mãe pode ser percebido desde o seu encontro inicial com o filho em situação internado na UTI neonatal. Considerando o impacto deste ambiente altamente tecnológico e peculiar de cuidados intensivos, a começar pelo nome assustador “UTI neonatal” que remete diretamente à ideia de risco de morte, bem como da imagem do bebê real tão distante dos ideais maternos, foi possível percebermos como é difícil para as mulheres/mães uma aproximação com esta nova realidade estranha e diferente. Neste sentido, os relatos das mães indicaram a necessidade de um tempo subjetivo para que elas pudessem construir um caminho ao encontro do filho, como indicou algumas falas: “Quando eu cheguei e vi ele no meio de um monte de aparelhos, eu pensei: “Meu Deus, o que é isso?” [...] “Travei ao lado da incubadora”; “Quando nasceu foi diferente, deu uma insegurança, pois eu nunca tinha visto. Eu olhava para ele e dizia: “E agora, o que eu vou fazer da minha vida? Será que ele vai evoluir como uma criança normal?””

No decorrer do período de internação do bebê, o dia a dia da mãe na UTI vai deixando marcas na experiência materna na busca um lugar de reconhecimento e cuidado com o filho em um processo gradual de apropriação de sua condição de mãe. A cada encontro diário com seu bebê, sujeito à imprevisibilidade e risco constante por sua situação de fragilidade, a mãe encontra recursos emocionais em um funcionamento mental próprio a fim de lidar com os atravessamentos de um ambiente marcado pela alta tecnologia médica na fronteira entre a vida e a morte. Esse dia a dia desencadeia vivências extremas que vão do desespero à esperança pela sobrevivência do filho. A busca de sinais de vida e reconhecimento por parte do filho, a emoção de levar o bebê ao colo pela primeira vez, a espera de sua presença ser solicitada por parte da equipe de saúde, entre tantos momentos, vão oferecendo os subsídios para que a mulher se fortaleça psicologicamente, recupere seu sentimento de competência e sua autonomia para encontrar seu caminho singular de ser mãe. São situações-limite nas quais as mães sentem que estão “com o coração na mão” ou mesmo “em uma corda bamba” e parecem experimentar uma temporalidade singular, havendo uma suspensão do tempo cronológico e de quase tudo a sua

volta, somente importando o enfrentamento diário marcado pelo susto, força, queda e luta pela sobrevivência do filho. A maternidade intermediada por aparelhos e monitores irá dando lugar ao sonho de ter o bebê em casa, longe da fronteira entre a vida e a morte própria de uma UTI neonatal.

No tocante à construção do cuidado materno, que é um dos alicerces a partir do qual se constrói a experiência da maternidade, como indicou uma das participantes ao relatar: “a gente é mãe, mas parece que a ficha ainda não caiu porque a gente não cuida”, as mães se deparam com as dificuldades inerentes a essa conjuntura assistencial, somadas ao sofrimento pelo afastamento de casa devido à longa permanência no hospital. Observamos, então, que esses fatores terão reflexos diretamente na relação da mãe com a equipe de saúde e no modo como se estabelecerá a comunicação entre eles.

De modo geral, as mães encontram limites e particularidades na construção de sua “maternagem” nestas condições que exige uma postura de acolhimento à experiência subjetiva dessas mulheres, para além de uma exigência institucional pautada por um modelo ideal de maternidade que acabam dando origem a práticas de saúde normatizadoras e pouco flexíveis. Para que encontrem uma forma singular de exercer sua função materna, torna-se imprescindível que estas mães em UTI neonatal também encontrem um “ambiente suficientemente bom” para que se sintam também acolhidas e “maternadas” em suas dificuldades.

Frente a esse panorama, como pensar numa atitude de cuidado que tenha como horizonte a construção de ambientes acolhedores para as diferentes formas de expressão do bebê e seu entorno, mas que também possa dar lugar à experiência subjetiva materna em suas particularidades?

Este estudo evidencia a necessidade de dar continuidade não apenas ao suporte psicológico individual e grupal aos pais e familiares do bebê, o que possibilita a elaboração de conflitos em um espaço de fala, mas também de instaurar estratégias de intervenção amplas com a equipe de saúde e com outros atores envolvidos neste contexto, tal como o incentivo a uma maior participação do pai no campo da saúde da mulher e da criança.

A experiência dos “grupos de reflexão” ou “grupos Balint”, do médico Michael Balint, pode ser uma importante iniciativa a ser adotada na rotina de cuidados de uma UTI neonatal. Consiste em um espaço grupal institucional cujo objetivo é proporcionar à equipe reflexão e trocas sobre as tensões e angústias

experimentadas no cotidiano de suas ações e práticas em saúde. Isso lhes permite repensar nas formas de relacionamento entre pacientes, profissionais e família, oferecendo um cuidado ético, integral e, acima de tudo, humano (BALINT, 1988, 1994; LAMY, 2000).

