

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PSICANÁLISE: CLÍNICA E CULTURA**

Dissertação de Mestrado

FABIANA FARIA GIGUER

**O VIR-A-SER DE BEBÊS PREMATUROS: UMA TRAVESSIA DA UTI-NEONATAL
ATÉ A CASA**

Porto Alegre

2019

FABIANA FARIA GIGUER

O vir-a-ser de bebês prematuros: uma travessia da uti-neonatal até a casa

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicanálise: Clínica e Cultura. Programa de Psicanálise: Clínica e Cultura. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Área de concentração: Psicanálise, Teoria e Dispositivos Clínicos

Orientadora: Prof^a Dr^a Milena da Rosa Silva

Porto Alegre

2019

|

| Nome: Fabiana Faria Gieger

Título: O Vir-a Ser de bebês prematuros: uma travessia da UTI-Neonatal até a casa

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicanálise: Clínica e Cultura. Programa de Psicanálise: Clínica e Cultura. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Área de concentração: Psicanálise, Teoria e Dispositivos Clínicos

Orientadora: Prof^a Dr^a Milena da Rosa Silva

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr^a Luciane de Conti
Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr^a Tagma Marina Schneider Donelli
Instituição: Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Prof^a Dr^a Renata Lisbôa

AGRADECIMENTOS

Sonhar de maneira acompanhada sempre foi algo que (d)escreveu meus (des)caminhos. Acredito que quando sonhamos em chegar no topo de uma montanha nunca estamos a sós. Mesmo que, paradoxalmente, o esforço corporal e psíquico da escalada seja individual. Também é paradoxal o fato de que a chegada nunca é alcançada, pois quando atingimos o final da subida percebemos que o topo mudou de direção. Por isso acredito que os enredos e desafios de uma caminhada são indizíveis e impossíveis de se descrever em palavras. Mas, como o tentar é correlato ao viver, neste momento, farei uma tentativa. E por ser tentativa também é aposta. Viver é aposta. E muitos apostaram e tentaram junto comigo nessa estrada.

Primeiramente agradeço ao meu filho Lorenzo que esteve junto comigo desde o início. Obrigada por ter permitido o meu (re)nascimento junto com o teu. E por ter me ensinado tanto sobre o viver e sobre o amor.

Ao meu marido e companheiro de vida Giovani pela inspiração e pela proximidade, apesar da distância necessária para o meu engajamento nestes escritos. Foste fundamental para que esta realização fosse possível.

Aos meus pais por incentivarem determinação e perseverança. Agradeço ao meu irmão Rafael pelas conversas noturnas e pela disponibilidade e suporte em minha caminhada. À família “Ghenetz” pela descontração, incentivo e amizade, principalmente à minha sogra Núbia que me apoiou incansavelmente desde o início.

À minha orientadora Milena pelos ensinamentos e por acreditar sensivelmente na potência de minha pesquisa mais do que eu mesma em muitos momentos. Tens minha profunda admiração e agradecimento.

Agradeço à Andreia Ferrari pela colaboração e pelo auxílio nas reflexões sobre esta pesquisa. Ao grupo de pesquisa NEPI's pela parceria e disponibilidade para abarcar minhas ideias. Às colegas da disciplina em escrita científica Renata, Betina e Mônica pelas trocas tão férteis e por proporcionarem um ambiente mais leve no último semestre do mestrado. À colega e amiga Luísa pelos choros, risadas e experiências compartilhadas. À professora Renata Lisboa pela disciplina sobre poesia no último semestre. Os momentos da aula também foram “respiros” neste percurso final.

Agradeço minha banca examinadora da qualificação deste mestrado, professoras Luciane de Conti e Tagma Donelli pelas ricas contribuições e por possibilitarem novos olhares e direcionamentos em minha pesquisa.

Aos chefes e líderes da UTI-Neonatal em que realizei esta pesquisa, Enfermeira Ana Paula Gubert e Dr. Marco Reichelt, obrigada por permitirem que este estudo fosse possível e por acreditarem nos resultados e benefícios do meu trabalho. Aos colegas do grupo GEL do Ápice On por terem me proporcionado reflexões importantes e férteis no âmbito da Neonatologia e Obstetrícia. .

À minha chefe atual Sandra da Silva Silveira e à anterior Ligia Petrucci Lubbe pelo apoio e incentivo e por me permitirem fazer parte de tudo isso. Minha profunda admiração e respeito. Muito obrigada.

Às amigas Liz, Natália e Luisa que mesmo nos momentos de distância estiveram muito presentes. Às amigas Bruna, Franciele e Clarice por dividirem a singularidade de suas vivências maternas junto comigo e permitirem que minha sensibilidade e implicação com esta pesquisa e com a vida se tornasse ainda maior.

RESUMO

Este estudo retrata, através de relatos e observações clínicas, as possibilidades do vir-a-ser sujeito de bebês prematuros que iniciaram suas vidas no contexto de internação em UTI-Neonatal. Além disso, considera as possíveis implicações desta experiência para bebês, pais e mães a partir do acompanhamento psicológico durante a internação e nos momentos mais iniciais após a alta hospitalar. Utilizou-se a metodologia IRDI como operador de leitura do encontro entre as mães e bebês. Também foram utilizados diários clínicos considerando as singularidades observadas em cada atendimento. O estudo se apoiou nos pressupostos de Donald Winnicott para o testemunho e a escuta da pesquisadora em relação à travessia das mães e bebês e suas experiências. As etapas desta pesquisa ocorreram em dois momentos: I) Acompanhamento das mães e bebês durante a internação do recém-nascido na UTI-Neonatal de um hospital geral de Porto Alegre e II) Acompanhamento em casa, através de visitas domiciliares. Participaram deste estudo duas mães com seus bebês, sendo que uma delas teve bebês gêmeos. Observou-se que a experiência de internação do recém-nascido no contexto da prematuridade representou vivências de (des) continuidade para os bebês e mães. Além disso, o processo da travessia para casa representou um acento na sustentação corporal (e psíquica) dos bebês por suas mães. Sendo assim, o acompanhamento durante a internação e após a alta parece ter sido importante no que concerne ao vir-a-ser dos recém-nascidos.

PALAVRAS-CHAVE: Prematuridade; bebês; UTI-Neonatal; IRDI; Winnicott; dispositivos clínicos.

ABSTRACT

This study shows the possibilities of the subject becoming of premature babies who initiate their lives in a neonatal ICU hospitalization context. In addition, it considers the possible implications of this experience, for both babies and their parents, during hospitalization and during the initial moments at home. This research intended to perform, through the IRDI (Clinical Indicators o Risk for Child Development), a reading operation of the relationship that is established between mother and baby. Field diaries were also used considering the singularities observed in each attendance with the participants of this research.. Thus, the study was based in the assumptions of Donald W. Winnicott. The stages of the research occurred in two moments: I) Dyads follow-up during the hospitalization of the premature newborn in a general hospital neonatal ICU in Porto Alegre. and II) Follow-up at home, through home visits. Three dyads participated in this study, two of wich were composed by the same mother, as they were twin babies. From this, it was possible, through some fundamental concepts of Winnicott, to reflect on the vicissitudes of the process of transition from hospital discharge to the home of babies and their families. It is worth emphasizing some notes: it was observed that the experience of hospitalization of the newborn baby in the context of prematurity represented experiences of (dis) continuity for babies and mothers. As a result, it was observed that the crossing home represented an augmentation on the body (and psychic) support of babies by their mothers. Considering this, such an event seems to have been important regarding the process of subjective constitution of newborns.

KEYWORDS: Prematurity; babies; Neonatal ICU; IRDI; Winnicott; clinical devices.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....	10
1.2 SOBRE AS MÃES E OS BEBÊS NA TEORIA WINNICOTIANA.....	14
1.3 PREMATURIDADE E UTI NEONATAL: QUAL É O CONTEXTO?.....	18
1.4 A DÍADE PREMATURA: DA UTI-NEONATAL PARA CASA.....	24
1.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE O IRDI.....	28
2 OBJETIVOS.....	32
2.1 OBJETIVO GERAL.....	32
3 REFLEXÕES METODOLÓGICAS.....	33
4 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	36
4.1 MOMENTOS DA PESQUISA.....	36
4.2 PARTICIPANTES.....	36
4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	38
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
5.1 Rosa e os gêmeos.....	39
5.1.1 Síntese de caso - UTI-Neonatal: casa ou barco à deriva?.....	70
5.1.2 De volta para casa.....	76
5.1.2 Os gêmeos.....	82
5.1.3 Ângelo.....	83
5.1.4 Henrique.....	85
5.1.5 Reflexões sobre o IRDI em Rosa e os gêmeos.....	86
5.2 Sofia e Ariel.....	88
5.2.1 Síntese do caso: Por uma sobrevivência.....	109
5.2.2 Reflexões sobre o IRDI em Sofia e Ariel.....	112
5.3 As díades e suas travessias.....	113
6 DIZERES FINAIS.....	118
REFERÊNCIAS.....	122
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	128
ANEXO A - IRDI.....	130

1 INTRODUÇÃO

“Por favor, doutor, minha mãe está sentindo uma dor na minha barriga”.

(Winnicott, 1956/2000b, p. 157).

A citação acima, ilustra um fragmento do trabalho de Donald Winnicott com crianças e suas mães. Trata-se de um recorte clínico que chamou a atenção do autor e que traz importantes questionamentos. Um menino que o procura, sozinho, no hospital para pedir-lhe ajuda para si e para sua mãe. Ele relata uma dor da mãe localizada no interior do corpo dele próprio, o que levaria a pensar que tal dor e tal corpo são de ambos. Esta situação, vivida no início da profissão de Winnicott, o levou a pensar acerca da relação das crianças com suas mães.

Ainda que este fragmento não se refira à relação de uma mãe com seu bebê e sim de uma criança que já utiliza a fala como meio de expressar suas sensações, reflito sobre qual dor ela poderia estar falando nesta determinada situação. Segundo o que diz o pequeno paciente de Winnicott, é possível supor que esta “barriga que dói” é dele e de sua mãe. E em que momento da vida uma mãe e seu filho compartilham uma mesma barriga? Não estaríamos nos referindo aqui à gestação, momento em que a barriga da mulher não comporta mais apenas o seu próprio corpo, mas sim torna-se também a primeira morada do filho?

A partir desta barriga dolorida compartilhada do paciente de Winnicott e de sua mãe, busco examinar as vicissitudes de mães e bebês prematuros. Quais seriam os desdobramentos desta dor que irrompe em um parto prematuro, onde mães e bebês são obrigados a abandonar a barriga (e a relação intra-útero que os envolve) antes do tempo? Quais seriam as repercussões desta dor no psiquismo da criança?

Saliento que Winnicott não utilizou esta passagem para explorar o universo da prematuridade. Também não sei o que se passou com esta criança e sua mãe, bem como as ressonâncias desta situação específica na vida daquele infante. Entretanto, acredito que este fragmento nos sirva como ponto de partida para a reflexão de questões importantes para o presente projeto. Estas se referem às interrogações relacionadas às possíveis repercussões para a constituição do psiquismo da experiência de um nascimento prematuro, onde o bebê necessita de cuidados intensivos e é lançado, junto de seus pais, para dentro de uma UTI-Neonatal. Qual seria a herança desta vivência no que concerne aos modos de cuidado

exercidos pela função materna neste contexto, bem como o que dela vai para casa junto com o bebê e seus pais?

O ambiente de intensivismo neonatal trata-se de um cenário bem diferente daquele considerado o esperado e ideal para o momento de um nascimento. O hospital, a unidade e os profissionais que atuam na UTI-Neonatal serão as pessoas que estarão junto dos pais e do recém-nascido até o dia da alta hospitalar.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

A unidade de tratamento intensivo neonatal é potencialmente ansiogênica aos pais. Trata-se de um local asséptico e que entende, muitas vezes, o contato e o toque humanos como perigosos em função do rigoroso controle de infecções. Deste modo, existe um afastamento entre mães/pais e bebê imposto pelo tratamento. Nestes locais, a presença dos pais e mães é permitida em tempo integral, porém existem diversas restrições no que se refere ao contato físico, dependendo de cada situação. Além disso, toda e qualquer aproximação entre a família e o bebê são avaliadas pelo médico, considerando os sinais vitais do recém-nascido, seu peso, bem como seu estado de saúde de um modo geral. A espontaneidade das mães e pais não é bem-vinda, sendo, em geral, tolhida e substituída pelo saber médico.

A partir do exposto, me coloco a pensar nestes bebês que, em função do parto prematuro, iniciam suas histórias neste contexto. Tais questionamentos tiveram início a partir do trabalho desenvolvido na UTI-Neonatal de um hospital geral de Porto Alegre – RS. A inserção da psicologia neste espaço se dá através de acompanhamento psicológico individual semanal às mães, pais e bebês da unidade e em grupo de apoio multidisciplinar aos pais/mães, o qual também ocorre semanalmente. Também ocorrem discussões de caso com as equipes multidisciplinares, em que a psicologia oferece suporte no que se refere a orientações de manejo em situações em que a equipe encontra maiores dificuldades. Tais situações, de um modo geral, são relacionadas à comunicação de más notícias e/ou reações de muito sofrimento dos pais frente à internação dos recém-nascidos.

A unidade comporta 40 leitos distribuídos entre terapia intensiva e unidade de cuidados intermediários (UCIN)¹. Em função de a equipe de psicologia também atender outros setores do hospital geral, não é possível o acompanhamento de todas as famílias. Sendo

1 De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2012a) a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) é também denominada de unidade de médio risco ou unidade semi-intensiva. A unidade é destinada a recém-nascidos considerados de medio risco, que necessitam de assistência contínua, porém com menor complexidade que na UTIN.

assim, o atendimento psicológico é direcionado às famílias que demonstram maior necessidade no que se refere à vulnerabilidade emocional e sofrimento psíquico. A psicologia chega até estas famílias através de solicitações que podem ser feitas pelos membros da equipe, pelas próprias mães/pais, através de observações da equipe de psicologia na unidade e/ou no grupo de apoio aos pais. Atualmente, sou responsável pelos acompanhamentos psicológicos na UTI-Neonatal deste hospital, e a equipe conta ainda com uma residente de psicologia e uma estagiária acadêmica para compor a assistência aos pais, mães e bebês. Deste modo, minha inserção na unidade ocorre através da realização de atendimentos psicológicos e da supervisão de todos os casos atendidos pelas referidas alunas, além de coordenar o grupo de apoio aos pais em conjunto com outros profissionais.

A partir do acompanhamento de tais famílias, começou a surgir a indagação de como se dava a continuidade da atenção aos pais e bebês prematuros após o período de hospitalização. Além disso, também surgiu o questionamento a respeito das marcas desta experiência para a subjetividade em construção do bebê e o que dela ia para casa junto dele e seus pais. Em função de algumas famílias permanecerem um tempo considerável na UTI-Neonatal, em geral porque os recém-nascidos necessitam atingir certo peso e estabilidade clínica para terem alta hospitalar, a psicologia acaba os acompanhando por longos e turbulentos períodos. Alguns bebês chegam a permanecer internados por um período de quase meio ano ou até mais. Nestes atendimentos, são identificadas várias dificuldades e inseguranças das famílias em relação ao futuro do recém-nascido. O medo da morte do bebê e/ou de possíveis sequelas no desenvolvimento se fazem presentes no cotidiano deste local. Frequentemente, os pais e mães depositam bastante confiança no trabalho das equipes e desenvolvem uma grande dependência da mesma em virtude deste cenário de cuidados intensivos. Isto, muitas vezes, ocorre em função do sentimento de que a equipe possa cuidar melhor do bebê, uma vez que possuem em mãos um aparato tecnológico tão poderoso. Em tais circunstâncias, ocorrem dificuldades no momento da alta hospitalar quando os pais se encontram com a tarefa de exercer todos os cuidados com o recém-nascido. Neste viés, Mathelin (1999) relembra que, se em cada nascimento a ambivalência está presente, no caso de um parto prematuro os sentimentos de uma mãe acerca de ser perigosa ao bebê podem ficar em primeiro plano. A autora demonstra esta observação no relato que obteve de uma mãe: “vocês lhe deram a vida, fiquem com ele, eu só soube lhe dar a morte” (Mathelin, 1999, p. 67). A partir de tais questões, a intenção de ampliar o acompanhamento das famílias após a alta hospitalar se fez como uma das prerrogativas de destaque dentro deste estudo. Nos colocamos a pensar sobre as consequências desta experiência tão intensa não só para o

desenvolvimento psicomotor (o que é muito falado entre as equipes) principalmente nas recomendações de acompanhamento pediátrico após a alta. Refletimos também sobre os possíveis desdobramentos para a constituição psíquica destes bebês que iniciam a vida de um modo tão difícil e peculiar.

Além destas reações de dependência dos pais e mães em relação à equipe também se observam outros tipos de conduta. Alguns tendem a rivalizar com os profissionais de saúde, talvez numa tentativa de garantir o lugar parental. Às vezes, ambas posturas podem aparecer em uma mesma família ao longo do período de internação. Tais observações corroboram o que é verificado em alguns estudos que demonstram as reações dos pais/mães nestas unidades (Druon, 1999; Morsch, & Braga, 2007). Além disso, também são descritas situações em que surgem sentimentos de culpa em relação a tais sentimentos, em função de reconhecerem todo o esforço dos profissionais para manter a sobrevivência do bebê. Por outro lado, Henrich, Schaefer e Donelli (2017) encontraram resultados que se opõem aos anteriores no que se refere aos sentimentos de desautorização do papel das mães dentro da unidade. As autoras, observaram que, mesmo com o ambiente da UTIN não favorecendo a interação entre as díades, estas não encontravam incômodos no que se refere à função materna. Tais mães, quando estavam com seus bebês, sentiam que estavam interagindo positivamente. Tais resultados conflitantes apontam para as distintas possibilidades de vivência da maternidade no ambiente da UTI.

Winnicott (1956/2000) salienta que ao considerarmos um bebê, inevitavelmente devemos considerar o ambiente e por trás dele a mãe. Ou seja, não podemos pensar em um bebê sem considerar aquele que lhe cuida. Deste modo, nos questionamos sobre as implicações referentes à constituição subjetiva em um início de vida tão diferente do esperado. Trata-se de um início marcado pela substituição do ventre da mãe por cuidados mecânicos responsáveis pela manutenção da sobrevivência física. Por outro lado, também temos uma *dependência absoluta* do bebê à mãe (ou quem desempenhe esta função), que se configura como extremamente importante para o desenvolvimento do psiquismo. Além disso, esta dependência absoluta também ocorre em relação aos cuidados médicos. Sem tais cuidados, a vida de muitos bebês prematuros poderia estar comprometida.

Ante ao exposto, relembremos o que Winnicott (1945/1993) descreveu acerca do início da vida psíquica de um recém-nascido. Ele afirma que na realidade inicial do bebê nada é distinguido de um não-eu, pois ainda não existe um EU. Sendo assim, o bebê se encontra em um estágio muito primitivo de não-integração, onde a sustentação do ambiente torna-se imprescindível. E é neste ponto que o autor destaca a importância da função materna como

garantia da continuidade de existência do bebê. Para ele, a força do ego do lactente é necessariamente vinculada ao apoio do ego da mãe:

Se o apoio do ego da mãe não existe, ou é fraco, ou intermitente, a criança não consegue desenvolver-se numa trilha pessoal; o desenvolvimento passa então, como já disse, a estar mais relacionado com uma sucessão de reações a colapsos ambientais que com as urgências internas e fatores genéticos (Winnicott, 1945/1993, p. 24).

O autor também afirma que os bebês bem cuidados rapidamente estabelecem-se como pessoas únicas e diferentes de todas as outras e afirma que os “bebês que recebem apoio egóico inadequado ou patológico tendem a apresentar padrões de comportamento semelhantes (inquietação, estranhamento, apatia, inibição, complacência)” (Winnicott, 1945/1993, p. 25).

Neste ínterim, Dias (2003) relembra que, para Winnicott, a natureza humana consiste em uma tendência *inata à integração*. Dito de outra maneira: todo ser humano nasce com um potencial ao desenvolvimento. Para que este potencial possa ocorrer de maneira saudável, é essencial que exista um ambiente facilitador que se faça presente de maneira contínua. Sendo assim, nos estágios mais iniciais da vida, o bebê é totalmente dependente deste ambiente facilitador que lhe ofereça um suporte de modo ininterrupto.

Posto isso, questiono acerca dos primórdios do psiquismo de recém-nascidos que, em função da prematuridade, necessitam permanecer internados em uma UTI-Neonatal. Como mães e pais irão oferecer o suporte adequado e contínuo ao bebê em uma situação tão complexa? Saliento a importância da função materna neste contexto, bem como o sofrimento advindo da separação imposta pela necessidade de internação do bebê. Sendo assim, também reflito acerca das especificidades deste início de vida, bem como sobre os possíveis entraves à constituição subjetiva do bebê prematuro durante e após o período de internação.

A partir do exposto, considero a relevância de se pensar a atenção à primeira infância no contexto da prematuridade e internação em UTI-Neonatal. Sendo assim, este estudo utilizou a metodologia IRDI (Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil) como dispositivo de leitura dos possíveis entraves à constituição subjetiva de bebês prematuros. Trata-se de uma metodologia que já foi utilizada em pesquisas anteriores no âmbito da saúde, educação e acolhimento institucional (Wiles, Omizzollo, Ferrari, & Silva, 2017). Neste estudo a metodologia IRDI foi utilizada através de uma pesquisa-intervenção, a qual viabilizou a leitura de possíveis sinais iniciais de sofrimento psíquico em bebês prematuros que iniciam suas histórias dentro de uma UTI-Neonatal. Deste modo, enxergo nos IRDI's uma operação de leitura que auxiliou na detecção destes possíveis entraves, assim

como possibilitou o norreamento de um caminho a seguir no que se refere às intervenções a partir da leitura das duplas mãe-bebê. Neste sentido, o IRDI serviu como um dispositivo para o olhar e ao mesmo tempo intervir a partir do que era percebido em ato.

1.2 SOBRE AS MÃES E OS BEBÊS NA TEORIA WINNICOTIANA

Ao elencar as concepções de Donald Winnicott para a reflexão das questões que envolvem a constituição psíquica de bebês no presente estudo, cabe salientar algumas observações sobre este campo teórico. Neste sentido, Loparic (2001), demonstra a posição revolucionária de Winnicott dentro da psicanálise, uma vez que propõe uma base teórica diferente da freudiana. Salienta-se que o pediatra e psicanalista inglês não tinha o objetivo de romper com os paradigmas clássicos. Ele reconhecia a importância da metapsicologia freudiana (calcada em forças psíquicas e processos mentais) e considerava o Complexo de Édipo como algo bastante consolidado. Também considerava a posição depressiva kleiniana como um achado importante, ainda que possuísse algumas divergências teóricas em relação às concepções de Klein. Entretanto, Winnicott entendia que as teorias psicanalíticas clássicas não davam conta do universo com o qual ele se deparava em sua clínica, a saber: a relação mãe-bebê real primitiva. Deste modo, o autor inglês se viu às voltas com o estudo da relação entre o ambiente e as doenças psíquicas, demonstrando principal interesse neste primeiro no que se refere aos primórdios da vida humana. Com isso, estabelece o caráter inovador de suas teorias ao destacar o ambiente e colocá-lo em questão.

Winnicott (1963/2007), descreve o desenvolvimento emocional da criança em termos de uma dependência absoluta nos estágios mais iniciais, a qual evolui para uma dependência relativa e que segue rumo à independização. Quanto à dependência absoluta, ele afirma que, no início, o bebê é totalmente dependente da mãe pela provisão física em seu útero e, após o nascimento, o lactente continuará dependente do cuidado da mesma. Ele também destaca o fato de esta dependência ser mútua, pois quando as coisas vão bem, a mãe também se torna dependente de seu bebê no que se refere ao seu estado emocional.

É neste ponto que fica mais evidente o paradoxo de que o recém-nascido é sempre dependente, porém esta dependência não ocorre de forma passiva. Sendo assim, “o ambiente não faz a criança. Na melhor das hipóteses é ele que possibilita a ela concretizar o seu potencial” (Winnicott, 1963/2007, p.81).

Winnicott (1949/2000a) também postula que o início da vida de um indivíduo implica em um *continuar a ser* e, para que o desenvolvimento natural ocorra, é necessário que este

continuar a ser não seja perturbado. Para isso é necessário que, nos momentos mais iniciais, o bebê seja sustentado por uma *mãe devotada comum* que se adapte ativamente às suas necessidades. Caso este ambiente facilitador – compreendido aqui como a mãe ou seu substituto – falhe nesta adaptação, a mesma será experienciada pelo bebê como uma *intrusão*. Ele descreve desta maneira em função de considerar que o psiquismo do lactente, quando totalmente dependente, ainda não possui mecanismos para lidar com tais falhas. Deste modo, o recém-nascido terá de reagir a esta *intrusão*, o que provoca uma descontinuidade no seu *seguir vivendo*. O resultado seria uma ameaça de aniquilamento do *self* do bebê, junto de defesas organizadas contra uma “agonia impensável” (Winnicott, 1949/2000a, p. 265).

Considerando o exposto, para que a mãe possa ser um *ego auxiliar* ao bebê, se adaptando ativamente às suas necessidades, deverá desempenhar uma função materna *suficientemente boa* (Winnicott, 1949/2000a). Para que isto ocorra, Winnicott (1956/2000b) descreve que a mãe entrará em um estado que ele considera como uma “doença normal” (p. 401). Ele utiliza este termo ao afirmar que tal estado poderia ser considerado uma doença na ausência de um bebê, tendo em vista o nível de retraimento experienciado que poderia ser comparado a um episódio esquizoide ou até mesmo um estado de dissociação. Trata-se de uma vivência de sensibilidade exacerbada que inicia basicamente no final da gestação e se estende por algumas semanas após o nascimento do bebê. Este estado é denominado por ele como *preocupação materna primária* e consiste na capacidade da mãe se identificar profundamente com o seu bebê, conseguindo compreender e prover as necessidades que ele demanda. Ao término de tal condição, Winnicott refere que dificilmente as mães tem recordações deste período, considerando que tais memórias tendem a ser reprimidas. O autor afirma que a mãe que entra em *preocupação materna primária* fornece as bases para que a constituição da criança possa se manifestar. Além disso, o autor salienta a importância de que os cuidados ao recém-nascido sejam feitos pela mãe (ou por quem desempenhe a função materna) justamente por ser ela a pessoa que poderá se identificar com o bebê, deste modo tão peculiar, sem ficar doente.

Winnicott (1963/2007) relembra que no cuidado aos bebês é fundamental que exista esta adaptação ativa do ambiente, no início muito relacionada a termos físicos, para seguir em termos que também consideram a imaginação quando em um estado mais integrado. Neste sentido, Naffah Neto (2012) discorre sobre a importância do conceito de *elaboração imaginativa das funções corporais* na teoria winnicottiana. Trata-se de uma forma rudimentar de imaginação que está presente desde o nascimento. Esta considera a relação com os objetos antes mesmo de que o bebê os perceba como algo externo. Sendo assim, o autor relembra o

que Winnicott postulou acerca da experiência *total* de alimentação. Nesta circunstância, a amamentação se dá como uma relação rica com a mãe, na qual o que o bebê ingere com as mãos e a face é equivalente ao que ingere com a boca. Porém, a experiência alimentar imaginativa será sempre mais ampla que aquela puramente física. Se tais experiências ocorrerem de forma mecânica, o bebê estará longe de uma vivência enriquecedora e viverá a sensação de uma descontinuidade existencial.

Quando o referido processo de *elaboração imaginativa das funções corpóreas* ocorre de modo satisfatório, ele cria as condições para que surja a *ilusão de onipotência* do bebê. A partir da sustentação de uma mãe *suficientemente boa*, o infante será capaz de viver a ilusão de que criou o seio exatamente no momento em que dele precisava. Naffah Neto (2012) recapitula que a partir destas identificações rudimentares do bebê com a mãe, teremos o mote para as futuras funções psíquicas, que são cunhadas na maternagem. E neste sentido, são distintos dois tipos de seio (mãe). Um que permite ao bebê esta *ilusão de onipotência* (identificação primária) e outro tipo que age impondo padrões externos ao bebê. Este segundo tipo exigiria um esforço do lactente para se deparar com uma exterioridade da qual ainda não tem aparato maturacional para assimilar. E nestas condições, estamos diante de uma ruptura no *continuar a ser* do infante. Além disso, é de extrema importância que ao longo do desenvolvimento exista na função materna uma *gradual falha na adaptação*, levando em conta a crescente capacidade do bebê de suportar a falha relativa. Sendo assim, uma *mãe suficientemente boa*, destacando-se aqui o termo suficiente e não perfeita, também deverá ser capaz de identificar os movimentos de autonomia de seu bebê.

Winnicott (1969/1994) afirma que nos momentos mais iniciais, a comunicação entre o bebê e sua mãe implica em influências mútuas. Da parte do bebê, este processo é uma conquista desenvolvimental, a qual depende, entre outros fatores, da mãe e sua atitude no que concerne à capacidade de tornar real aquilo que o bebê está prestes a alcançar, descobrir e criar. O bebê possui tendências inatas ao desenvolvimento junto de pura virtualidade. Por outro lado, a mãe possui toda sua experiência de vida, o fato de já ter sido um bebê e possivelmente já ter tido contatos e desenvolvido saberes sobre bebês, o que torna o encontro com o recém-nascido assimétrico. Sendo assim, existe uma identificação cruzada nesta comunicação que pode se estabelecer entre o bebê e sua mãe. Para exemplificar esta comunicação, o autor se refere à experiência de amamentação. Ele postula que nesta situação somente existe uma troca na medida em que o bebê também sente que está alimentando a mãe: “o bebê dá de comer e a experiência dele inclui a ideia de que a mãe sabe o que é ser alimentada” (Winnicott, 1969/1994, p. 198).

Ainda sobre a importância da função materna, Winnicott (1993/1945), refere que durante o período de dependência absoluta, a continuidade dos processos maturacionais permite três conquistas importantes: integração, personalização e realização. Neste momento, Winnicott atenta para o primeiro ano de vida do bebê. Sublinha o fato de que o desenvolvimento emocional neste período lança as bases para a fundação da saúde mental de um indivíduo.

Sobre a integração, Winnicott (1993/1945) refere que esta manifesta-se de modo gradativo a partir de um estágio não-integrado. Nos primórdios, um bebê se compõe a partir das fases de motilidade e percepções sensoriais. Deste modo, um estado de repouso em um recém-nascido pode ser compreendido como um retorno a um estágio não-integrado. Este não é necessariamente experienciado como fonte de ansiedade para o bebê, considerando o suporte oferecido por sua mãe.

Aos poucos a criança vai adquirindo um status de indivíduo a partir de experiências emocionais e afetivas mais definidas. Neste sentido, a integração vai se estabelecendo de modo que o indivíduo vai cada vez mais se constituindo em uma unidade. Adquirido isto, a desconstrução desta unidade está mais ligada à desintegração do que a não-integração. O autor se refere à experiência de desintegração como algo doloroso.

A partir de um estágio mais integrado, a personalização denota uma relação mais íntima entre psique e soma, o que costuma ocorrer por volta de um ano de vida. Para que isto seja possível, é necessário que em momentos anteriores exista um grau razoável de adaptação às necessidades do lactente. Muitas vezes, ao completar o primeiro ano, a criança já é uma pessoa inteira. Entretanto, até que chegue neste ponto, terá se relacionado com a mãe como um objeto parcial. Neste primeiro momento, é como se o bebê ao ser amamentado se relacionasse com o seio, ainda que em alguns momentos possa reconhecer a mãe e ter trocas afetivas. É só gradativamente, a partir do processo descrito, que a criança conquistará a percepção de que este objeto parcial (seio) pertence a uma pessoa inteira (mãe).

Tais conquistas são consideradas sobrepostas e dependem da provisão dos cuidados de uma mãe suficientemente boa que proporcione: *holding*, *handling* e *apresentação de objeto*.

O *holding* está relacionado à capacidade da mãe se identificar com seu bebê. Ele protege o bebê das agressões fisiológicas, levando em conta a sensibilidade cutânea. Além disso, também considera a falta de conhecimento pela parte do bebê sobre qualquer coisa que não seja ele mesmo. O *holding* também inclui toda a rotina de cuidado adequada a cada bebê. Esta função é de extrema importância e quando deficiente produz extremas aflições na criança, as quais o autor exemplifica como: “Sensação de despedaçamento, sensação de estar

caindo num poço sem fundo, sentimento de que a realidade exterior não pode ser usada para reconforto interno e outras ansiedades que são geralmente classificadas como psicóticas” (Winnicott, 1945/1993, p. 27).

Juntamente com o *holding*, o *handling* possibilita que a parceria psicossomática se concretize. Através do envolvimento emocional da mãe com o corpo e as funções de seu bebê, ela conseguirá permitir que a inter-relação entre psique e corpo se estabeleça. Isto ocorre através do cuidado com o bebê, da satisfação de suas necessidades no que se refere à expressão de movimento corporal e da facilitação de satisfações cutâneas (Winnicott, 1945/1993). Ao longo do processo de desenvolvimento, o bebê experiencia, através da percepção de sua psique alojada no corpo, períodos maiores de integração. Deste modo, o lactente, através de um gesto espontâneo, começa a perceber o mundo a sua volta para gradativamente perceber a realidade. Esta será apresentada através da mãe, por meio de pequenas amostras do mundo, adequadas à percepção do bebê, o qual em sua onipotência tem a sensação de que este pedaço de realidade foi por ele criado. A *apresentação de objetos* se caracteriza por permitir o impulso criativo da criança, oferecendo a possibilidade de realização. As falhas neste processo prejudicam a criança no desenvolvimento da capacidade de se sentir real na relação com os objetos e fenômenos.

A partir disso, trazemos estas contribuições para o cenário de estudo trabalhado no presente projeto. Levamos em conta a relevância de atentar para possíveis riscos de constituição subjetiva em bebês que possuem um nascimento tão marcado por severos desafios. Deste modo, consideramos que o psicanalista que trabalha em neonatologia possui uma importante tarefa em mãos: a de acompanhar bebês, mães e pais que se encontram nesta condição de prematuridade, identificando e tratando obstáculos nessa relação inicial.

1.3 PREMATURIDADE E UTI NEONATAL: QUAL É O CONTEXTO?

A UTI-Neonatal é um ambiente potencialmente incômodo e desagradável para um recém-nascido junto de sua mãe e de seu pai. Eles terão de se adaptar a um local repleto de luzes fortes e altos níveis sonoros. O recém-nascido começa a ser excessivamente manuseado para a manutenção de sua sobrevivência, o que implica, muitas vezes, em procedimentos dolorosos e invasivos. Nem sempre os mesmos são acompanhados de medidas que reduzam o estresse e a dor provocada nestas circunstâncias (Brasil, 2011). Ainda que profissionais de saúde trabalhem incansavelmente para minimizar tais reações, o que ajuda bastante no bem-estar dos bebês e famílias, algo deste estresse não poderá ser minimizado. Afinal, este bebê,

nascido antes de estar preparado, necessitará de aparatos tecnológicos e artificiais que em nada podem ser comparados ao útero da mãe.

Klaus e Kennel (1992) demonstram como iniciaram os primeiros estudos acerca da assistência de prematuros. Afirmam que o primeiro texto sobre neonatologia foi escrito por Budin em 1907. O mesmo já atentava para questões que envolvem o risco de separar as mães de seus bebês pré-termo. Ele observava que as mães perdiam o interesse pelos filhos que eram entregues aos serviços de saúde. Pontuou que a vida dos recém-nascidos, muitas vezes, era salva às expensas da mãe. Entretanto, mesmo com tais observações, as primeiras unidades hospitalares de atendimento a prematuros excluía qualquer tipo de visita, inclusive a das mães e pais. O primeiro centro de atendimento a bebês pré-termo foi fundado em Chicago, no Sarah Morris Hospital em 1923. A rotina de isolamento era uma das prerrogativas e as equipes de saúde incentivavam a produção de leite materno em casa, porém a presença do cuidado da mãe na rotina hospitalar não era estimulada (Klaus & Kennel, 1992).

Seguindo este raciocínio, Santos (2015), ao fazer um panorama histórico sobre o funcionamento de tais unidades, ressalta as mudanças acerca da participação da família nestes contextos. Em 1940, a rotina de cuidados ainda excluía a participação da família, em função do controle de infecção hospitalar. Somente a partir de 1960 é que os efeitos negativos da ausência dos pais em tais contextos começaram a ser esclarecidos. Nesta época, houve um crescente interesse de profissionais da saúde acerca do vínculo entre pais e recém-nascidos no contexto da UTI-Neonatal. Isto ocorreu em função da observação destes profissionais acerca de reinternações de bebês com sinais de violência após a alta hospitalar. Schaefer, Donelli e Marin (2017) afirmam que, com a modernização das unidades de neonatologia após os anos 70, temos por um lado, a redução de mortalidade infantil em tais unidades e, por outro, os pais com dificuldades de estabelecer um contato afetivo com os filhos num momento inicial. Isto ocorre em função dos mesmos perceberem o ambiente da UTI-Neonatal como assustador, pouco acolhedor e repleto de aparelhos. Tais sentimentos podem levar os pais a se sentirem incapazes de cuidar do recém-nascido, deixando a atenção como tarefa exclusiva da equipe de saúde.