Outro dispositivo de referência se refere às chamadas “reuniões de síntese”, que acontecem na maioria das unidades materno-infantis da França, e foram apresentadas no estudo sobre a clínica psicanalítica com bebês prematuros, da psicanalista Catherine Mathelin. Refere-se a um espaço onde os membros da equipe falam dos bebês, de suas histórias, de suas reações, a fim de compreendê-los da melhor forma possível (MATHELIN, 1997).

Estes modelos de intervenção em saúde podem representar novas formas de repensar o cuidado para além dos equipamentos tecnológicos e saberes estruturados. No campo da saúde, torna-se necessário a produção de comunicação, acolhimento, vínculos, em um saber/fazer constante e aberto às mudanças e negociações. Trata-se de um tipo de tecnologia chamada pelo médico sanitário Emerson E. Merhy de “tecnologias leves”, cuja premissa é a produção de relações de reciprocidade e de interação, indispensáveis à efetivação do cuidado integral em saúde (MERHY, 1997).

Deve-se, então, criar espaços de discussão e consolidar ações sensíveis às necessidades do bebê, sua mãe, familiares e profissionais, a fim de obter um ambiente de *holding* que ofereça continente necessário aos conflitos e sentimentos de ambivalência e que, ao mesmo tempo, dê lugar à vitalidade espontânea e à criatividade, além dos aspectos técnicos e tecnológicos dominantes nas práticas de saúde atuais.

Por fim, as reflexões trazidas por este estudo assumem lugar de relevo na questão da integralidade no cuidado, princípio que preconiza o diálogo e passa a considerar as relações sujeito-sujeito, deixando de lado uma visão reducionista que durante um longo período via apenas a doença e o ser humano como um objeto a ser estudado e decifrado (MATTOS, 2001). Aposta-se, assim, na importância de um novo olhar para os aspectos subjetivos que, ao reconhecer as singularidades e respeitar as diferenças, possa enriquecer as ações em prol da saúde de cada sujeito e da vida coletiva.

REFERÊNCIAS

- ABRAM, J. *A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- ANDRADE, M. A. G. Tornar-se Pai, Tornar-se Mãe: o processo de parentificação. In: CORRÊA FILHO, L. et al. (Org.). *Novos Olhares sobre a Gestação e a criança até os 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê*. Brasília: L.G.E., 2002.
- ANDRADE, M. A. G. Considerações sobre o desenvolvimento psicoafetivo do bebê pré-termo. In: CORRÊA FILHO, L. et al. (Org.). *Novos Olhares sobre a Gestação e a criança até os 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê*. Brasília: L.G.E., 2002.
- AGMAN, M. et. al. Intervenções psicológicas em neonatologia. In: WANDERLEY, D. B. (Org.). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador: Ágalma, 1999, p.17-34.
- ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981a.
- ARIÈS, P. *O homem diante da morte*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981b.
- ARREGUY, M. E. Fragmentos clínicos de uma dita parentalidade tóxica. *Estudos de Psicanálise* (Impresso), v. 35, p. 75-86, 2011.
- BADINTER, E. *Um Amor Conquistado: O Mito do Amor Materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1988.
- _____. "Psicanálise e prática médica". In: MISSENARD, A. (org). *A experiência Balint – história e atualidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994, p.9-22.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BIRMAN, J. *Mal-Estar na Atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- BOWLBY, J. *Cuidados Maternos e Saúde Mental*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.
- BRAGA, N. A. et al. *Maternagem Ampliada*. *Pediatria Moderna*, 37(7): 312-317, jul. 2001.
- BRAGA, M. C. A.; MORSCH, D. S. À procura de um encontro perdido: o papel da "preocupação médica-primária" em UTI Neonatal. *Rev. Latino Americana Psicopatologia Fundamental*. São Paulo. v.10, n. 4, p. 624-36, dez. 2007.

BRAZELTON, T. B. *O Desenvolvimento do Apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

_____. *A Dinâmica do Bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH*. Disponível em <www.humaniza.org.br>

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual do Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso*, 2002b.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004. 104p.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas*. Rio de Janeiro: 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2009/notastecnicas.pdf>

BTESHE, M. *O Cuidado à Saúde Materno-Infantil e a Psicanálise: uma interseção possível*. 2008. 119f. Dissertação (Mestrado em 2008). Instituto de Medicina Social/UERJ. Rio de Janeiro, 2008.

BYDLOWSKI, M. O olhar interior da mulher grávida: transparência psíquica e representação do objeto interno. In: CORRÊA FILHO, L. et al. *Novos Olhares sobre a gestação e a Criança de 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê*. Brasília: L.G.E., 2002.