Neste mesmo viés, Góes (1999) refere que os aparelhos e instrumentos da unidade, a quantidade de bebês, os profissionais em constante atendimento, dentre outros aspectos, geram temores nos pais, bem como sentimentos de estarem incomodando, com receio de pedir informações, além dos medos de atrapalhar o trabalho da equipe. Entretanto, a autora observa que tais impactos podem ser minimizados através do acolhimento da equipe aos pais, além da qualidade dos cuidados oferecidos ao recém-nascido. Tais atitudes facilitam o atravessamento

do momento de crise em virtude da internação do filho, além de contribuir para que a “unidade deixe de ser um lugar inóspito, assustador, para ser um lugar de recuperação, acolhimento, suporte e segurança” (Góes, 1999, p. 88).

Brasil (2011) aponta que no advento de um parto prematuro, particularmente nas situações em que o bebê necessita permanecer hospitalizado, ocorre uma separação brusca do neonato de sua mãe. Nestes casos, o bebê é privado de uma série de cuidados parentais que um bebê nascido a termo possivelmente receberia. Além disso, não terá a mesma oportunidade de ter um contato pele a pele e sentir o cheiro e os afagos de seus pais logo de início. Deste modo, é salientada a importância de a equipe de neonatologia buscar modos de minimizar a separação do recém-nascido dos seus pais, favorecendo o fortalecimento dos laços afetivos. Considerando que a unidade de cuidados intensivos é na maioria das vezes hostil aos pais, é de extrema importância trabalhar com as equipes para que o ambiente seja receptivo e acolhedor para que mães e pais possam desempenhar seus papéis dentro da UTI-Neonatal.

Além disso, saliento a importância de as equipes atentarem para os sentimentos envolvidos na separação do bebê em relação à sua família. Tal situação, geralmente é acompanhada de intenso sofrimento pelas mães e pais, o que nos leva a refletir sobre os possíveis atravessamentos relacionados ao suporte parental oferecido aos prematuros nestes contextos e após a alta hospitalar.

As incubadoras todas iguais, enfileiradas e classificadas por números, a quantidade de bebês e a temporalidade marcada pela urgência de salvar vidas recém-nascidas, as quais se deparam constantemente com o assombro da morte. Tal ambiente poderá tornar os primeiros momentos das mães e pais com o recém-nascido bastante doloroso. Como reconhecê-lo em um início de vida tão cheio de incertezas? E quando a responsabilidade da vida do filho é, inicialmente, delegada a outros que em momento algum podem oferecer garantias de um futuro?

Krodi (2008), afirma que a UTI-Neonatal é um lugar privilegiado para o desamparo. Este entendido tanto como condição humana quanto como situação traumática. A autora afirma que todos que convivem neste espaço – pais, bebês e equipe – lidam diariamente com uma ameaça inominável. Trata-se de uma expectativa ansiosa para o pior: “Perigo que pode ser de morte, de vida, de dor, da confirmação de um diagnóstico, de sequelas, de estragos e marcas no corpo e no psiquismo, perigo de não saber” (Krodi, 2008, p. 125).

Neste sentido, Agman, Druon e Frichet (1999) também descrevem o contexto de terapia intensiva neonatal como uma vivência potencialmente traumática se referindo

principalmente aos pais e ao bebê. Afirmam que o trauma, em função de sua intensidade afetiva, ultrapassa a capacidade do sujeito responder adequadamente a ele. Deste modo ele poderá provocar efeitos patológicos duráveis. As autoras destacam que um evento é “tanto mais traumático quanto mais ancorado estiver na fantasia: nesta situação precisa (em relação à mãe), quando houve, por exemplo, uma ambivalência particular a propósito da gravidez” (Agman *et al.*, 1999, p. 18).

Donelli, Caron e Lopes (2012) trazem um relato bastante esclarecedor sobre o desamparo vivido pelas mulheres em um Centro Obstétrico. Tal estudo observou parturientes e suas reações emocionais diante de um parto sem complicações. As autoras encontraram situações de características tão primitivas que lhes remeteram a um momento da vida em que as palavras perdem sentido. E neste ponto esclarecem o quanto tais mulheres estão em um estado emocional regressivo muito próximo ao do bebê. Também fazem alusão às agonias impensáveis ao descrever as sensações observadas nestas mulheres. Entretanto, tal estado de profundo desamparo justamente as aproxima da possibilidade de identificação e adaptação ao bebê, fator tão importante e que constitui as bases que possibilitarão o vir-a-ser do recém-nascido. Deste modo, e a partir dos questionamentos ancorados neste estudo, o qual não tratou de vivências de mães e bebês prematuros, reflito sobre o encontro de desamparos possivelmente vivenciado em um cenário de UTIN. Se as parturientes, sem viverem a questão da prematuridade, experienciam este estado tão complexo e primitivo em um Centro Obstétrico, como ficam ao passar pela experiência do parto no contexto da prematuridade? Poderiam elas desenvolver um ambiente suficientemente bom ao recém-nascido neste contexto de sobreposição de desamparos?

Ao mencionar a experiência de parto, Winnicott faz a seguinte colocação:

Do modo como eu o vejo, o trauma do nascimento rompe o ‘continuar a ser’ do bebê, e quando essa ruptura é significativa os detalhes das sensações provocadas pelas intrusões e também das reações do bebê a elas tornam-se fatores adversos ao desenvolvimento do ego” (Winnicott (1949/2000a, p. 271)

Caron e Lopes (2014) também dialogam com tais postulados ao trazerem em seus estudos a percepção de que dificilmente pode-se imaginar uma situação de maior desamparo do que a de um recém-nascido no momento do nascimento e de sua mãe, por estar em uma situação de regressão e dependência do bebê também.

Assim como o desamparo sempre marcaria a experiência de nascimento, Mathelin (1999) refere que se a ambivalência estaria presente em qualquer gravidez. Porém, o

nascimento de um bebê sem problemas renarcisiza a mãe e a tranquiliza em virtude de dar à luz um bebê saudável. No caso de um nascimento pré-termo, em que o bebê está em perigo e os médicos não podem tranquilizar a mãe, ocorre um reencontro da realidade com a fantasia e surge o trauma. Somado a isso, Mathelin (1999) afirma ainda que a maioria dessas mães é invadida pelo sentimento de culpa e pela sensação de serem más para o bebê. Isto ocorre, muitas vezes, em função de a gestação não ter ocorrido a termo, o que as leva a enxergar tal fato pela ótica de não terem conseguido carregar o filho e que talvez tenham desejado sua morte.

Diante de todo este cenário, ainda temos o fato de que grande parte dos bebês prematuros precisam repousar em incubadoras aquecidas. Em função da necessidade de ventilação mecânica, fototerapia, controle do peso, dentre outros, o contato físico da mãe com o bebê, muitas vezes, sofre algumas limitações. Com isso, refletimos sobre o incremento que este fator pode representar em relação aos sentimentos que inundam as mães, conforme anteriormente descrito.

Não se pode deixar de mencionar a importância que possui o toque físico para a sensação de bem-estar tanto do bebê quanto da mãe. A esse respeito, Winnicott (1969/1994) afirma que a palavra sustentação (*holding*) alude a tudo que uma mãe faz no cuidado físico de seu bebê, inclusive “largá-lo quando chega o momento de ser sustentado por materiais não-humanos adequados” (p. 201). Ao pensar no ambiente de intensivismo neonatal, é possível constatar que, diferentemente de um bebê que nasceu sem complicações ou a termo, boa parte do manejo físico será feito pela equipe de saúde e pelas máquinas. Além disso, teremos toda uma temporalidade atravessada pela experiência do parto prematuro. O bebê, além de ter nascido antes do tempo, terá que lidar, prematuramente, com uma série de manipulações as quais não teria que enfrentar caso não estivesse internado. Neste sentido, a quantidade de estímulos relacionados a exames e procedimentos é extremamente alta, o que pode gerar bastante desconforto/dor no recém-nascido e em seus pais em função de não poderem evitar que o filho vivencie tais sensações. Além disso, tais desconfortos podem representar um forte atravessamento no que se refere ao processo de integração do bebê. Sendo assim, o prematuro internado em uma UTIN, bem como sua mãe e seu pai, possivelmente vivenciam uma série de desconfortos simultaneamente: ter de lidar com as dores físicas do bebê relacionadas à internação, a separação brusca e precoce do corpo da mãe e ter de lidar com o fato de que o ventre materno agora terá de ser substituído (apenas fisicamente) por uma incubadora, a qual está longe de proporcionar o que o final da gestação no útero da mãe proporcionaria. Sendo

assim, pais e bebês terão que enfrentar a dura tarefa de lidar com todas essas adaptações para manter os processos integrativos do recém-nascido nestes contextos.

Em relação ao contato corpo a corpo entre mãe e bebê, destaco a importância da utilização do Método Canguru nas UTI-Neonatais. Trata-se de um método que foi idealizado na Colômbia no ano de 1979 no Instituto Materno Infantil de Bogotá, pelos Dr. Reys Sanabria e Dr. Hector Martinez no intuito de qualificar a atenção aos recém-nascidos prematuros daquele país. A adoção do Método Canguru e da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso no Brasil (Brasil, 2011) representam uma mudança de paradigma referente à atenção de recém-nascidos pré-termo, na qual é priorizada a atenção humanizada de modo complementar à alta tecnologia. O método inicia antes do nascimento do bebê, quando se busca identificar as gestantes que possuem o risco de parto prematuro. Em tais situações, a família e a gestante receberão orientações específicas em um sentido preventivo. Quando ocorre de fato o nascimento prematuro e a internação em UTI-Neonatal, a presença dos pais, bem como o contato pele a pele de modo gradual e crescente deve ser estimulado. Em uma segunda etapa do Método, na qual é necessário que o recém-nascido tenha alguma estabilidade clínica e ganho de peso, estimula-se que os pais e sobretudo a mãe, o segurem na posição canguru pelo tempo considerado agradável para ambos. A terceira etapa inicia com a alta hospitalar do bebê e exige acompanhamento criterioso deste e de seus pais.

Alguns estudos afirmam a relevância de se utilizar o Método Canguru, com inúmeros benefícios tanto ao bebê quanto à puérpera (Venâncio & Almeida, 2004; Caetano, Scochi, & Angelo, 2005; Arrivabene, & Tyrrell, 2010). Dentre estes se destacam: o favorecimento do aleitamento materno, o aprimoramento do vínculo mãe-bebê, a redução de enfermidades graves e a diminuição do tempo de internação do recém-nascido. Além disso, o método possibilita colocar a família como agente ativo no cuidado de bebês prematuros em situação de internação, criando espaço para estes serem cada vez mais participativos no contexto de tratamento de seus recém-nascidos. Deste modo, contribui para que mães e pais sintam-se mais confiantes no que se refere aos cuidados prestados ao bebê mesmo antes da alta hospitalar. Além disso, também possibilita que o bebê se beneficie do contato com seus pais e mães apesar da separação imposta pela UTI-Neonatal. E, deste modo, também permite que através deste encontro a relação desta família comece a se fortalecer. Afinal, no momento em que o bebê também pode ter momentos de trocas afetivas com suas mães e pais, também permite que os mesmos possam ter a sensação de estarem de fato sendo mães e pais.

A partir das considerações expostas, relembro a ênfase que Donald Winnicott deu ao ambiente em relação aos estágios de dependência absoluta do lactente ao afirmar que “não

podemos descrever um bebê sem descrever o ambiente” (Winnicott, 1969/1994, p. 197). Sendo assim, compreendemos que o modo como as mães irão enfrentar e experienciar a vivência de prematuridade e UTI-Neonatal não pode ser descolado da experiência do recém-nascido.

Posto isso, reflito sobre os possíveis desdobramentos acerca da vivência de hospitalização no que se refere ao *vir-a-ser* destes bebês. Afinal, o ambiente de intensivismo é repleto de intrusões, manipulações dolorosas e procedimentos médicos em um tempo onde lidar com tanto sofrimento é impensável para o psiquismo do recém-nascido em constituição. A mãe e o pai, por também vivenciarem uma ruptura em função do parto prematuro e pela carência de sentido deste acontecimento, se encontram em um terreno do desamparo (Krodi, 2008). Se, em tais condições, o bebê não puder contar com um ambiente *suficientemente bom* que lhe dê a sustentação necessária, a sua integração somatopsíquica poderá ser prejudicada (Winnicott (1945/1993)). Neste ínterim e ao entender a importância do suporte da mãe ao bebê (ou quem desempenhe esta função) nos momentos iniciais da vida, reflito sobre os ecos destas experiências para a díade e conseqüentemente para a subjetivação do recém-nascido.

1.4 A DÍADE PREMATURA: DA UTI-NEONATAL PARA CASA

*“Oh, pedaço de mim
Oh, metade amputada de mim
Leva o que há de ti
Que a saudade dói latejada
É assim como uma fisgada
No membro que já perdi*

*Oh, pedaço de mim
Oh, metade adorada de mim
Lava os olhos meus
Que a saudade é o pior castigo
E eu não quero levar comigo
A mortalha do amor”.*

(Chico Buarque, 1977)

Os últimos meses de gestação, de acordo com Mathelin (1999), são fundamentais não só para a construção da criança, mas também para a construção da mãe. A autora afirma que, ao mesmo tempo em que a mãe começa a sonhar o seu bebê, também começa a ser reconhecida socialmente como mãe. Quando o parto ocorre de modo prematuro, o luto pelo bebê imaginário se torna bastante difícil e/ou até mesmo impossível segundo a autora. Para ela, a prematuridade impõe obstáculos para que esta mulher consiga se reconhecer enquanto

mãe. Além disso, relembra que nestas situações, vida e morte se tornam muito próximas. Trata-se de um cenário em que a mãe é deixada sozinha em sua angústia, pois o bebê não pode tranquilizá-la em função da necessidade de permanecer junto da equipe de reanimação.

Em relação à experiência de mães de bebês hospitalizados, Battikha (2008) constatou a dificuldade das mesmas em construir uma narrativa sobre a relação com seus neonatos. A autora trabalhou com díades que possuíam filhos com patologias, mas tal compreensão também nos serve para pensar acerca de prematuros. Ela afirma que, muitas vezes, ocorre uma impossibilidade de a mãe olhar este bebê para além do real orgânico. Os bebês, nestas circunstâncias, acabam sendo falados a partir do diagnóstico. Vorcaro e Santos (2016) também observaram este fenômeno acerca da dimensão, muitas vezes, empobrecedora do diagnóstico no que se refere ao desejo dos pais e mães e do lugar que este filho ocupa. “A imagem (totalizante) definida pela patologia, que vem acompanhada por todas as prescrições de como cuidar do doente, ocupa o lugar da falta, tamponando-a” (Vorcaro, & Santos, 2016, p. 6). Com isso, aos pais restaria apenas fazer valer as prescrições médicas, de modo que tal conduta pode provocar um apagamento sobre qualquer dimensão da ordem do desejo e/ou subjetiva.

Fernandes e Silva (no prelo) verificaram que o ambiente de intensivismo pode dificultar que a função materna ocorra de modo satisfatório, pois são muitos os desafios impostos aos pais e bebê neste contexto. Oliveira (2011) também atenta para as dificuldades das mães de bebês pré-termo de exercerem a função materna num momento inicial. Tais dificuldades podem estar relacionadas ao sentimento de que o parto prematuro lhes remete à imperfeição e insuficiência de produzir um bebê falho. Ao se sentir culpada e impotente, a mãe pode ser ver às voltas com a impossibilidade de investir afetivamente no filho, fator fundamental para a constituição subjetiva.

Vorcaro (2010), ao refletir sobre a dificuldade de mães exercerem uma postura maternante na unidade de intensivismo com seus neonatos, atenta para os imperativos do saber técnico e científico. A autora afirma que estes últimos podem, dependendo da condição subjetiva da mãe, impor barreiras que imobilizam o saber maternante singular. Neste ínterim, a autora atenta para o risco de a participação da mãe se restringir a mais uma mera prescrição médica, situando o papel materno em um local mais mecânico no sentido de manter a sobrevivência orgânica do que singular e subjetivante.

De modo semelhante, Zornig, Morsch e Braga (2004) apontam que o parto prematuro impõe à mãe um sentimento de fracasso que dificulta um olhar narcísico que enxergue o bebê além do seu real orgânico. Deste modo, ela afirma: “a prematuridade dificulta a criação de um

espaço de ilusão entre a mãe e o bebê, espaço potencial que permita à mãe se identificar ao bebê e responder às suas necessidades” (Zornig *et al.*, 2004, p. 141). Sendo assim, a autora salienta a importância de uma intermediação que permita que este espaço possa se criar, através de uma amarração simbólica que produza a alteridade do bebê. Para além dos riscos orgânicos, que são colocados em evidência na unidade de neonatologia, também são salientados os riscos para a constituição subjetiva. Trata-se de um local onde predomina a urgência por sobrevivência física através de rigoroso (e necessário) controle dos sinais vitais, luzes e barulhos desconfortáveis. Neste contexto, a dimensão subjetiva se torna empobrecida e surgem mães com dificuldade de reconhecer os bebês como seus.

Favarato e Gagliani (2012) também observaram importante sofrimento das mães e pais durante a internação e no período pré-alta de seus recém-nascidos em UTI-Neonatal. As autoras apontam para a dificuldade destes casais em investir no filho que nasceu quando este é muito diferente do idealizado na gestação. Salienta ainda que, além do luto esperado pela perda do bebê imaginário, estes pais também tendem a se autoculpabilizar, consciente ou inconscientemente, pelo problema de saúde do filho. Além disso, ela demonstra que a dependência dos neonatos de cuidados intensivos faz com que as mães e pais apresentem baixa autoestima e dificuldade em reconhecer suas capacidades para cuidar do filho.

Neste sentido, Agman *et al* (1999) descrevem um fenômeno que tem sido chamado de *preocupação médica primária*, o qual pode anteceder o de *preocupação materna primária*. Tal fenômeno, deriva da observação de um comportamento mais médico do que maternal nas mães de bebês em situação de internação em UTI-Neonatal. São mães que com frequência buscam se apropriar do saber médico, através de consultas incansáveis ao prontuário do bebê, bem como buscam discutir condutas e pareceres da equipe de saúde. Deste modo, é comum que em tais situações ocorra um incômodo das equipes com a postura delas. Isto ocorre ao entenderem esta atitude como uma inversão de papéis e de prioridades da maternagem. A preocupação médica primária pressupõe a ideia de mães que se comportam mais como médicas do que como mães, impondo uma relação de rivalidade com a equipe de saúde.

Entretanto, Morsch e Braga (2007) também demonstram a potência inerente a esta apropriação do discurso médico presente na *preocupação médica primária*. Entendem que este pode ser um modo de enfrentamento dos entraves à maternagem encontrados na UTI-Neonatal. As referidas autoras, lembram o quanto a incubadora limita uma parte importante da função materna, destacada por Winnicott, a qual se trata do *holding* físico essencial à integração somatopsíquica. Frente à limitação de se apropriarem totalmente da função

materna no que se refere às questões corporais, neste primeiro momento, tais mães encontram o discurso médico como uma via que possibilita a *preocupação materna primária*.

Neste sentido, é a partir da apropriação do saber da equipe de saúde que tais mães conseguem resgatar uma parte importante da vinculação com seus bebês. Trata-se de migrarem da posição de uma parturiente que “fracassou” em não conseguir levar sua gestação a termo, para aquela mãe que se mostra ativa nas decisões sobre a saúde de seu filho. Sendo assim, salienta-se que o caráter provisório desta “preocupação médico primária” pode fornecer um aporte importante para que esta mãe possa se apropriar de seu lugar enquanto mãe. Em um primeiro momento, a sobrevivência física e as questões orgânicas são essenciais para a sobrevivência do bebê. Quando a mãe se apropria das questões de saúde que envolvem o universo da UTI-Neonatal, possivelmente também estará se apropriando das necessidades apresentadas por seu bebê. Além disso, as autoras enfatizam que, muitas vezes, a internação do recém-nascido envolve a possibilidade de morte e/ ou sequelas após a alta hospitalar. E, considerando este cenário, se a mãe estiver familiarizada com este universo também estará mais bem preparada para atender as demandas de seu bebê quando estiver com ele em casa.

Leão, Silva e Lopes (2017), em um estudo com mães no período pré-alta de seus bebês da UTI-Neonatal, apontou para a insegurança das mesmas neste período. A autora apontou que muitas mães apresentavam um sentimento de dependência em relação à unidade de neonatologia. Frota et al. (2013) também salienta esta questão ao demonstrar, em um estudo com mães após a alta hospitalar, que muitas delas levavam seus bebês para casa com o sentimento de não estarem preparadas para isso. A autora afirma que, diante da fragilidade emocional que acompanha a mãe de um prematuro, é possível que ela tenha muitas dificuldades para se sentir preparada a levar o filho para casa. Entretanto, ela aponta para a importância de a equipe de enfermagem envolver a mãe como um sujeito ativo nos cuidados ao recém-nascido desde o início da internação. Deste modo, os sentimentos de insegurança após a alta hospitalar poderiam ser minimizados.

A respeito deste sentimento de insegurança das mães, Anjos *et al.* (2012), relembram que a percepção de que o bebê prematuro necessita de cuidados redobrados, muito frequente entre suas mães, não é irreal. Eles atentam para a necessidade de maior atenção para os cuidados alimentares em função do risco de aspiração e refluxo gastroesofágico, por exemplo. Além disso, muitos prematuros vão para casa utilizando uma variedade de medicamentos que exigem maior atenção pela parte de seus cuidadores. Os pais também se deparam com um bebê que exige maior cuidado no que se refere ao manuseio, pois a prematuridade lhe confere uma condição de maior fragilidade física devido a sua hipotonia muscular.

Klaus e Kennel (1995/2000) mencionam uma importante passagem do trabalho “O Papel de Espelho da Mãe e da Família no Desenvolvimento Infantil” de Winnicott (1967/1975) para pensar a relação entre bebês prematuros e seus pais. Trata-se de um recorte em que o mesmo sugere que quando o bebê olha para o rosto da mãe ele enxerga a si mesmo. Refere que muitos bebês prematuros ou doentes têm uma longa experiência de não terem de volta o que estão dando ao olhar. É neste pressuposto que Klaus e Kennel (1995/2000) se apoiam ao afirmar a importância da imitação da mãe acerca do comportamento do bebê. Seria através deste interjogo espontâneo, considerando e respeitando o ritmo da criança, que esta mãe estaria estimulando seu filho de modo satisfatório.

Guerra (2010, p. 281), ao abordar o ritmo na vida psíquica, observa que o vínculo entre uma mãe e seu bebê é “uma história de encontros e desencontros, claridades e opacidades, de harmonias e desarmonias”. Ele segue afirmando que a *vitalidade rítmica do movimento* se trata do primeiro indício de que se está em contato com um ser vivo. Além disso, considerando a relação da mãe com seu bebê, esta seria uma forma primária de identidade para o infante. Nesta compreensão, poderíamos salientar a importância deste ritmo de movimentos experienciados pela díade. É através dos mesmos que a temporalidade e especificidade de cada dupla poderá ser (re) criada.

Posto isso, quais seriam as vicissitudes e ritmos das mães e bebês em questão? Como esta dupla irá (re) atualizar sua dança a partir do descompasso de um nascimento prematuro? O pano de fundo que irá desafiar a sobrevivência deste bebê possui um tempo peculiar que mais parece dificultar o entrosamento dos nossos dançarinos. Não seria este o maior desafio? O de possibilitar que a singularidade de cada bebê (e cada mãe) possa ganhar corpo dentro dos encontros e desencontros experimentados nesta roda-viva?

1.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE O IRDI

Em virtude das considerações postuladas, destaco a necessidade de utilizar um dispositivo clínico que auxilie no acompanhamento de um início de vida tão marcado por situações difíceis, por descompassos, desencontros, dificuldades para encontrar um ritmo. Também enfatizo a relevância de um dispositivo que considere o contexto dos bebês em questão, bem como o interjogo presente na relação com seus cuidadores. Sendo assim, apresento um pouco acerca do contexto em que o instrumento IRDI (Indicadores clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil) foi criado, seguido pela Metodologia IRDI, bem

como algumas articulações e interlocuções clínicas que já foram propostas até o momento. Também iremos propor algumas reflexões concernentes às indagações do presente estudo.

A partir de uma demanda do Ministério da Saúde no ano de 2000 e posteriormente em 2004, com o apoio da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) iniciou-se uma pesquisa para validação de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. A intenção da pesquisa foi a de instrumentalizar pediatras e outros profissionais da saúde de atenção básica a utilizar estes indicadores em consultas regulares. A proposta foi a de utilizar tais indicadores na detecção de possíveis sinais que apontem para riscos de transtornos psíquicos do desenvolvimento infantil, permitindo uma intervenção a tempo em tais situações (Kupfer, & Voltolini, 2005).

É neste contexto que o instrumento IRDI foi construído e validado por psicanalistas de todo o Brasil, vinculados ao Grupo Nacional de Pesquisas (GNP) em um período de oito anos (Kupfer, & Voltolini, 2005; Kupfer *et al.*, 2009). Neste período, os pediatras que utilizaram o instrumento foram capacitados pelos psicanalistas para tal atividade. A amostra utilizada foi a de 727 crianças com idades entre 0 e 18 meses que frequentaram consultas pediátricas de rotina da rede pública de saúde de 11 serviços em 9 cidades brasileiras. Durante as consultas, os médicos registravam os indicadores clínicos presentes, ausentes e não verificados. Cabe salientar que os IRDI's quando presentes sinalizam desenvolvimento e quando ausentes indicam riscos para o desenvolvimento. O protocolo possui 31 indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil, o qual foi construído com embasamento teórico nos pressupostos de Winnicott, Freud e Lacan (Anexo A). De um modo geral, a validação do estudo demonstrou que o IRDI possui capacidade de prever problemas para o desenvolvimento infantil (Kupfer *et al.*, 2009).

A pesquisa objetivou validar os indicadores como modo de detecção de riscos psíquicos e de desenvolvimento infantil em crianças com idades entre 0 e 18 meses de idade, conforme mencionado anteriormente. De acordo com as autoras, trata-se de um período em que o psiquismo e suas funções mentais estão em fase de constituição. Em função disso, os cuidadores e o meio social possuem papel fundamental na articulação das operações necessárias ao desenvolvimento subjetivo. Em função disso, trata-se de um instrumento bastante diferente de outros já utilizados na rotina de avaliações pediátricas. A grande parte dos instrumentos prioriza a observação da criança, ao passo que o IRDI possibilita a avaliação considerando a relação da criança com a mãe (Kupfer *et al.*, 2009).

Sendo assim, os 31 indicadores foram organizados a partir de quatro eixos teóricos que tem como base especialmente a teoria lacaniana. São eles: *suposição do sujeito*: caracteriza-se

por uma suposição do cuidador acerca de um sujeito psíquico no bebê. Deste modo, o bebê corresponde a esta antecipação feita pela mãe ou cuidador e é a partir disso que a subjetividade poderá ser construída; *estabelecimento da demanda*: a qual está relacionada às primeiras reações involuntárias da criança, tal como o choro e que são interpretadas pela mãe como dirigidas à ela; *alternância presença/ausência*: este eixo simboliza, toda ausência humana através da ausência/presença da mãe e que coloca a criança na tarefa de criar dispositivos subjetivos para simbolizar esta ausência. Entretanto, é necessário que entre a demanda da criança e a resposta da mãe exista um hiato que dê espaço à resposta da criança, inaugurando um protótipo para demandas futuras; e *função paterna*: aqui compreende-se a instauração do terceiro na dupla mãe-bebê e que também representa a dimensão social. Sendo assim, este eixo considera o efeito da função paterna como uma instância que realiza uma separação simbólica entre a mãe e o bebê, impedindo que ela o enxergue apenas como um objeto para sua satisfação.

De acordo com Pesaro (2010), a construção do IRDI fez uso do refinamento da escuta de psicanalistas, tanto em relação ao discurso de pais e mães, como a partir da clínica com crianças que possuíam severas questões acerca da constituição psíquica. Nestes contextos era possível perceber sinais precoces de risco psíquico, os quais não tinham sido interpretados como um norte do que viria a seguir, porém poderiam ser assim entendidos *a posteriori*. A autora também destaca o fato de que os indicadores isoladamente nada dizem e que somente fazem sentido articulados uns aos outros. Além disso, relembra que eles devem ser utilizados a partir de uma rede de sustentação que advém de um sistema teórico que possibilite certo sentido e direcionamento.

Cabe salientar que o IRDI tem suas bases teóricas fundamentadas primordialmente nos pressupostos lacanianos. A partir de uma perspectiva diferente, este estudo pretende utilizar o instrumento em uma interlocução com os pressupostos de Winnicott. Trata-se de atentar para alguns pontos do IRDI que fazem jus a uma leitura a partir desta ótica. Outros estudos já realizaram aproximações neste sentido demonstrando a viabilidade desta leitura do IRDI a partir da teoria winnicotiana (Omizollo, 2017; Puccinelli, 2018). Tais autoras colocam que, longe de uma mera aproximação conceitual, esta visão do IRDI propõe um novo enlace a partir de Winnicott. Deste modo, atentam para a possibilidade de uma leitura do instrumento que inclui esta outra dimensão no que se refere às questões imprescindíveis que se mostram na constituição de um sujeito psíquico.

Tendo em vista a potência do IRDI como dispositivo de promoção de saúde na infância, Bernardino e Mariotto (2010) trabalharam na ampliação do protocolo IRDI para o

âmbito da educação infantil com enfoque na relação do educador com a criança. A ideia foi utilizar o IRDI enquanto *Metodologia*, ou seja, como estratégia de intervenção, e não mais somente de avaliação. Para esta finalidade, realizaram algumas adaptações e modificações dos procedimentos no intuito de manter um seguimento de intervenções no contexto das creches (Krodi, 2008). Além disso, também foi ampliado para que pudesse ser utilizado como auxílio à prática dos educadores.

A partir desta compreensão, o campo de aplicação do IRDI tem sido cada vez mais ampliado. Nos referimos a estudos que também tem se voltado para seu uso em diferentes contextos e com a finalidade de subsidiar intervenções a partir da detecção de possíveis entraves no que se refere à subjetivação na primeira infância (Wiles *et al.*, 2017). Com isso, nos voltamos acerca das questões relacionadas ao início da vida em uma UTI-Neonatal. Também ressalto a importância do IRDI como dispositivo teórico e clínico para nortear intervenções de psicanalistas e outros profissionais de saúde acerca da detecção de sinais iniciais de sofrimento psíquico no contexto da prematuridade com internação em UTI-Neonatal. Além disso, entendo que em virtude da complexidade de tais indagações, a possibilidade de entraves à subjetivação que poderiam iniciar nestas unidades não se resume à permanência hospitalar em si. Considero que esta experiência pode ter sérias repercussões e desdobramentos após a alta hospitalar, o que torna primordial poder atentar para estas questões durante e após a hospitalização do recém-nascido.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo deste estudo foi verificar a potência da Metodologia IRDI no acompanhamento de bebês prematuros e suas mães em UTI-Neonatal e nos momentos iniciais após a alta hospitalar, no seu domicílio.

3 REFLEXÕES METODOLÓGICAS

Na teoria freudiana, é possível observar o cuidado que Freud dedicou ao seu método científico, compreendido como uma situação que implica a investigação aliada à prática clínica. Em *A interpretação dos sonhos*, Freud (1922/1996) apresenta uma profunda exploração sobre o inconsciente a partir do estudo dos sonhos. Sobre suas descobertas e indagações, ele afirma: “é lícito dizer que as produções do trabalho do sonho, que, convém lembrar, não são feitas com a intenção de serem entendidas, não apresentam a seus tradutores maior dificuldade do que as antigas inscrições hieroglíficas àqueles que procuram lê-las” (Freud, 1922/1996, p. 373). Nesta passagem de sua obra, ele manifesta uma recomendação ao psicanalista acerca da importância de este desenvolver um *modus operandi* específico para lidar com este universo tão complexo que é a mente humana e sobretudo os processos inconscientes. Também não é à toa sua comparação com o trabalho de leitura de hieróglifos, uma vez que o analista trabalha em um terreno de obscuras escavações, as quais representam difícil acesso e uma leitura, muitas vezes, pouco compreensível e difícil de ser decifrada. Botella e Botella (2003) também aludem ao método psicanalítico como uma ciência complexa e que acontece durante o seu fazer. Sendo assim, eles afirmam que o objeto de estudo da psicanálise, diferente de ciências formais como a matemática, não é o acontecimento *per se* e o trabalho interpretativo em si, mas os movimentos psíquicos subjacentes, os quais incluem a vida psíquica do observado e do observante.

Dunker (2011) coloca em relevo a heterogeneidade do método de investigação e do método de tratamento. Ele coloca que ao não enfatizar as diferenças entre um e outro acabamos por perder de vista algumas aproximações e distinções importantes. Neste viés, ele afirma: “o método de investigação suporta a temporalidade da escrita; o método de tratamento exige regras próprias ao universo oral da fala” (Dunker, 2011, p. 322). Acerca das aproximações entre um e outro, o autor coloca que não se trata de subjugar uma dimensão à outra e sim de considerá-las como intrínsecas. Sendo assim, ele enfatiza que entre a “psicanálise em extensão (método de investigação) e a psicanálise em intensão (método de tratamento), o ponto em comum é a transferência” (Dunker, 2011, p. 322).

Em um viés semelhante, Mezan (2014), refere que a pesquisa que é feita em uma análise é diferente da pesquisa científica. A primeira estaria mais relacionada a uma busca por exemplos que sustentem a validação global da psicanálise. Na pesquisa científica, o que se coloca em primeiro plano é a busca por conhecimento novo de um modo que possa ser agregado ao preexistente.

Ao fazer um panorama sobre as pesquisas no âmbito da psicanálise, Pesaro (2010) salienta o quanto este tema é bastante polêmico e controverso. Sendo assim, ela busca compreender que em relação à pesquisa neste âmbito temos: pesquisa em psicanálise, pesquisas sobre psicanálise e pesquisas de orientação psicanalítica. As pesquisas em psicanálise estão relacionadas à produção de conhecimento decorrente da escuta e movimentos transferenciais dentro de um contexto analítico. Nas pesquisas sobre psicanálise, os fenômenos decorrentes de situações clínicas podem ser abordados, ainda que não de modo intrínseco ao *setting* analítico em si. Por último, também temos as pesquisas de orientação psicanalítica, as quais colocam em evidência os fenômenos externos ao *setting* analítico, mas que possuem observância a partir desta perspectiva teórica.

Neste ínterim, a autora afirma que a pesquisa IRDI propõe questões metodológicas concernentes à articulação da psicanálise com a pesquisa. Refere que estas questões se relacionam às três dimensões citadas anteriormente (pesquisa em psicanálise, pesquisa sobre psicanálise e pesquisas de orientação psicanalítica), além de incluir a pesquisa com psicanálise neste escopo.

Na pesquisa IRDI também existiu um entrelaçamento da psicanálise com o método clínico e experimental. Estes últimos diferem bastante de pressupostos psicanalíticos, o que gerou algumas controvérsias e questionamentos neste sentido. Com esta reflexão, a autora também apresenta a ideia proposta por Mijolla-Mellor (2004) que introduz a noção de “interações da psicanálise”. Trata-se de um termo que entende o confronto do discurso de diversas disciplinas de modo a permitir o destaque das especificidades de cada uma. Portanto, “não se trata de buscar uma unidade dialógica, a seu ver ilusória” (Pesaro, 2010, p. 98). A potência destas “interações da psicanálise” reside na relativização do saber analítico e seu método, na medida que o confronta e compara com outros campos de saber.

A partir desta conjuntura é que a presente pesquisa se apresenta. Compreende-se que ela se situa entre as pesquisas em psicanálise, na medida em que parte de um enlace clínico para suas reflexões. E, além disso, também pode se situar como uma pesquisa com psicanálise. Afinal, ao utilizar o IRDI como dispositivo de leitura de bebês (a partir deste enlace clínico), também estamos incluindo esta dimensão de “interações da psicanálise”.