CAMAROTTI, M. C; SAMPAIO, L. A morte em UTI neonatal: escutando a equipe de saúde. In: MELGAÇO, R. G. (Org.) *A Ética na Atenção ao Bebê: Psicanálise-Saúde-Educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

CORRÊA FILHO, L. et al. *Novos Olhares sobre a gestação e a Criança de 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê*. Brasília: L.G.E., 2002.

CORREIA, L. L., MC AULIFFE. *Assistência Perinatal e Neonatal no Brasil*. RADIS, Ministério da Saúde, v.17, 31p, 1999.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

CRAMER, B. *Profissão Bebê*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

DIAS, M. M. Uma escuta psicanalítica em neonatologia. In: MELGAÇO, R.G. (Org.) *A Ética na Atenção ao Bebê: Psicanálise-Saúde-Educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

DITZ, E. *A mãe no cuidado do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal*. 2009. 147f. Tese (Doutorado em 2009). Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, 2009.

DONZELOT, Jacques. *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

DRUON, C. Ajuda ao bebê e seus pais em terapia intensiva neonatal. In: WANDERLEY, D. B. (Org.). *Agora Eu Era o Rei: os entraves da prematuridade*. Salvador: Ágalma, 1999.

FIGUEIREDO, L. C. As diversas faces do cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura. In: MAIA, M. S. (Org.) *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

FREUD, S. (1905) Três ensaios sobre a sexualidade. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. 12).

_____. (1914) Sobre o Narcisismo: uma introdução. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. 14).

_____. (1914) Luto e Melancolia. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. 14).

_____. (1923) A organização sexual infantil. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. 19).

_____. (1931). Sexualidade Feminina. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. 21).

_____. (1932). Feminilidade. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. 22).

GOLSE, B. *Du corps à la pensée*. Paris: PUF, 1999.

_____. *Sobre a Psicoterapia Pais- Bebê: narrativa, filiação e transmissão*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

GOMES, R. A Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. In: DESLANDES, S. F.(Org.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

GUIRADO, M. *Psicanálise e Análise do Discurso: matrizes institucionais do sujeito psíquico*. São Paulo: Summus, 1995.

HERZLICH, C. *Os Encargos da Morte*. In: Estudos em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, n. 52, 1993[1976].

HOUZEL, D. As implicações da parentalidade. In: SOLIS-PONTON, L. (Org.) *Ser Pai, Ser Mãe: Parentalidade: um desafio para o novo milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. *Pais/Bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KLAUS, M. H.; KLAUS, P. H. *Seu Surpreendente Recém-Nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

KUBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LAMY, Z. C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. In: *Humanização e Produção de Cuidados em Saúde*. Ciência e Saúde Coletiva. ABRASCO, vol. 10, n. 3, jul./set. 2005, p. 659-68.

LAMY, Z. C. *Estudo das situações vivenciadas por pais de recém-natos internados em unidade de terapia intensiva neonatal*. 1995. 200f. Dissertação (Mestrado em 1995). Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

_____. *Unidade Neonatal: Um espaço de conflitos e negociações*. 2000. 161f. Tese (Doutorado em 2000). Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

LEBOVICI, S. *O bebê, a Mãe e o Psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
_____. As consultas psicoterápicas. In: GUEDENEY, A. e LEBOVICI, S. *Intervenções psicoterápicas pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

LECANUET, J-P. Dans tous les sens... bref état des compétences sensorielles foetales. In: *Que savent es foetus?*. França: Érès, 1997, p.17-34 apud ANDRADE, M. A. G. Considerações sobre o desenvolvimento psicoafetivo do bebê pré-termo. In: CORRÊA FILHO, L. et al. (Org.). *Novos Olhares sobre a Gestaçã o e a criança até os 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê*. Brasília: L.G.E., 2002.

MALDONADO, M. T. *Psicologia da Gravidez*. São Paulo: Saraiva, 2000.

MATHELIN, C. *O Sorriso da Gioconda: Clínica Psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p.39-64.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. , ONOCKO, R. *Práxis em salud um desafio para lo público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: a pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1992.

MISSIONIER, S. O início da parentalidade, tornar-se mãe, tornar-se pai. As interações dos pais antes do nascimento. In: SOLIS-PONTON, L. (Org.) *Ser Pai, Ser Mãe: Parentalidade: um desafio para o novo milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

MONTAGNER, H. Competências-alicerces do bebê. In: CORRÊA FILHO, L. et al. *Novos Olhares sobre a gestação e a Criança de 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê*. Brasília: L.G.E., 2002.