O presente estudo, além de partir da perspectiva psicanalítica, possui como articulação metodológica a clínica com bebês. Ao considerarmos as especificidades e complexidades do universo da primeira infância, algumas questões são importantes de serem ponderadas. Já mencionamos anteriormente sobre a importância de um bebê ser olhado a partir de seu

contexto e ambiente à luz das contribuições winnicottianas. Neste momento, pretendemos mencionar alguns postulados acerca da observação/avaliação das expressões de bebês.

A partir disso, podemos lembrar a peculiaridade com que Winnicott (1949/2000a) desenvolveu seu método de observação de bebês em uma situação que ele chamou de *padronizada*. Trata-se de uma forma de observar os bebês, considerando a reação tanto dos bebês quanto das mães. O autor refere que o modo como as mães reagem às orientações fala muito sobre o funcionamento das mesmas em casa. Além disso, ele destaca a importância de permitir que a criança possa reagir livremente, sendo sustentada pela autorização do cuidador em vivenciar sua experiência. Dito de outro modo: na saúde, a mãe respeita a espontaneidade do bebê sem realizar intromissões. Winnicott também destacou que nesta situação, o bebê oferece importantes indícios acerca de seu desenvolvimento emocional. O psicanalista inglês coloca um acento sobre a riqueza de se observar bebês na relação com outras duas pessoas, a saber: o médico e a mãe (ou quem desempenhe esta função).

Destacamos também a relevância da contribuição de Julieta Jerusalinsky & Berlink (2008) ao apontarem que as manifestações de um bebê ocorrem na ordem do *dado a ver*. Sobre esta compreensão os autores referem:

Entendemos o dar a ver não no sentido do que se quer mostrar, mas do que comparece, do que se manifesta do sujeito no movimento, nos tons, em sua produção rítmico-temporal, e que, portanto, comparece na organização das funções corporais para além de suas intenções (Jerusalinsky, & Berlinck, 2008, p. 1).

Deste modo, salientam que o manifesto pelo bebê, o que é deflagrado em seu corpo, se configura não só como uma observação, mas como uma *operação de leitura* clínica. Assim, esta *operação de leitura* se dará no cruzamento entre o que é *dado a ver* no corpo e produção do bebê com o que se observa no discurso parental e como este pode ser visto em ato no relacionamento com este bebê. É desta maneira que será realizada a análise do que os bebês “dão a ver”, considerando-se os indicadores do IRDI e os demais aspectos observados na relação entre os bebês e suas mães.

4 DELINEAMENTO DA PESQUISA

4.1 MOMENTOS DA PESQUISA

O estudo foi realizado em duas etapas:

- a) Acompanhamento das famílias e bebês durante a internação dos recém-nascidos na UTI-Neonatal;
- b) Acompanhamento quinzenal, através de visitas domiciliares.

Nos dois momentos, foram utilizados os indicadores do IRDI, apropriados à faixa etária, como dispositivos de leitura de bebês e como norteadores para possíveis intervenções.

4.2 PARTICIPANTES

Participaram deste estudo três recém-nascidos prematuros, (junto de suas mães e pais), em situação de internação na UTI-Neonatal e após a alta hospitalar através de visitas domiciliares:

- 1) Mãe: Rosa², 35 anos, possui escolaridade de nível superior concluído; Pai: Vinícius, 44 anos, possui escolaridade de nível superior concluído. Casal tem outro filho de três anos, o qual chamarei de Bruno. Bebês gemelares nascidos com 29 semanas e 6 dias de gestação: Ângelo, primeiro a nascer, com peso de 1,236g e Apgar³ 08/08; Henrique, segundo a nascer, com peso de 1,590g e Apgar 08/08.

O acompanhamento desta família foi realizado na primeira etapa (internação dos bebês na UTIN) durante um mês e nove dias, com frequência semanal, totalizando 7 encontros. A segunda etapa (visitas domiciliares) ocorreu com um intervalo de uma semana após a alta hospitalar. Os encontros tiveram a duração de um mês e dezenove dias, com intervalos quinzenais nos três primeiros encontros e semanais a partir do terceiro encontro até os dois últimos em função da demanda de trabalhar de modo mais próximo o encerramento de tal etapa. As visitas domiciliares totalizaram 5 encontros.

² Todos os nomes utilizados neste estudo são fictícios em função do intuito de preservar a identidade dos participantes.

³ Trata-se de uma avaliação (com escore de 0 a 10) realizada na sala de parto durante o primeiro e quinto minuto de vida do recém-nascido. Consiste em um método utilizado para quantificar a vitalidade e que transmite informações acerca do estado geral e condições de resposta à reanimação do recém-nascido. Se a nota ao quinto minuto for inferior a 7, o recém-nascido deverá ser reavaliado a cada 5 minutos até os 20 primeiros minutos de vida (Secretária de Saúde de Minas Gerais, 2005)

- 2) Mãe: Sofia , 42 anos, possui escolaridade de ensino médio concluído; Pai: Luiz, 42 anos, possui escolaridade de ensino médio concluído. Ambos têm juntos outras duas filhas. Júlia de 12 anos e Fernanda, de 8 anos. Bebê: Ariel: nasceu com 30 semanas e dois dias de gestação com peso de 1.320g e Apgar 02/07.

O acompanhamento desta família foi realizado na primeira etapa (internação dos bebês na UTIN) durante um mês e dezoito dias, com frequência aproximadamente semanal (algumas vezes eu não encontrava nem Sofia nem Luiz na unidade), totalizando 5 encontros. A segunda etapa (visitas domiciliares) ocorreu com um intervalo de um mês após a alta hospitalar a pedido da mãe em função de querer se organizar em casa antes de retomar os atendimentos. Os encontros desta etapa totalizaram 4, tiveram a duração de um mês e meio com frequência quinzenal. Entretanto, houveram duas desmarcações por parte da mãe (uma em virtude da reinternação do bebê) e outra em função de compromissos da mesma com as outras filhas. Sendo assim, tiveram momentos em que este intervalo foi um pouco maior.

O tempo de acompanhamento foi estipulado por considerarmos a relevância de uma aproximação mais sistemática dos bebês e suas famílias. Com isso pretendi atentar para o modo como se deu a construção da relação dos bebês com suas famílias. Além disso, também busquei atentar para a existência ou não de possíveis entraves à constituição subjetiva dos bebês, através do entrelaçamento do que foi observado entre um encontro e outro. Para atender esta demanda, foi necessário um certo espaço de tempo, ao compreendermos que dados isolados pouco nos diriam, ainda mais no que se refere à clínica da primeira infância.

O convite a participar do estudo foi feito às mães e pais durante a hospitalização de seus bebês em um Hospital Geral de Porto Alegre, no qual trabalho como Psicóloga. Não foram convidados a participar do estudo bebês que possuíam afecções graves que por si só limitassem o curso do desenvolvimento e/ou prematuros extremos (os quais são caracterizados por muito baixo peso e/ou nascimento com menos de 28 semanas de gestação).

Deste modo, o critério de escolha dos participantes desta pesquisa foi o de considerar bebês prematuros que não tivessem algum dos critérios de exclusão acima descritos. Estes dois casos também foram escolhidos em função de as famílias residirem no município de Porto Alegre, viabilizando a concretização da segunda etapa da pesquisa (acompanhamento através de visitas domiciliares)

Além dos indicadores do IRDI adequados à faixa etária, também foi utilizado um diário de campo para a coleta de dados. Deste modo, os diários de campo consistiram em gravações em áudio de meus próprios relatos e observações acerca dos atendimentos. Tais

gravações foram realizadas logo após cada encontro. Após o término do acompanhamento com cada díade, os diários de campo (áudios) foram ouvidos e transcritos.

4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS e do Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. A participação na pesquisa ocorreu através do aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) pelos pais e mães dos recém-nascidos pré-termo. Nesta circunstância, também foram explicados os objetivos e metodologia da pesquisa às mães e pais. Tais explicações foram realizadas pessoalmente pela pesquisadora de modo individual, em sala reservada dentro da unidade em que os bebês estavam internados.

Esta pesquisa coloca em relevo a importância dos aspectos éticos e em cada um de seus momentos atentou para possíveis efeitos da mesma. Na observância de qualquer tipo de demanda, foram realizados todos os encaminhamentos necessários considerando o bem-estar de todos os envolvidos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ROSA E OS GÊMEOS

Atendimento 1 – (2^a semana de vida – seria a 31^a semana de gestação)

Lembro de ter oferecido o atendimento para Rosa quando ela estava ao lado da incubadora dos gêmeos Ângelo e Henrique. Estava às voltas de uma técnica de enfermagem e com o semblante algo assustado. Quando me apresentei como psicóloga esboçou alívio e prontamente aceitou o atendimento. A convidei para irmos a outro espaço para oferecer o atendimento psicológico e propor a participação na pesquisa junto com a assinatura dos TCLE. Rosa pareceu também aliviada por poder sair um pouco daquele espaço.

Cabe salientar que a maternidade do hospital e a UTIN estão há bastante tempo passando por um processo de reforma, a qual tem ocorrido lentamente durante anos. Em função disso, ainda não possuímos uma sala específica de atendimentos psicológicos. Sendo assim, cada atendimento é realizado em local distinto (ou em uma sala de internação desocupada, na sala de uso da enfermagem ou em uma sala pouco usada no banco de leite que fica em frente à UTIN).

Neste primeiro momento, atendi Rosa numa sala ao lado da de seus bebês que estava desocupada em razão de algum reparo na estrutura, que eu não soube especificamente do que se tratava. Um pouco antes de entrarmos havia algumas pessoas da equipe de manutenção realizando este conserto. Tal fato também me parece bastante simbólico, uma vez que, este local se torna morada dos bebês em tempos primevos e tão importantes para a constituição psíquica. Me pareceu que Rosa também estava passando por um processo bastante delicado de “ajustes” e “reajustes” em sua própria estrutura. As paredes da sala em que estamos são de concreto, porém na minha sensação é como se fossem de vidro em muitos momentos, tal como neste atendimento com Rosa. Talvez isto ocorra pela sensação de tudo ser vigiado e controlado o tempo todo para a manutenção da sobrevivência dos bebês.

Rosa iniciou mostrando-se bastante aliviada por receber atendimento psicológico, referiu ter tido o desejo de solicitar tal assistência durante sua internação, mas não pediu e neste momento não sabia o porquê. Aqui já tive uma certa impressão de que ela não se sente muito confortável em solicitar ajuda. Os bebês já estavam com uma semana de vida na ocasião deste atendimento e ela estava bastante sensibilizada e impactada por tudo que já tinha vivido dentro do hospital. Rosa contou-me sobre o quanto foi difícil permanecer 11 dias internada em repouso absoluto. Relatou que a bolsa de Ângelo rompeu quando estava em casa

com 28 semanas de gestação. Nesta ocasião teve de ir para o hospital às pressas e internar. Contou-me o quanto a experiência do parto foi traumática e aqui apareceu um pouco sobre os desamparos que permearam tal experiência. Relatou que estava tudo bem com sua gestação até o momento do rompimento da bolsa de Ângelo. Relembra que estava planejando muito estes bebês junto do esposo e que costuma ter as coisas bem organizadas e pensadas em sua vida. Afirma que estava bastante vinculada com seus bebês e sentia desde o início que poderia estar grávida de gêmeos. Aparentemente, o fato de sua impressão estar certa lhe conferia este lugar tão singular e único de poder sentir os filhos desde o início.

A mãe dos gêmeos me disse que tudo ocorreu muito diferente do imaginado e esperado, o que me faz pensar em como esses bebês reais são diferentes dos bebês imaginados. Planejava ganhar os bebês em outro hospital, porém desde o início da gestação a médica que estava lhe acompanhando lhe comunicou que tinha uma viagem agendada em determinado período. Disse que se algo ocorresse nesta data era para Rosa buscar a emergência obstétrica da Santa Casa. E foi exatamente o que acabou acontecendo. Seu parto ocorreu antes do esperado e foi feito por uma obstetra que ela não conhecia. Aqui também tive a impressão que Rosa sentiu-se desamparada e abandonada por esta mãe/médica em um momento tão importante de sua vida e de seus filhos.

Rosa relatou que estes momentos foram extremamente dolorosos, pois sabia que era preciso tentar segurar mais um pouco a gestação, porém era tomada, muitas vezes, pelo sentimento de Ângelo estar em sofrimento dentro de seu ventre. Tinha muito medo de perder os filhos e principalmente Ângelo que em tal momento estava sem o líquido amniótico. Contou-me que tem um outro filho de três anos e meio chamado Bruno, do qual sentia muita saudade nestes momentos de extrema aflição, medo, angústia e desamparo. Ela não nomeou tais sensações, mas elas me pareceram ser comunicadas assim por Rosa num movimento transferencial e contratransferencial. Disse que seu marido não podia lhe acompanhar em muitos destes momentos, pois precisava trabalhar, e que ficar sozinha durante a internação era extremamente difícil.

Neste primeiro atendimento, contou que possui curso de nível superior e seu marido também. Diz que desde o início planejou ficar em casa até os dois anos dos filhos. Mostrou-se algo preocupada com a questão financeira e por ter planejado ficar em casa por um tempo, mas ainda pensa que este foi um bom planejamento.

Rosa chorou em muitos momentos deste primeiro atendimento. Relatou uma sensação de vazio muito grande em função do parto prematuro e que é muito doloroso ir embora para casa sem Ângelo e Henrique todos os dias. Aqui também cabe salientar que a UTIN do HSC

possui muitos leitos em um espaço pouco favorável para acomodar todos de maneira confortável. As poltronas que irão ficar ao lado dos leitos no novo espaço da UTIN não cabem no espaço atual. Sendo assim, as cadeiras em que as mães e pais permanecem do lado dos filhos não permitem que eles possam dormir e passar a noite de maneira confortável na unidade. Deste modo, as mães e pais costumam passar o dia com seus bebês e retornam para casa durante a noite.

Sobre este retorno à sua casa todos os dias sem os filhos, ela me trouxe uma sensação de estar abandonando seus bebês na UTIN a cada vez que precisa se ausentar. Aqui me pareceu que a internação parece antecipar o jogo de presença e ausência entre a mãe e o bebê, o qual normalmente ocorreria mais tarde. Neste ínterim, Rosa também afirma ter a impressão de que isso não está certo e afirma chorosa a sensação de que deveria estar “grudada” com seus bebês e sente que tanto o bebê precisa da mãe quanto a mãe do bebê. Neste sentido, relembra que seu marido lhe aconselhou a ficar em casa alguns dias para que pudesse se recuperar da cesárea. Mas Rosa diz que isso seria impossível para ela, pois sempre que está em casa sente falta dos bebês e permanece bastante tempo chorando.

Quando perguntei sobre sua rede de apoio ela disse que é bastante satisfatória e que conta com a ajuda de sua cunhada e sogra. Entretanto, me chamou a atenção que em nenhum momento ela falou sobre seus pais. A ausência dos mesmos me pareceu ser comunicada de maneira bem forte na contratransferência, pois Rosa me transmitiu a sensação de precisar de certa “maternagem” também. Isto apareceu nos momentos em que buscava minha validação de que estava tudo bem com ela enquanto mãe. Também me pareceu necessitar de uma asseguração de que ela não fora “tão má assim” por ter dado à luz dois bebês prematuros que agora precisavam se “separar” dela para se recuperar em um hospital. Neste momento, tive a impressão que Rosa sentia bastante culpa pela prematuridade dos filhos e uma sensação de que ela fora a causadora de todo esse mal que a equipe “boa” estava a reparar.

Rosa também disse que tem buscado ser muito transparente com Bruno, pois sabe que ele vai sentir isso tudo que estão vivendo e que ela está diferente também. Afirma que explica para o filho que está chorando por causa “dos manos” e que em sua família sempre pensou que falar abertamente sobre os sentimentos sempre ajudou e os uniu. Durante o atendimento, fui perguntando sobre a relação de Rosa com os gêmeos tendo em minha mente os indicadores do IRDI. A partir disso, Rosa começou a descrever sua percepção de que os bebês notam a sua presença e que lhe direcionam o olhar quando ela conversa com eles. Entretanto, percebi que os indicadores 1 e 4 estavam ausentes. Tive esta impressão por perceber que Rosa tinha medo de tocar em seus bebês. Além disso, parecia sentir-se desautorizada a interagir

com os mesmos, buscando a todo momento a mediação da equipe de técnicas em enfermagem para isso. Nestas situações, parecia que Rosa sentia-se perigosa aos seus bebês e que suas aproximações deveriam ser cuidadosamente “avaliadas” pela equipe. Deste modo, tive a impressão de que Rosa sentia que seus bebês não lhe endereçavam qualquer coisa. Também me pareceu que ela sentia que qualquer interação sua, convocação ou estímulo eram potencialmente danosos.

Neste sentido, já comecei a trabalhar tais aspectos com Rosa. Iniciei comunicando sobre sua importância para a recuperação de seus bebês e do quanto ela é indispensável na vida deles. Sendo assim, sugeri que ela começasse a reparar na sutileza do seu contato com eles e de que isso os protege tanto quanto o aparato tecnológico da equipe. Rosa recebeu esta minha intervenção com muita atenção, mas algo desconfiada. Parecia estar quase convicta de que qualquer coisa que viesse de si seria “dispensável” ou irrelevante aos bebês naquele momento.

Atendimento 2 (Terceira semana de vida – seria a 32ª semana de gestação)

Era uma terça-feira e estive ausente do hospital por uma virose e acabei não conseguindo realizar o segundo atendimento conforme o previsto. Quando cheguei na sala dos gêmeos, encontrei Rosa e o pai Vinícius um ao lado de cada filho. Chamou-me a atenção o fato de que o pai costumava ficar mais com o Henrique e a mãe com o Ângelo. Mas neste dia eles tinham trocado de lugar. O pai comentou que teve licença paternidade de 20 dias e que também irá tirar férias em seguida para poder ficar com os bebês na UTIN. Disse que está um pouco mais tranquilo por poder estar perto dos dois filhos recém-nascidos e da esposa neste momento. No atendimento anterior, eu tinha combinado com Rosa de realizar o segundo atendimento dentro da sala da UTIN junto com os bebês. Entretanto, quando iniciamos senti que ela estava desconfortável e que parecia estar querendo falar de algumas coisas da equipe que ela começou a sussurrar baixinho. Neste momento, convidei ela e o Vinícius para irmos a outro local para ter maior privacidade. O pai não quis ir junto em um primeiro momento, pois achava que a esposa estava precisando mais de apoio psicológico do que ele. Me pareceu que Vinícius estava se colocando muito em uma postura de cuidar de Rosa e buscando se manter mais “forte” para dar suporte à esposa que estava bastante fragilizada. Após incentivo da técnica de enfermagem da sala (uma que é bem acolhedora) ele concordou em receber atendimento junto de Rosa. Desta vez, a sala que utilizamos no primeiro atendimento já estava ocupada por bebês e os convidei para ir na sala do Banco de Leite Humano.