MOREIRA, M. E. L.; BOMFIM, O. L. Um nascimento diferente. In: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. A.; MORSCH, D. S. (Org.) *Quando a Vida Começa Diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

MOREIRA, M. E. L.; RODRIGUES, M. A. O bebê na UTI: intercorrências e exames mais frequentes. In: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. A.; MORSCH, D. S. (Org.) *Quando a Vida Começa Diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

MOREIRA, M. E. L. et al (Org.) *Quando a Vida Começa Diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

MOREIRA, M. E. L et al Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. In: *Humanização e Produção de Cuidados em Saúde*. Ciência e Saúde Coletiva. ABRASCO, vol. 10, n. 3, jul./set. 2005, p. 659-68.

MORSCH, D. S. et al. Conhecendo uma UTI Neonatal. In: MOREIRA, M. E. L. (Org.) *Quando a Vida Começa Diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

MORSCH, D. S.; BRAGA, M. C. A. Os primeiros dias na UTI. In: MOREIRA, M. E. L. (Org.) *Quando a Vida Começa Diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

MORSCH, D. S. *O desenvolvimento afetivo em situação de alto risco neonatal: um estudo sobre o processo de interação*. 1990, 189f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 1990.

MORSCH, D. S. *Mulheres/Mães em UTI Neonatal – Novos Conhecimentos e Melhores Intervenções*. A presença da mulher nos cuidados em saúde - ST 27. UFSC. [20__] Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/D/Denise_Streit_Morsch_27.pdf Acesso em: 10 jan. 2012.

NAGAHAMA, E; SANTIAGO, S. A Institucionalização Médica do Parto no Brasil. In: *Revista Ciência e Saúde Coletiva, Humanização e Produção de Cuidados em Saúde*, v. 10, n. 3, jul./set. 2005.

NEGRI, R. Observação da vida fetal. In: *A observação de bebês*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997 apud ANDRADE, M. A. G. Considerações sobre o desenvolvimento psicoafetivo do bebê pré-termo. In: CORRÊA FILHO, L. et al. (Org.). *Novos Olhares sobre a Gestação e a criança até os 3 anos*: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê. Brasília: L.G.E., 2002.

OLIVEIRA, V. J. *Vivenciando a gravidez de risco: entre a luz e a escuridão*. 111p. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2008.

PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

PIONTELLI, A. *De feto a criança*. Rio de Janeiro: Imago, 1995 apud ANDRADE, M. A. G. Considerações sobre o desenvolvimento psicoafetivo do bebê pré-termo. In: CORRÊA FILHO, L. et al. (Org.). *Novos Olhares sobre a Gestação e a criança até os 3 anos*: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê. Brasília: L.G.E., 2002.

PLASTINO, C. A. A dimensão constitutiva do cuidar. In: MAIA, M. S. (Org.) *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

ROUDINESCO, E. ; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

ROZENTHAL. E. Cuidado de si e cuidado do outro: sobre Foucault e a psicanálise. In: MAIA, M. S. (Org.) *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

SÁ NETO, J. A.; RODRIGUES, B. M. R. D. *Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia*. Texto contexto Enfermagem, Florianópolis, 2010; abr.-jun. v. 19, n. 2, p. 372-7.

SZEJER, M.; STEWART, R. *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOLIS-PONTON, L. A Construção da Parentalidade. In: SOLIS-PONTON, L. (Org.) *Ser Pai, Ser Mãe: Parentalidade: um desafio para o novo milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SOULÉ, M. (Org.). *A dinâmica do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

SPITZ, R. *El Primer Año de Vida Del Nino*. Madrid: Aguilar, 1972.

STERN, D. *A Constelação da Maternidade: o panorama da psicoterapia pais-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

STERN, D. *O Mundo Interpessoal do Bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TEIXEIRA, L. C.; MORAES, W. M. S. Implicações subjetivas das vivências da gravidez e do diagnóstico da cardiopatia do filho: aportes psicanalíticos à saúde da mulher. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, 2008; v.32, n.4, p. 519-29.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: MATTOS R.A; PINHEIRO, R. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ- Abrasco, 2001, p. 89-112.

VALLADARES, L. Os dez mandamentos da observação participante. *Rev. bras. Ci. Soc.* [online]. 2007, v. 22, n. 63, p. 153-5. Disponível em <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 22 dez. 2011.

ZALCBERG, M. *A relação mãe e filha*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

ZORNIG, S. A. et. al. Parto prematuro: antecipação e descontinuidade temporal? In: ARAGÃO, R. O. (Org.). *O bebê, o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004b. p. 165-74.

WINNICOTT, D. W. *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1948) Pediatria e Psiquiatria. In: *Da Pediatria à Psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. (1951) Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. In: *Da Pediatria à Psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. (1956) A Preocupação Materna Primária. In: *Da Pediatria à Psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. *A Criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

_____. *Os Bebês e suas Mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ANEXO A – Termo de Consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidada a participar desta pesquisa que tem como objetivo principal compreender a experiência de maternidade em uma situação de risco neonatal, como parte de um projeto de mestrado realizado pela mestranda **Catarine Dias Vieira**, do curso de pós- graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, sob a orientação do Prof. **Carlos Alberto Plastino**.

Sua colaboração será fundamental para este trabalho, por você estar vivenciando atualmente a experiência de ser mãe de um bebê internado na UTI neonatal, motivo pelo qual estamos lhe fazendo este convite. Acreditamos que este estudo irá trazer contribuições valiosas para a construção de práticas de cuidado integral e humanizado à assistência ao recém-nascido e sua família.

Sua participação é voluntária e consiste em participar do “Grupo de Mães da UTI Neonatal” (que já faz parte da rotina assistencial) e autorizar a observação e a gravação de sua fala, o que ocorrerá no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012.

Avaliamos que a pesquisa não apresenta qualquer tipo de risco aos participantes. As informações coletadas apenas serão utilizadas para fins de pesquisa científica. Garantimos que, durante toda a observação, sua identidade, assim como a dos outros participantes, será preservada, não sendo revelado em momento algum o seu nome.

Sua participação durante a observação é opcional: você não tem nenhuma obrigação de participar caso não queira. Se desejar participar, você tem o direito de desistir em qualquer momento da pesquisa, sem que o tratamento de seu filho seja prejudicado ou sem qualquer tipo de constrangimento.

Se você tiver qualquer dúvida, por favor, pergunte que tentaremos esclarecer. A qualquer momento você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone **(21) 91049925**, da pesquisadora **Catarine Dias Vieira**.

Este termo de consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em seu poder e outra com a pesquisadora responsável.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, _____, declaro estar ciente dos objetivos e condições de participação nesta pesquisa e aceito participar dela como voluntária de forma livre e esclarecida.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

ASS. _____
NOME DO PARTICIPANTE:

ASS. _____
PESQUISADORA RESPONSÁVEL: CATARINE DIAS VIEIRA

ANEXO B - Perfil descritivo das mães participantes

- **Tânia:** 21 anos, casada, residente do município do Rio de Janeiro. Mora com o companheiro que trabalha diariamente e tem mais um filho de um ano e meio. Não conta com rede de apoio familiar, pois sua família de origem mora em outro estado.
Histórico da gravidez e puerpério: Segunda gestação. Idade gestacional: 38 semanas. Fez acompanhamento pré-natal. Gravidez não planejada. Intercorrências clínicas: infecção urinária. Não houve internação durante a gestação e no puerpério.
Dados do bebê: Vitória, seis meses de idade, internada desde o décimo sexto dia de vida. Peso ao nascer: 2650g. Hipótese diagnóstica: erro inato do metabolismo, leucocitose.
Impressões do caso: A dificuldade e o tempo prolongado necessário para a definição do diagnóstico do bebê foi grande fonte de angústia e estresse para Tânia. O bebê foi para casa no puerpério, mas necessitou retornar ao hospital após duas semanas. Tânia mostrou-se muito angustiada, pois inicialmente não podia permanecer acompanhando o bebê na UTI devido à dificuldade de não ter com quem deixar o outro filho em casa. Após a vinda de sua mãe, passou a permanecer direto no hospital. Boa relação com a equipe de saúde, de forma que estabelecia um diálogo constante com os profissionais. Sua permanência ali já completava seis meses de duração.
- **Glória:** 24 anos, casada, residente do município do Rio de Janeiro. Mora com o companheiro, que trabalha diariamente. Conta com uma rede de apoio familiar frágil, pois sua família de origem mora distante.
Histórico da gravidez e puerpério: Primeira gestação. Idade gestacional: 32 semanas. Realizou apenas uma consulta de pré-natal. Gravidez não planejada. Nenhuma intercorrência clínica. Não houve internação durante a gestação. Apresentou o diagnóstico de trombose no puerpério, necessitando de internação durante parte deste período.
Dados do bebê: Gustavo, dois meses de vida, internado após o nascimento e transferido de outra maternidade. Peso ao nascer: 1215g. Hipótese diagnóstica: prematuridade, atresia de esôfago, cardiopatia.
Impressões do caso: Glória esteve presente durante todo o período de internação do bebê e expressou sua dificuldade e desejo de se aproximar do filho. Contudo, alegava sentir receio em estimular o bebê devido ao excesso de manuseio por parte da equipe. Discurso de culpa por não ter realizado o acompanhamento pré-natal e o bebê apresentar problemas de saúde. Dificuldade no diálogo com a equipe. Sua permanência ali já completava dois meses de duração. O bebê faleceu uma semana após sua participação no grupo.
- **Karen:** 32 anos, casada, professora, residente em outro município. Mora com o companheiro que faz viagens a trabalho. Conta com a mãe como figura de apoio

Histórico da gravidez e puerpério: Primeira gestação. Idade gestacional: 34 semanas. Fez acompanhamento pré-natal. Gravidez não planejada. Diagnóstico na gravidez: Lúpus. Não houve internação durante a gestação e o puerpério.