O Banco de Leite Humano possui duas salas de ordenha para estas mulheres: uma que recebe em torno de cinco mães, e outra que possui somente dois lugares e só é usada em dias de muita procura. Deste modo, essa segunda sala tem sido muito utilizada para realizar atendimentos psicológicos às mães e pais da UTIN. É um local bastante acolhedor, bonito e silencioso. Acaba sendo um bom local para atender os pais e mães da UTIN em momentos e/ou dias mais difíceis. Muitas vezes, nestes momentos, sinto a necessidade de tirá-los um pouco do tumulto e dos excessos da UTIN para poderem pensar sobre a experiência desta rotina tão cheia de estímulos para eles e para os bebês. Sendo assim, esta sala acaba sendo um local que é bastante ocupado pela psicologia e onde as equipes respeitam bastante a necessidade deste espaço.

Ao nos acomodarmos na referida sala, Rosa começou a relatar sobre os dias difíceis que vivenciaram na UTIN. Isso ocorreu em virtude de uma intercorrência grave no quadro de saúde de Henrique. Afirmou que na sexta-feira ele teve uma taquipneia⁴ muito forte e que a equipe levou uma tarde inteira para reanimá-lo. Relembra que a situação só se estabilizou à noite e que foram momentos de muita aflição. Rosa afirma que olhava para o monitor de Henrique e que estava com a saturação muito baixa. Disse que aos olhos da equipe, tanto de enfermagem como médica, isso só poderia ser um defeito no aparelho, pois o recém-nascido estaria muito pior caso aqueles números estivessem corretos. Deste modo, as técnicas em enfermagem trocaram o monitor, porém este novo continuava acusando os mesmos números do anterior. Neste momento, todos ficaram muito assustados, pediram para os pais se retirarem da sala para iniciarem o processo de reanimação do bebê.

Rosa disse que fora da UTIN viveu momentos de muita angústia e desespero, pensando que Henrique iria morrer. Disse que a única coisa que lhe diziam é que a médica queria conversar com os pais assim que terminasse o procedimento. Nestes momentos, Rosa só conseguia pensar que Henrique iria falecer e que a notícia da médica seria o óbito. Por outro lado, Vinícius disse que estava mais otimista que Rosa naquele momento. Pensou que se a médica disse que iria fazer medicações é por que naquela situação havia coisas a se fazer. E isso lhe fez pensar que se o filho fosse falecer não existiriam mais alternativas no sentido de reanimação. Entretanto, Vinícius também estava nervoso e tenso, porém um pouco menos que a esposa e se viu na tarefa de cuidá-la neste momento.

Vinícius e Rosa também falaram muito sobre as diferenças que sentem entre ser pai e mãe no momento atual. Vinícius disse perceber que a ligação de Rosa com os bebês é mais

4 Segundo Brasil (2012b) considera-se taquipneia quando, em repouso ou durante o sono, a frequência respiratória mantém-se persistentemente acima de 60 movimentos por minuto.

intensa que a sua. Não que ele não tenha uma ligação muito forte, ele pensa que tem. Entretanto, consegue notar que a ligação da companheira é mais visceral do que a sua. Diz perceber que ela não consegue pensar em outra coisa a não ser nos filhos e que ele, ainda que esteja bastante preocupado, consegue se distrair com outras atividades. Afirma que no período em que a esposa estava internada no hospital ele estava conseguindo trabalhar, mesmo que preocupado. Entretanto, percebeu que a experiência da esposa foi bem maior em intensidade do que a sua. Pensa que neste momento seu papel é cuidá-la para que ela possa transmitir tudo isso aos filhos também.

Rosa relatou o quanto tal experiência de desamparo a fez remontar uma outra muito importante em sua vida. Rosa me contou sobre ter perdido sua mãe, com quem tinha uma ótima relação. Ela tinha 16 anos quando a mãe faleceu em virtude de um AVC hemorrágico. Diz que sua mãe foi às pressas ao hospital e pensa que ela passou alguns poucos dias na UTI. Disse que desejou muito visitá-la, mas seu pai não permitiu por acreditar que hospital não seria um bom ambiente para uma menina tão jovem. Deste modo, Rosa nunca conseguiu se despedir da mãe e a mesma faleceu durante a hospitalização. Neste ínterim, Rosa refere que desde este episódio com a mãe tem muita dificuldade de lidar com situações inesperadas. Acredita que por esta razão é que costuma planejar muito bem as coisas em sua vida. Entretanto, essa intercorrência de Henrique lhe fez reviver todo o desamparo que vivera pela perda de sua mãe.

Rosa e Vinícius lembraram que desde o início as preocupações eram maiores com o Ângelo do que com o Henrique. O Ângelo tinha peso mais baixo e fora ele que rompeu a bolsa e nasceu um pouco pior que o irmão. Em função disso, Rosa sempre se preocupou mais com Ângelo do que com Henrique e disse que neste momento se culpou muito por isso. Pensou que não dera a atenção suficiente para o Henrique e que por isso ele teria tido aquela queda de saturação. Rosa também falou sobre o intenso sentimento de culpa pela prematuridade dos bebês, pois durante a gestação começou a pensar que não conseguiria ir até o final por estar muito pesada. Mencionou não ter conseguido “segurar” os bebês pelo tempo suficiente e previsto. Ainda sobre este sentimento, também sentiu culpa por “confiar” nas indicações do monitor e não nas suas próprias ao olhar para o filho. Acredita que se pudesse confiar mais em suas impressões enquanto mãe, não seria necessário trocar o monitor e já teria conseguido perceber a gravidade da situação sem isso.

Rosa e Vinícius contaram sobre terem pego os bebês no colo pela primeira vez e terem realizado o método canguru com eles. Vinícius sentiu-se satisfeito, porém Rosa mencionou aos prantos o quanto gostou e ao mesmo tempo não gostou. Disse que era bom pegá-los no

colo, mas que aquilo não era nem de longe o que ela esperava viver com os filhos neste momento. Disse que também se sentia extremamente culpada e triste por não se sentir mãe daqueles dois bebezinhos tão pequenos, magros e aparentemente frágeis. Este último relato pareceu ser dito com muita dor, tristeza e culpa.

Neste atendimento, também me pareceu que tanto Rosa quanto Vinícius sentiam-se muito culpados pela situação de Henrique e de Ângelo. Como se por um lado, estivessem em busca de confirmar tal fantasia e por outro, acabavam projetando suas frustrações enquanto pais e a raiva de seus bebês na equipe de saúde. Esta que “tudo sabe” e que é a “salvadora” dos bebês prematuros. Após esta intercorrência com Henrique, tanto Rosa quanto Vinícius começaram a sentir muita raiva da equipe de saúde que não pôde evitar o sofrimento do filho naquele momento. Mas também tive a impressão que aqui a própria frustração de ambos por não poderem impedir o parto prematuro também estava em cena. Neste sentido, também relembrei o quanto foi ruim e o quanto Rosa deve ter sentido raiva de que, justo neste momento tão difícil, eu não estava presente, tal como sua obstetra durante o parto. Neste sentido, Rosa concordou comigo e salientou que sua maior insatisfação não foi pela intercorrência em si, mas por não ter se sentido acolhida o suficiente. Disse que algumas pessoas da equipe foram acolhedoras, porém sentiu falta de sensibilidade por outras, o que a deixara com muita raiva e pensando em registrar reclamação pela ouvidoria do hospital. A respeito desta raiva que me relatavam os pais, pensei o quanto a falha da equipe/mãe não foi bem tolerada e o quanto uma mãe suficientemente boa também é falha, mas a ideia de uma mãe idealizada que pode proteger os bebês (e a ela) de todos os males estava permeando as fantasias de Rosa. Pareceu-me que Rosa não estava suportando lidar com sua ambivalência, com sua raiva dos bebês e não podendo tolerar suas próprias falhas e limites enquanto mãe naquele momento. É como se a incubadora que não protegeu remontasse ao ventre que não segurou e talvez à ausência de sua própria mãe que não estava ali para lhe dar a mão.

Comecei então a trabalhar esta cobrança de Rosa enquanto mãe “superprotetora”, “perfeita” e, portanto, irreal. Tive a impressão de que quando levantei essa hipótese, Rosa sentiu-se bastante aliviada. E essa intervenção também começou a lhe fazer mais reflexiva acerca da culpa tão forte que sentia. Neste atendimento, foi difícil explorar os indicadores do IRDI. Isto ocorreu por dois motivos principais. O primeiro se deve ao fato de que não pude observar a relação dos pais com os gêmeos por ter sido necessário sair da UTIN. O segundo motivo ocorreu em função do estado emocional de Rosa e Vinícius. Ambos estavam extremamente tomados pela necessidade de se situarem enquanto pais no contexto da UTIN, pela iminência de perda dos gêmeos e pela culpa e raiva intensa que estavam sentindo.

Nenhum dos dois me falou espontaneamente sobre a relação com Henrique ou com Ângelo. Entretanto, ao serem questionados, ambos disseram perceber que os filhos fazem contato visual e que buscam o olhar tanto do pai como da mãe. Disseram que os bebês parecem estar constantemente procurando a presença do pai e da mãe. Sendo assim, neste atendimento, só foi possível observar a presença do indicador 5. Quando questionei Vinícius e Rosa sobre as interações com os bebês, o fiz por ter ficado bastante curiosa em saber como eles estavam reagindo após este susto tão grande. Também tive a impressão de que foi necessário intervir neste sentido, pois Rosa e Vinícius estavam extremamente voltados e preocupados com a manutenção da sobrevivência neste momento. É como se a relação deles com os filhos tivesse ficado em segundo plano e como se eles sentissem que ela não era tão importante nesta situação.

Atendimento 3 (4ª semana de vida – seria a 33ª semana de gestação)

Neste atendimento atendi Rosa e Vinícius ao lado da incubadora junto aos bebês. Rosa estava ao lado de Henrique e Vinícius ao lado de Ângelo. Após a intercorrência do Henrique eles parecem ter mantido essa troca. A sala estava um pouco mais vazia de movimentos, era início da tarde, hora que geralmente os médicos já passaram pra dar notícias aos pais. Também no início da tarde, a enfermagem recém realizou a troca de plantão (das 13 às 14h). Este momento é chamado como “hora do psiu” que é quando os pais e mães saem pra almoçar e os bebês são colocados pra dormir. Sempre me questiono se esta não seria também uma descontinuidade da experiência? Será que o bebê está pronto para organizar os horários de sono assim tão pequeno quando recém-nascido? Esta organização se dá em função da equipe, e as necessidades emocionais dos bebês e das famílias não estão em primeiro plano. Trata-se de um recorte sutil do cotidiano que evidencia o quanto a sobrevivência puramente física dos bebês é colocada como a mais urgente e importante.

Neste dia, tive uma leve sensação de o atendimento psicológico também estar sendo “vigiado” pela técnica de enfermagem da sala. A sala estava mais vazia e dava pra ouvir mais o que estávamos falando. Sendo assim, o conteúdo dos atendimentos acaba se restringindo mais às questões da relação das mães/pais e bebês nestes momentos. Ângelo estava dormindo na incubadora ao lado, acompanhado de seu pai, que zelava pelo sono dele. Vinícius estava bem tímido neste dia e preferiu que eu direcionasse o atendimento mais para a Rosa. Esta, por sua vez, me disse que estava mais tranquila e menos ansiosa que no atendimento anterior. Acredita que isto ocorreu por perceber que seus bebês estão mais estáveis e se recuperando. Falou que “se eles estão bem eu estou bem. Se eles estão morrendo eu estou morrendo”. Aqui

tive a impressão de encontrar uma mãe extremamente identificada com a vulnerabilidade de seus bebês. Ângelo estava dormindo e sendo zelado por seu pai, o qual estava observando o filho com um ar angustiado. Henrique estava acordado e trocava olhares e balbucios com sua mãe. Rosa também tinha uma aparência angustiado e parecia interagir com o filho de forma quase que desesperada. Parecia fazer um esforço bem grande para interagir com o filho. Como se buscasse a todo momento sentir-se mãe daqueles bebês, o que parecia estar sendo difícil tanto para ela como para o Vinícius. Diferente do último atendimento, me surpreendi por perceber a presença de quase todos os IRDIs adequados à faixa de 0 a 4 meses. O único que estava ausente era o 4 (a mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação), talvez pela fragilidade física mesmo dos bebês ou pela mãe não querer “exigir” muito deles e deixá-los descansar para ganhar peso. Entretanto, me chamou a atenção que ela estava conversando bastante em manhês com o filho (indicador 2). Quando ele chorava ela se via convocada a acalmá-lo e o fazia com êxito (indicador 1). Entretanto, em alguns momentos, solicitava auxílio da técnica de enfermagem, parecendo supor que ela atenderia melhor as solicitações do bebê.

No meio disso ocorreu uma situação bem interessante, pois Henrique passava as mãozinhas no olho com frequência e Rosa entendeu que ele estava incomodado com uma luz que ia direto no seu rosto. Em seguida me disse: ele está me pedindo pra tapar os olhos, pois a luz lhe incomoda. Assim que Rosa tapou os olhinhos de Henrique com o lençol, o mesmo parou de movimentar as mãos. Rosa estava tocando mais no Henrique e eu comentei esta minha observação para ela. Rosa me disse que estava se esforçando para fazer isso, mas que ainda sentia muito medo de tocar nos seus bebês. Neste sentido, lembrou o quanto esta experiência de sentir-se insegura estava sendo diferente do que com seu outro filho. Sente que com Bruno nunca teve tanto medo de tocá-lo e podia tocá-lo a todo o tempo, enquanto na UTIN, ainda que não houvesse restrições explícitas ao toque, ela não se sentia nem segura e nem autorizada para isso. Ainda sobre o outro filho, comentou que se sentiu bastante satisfeita por perceber que Bruno também se preocupa com os irmãos. Disse que costuma rezar com ele antes de dormir e que ele pediu ao “papai do céu” pela recuperação dos irmãos.

Neste atendimento, tive a impressão que mesmo com todas as dificuldades Ângelo e Henrique já possuem um lugar nesta família. E ainda que em muitos momentos Rosa pense que Henrique está convocando a técnica de enfermagem, por outro lado ela também está dando um lugar para o seu saber de mãe. Neste sentido, no dia de hoje ela comentou que, ao contrário do que a médica lhe dizia através das ecografias durante o pré-natal, estava quase certa de que seus filhos eram gêmeos idênticos. Diz ter levantado esta questão ao observá-los

com mais atenção e que a médica neonatologista lhe disse que é possível que sejam mesmo. Rosa relatou sobre suas dificuldades relacionadas ao fato de se tornar mãe de prematuros dentro de uma UTIN. Disse ter bastante medo do dia em que tiver alta hospitalar, ainda que deseje isso mais do que tudo. Relata que neste momento ainda possui o desejo de levar um monitor para casa. Afirma que conversou com a médica sobre isso e a mesma lhe disse que seria melhor ela usar o seu olhar de mãe e não o monitor. Entretanto, observou que quando os bebês vão para a UCIN as mães já podem fazer mais os cuidados. Disse que quando ela puder dar banho, fazer todas as trocas de fralda sozinhas, talvez consiga sentir-se mais segura para a alta hospitalar. Outra coisa muito interessante sobre esta questão foi o fato de Rosa ter me contado sobre uma conversa que teve com outra mãe no Banco de Leite. Percebo que Rosa iniciou um movimento de trocar experiências com as outras mães de prematuros da unidade, numa tentativa de dar um sentido para esta maternidade tão diferente. Na conversa com esta outra mãe, ela disse que a mesma lhe falou assim: “quando meu bebê nascer e estivermos em casa” ... Rosa contou que lhe chamou muito a atenção o fato desta outra mãe ter dito isso e ela ter entendido perfeitamente. E neste sentido percebe que também se sente assim. Diz que isso a fez pensar muito nesta “gestação” que ocorre na UTIN, em que parece que os bebês são mais da equipe do que das mães.

Penso que algo de diferente aconteceu em Rosa depois dos últimos acontecimentos. Acredito que ela ter um espaço pra direcionar suas angústias, medos, raivas e receber um *holding* influenciou de modo positivo na sua relação com os bebês, o que também apareceu nos indicadores do IRDI.

Breve interpolação: Considerações sobre a equipe e o contexto

Tenho combinado com os pais de realizar atendimentos junto com os bebês e com eles sozinhos alternadamente, podendo esta combinação variar de acordo com a demanda. Neste sentido, cabe salientar, que os atendimentos ao lado das incubadoras dos bebês possuem um forte atravessamento da equipe. Tudo naquele ambiente é extremamente controlado e vigiado de forma mecânica. Deste modo, percebo que existe uma dificuldade importante da equipe em permitir que exista espaço para que o sofrimento apareça ali dentro. É frequente os pais e mães falarem que a equipe lhes aconselha a não chorar perto dos bebês para não “passar angústia para eles”. Sempre que escuto isso não sei se estão falando dos bebês ou da angústia deles próprios.

Percebo que o ambiente de intensivismo em neonatologia é bastante ansiogênico para a equipe também. Muitas vezes me pediram para que os atendimentos não sejam feitos em

sala, com diversos argumentos e alguns bem coerentes. Entretanto, quando lhes digo que isso é importante para os bebês, pais e mães sempre concordam comigo. Entretanto, o desconforto permanece. Mas mesmo com isso, percebo que pedem muito por atendimento psicológico, sendo uma das equipes mais demandantes por atendimento neste sentido. Quando um bebê está muito debilitado chegam a pedir atendimento psicológico mais de uma vez por dia. Entretanto, me parece que a demanda é mais para “tirar” o sofrimento ali de dentro a todo custo, tal como o cirurgião extrai um câncer em uma mesa cirúrgica. Claro que existem muitas questões envolvidas nesta dificuldade, mas a que mais tem me chamado atenção é o quanto isso diz muito do sofrimento da equipe.