Dados do bebê: Maria, um mês e cinco dias de vida, internada logo após o nascimento. Peso ao nascer: 2125g. Hipótese diagnóstica: prematuridade, hipoglicemia, pneumotórax.

Impressões do caso: Karen casou-se após a descoberta da gravidez. O marido é militar e viaja para locais distantes, onde fica incomunicável. Portanto, o pai não esteve presente no nascimento da filha e não a conhecia até aquele momento. Karen recebeu o diagnóstico de lúpus na adolescência e mostrava muita preocupação com a saúde de seu bebê em função de sua doença. Permaneceu acompanhando o bebê durante todo o período de internação. Boa comunicação com a equipe de saúde. Sua permanência ali foi de aproximadamente um mês de duração. O bebê recebeu alta hospitalar durante o período de observação do grupo na pesquisa.

- **Carolina:** 16 anos, casada, estudante, residente no município do Rio de Janeiro.

Mora com o companheiro e um enteado de doze anos da primeira relação conjugal do marido. Contou com uma rede de apoio familiar.

Histórico da gravidez e puerpério: Primeira gestação. Idade gestacional: 38 semanas. Realizou acompanhamento pré-natal. Gravidez não planejada.

Diagnóstico na gravidez: Diabetes mellitus. Internação durante a gestação por um período de aproximadamente duas semanas até o parto.

Dados do bebê: Luiza, quinze dias de vida, internada logo após o nascimento. Peso ao nascer: 4045g. Hipótese diagnóstica: distocia de ombro no parto, GIG (tamanho grande para a idade gestacional).

Impressões do caso: O falecimento da sogra há aproximadamente três meses deixava o marido preocupado com o parto. Depois que engravidou, decidiu interromper os estudos até que a filha estivesse crescida. Estabeleceu uma boa relação com a equipe, gestantes e puérperas. A recuperação do bebê foi relativamente rápida (em torno de duas semanas) e a mãe permaneceu no Alojamento Conjunto durante o período de internação do bebê.

- **Rafaela:** 36 anos, residente no município do Rio de Janeiro.

Mora com o companheiro que trabalha diariamente e possui mais dois filhos, um de dezessete e outro de dez anos. Contou com uma rede de apoio familiar.

Histórico da gravidez e puerpério: Terceira gestação de prematuros. Idade gestacional de 35 semanas. Realizou acompanhamento pré-natal. Gravidez não planejada. Ficou internada em outro hospital durante treze dias. Histórico de partos prematuros, mas sem causa clínica relevante.

Dados do bebê: Ricardo, uma semana de vida, internado logo após o nascimento. Peso ao nascer: 2340g. Hipótese diagnóstica: prematuridade.

Impressões do caso: Rafaela mostrava-se bem e referia estar acostumada com a rotina de uma UTI, pois seus filhos também foram prematuros, tendo o mais velho ficado internado. Permaneceu acompanhando o filho, apesar da dificuldade em permanecer no hospital. A recuperação do bebê se deu em tempo curto.

- **Maria:** 26 anos, casada, residente no município do Rio de Janeiro. Mora com o companheiro e possui mais três filhos de sua primeira relação conjugal.

Histórico da gravidez e puerpério: Terceira gestação. Idade gestacional de 42 semanas. Realizou acompanhamento pré-natal e diagnosticou o problema neurológico do bebê com seis meses de gestação. Gravidez não planejada. Houve inúmeras idas ao hospital durante a gestação.

Dados do bebê: Lucas, um mês de vida, internado logo após o nascimento. **Peso ao nascer:** 2800g. Hipótese diagnóstica: malformação fetal (microcefalia).

Impressões do caso: Maria comparecia todos os dias ao hospital e permanecia ao lado do bebê na UTI neonatal. Apresentava dificuldade na compreensão do diagnóstico do filho e medo de levá-lo para casa. À noite, ia para casa para ficar com os outros filhos. O pai quase não compareceu.

- **Mariana:** 31 anos, casada, residente em outro estado. Mora com o companheiro e não contou com uma rede de apoio familiar devido a distância, apenas de uma tia.

Histórico da gravidez e puerpério: Primeira gestação. Idade gestacional: 38 semanas. Realizou acompanhamento pré-natal. Gravidez planejada. Não houve internação durante a gestação e puerpério.

Dados do bebê: Miguel, três meses de vida. Veio transferido, logo após o nascimento, de outro estado devido ao seu diagnóstico raro e à necessidade de especialistas para seu tratamento. **Peso ao nascer:** 2960 g. Hipótese diagnóstica: epidermólise bolhosa distrófica grave.