É quase como se rivalizassem com os bebês, pais e mães em um interjogo de identificações muito intensa. É como se me dissessem: por que eles podem receber atendimento psicológico e a gente não? Tal demanda já surgiu, algumas vezes, inclusive de forma explícita. Já surgiram diversos pedidos para fazer um trabalho tanto com a equipe médica como de enfermagem. Entretanto, isto não é possível de acolher e infelizmente as equipes possuíam um espaço para trabalhar suas questões com uma psicóloga, mas este espaço foi extinto até o momento. E o confronto de desamparos entre pais, mães, bebês e equipes parece que se tornou ainda maior. Em alguns momentos, propus realizar algumas rodas de conversa para trabalharmos manejo de pacientes. Mas nestes espaços, percebia que a equipe se sentia satisfeita em parte. Eles não queriam falar só dos recém-nascidos, pais e mães e como aprimorar o manejo com eles. Queriam falar de si próprios, do quanto era duro trabalhar diariamente com dores, sofrimentos, incertezas, desesperanças e angústias. É evidente que por questões institucionais e pelos limites de alcance de meu trabalho, não posso abarcar mais esta demanda. Entretanto, esta questão de carências e falta de alcance de acolhimento emocional das equipes tem repercussões diretas nos atendimentos psicológicos realizados neste local.

Atendimento 4 (5ª semana de vida – seria a 34ª semana de gestação)

Neste dia atendi os pais de Ângelo e Henrique na sala do Banco de Leite. Foi um atendimento bastante longo, onde eles falaram muito de suas angústias relacionadas às vivências atuais. Me trouxeram que Henrique estava ganhando bastante peso e Ângelo um pouco menos. Entretanto, ainda estavam mais preocupados com Henrique em função de ele ainda precisar tomar uma injeção para amadurecer os pulmões. Além disso, ele tem tido certa dificuldade de tolerar a dieta e também vai precisar de medicações para o intestino. Percebi

que Rosa e Vinícius estavam bastante entristecidos por ver o sofrimento dos filhos e o excesso de intervenções: agulhas, injeções e medicamentos.

Rosa relembrou que a última vez que esteve na sala do Banco de Leite para atendimento psicológico estava extremamente mal e triste. Pensa que hoje ainda está ansiosa, mas um pouco menos que daquela vez. Diz que percebe os filhos reagindo e interagindo, ainda que a passos lentos. Contudo, Rosa estava pensando muito em Bruno neste dia. E tanto ela como Vinícius me pareceram estar em um processo de abrir espaço para os gêmeos nesta família. Rosa falou de suas preocupações e culpas em relação a este outro filho também e do quanto foi difícil se afastar dele nos 11 dias em que esteve internada. Disse que primeiramente se preocupou muito mais com ele do que com os gêmeos. Trouxe sentimento de culpa por não ter podido viajar com ele nas férias em função de estar grávida. Relembrou que o Bruno gostava muito de viajar e que fazia tempo que não podiam fazer isso.

Neste sentido, ela começou a pensar em estratégias para “compensar” tais sentimentos e as suas associações começaram a lhe fazer pensar em tirá-lo da creche. Trouxe muitos argumentos para isso, dizendo que eles poderiam viver alguns momentos juntos como se fossem umas férias. E além disso, Rosa trouxe o quanto estava insatisfeita com o projeto pedagógico da creche dele. Também estava um pouco insegura porque Bruno iria trocar de professora e estava sem tempo de ir conhecê-la.

Trabalhei com o casal o quanto eu estava escutando nisso os desdobramentos de uma nova configuração familiar. E o quanto o Bruno já não era o bebezinho da casa e também estava ocupando um outro lugar. Pensei junto com eles, se tudo isso que estavam dizendo não poderia ser bom para Bruno também? E o quanto tinha de potência em ele poder enfrentar certas dificuldades tais como não ter férias, trocar de professora e ser o irmão mais velho. Ambos concordaram comigo e Rosa começou a repensar se tirá-lo da creche seria mesmo uma boa ideia. Neste íterim, também lembrei o quanto o que me contavam de Bruno também tinha certa conexão com o que estavam vivendo com os gêmeos. Como era ruim essa troca de técnicas em enfermagem da sala/professoras e não poder escolher a que mais gostam para ficar sempre com seus filhos. Ou ainda, não poder ser eles mesmos que fiquem o tempo todo com os filhos, os tirando desta “creche” e os deixando em casa consigo. E será que assim como Bruno, os gêmeos não poderiam ser até mais capazes de enfrentar tais dificuldades do que os pais estavam supondo? E eles mesmos também? Será que eles, enquanto pais, não poderiam proteger de alguma maneira Ângelo e Henrique de tantas agulhas, injeções, luzes e enfermeiras diferentes?

Tanto Rosa quanto Vinícius aceitaram minhas hipóteses e através disso trouxeram de maneira um pouco mais aprofundada suas angústias. Rosa disse o quanto estava tomada pelo sentimento de que os filhos estariam mais protegidos em sua barriga e que estariam sendo alimentados pelo cordão umbilical. Parecia estar elaborando a perda desta relação intra-útero com eles que ocorreu de modo tão agressivo. Isso ficava bastante colocado em sua preocupação acerca da tolerância da dieta neste momento. E o quanto estava sentindo que não foi capaz de “proteger” os filhos em seu ventre. É como se a equipe estivesse fazendo aquilo que ela não foi capaz de fazer. Neste sentido, me falou do incômodo em não ser a principal cuidadora dos bebês e por isso mesmo não se sentir mãe deles. Diz que é como se a equipe fosse a mãe neste momento. Rosa fez uma comparação de como se sentia quando fazia aulas de autoescola. Parecia que era ela quem estava dirigindo, mas na verdade quem tinha o controle da situação e que conduzia de fato suas manobras era o professor. Além disso, também falou sobre sua dificuldade em especial com tais situações em que ela não pode conduzir as situações. Disse que fez muitas provas até conseguir a carteira de motorista. E acredita que a sensação de não ter autonomia foi uma das coisas que mais lhe trouxeram impasses naquele contexto.

Com isso Rosa também lembrou sobre os primeiros momentos que vivenciou com Bruno. Relatou que com ele, que nasceu a termo, também se sentia bastante insegura. E lembrou que naquela época sabia menos coisas sobre o cuidado de bebês do que atualmente. Mas com Bruno ela percebe que se permitia dirigir, acertar e errar ao seu modo. Diferente de agora com os gêmeos, em que ela não se permite errar e quer sempre acertar. Com isso também trabalhei com Rosa de que, possivelmente, pela vontade tão intensa de somente acertar - em função de uma cobrança muito grande - acaba sendo muito mais difícil de dirigir. Aí é melhor que o “carro” seja conduzido pelo “professor/equipe”. Até porque este ideal de uma mãe que acerta sempre e nunca erra, além de inatingível, também não poderia fazer bem para seus bebês. Porque esta mãe além de não ser humana não poderia ser verdadeira.

O pai de Ângelo e Henrique também trouxe questões muito importantes neste atendimento. Relatou que se sente perdendo muitas coisas com os dois filhos internados na UTIN. Diferente da esposa que “perdeu a barriga”, referiu sentir muito por ter perdido o “umbigo” dos bebês. Sente tristeza por não ter, em nenhum momento, limpado o umbigo de Henrique e nem de Ângelo. E que seus umbigos já caíram, porém nunca foi ele quem os limpou. Assim como Rosa, ele trouxe esta sensação de perder algo muito importante por não ser ele quem faz os cuidados principais. Rosa disse o quanto é difícil não poder segurar os bebês quando acha que deva fazê-lo. Ele lembra que só pode pegá-los em horários pré-

estabelecidos para fazer o “canguru”. Diz que sonhava em ficar “agarradinho” com seus bebês em dias mais frios. Vinícius percebe que, ainda que possa segurar os bebês na UTIN, não o pode fazer de maneira espontânea. E, neste sentido, pensa que a UTIN tolhe a sua espontaneidade. Também afirmou o quanto o ambiente lhe é tenso, hostil e pouco acolhedor. Disse que não consegue imaginar como tenham pessoas que conseguem trabalhar naquele ambiente. Imagina que ter de estar ali todos os dias, sem hora de acabar, deva ser algo muito difícil.

Vinícius também relatou que todos estes sentimentos difíceis se tornaram ainda maiores depois do último sábado. Disse que internou na mesma sala dos gêmeos um bebê que faleceu logo após o nascimento, pois tinha uma síndrome incompatível com a vida. Tanto Vinícius quanto Rosa conheceram estes pais, viram o sofrimento deles e acharam tudo muito triste e pesado. Penso que, nestes momentos, o medo de perder Ângelo e Henrique fica mais acentuado. Tal situação parece lembrá-los que os gêmeos também estão “no mesmo barco” destes outros bebês tão graves. E isso traz à tona o fato de que os gêmeos também possuem risco de óbito, pois ainda precisam de cuidados em UTIN. Local este que não oferece garantias de futuro e o descompasso, incertezas e inconstâncias parecem estar a todo tempo presentes. Rosa afirmou que após este episódio não conseguiu ficar muito tempo com Ângelo e Henrique no domingo e que preferiu passar o dia com Bruno em casa. Vinícius disse que após este acontecimento, tem procurado “não olhar muito para o lado”, pois teme ver coisas que lhe tirem a coragem de estar ao lado dos filhos (também é traumático ver os outros bebês).

Mas ainda que Vinícius ache tudo muito difícil, refere pensar que foi melhor assim. Tanto ele como Rosa dizem que ver o Ângelo em sofrimento fetal quando estava na barriga de Rosa era ainda mais duro. A médica lhes falou que era importante tentar segurar um pouco mais a gravidez. Naquele momento o Henrique estava bem dentro da barriga e enquanto fosse possível ela pensava que era melhor esperar. Deste modo, Vinícius (e Rosa concordou com ele), afirmou que tinha a sensação de estar privilegiando o bem-estar de um dos filhos através do mal-estar de outro. Disse que para ele isso foi o mais difícil de tudo e que se pudesse escolher, naquele momento, faria a cesárea o mais breve possível. Mas, em tais circunstâncias, tanto um bebê como o outro iriam ter bem menos chance de vida, segundo as avaliações médicas. E isso deixara Vinícius com sentimentos muito ruins de não poder fazer nada a não ser esperar.

Atendimento 5 (6ª semana de vida – seria a 35ª semana de gestação)

Era quarta-feira de cinzas. Quando procuro Ângelo e Henrique na sala em que estavam internados não os encontrei. Em seguida, me dei conta que tinham sido transferidos para a UCI, que é uma sala de cuidados intermediários. São bebês que não estão mais em cuidados intensivos, porém ainda precisam de algum monitoramento antes de receber alta. Nesta sala, os pais e mães podem ter um pouco mais de autonomia em relação aos cuidados com os filhos. Trocam fralda e também fazem outros cuidados, podendo dar banho e pegá-los no colo com maior frequência.

Ao entrar na sala de UCI encontrei Henrique bem em um canto da sala e Ângelo acompanhado da mãe em outro. Nesta sala, eles ainda não puderam ser colocados lado a lado como na outra. Rosa estava com Ângelo no colo e Vinícius não estava presente naquele momento. Ela estava segurando o Ângelo de maneira um pouco desajeitada e com o corpo rígido. Ainda parecia algo desconfortável e insegura naquela situação. Contou-me que Ângelo começou a mamar em seu peito, mas Henrique ainda não estava podendo por causa da imaturidade pulmonar. Disse que Ângelo já pegou o seu seio três vezes. Disse que na primeira vez foi bastante difícil, pois ele dormia muito. Rosa acredita que isto deva ter ocorrido em função da prematuridade e pensa que ele cansa um pouco para sugar. No entanto, disse que um pouco antes de eu chegar Ângelo tinha mamado bastante, de modo incansável. O achou muito guloso e faminto, conseguindo mamar tudo o que ele queria naquele momento. Rosa disse que se sentiu também muito feliz e satisfeita com esta conquista do filho. Pareceu que este movimento de Ângelo também a nutriu como mãe dele. Neste dia tive a impressão de que a amamentação aproximou bastante Rosa de seu filho Ângelo. Parecia estar imbuída de sua maternagem, uma vez que somente ela poderia amamentar seu filho e ninguém mais. Rosa estava falando muito mais de Ângelo do que de Henrique, em função desta novidade que ocorreu na relação de ambos.

Busquei investigar e observar a presença de alguns indicadores do IRDI na relação de Rosa com Ângelo. Perguntei à Rosa se o Ângelo já lhe pedia pra mamar ou se ela observava alguma solicitação dele em direção a ela. Rosa disse que isso ainda não notava, ainda que o perceba interagindo bastante com o olhar. Pareceu-me que quando ele chorava ela ainda chamava as técnicas de enfermagem. Isto me deu a impressão de que ela ainda estava sentindo que os choros de Ângelo eram direcionados à equipe e não a ela. Deste modo percebi a ausência do indicador 1 e não pude perceber a presença do indicador 4.

Mais para o fim deste atendimento, Rosa contou sobre ter ficado bem assustada quando seus bebês trocaram de sala e não os viu no local de costume. Disse que por um segundo, teve um mal pressentimento, mas logo em seguida pensou que se fossem notícias

ruins já teriam lhe comunicado. Rosa referiu que ficou bastante chateada nos últimos dias, pois faltou uma medicação para o Henrique no hospital. Afirmou que ele ficou sem o tal remédio por três dias e que isso poderá postergar a alta dele. Em função deste atraso, a médica lhe falou que será necessário reiniciar o esquema destas medicações. Mas com este acontecimento, Rosa voltou a pensar em registrar uma reclamação na ouvidoria, pois acreditou que tenha sido um erro da enfermagem por não ter percebido.

Neste ponto, fiquei pensando que Rosa tinha razão quando dizia que a equipe deveria ter se dado conta e prever este hiato no tratamento. Mas também pensei o quanto Rosa ainda estava se sentindo a aluna da autoescola e que nem ela nem o Vinícius perceberam que a medicação não tinha chegado. Percebo que eles ficam bastante atentos a tudo que é feito com os filhos. Todavia, penso que, nesta situação específica, os pais também acabaram falhando.

Aqui novamente apareceu o quanto é difícil para Rosa e Vinícius lidar com as culpas relacionadas à prematuridade de Ângelo e Henrique. Parece que isso os faz sentirem-se desautorizados a assumir o comando da situação, deixando a responsabilidade principal com a equipe de saúde. Isto ocorre, me parece, por um lado, em função dos sentimentos de culpa que ficam colocados e localizados na equipe. Por outro lado, também tenho a impressão que aqui também ocorre um outro movimento. Este se dá em função de os pais estarem tendo dificuldades de se enxergarem como parte importante deste processo. Se algo vai mal é por causa da equipe, pois seria insuportável eles causarem ainda mais mal aos filhos. Mas o problema é que se algo vai bem também é por causa da equipe. E acredito que é aí que resida um dos sofrimentos mais expressivos deste casal no contexto da UTIN.

Atendimento 6 (7ª semana de vida – seria a 36ª semana de gestação)

Quando cheguei encontrei Ângelo e Henrique em incubadoras mais próximas uma da outra, estavam de frente um pro outro. Vinícius não estava na unidade e Rosa estava com o Ângelo dormindo bem aconchegado em seu colo. Ela disse que Vinícius retornou ao trabalho e que ela estava sentindo a falta de tê-lo por perto na UCI. Comentou que Ângelo seguia mamando bem, porém Henrique ainda não tinha iniciado nem o canguru e nem a amamentação em função da ventilação mecânica. Apesar disso, Rosa comentou sobre um movimento bem interessante que observou nele. Disse que toda vez que ela pega Ângelo no colo ou lhe dá de mamar o Henrique chora e grita muito alto. Ela associou isso, a um pedido de Henrique por colo e por ela também. Aqui percebi que o indicador que estava ausente com Henrique no atendimento anterior estava presente aqui (indicador 1). Com isso Rosa começou

a pensar nas dificuldades que terá em casa. Pensa que irá se angustiar se estiver com um bebê enquanto o outro começa a lhe solicitar também.

Hoje Rosa também afirmou acreditar que a alta de seus bebês ocorrerá em breve. Disse que se preocupa em ter de levar um para casa antes do outro e pensa que irá ficar muito triste se isso acontecer. Ainda assim, acha que se um dos irmãos tiver condições de ir, gostaria de levá-lo pra casa mesmo que isto aconteça. Ela disse que não conversou sobre alta com a pediatra na UTIN ainda, porém tem observado a presença dos critérios médicos para a mesma se concretizar. Neste sentido, relembro o que Agman et al. (1999) desenvolve sobre a preocupação médica primária. Esta, como referido anteriormente, é descrita como uma posição da mãe na sua busca de se apropriar dos termos e condutas médicas do seu filho. A autora afirma que esta prática, muitas vezes, é vista como inoportuna pela equipe no sentido de não ser a tarefa “esperada” para uma mãe. Entretanto, ela pode ser um meio de a mãe estabelecer a sua relação com o bebê. Afinal, muitas trocas de olhares, colo e cuidados acabam sendo limitados na internação do recém-nascido. E o olhar para os aspectos médicos também é um modo de olhar para as questões importantes e necessárias ao bebê.

Atendimento 7 (8ª semana de vida – seria a 37ª semana de gestação)

Neste dia, encontrei Rosa com o Henrique no colo, pois ele recém tinha saído da ventilação mecânica. Ela contou que ele conseguiu sair rápido do oxigênio e que isso a deixou muito contente. Logo em seguida, a pediatra dos bebês entrou na sala e deu a tão esperada notícia para Rosa: Henrique e Ângelo receberam alta. No mesmo momento, Rosa começou a chorar de emoção e disse que estava sentindo-se muito grata pelo empenho de todos. Também disse que estava muito emocionada por este dia tão sonhado e esperado finalmente ter chegado. Passou praticamente todo atendimento chorando, porém, um choro diferente dos outros dias. Era um choro de alegria, vitória e alívio. Disse para mim: meus bebês finalmente nasceram. Estou “ganhando” os meus bebês.

Em seguida começou a trocar as fraldas de Henrique de um modo muito confiante que eu ainda não tinha visto. Comentei com ela que era a primeira vez que via o Henrique em seu colo. Rosa contou que desde que ele saiu do oxigênio parece que está mais “acordadinho”. Afirma que antes quando chegava na UTIN era sempre o Ângelo que estava acordado e por isso ela acabava ficando um pouco mais com ele. Disse que no dia de hoje foi diferente, Henrique é que estava acordado e o Ângelo dormindo. Então ela ficou com ele no colo primeiro. Tive a impressão que Rosa estava se “justificando” para mim sobre a escolha entre um e outro. Acho que estas questões são bem presentes para ela e para Vinícius. Sentem-se

desafiados a dar atenção para os três filhos o mais equilibradamente possível. Neste sentido, comentei que a escolha de pegar um ou outro no colo até poderia ser aleatória. No entanto, lembrei que no atendimento anterior, tanto Rosa como eu observamos que Henrique estava pedindo colo e mostrando-se “ciumentinho” para a mãe. Disse-lhe que aparentemente ela estava atendendo esta solicitação de Henrique. Rosa afirmou que não tinha pensado nisso, mas acredita que faça bastante sentido e que, “*inconscientemente*”, acabou fazendo este movimento de começar a atender mais o Henrique. Isso confirmou minha hipótese de que o indicador 1 havia se presentificado.