Impressões do caso: Pelo fato de não possuírem referências familiares no Rio de Janeiro, a família questionou a possibilidade de transferir o filho para São Paulo, onde possuem familiares e existe uma associação especializada na doença do filho. No entanto, as causas sociais não são consideradas pela Central reguladora de vagas e a remoção oferecia risco para o bebê. Mariana chorava muito e permaneceu acompanhando o bebê durante toda a internação. Buscou apoio na convivência com as mães do Alojamento de Mães.

- **Teresa:** 25 anos, casada, residente em outro município. Mora com o companheiro e não conta com rede de apoio familiar próxima devido à distância. Marido vem visitá-la uma vez por semana.

Histórico da gravidez e puerpério: Primeira gestação. Gemelares. Idade gestacional de 29 semanas. Realizou acompanhamento pré-natal. Gravidez planejada. Diagnóstico na gravidez: Hipertensão grave. Internação durante a gestação durante um mês para monitoramento.

Dados do bebê: Pedro e Marcelo. Pedro faleceu após o nascimento devido à prematuridade extrema. Marcelo, quinze dias de vida. Peso ao nascer: 905g. Hipótese diagnóstica: prematuridade extrema, broncodisplasia.

Impressões do caso: Muito assustada e triste pela perda de um de seus filhos. Permaneceu acompanhando o bebê durante o primeiro período de internação dos filhos e após o óbito de um dos gêmeos permanecia no hospital durante o dia. Boa comunicação com a equipe de saúde. Sua permanência ali foi de dois meses de duração.

- **Kátia:** 27 anos, casada, técnica de enfermagem e estudante, residente no município do Rio de Janeiro.

Mora com o companheiro e conta com rede de apoio familiar, em especial com a mãe.

Histórico da gravidez e puerpério: Primeira gestação. Idade gestacional de 30 semanas. Realizou acompanhamento pré-natal. Gravidez não planejada.

Diagnóstico na gravidez: Cardiopatia congênita, placenta prévia e descolamento de placenta. Internação durante a gestação por três vezes até o parto e apresentou anemia no puerpério.

Dados do bebê: Daniel, dois meses de idade, internado logo após o nascimento. Peso ao nascer: 1130 g. Hipótese diagnóstica: Prematuridade.

Impressões do caso: Kátia viveu a gestação com muita ansiedade, em virtude de seu diagnóstico de cardiopatia. Deixou seu trabalho na área de saúde, por considerar o hospital um local estressante. Conseguiu se aproximar do bebê e desejou amamentá-lo. Boa relação com a equipe, embora adotasse eventualmente uma postura de vigilância nos cuidados. Permaneceu no Alojamento de Mães durante o período de internação do bebê e foi em casa uma única vez.

- **Flávia:** 19 anos, casada, estudante, residente em outro município.

Mora com o companheiro que trabalha diariamente e contava com rede de apoio familiar.

Histórico da gravidez e puerpério: Primeira gestação. Idade gestacional de 35 semanas. Realizou acompanhamento pré-natal. Gravidez planejada.

Diagnóstico na gravidez: Diabetes mellitus e infecção urinária. Não houve internação durante a gestação e puerpério.

Dados do bebê: Marcos, duas semanas de vida, internado logo após o nascimento. Peso ao nascer: 2865 g. Hipótese diagnóstica: Prematuridade e desconforto respiratório ao nascer.

Impressões do caso: Flávia mostrou-se tranquila e disposta a amamentar o filho, embora não tivesse uma rede de apoio familiar próxima devido à distância entre o hospital e sua residência. O bebê teve uma recuperação rápida e a mãe permaneceu no Alojamento de Mães durante o período de internação do bebê.

- **Larissa:** 23 anos, solteira, residente no município do Rio de Janeiro.

Mora com o companheiro e conta com rede de apoio familiar.

Histórico da gravidez e puerpério: Primeira gestação. Idade gestacional: 36 semanas. Realizou acompanhamento pré-natal. Não houve internação durante a gestação e puerpério.

Dados do bebê: Ana, 15 dias de vida, internado logo após o nascimento. Peso ao nascer: 1955 g. Hipótese diagnóstica: Asfixia no parto e PIG (pequeno para idade gestacional).

Impressões do caso: Permaneceu no hospital durante todo período de internação da filha. Dificuldade na relação com a equipe de saúde.

- **Clarice:** 30 anos, residente no município do Rio de Janeiro.

Mora com os pais. Contou com uma rede de apoio familiar, em especial a mãe.

Histórico da gravidez e puerpério: Terceira gestação (duas perdas fetais anteriores). Idade gestacional: 35 semanas. Realizou acompanhamento pré-natal. Gravidez planejada. Diagnóstico na gravidez: Diabetes gestacional. Internação durante 20 dias na gestação até a data do parto.

Dados do bebê: Ana Carolina, primeiro dia de vida, internada logo após o nascimento. Peso ao nascer: 2400g. Hipótese diagnóstica: prematuridade

Impressões do caso: É o primeiro filho vivo em um total de três gestações. Vivenciou a gravidez e o nascimento do filho com muito medo e expectativa em virtude das perdas anteriores.

- **Fátima:** 31 anos, residente no município do Rio de Janeiro.

Mora com os pais. Contou com uma rede de apoio familiar, mas o pai do bebê não esteve presente.

Histórico da gravidez e puerpério: Terceira gestação (duas perdas fetais anteriores). Idade gestacional de 37 semanas. Realizou acompanhamento pré-natal. Gravidez não planejada. Diagnóstico na gravidez: Diabetes mellitus, pré-eclâmpsia. Internação durante 20 dias na gestação.

Dados do bebê: João, dois dias de vida, internado logo após o nascimento. Peso ao nascer: 1860 g. Hipótese diagnóstica: prematuridade

Impressões do caso: É o primeiro filho vivo em um total de três gestações. Demonstrou muito investimento na experiência de ser mãe, apesar do pai do bebê se recusar a reconhecer a paternidade. Mostrou-se insegura em alguns momentos diante da surpresa da maternidade, pois considerava que não poderia mais engravidar. Perdeu um irmão há um mês antes do nascimento do bebê. A recuperação do bebê foi rápida (aproximadamente uma semana) e a mãe permaneceu no Alojamento Conjunto durante a internação do bebê.

ANEXO C – Modelo de ficha de acompanhamento psicológico**FICHA DE ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO DA RELAÇÃO MÃE-BEBÊ**

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:

COORDENADOR:

DATA 1ª ENTREVISTA: ___/___/___

SUPERVISOR:

DADOS DO BEBÊ

NOME _____ LEITO _____ PRONT.: _____

MÃE: _____

PAI: _____

D.N.: ___/___/___

P.N.: _____

TIPO DE PARTO: () ESPONTÂNEO () CESÁRIO () FÓRCEPS Induzido? _____

DATA DA INTERNAÇÃO: ___/___/___ LOCAL DE INTERNAÇÃO: _____

LOCAL DE NASCIMENTO: _____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____

POSSUI IRMÃOS? _____ QUANTOS? _____

NOME E IDADE DOS IRMÃOS: _____

IDENTIFICAÇÃO DA MÃE OU RESPONSÁVEL PELO BEBÊ

NOME: _____

Nº DO PRONTUÁRIO: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

DATA NASCIMENTO: ___/___/___ RELIGIÃO: _____

ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDADE: _____

PROFISSÃO: _____ SITUAÇÃO ATUAL (de trabalho): _____

RESIDÊNCIA: _____

BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____ TELs: res: _____

cel: _____

ESTÁ ACOMPANHANDO O BEBÊ? _____ Local: _____

HISTÓRICO GESTACIONAL

Nº Gestações anteriores: _____

Nº de Perdas Fetais: _____

Natimortos: _____ quando? _____

Neomorto: _____ quando? _____

Nº de Abortos: _____ Espontâneos: _____ Provocados: _____

HISTÓRIA DA GRAVIDEZ ATUAL:

Idade gestacional _____ semanas

Acompanhamento ambulatorial de Pré-Natal? () sim () não No HUPE? () sim () não

Gravidez planejada () sim () não

Medidas abortivas: () sim () não

Drogadição: () álcool () drogas

Diagnósticos clínicos na gravidez: _____

Alguma intercorrência significativa na gravidez? _____

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INICIAL

1. ANÁLISE DA DEMANDA PSICOLÓGICA MATERNA

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO ANTERIOR? _____ QUANDO? _____

DEMANDA ESPONTÂNEA POR ATENDIMENTO? () SIM () NÃO

HOUE PEDIDO DE PARECER? () SIM () NÃO

POR QUEM? _____

MOTIVO DO PARECER _____

QUEIXA PRINCIPAL _____

ASPECTOS PSICOLÓGICOS OBSERVADOS: _____

IDENTIFICAÇÃO DE ESTRESSORES E REDE DE APOIO: _____

INDICAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO: () SIM () NÃO

2. HISTÓRICO PSIQUIÁTRICO:

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO ANTERIOR? _____ QUAL? _____

HISTÓRICO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO? _____ PSICOSE PUERPERAL? _____

PSICOCIESE? _____

FAZ USO DE MEDICAÇÃO ESPECÍFICA?

QUAIS? _____

INDICAÇÃO DE PARECER PSIQUIÁTRICO: () SIM () NÃO

3. OBSERVAÇÃO DO BEBÊ & RELAÇÃO MÃE-BEBÊ:

4. RESUMO DA HISTÓRIA FAMILIAR:

5. ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS:

- MÃE-BEBÊ:
- FAMÍLIA:
- EQUIPE:

6. RESUMO DA EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO:

Data dos atendimentos:

Observações:

DATA DA ALTA: ____ / ____ / ____