Outra questão importante, foi a de que a interação dela com Henrique estava parecendo bastante afinada. Ela falava manhês com ele e Henrique respondia com uns sons que faziam Rosa (e a mim também) rir de tão bonitinho. Foi um atendimento não tão longo, mas muito intenso. Rosa chorou e riu ao mesmo tempo e pareceu sentir-se um pouco mais confiante. Tive a impressão de que o seu sentimento de mãe estava se construindo e se desenhando dia após dia.

Rosa seguiu contando que tem percebido que os irmãos, ainda que tenham estes momentos de ciúme como ela chamou, possuem uma dinâmica muito interessante. Referiu que tem observado que eles sabem “esperar a sua vez” e que, aparentemente, também sabem que precisam dividir o espaço um com o outro. A técnica de enfermagem também disse a ela que percebia isso nos gêmeos. Achei muito bonito isso e pensei na ritmicidade deste encontro de Rosa com os gêmeos. Pareceu-me que ela estava começando a ajustar os ritmos junto com eles nesta dança.

A mãe dos gêmeos estava bastante emocionada e neste dia começou a relembrar um pouco de tudo que viveu e sentiu com Ângelo e Henrique. Afirmou que durante a gestação Henrique se mexia muito mais. Entretanto, quem rompeu a bolsa foi o Ângelo e que isso lhe surpreendeu bastante. Durante a sua internação e repouso era Ângelo quem lhe preocupava mais. Isto ocorria em virtude de ele ter o peso mais baixo e ter ficado alguns dias sem o líquido amniótico. Em função disso, Rosa tinha muito medo de perdê-lo. No entanto, após o nascimento nunca imaginou que iria se preocupar tanto com a possibilidade de perder o Henrique, o qual lhe parecia mais “forte” durante a gestação. Trouxe que durante a internação teve muito medo de perdê-lo e eu tinha a impressão que ela esteve, ao mesmo tempo, mais distante dele do que de Ângelo. Acredito que ela sempre pensou nele também, mas creio que começar a investir na relação com Ângelo era menos doloroso. Afinal, ele também lhe dava mais respostas por estar mais reativo.

Rosa mencionou que a partir de agora não gostaria mais de lembrar e pensar nos dias difíceis que passou com seus bebês na UTIN. Contudo, tive a sensação de que quem não quer pensar já está pensando. Pensei que o esforço para esquecer denota a intensidade da presença desta experiência tão dolorosa. E que as coisas que ela vivenciou com os gêmeos no hospital, ainda que Rosa não o desejasse, iam sim para casa junto com eles.

Este último atendimento na UCI foi muito bonito e emocionante não só para Rosa, mas para todos que presenciaram este momento com ela. A técnica de enfermagem parecia dizer coisas encorajadoras para Rosa: olha como o Ângelo tem os olhos parecidos contigo. Além disso, também mencionava acreditar que Henrique e Ângelo eram realmente idênticos. Ainda assim, acreditava que o Ângelo tinha algo de Rosa em seu semblante e que Henrique se parecia muito com o pai. A outra mãe que estava na sala com seu bebê disse estar muito feliz por ver o momento da alta dos bebês de Rosa e por ter observado a melhora neles a cada dia. Referiu que estava bastante feliz por Rosa e que ver a alta dos filhos dela lhe emocionava. Disse que teve esperanças para pensar no dia em que sairia do hospital com seu bebê nos braços também. A médica saiu da sala dizendo que iria tomar um “café bem reforçado”, pois estava dando duas altas no dia de hoje. Saiu muito feliz e sentindo-se com o seu dever cumprido. Eu também estava feliz, mas sabia que o meu dever ainda não estava totalmente cumprido como o da médica. Sendo assim, combinei com Rosa a data e horário do primeiro atendimento a ela e aos gêmeos em casa. Nos despedimos, abracei Rosa, a qual agradeceu com os olhos marejados e nos demos um “até breve”.

Atendimento 8 – em casa (9ª semana de vida – seria a 38ª semana de gestação)

Hoje foi o primeiro atendimento em casa e fui recebida por Rosa, Vinícius e os gêmeos que estavam dormindo no carrinho. Os quatro pareciam estar me aguardando na sala da residência. Bruno estava na creche. O apartamento em que residem é bem pequeno, em um condomínio que possui área de lazer e área de convivência para as crianças brincarem. É simples, mas parece bem aconchegante. A casa da família de Ângelo e Henrique também.

O pai disse que conseguiu tirar umas férias do trabalho para receber os gêmeos e aproveitá-los nos primeiros dias em casa. Vai fazer uma semana que eles tiveram a tão sonhada e suada alta hospitalar. Rosa relatou que agora sente que Ângelo e Henrique são dela, pois na UTIN sempre teve a sensação de que eles eram mais da equipe. Afirma que agora tem sentido o cansaço por ser ela que faz mais os cuidados e que tem observado coisas diferentes no jeito deles que não observava na UTIN. Relembra que as técnicas em enfermagem costumavam lhe dizer que o Ângelo era mais agitado e “brabo” e que no hospital ela tinha a

tendência de concordar com elas. Entretanto, ao conviver com eles em casa ela percebe que Ângelo não é brabo, o acha um bebê tranquilo. Neste momento, fiquei pensando também que ele poderia estar mais tranquilo em casa e que na UTIN não estava tão confortável. E, talvez, algumas das reações dos bebês fossem mesmo melhor observadas pelas técnicas em enfermagem. Não posso deixar de considerar as vezes que Rosa falou sobre o sentimento de que as técnicas em enfermagem é que eram as mães dentro da UTIN. Para além da confirmação ou não desta hipótese clínica, creio que é um dado importante sobre o afastamento psíquico que Rosa viveu em relação aos filhos gêmeos durante a internação dos mesmos.

O casal disse que as coisas não têm sido muito fáceis neste início e Vinícius preocupasse por achar a esposa extremamente insegura. Ele lembra que com o primeiro filho deles ela não era assim. Afirmou que ela tem muita dificuldade de escolher a roupa que eles irão colocar. E nestas situações lhe pergunta diversas vezes se Vinícius acha que a que ela escolheu está adequada. Rosa, por sua vez, disse que realmente sente-se muito insegura. Além disso, diz achar muito estranho poder escolher a roupa que os filhos irão vestir. Lembra que na UTIN eles não usavam roupas, ficavam somente de fraldas por causa dos aparelhos e monitorações. Sendo assim, durante o período de um mês e meio em que esteve com eles na UTIN nunca tinha pensado nisso. Eles afirmam que ainda não saíram de casa com os bebês e que Rosa se assusta muito quando pensa nisso, pois os acha frágeis. Irão sair amanhã pela primeira vez para a consulta com pediatra.

Era um dia quente e estavam todas as janelas fechadas, dando a impressão de uma temperatura mais quente ainda do que na rua, bastante parecido com a temperatura da UTIN. Tive a impressão que Rosa queria reproduzir um pouco daquele espaço na sua casa tanto na questão da temperatura como no seu jeito de cuidá-los. Pareceu-me que, assim como na UTIN, ela estava muito preocupada em “acertar sempre”, assunto que falamos bastante também durante a internação. Nestas situações, tenho a sensação de que se trata de uma tentativa de reproduzir o maquinário e tecnologia de uma UTIN, os quais, aparentemente, não erram e possuem tudo de maneira calculada. E talvez para Rosa seja um meio de tornar-se mãe de seus bebês. Se as mães são as técnicas em enfermagem, os monitores e máquinas, porque não ser um pouco disso para vir a ser a verdadeira mãe de Henrique e Ângelo?

Rosa trouxe o fato de estar muito preocupada com as noites e que, para além do cansaço, tem muito medo de ficar sozinha com os gêmeos quando eles acordam na madrugada. Neste ponto, pensei que Rosa estava trazendo da UTIN um sentimento de ser perigosa aos bebês. Neste ínterim ela disse que, inicialmente, o plano do casal era se revezar

nos cuidados durante a noite. Entretanto, na vez que Rosa se levanta da cama para atendê-los ela precisa que o Vinícius fique junto ao seu lado. Ela referiu muito medo de adormecer com os filhos no colo e deixá-los cair, o que me remete a um temor de não poder sustentá-los (no sentido winnicottiano de *holding*). Referiu que o excesso de sua preocupação se dá pelos filhos serem prematuros e por achar que eles precisam de muitos cuidados e atenção.

Outra mudança que ocorreu nas noites da casa dos gêmeos é o fato de que Bruno sempre dormiu com os pais na cama. Entretanto, agora que Vinícius e Rosa precisam atender os gêmeos ela tem sentido incômodo com isso e acha que tudo se torna mais cansativo. Pensa que deste modo já não conseguia descansar quando tinha só o Bruno em casa, mas agora isso está lhe afetando mais. Diz que tem pensado muito no atendimento em que falamos sobre a creche de Bruno. Ela lembrou que eu lhe falava que a creche também é algo muito bom para Bruno, principalmente por ele poder ter novos convívios e aprendizados. Disse que eu lhe falei sobre não ser tão bom para ele, nesta idade (3 anos e meio) estar o tempo todo com a mãe e que as distâncias também o ajudam a crescer. Junto com isso, a mãe também afirmou que tem se irritado bastante com Bruno, pois ele exige muito sua atenção e ela sente que, no momento atual, precisa se concentrar mais nos gêmeos. Trabalhei com Rosa que assim como ela e o Vinícius, talvez o Bruno também estivesse precisando se organizar internamente para a chegada dos gêmeos. Neste sentido, também trabalhei com ela a importância desta reorganização de papéis para a efetiva chegada de Ângelo e Henrique, falamos sobre o crescimento de Bruno e sobre essa nova experiência de ser o irmão mais velho.

Vinícius parece ser uma pessoa mais reservada, porém muito atenta. Ele prestava muita atenção nas coisas que Rosa falava, ainda que ele falasse menos. Mas ele expressava bastante preocupação com Rosa. Além disso, parecia ter uma sensibilidade muito grande para auxiliá-la a identificar as coisas que podiam estar lhe atrapalhando. Penso que em função disso ele também estava aliviado com minha presença ali. Vinícius falou que se preocupava em retornar ao trabalho e achava que Rosa precisaria de mais auxílio por estar ainda muito fragilizada. Mas Rosa não parecia aceitar muito a entrada de outras pessoas fora o Vinícius para lhe ajudarem no cuidado diário com os gêmeos. Afirmou não se sentir confortável e que ficaria mais cansada em dividir os cuidados com a mãe de Vinícius.

Quando chegou perto de encerrar, percebia que tanto Vinícius como Rosa não queriam que eu fosse embora. Vinícius fez questão que eu aceitasse um doce e pareciam estar bastante agradecidos pela minha presença. Mais para o final do atendimento, Rosa disse: “ai que pena, estava tão bom”. Tive a impressão de que eles estavam precisando muito deste espaço,

principalmente para se situarem nesta nova configuração familiar cheia de medos e inseguranças.

Atendimento 9 – casa (11ª semana de vida – seria a 40ª semana de gestação)

Passaram-se quinze dias desde o primeiro atendimento em casa. Hoje, toquei a campainha ao chegar, mas parecia não estar funcionando. Rosa abriu a porta e me disse que ela tinha desativado em função dos bebês, para poderem dormir e descansar. Vinícius estava em casa, porém estava dormindo no quarto e não o vi. Ângelo e Henrique estavam novamente na sala, como no atendimento anterior, dormindo cada um em seu carrinho. Parecia que os três estavam prontos na sala me esperando, assim como da outra vez.

Rosa iniciou me dizendo que estava mais tranquila que no atendimento anterior. Disse que da última vez que a vi ela ainda estava muito apavorada em receber os gêmeos em casa. Lembra que os primeiros dias foram difíceis no que se refere à adaptação e o seu desespero por serem prematuros. Contudo, diz que agora já se sente mais espontânea que nos primeiros dias em casa. Lembra que carregou isso da UTIN e acha que lá não tinha nenhuma espontaneidade. Diz que na UTIN quem eram as mães dos seus bebês eram as técnicas de enfermagem e que agora já se sente um pouco mais mãe deles. Ficou bastante pensativa sobre isso e me perguntou se eu lembrava desta sensação dela de não se sentir mãe. Afirma agora que o único momento em que se sentiu mãe dos seus gêmeos na UTIN foi quando Henrique teve aquela queda de saturação grave. Disse que quando o “monitor falhou” ela pôde perceber que o que ela tinha com os filhos era muito forte.

Afirma que se viu brigando por eles, teve vontade de agredir os profissionais, ainda que jamais fosse fazer isso de fato. Mas isso se passou por sua cabeça. Relata que brigou com uma enfermeira, à qual acabou pedindo desculpas depois. Entretanto, disse a ela (ou para si mesma?) em um momento de extremo desespero que se os filhos morressem sua vida iria desmoronar. Ela sairia em pedaços, mas para a equipe seria somente mais um dia de trabalho.

A mãe de Henrique e Ângelo disse que a imagem da UTIN vem todos os dias em sua cabeça, e que todos os dias agradece por seus bebês terem sobrevivido. Sente-se grata por poder tê-los levado para casa no meio de outras mães que não puderam. Também disse que a experiência foi muito pesada e traumática. Neste sentindo, afirma que ter recebido apoio psicológico foi fundamental para que pudesse suportar tudo e seguir tentando enfrentar aquele ambiente todos os dias. Falou também um pouco sobre Bruno e o quanto está sentindo-se melhor em relação a ele. Sentiu-se aliviada por ter tido espaço para pensar nas questões que estavam ocorrendo com o Bruno também e no seu jeito de ser mãe dele.

Rosa relata que tem refletido muito sobre as diferenças de quando teve o Bruno e os gêmeos. Diz que logo quando ganhou o Bruno e precisava se ausentar da presença dele por algum motivo, sentia um vazio muito grande. Sentia como se faltasse uma parte dela e que isso era muito angustiante. Atualmente, estranha não sentir isso com os gêmeos e se questiona dos motivos desta sensação. Em alguns momentos se questiona se isso estaria ocorrendo por ser a segunda vez que está sendo mãe ou se é por que estava acostumada com a internação deles e com este afastamento. Trabalho com ela que pode ser tanto por uma coisa como por outra. Mas que para além disso, é importante considerarmos que ela está se habituando com a construção desta maternidade que ocorreu de modo muito diferente e inesperado para ela. E que talvez esta sensação estivesse fazendo parte do processo de Rosa começar a se sentir mãe de Ângelo e Henrique. Rosa ficou reflexiva e pensou que isso fazia bastante sentido para o que estava vivendo neste momento.

Neste momento, ela também lembrou que atualmente estaria fazendo 40 semanas de gestação. Pensou que se seus bebês nascessem a termo, poderiam estar nascendo agora ou perto disso. No entanto, já viveu tantas coisas com eles fora de sua barriga até aqui. Além disso, pensa que seu desafio foi muito grande, pois tem coisas que não viveu enquanto grávida por ser uma mãe prematura também. Neste sentido, lembra que na gravidez de Bruno, a qual viveu até o final, chegava a sentir vontade de que ele nascesse logo, pois já estava cansada e pesada. Na gestação de Henrique e Ângelo não chegou a sentir esta vontade e ainda estava curtindo muito ser “paparicada” por todos. Estava gostando muito de aproveitar a “barriga” quando eles nasceram. Refere que todos os dias vive uma “sensação muito louca” de ter vontade de engravidar novamente. Ela salientou que sua vontade não é de ser mãe de mais um filho e acredita que não vai mais querer outros. Mas sua vontade é a de resgatar a gestação e de viver as coisas que perdeu e não experienciou enquanto grávida de Henrique e Ângelo.

Neste atendimento, Rosa estava conseguindo expressar bastante as dificuldades e sofrimentos pela prematuridade dos bebês e dos traumas que vivera com eles no hospital. Pareceu que ela estava num movimento de elaboração destas vivências traumáticas, dolorosas e em grande parte indizíveis e intransponíveis para as palavras. Nesta esteira, me trouxe algo muito interessante, pois contou que criou um grupo no Whatsapp para trocar experiências com outras “mães prematuras”. São mães que ela conheceu no hospital e que seus bebês tiveram alta perto dos seus. Rosa acredita que fez este movimento para poder dividir seus sentimentos com outras mães. Disse que se sentia pouco compreendida por mães que não tiveram bebês prematuros e pensa que são situações muito distintas. Rosa afirmou que era

preciso ter um espaço para dividir com outras mães estes sentimentos tão estranhos e peculiares. Dentre tais sentimentos, ela afirmou que o que mais lhe causava estranhamento era uma sensação que ela nomeou como uma “falta de entrega” sua em relação aos gêmeos. Acredito que aqui Rosa estava se referindo a um certo distanciamento seu em relação aos bebês, o qual possivelmente trouxe da UTI-Neonatal.

Ainda sobre esta questão do distanciamento me pareceu que isso também estava aparecendo na amamentação. Rosa disse que estava dando de mamar no peito para os gêmeos, porém o peito era a “sobremesa”. Disse que a sua quantidade de leite não era forte ou o suficiente para alimentar os bebês. Sendo assim, dava o leite da fórmula e em seguida o seu peito para eles mamarem um pouco.

Novamente Ângelo e Henrique estavam dormindo bastante. Só teve um momento que o Henrique acordou e ela o pegou no colo. Enquanto isso, o Ângelo também acordou e ela começou a embalar o carrinho dele com o pé. Disse que o Henrique chora bastante e que sente muita cólica. Relata que por isso ele tem se feito mais solicitante e que ambos têm conseguido “esperar a sua vez”. Isso me fez pensar nos compassos e ritmicidade que este trio estava ajustando. E nesse ínterim, Rosa me contou que ainda não ficou sozinha com os dois, mas que queria muito. Entretanto, refere que sente muito medo de que os dois chorem ao mesmo tempo e que ela não consiga acalmá-los.

Atendimento 10 - casa (13 semanas de vida)

Neste atendimento Rosa estava desde o início bastante emocionada. Ângelo e Henrique estavam cada um no seu carrinho dormindo. Os dois estavam mais bochechudos e gordinhos, com aspecto de bebês mais saudáveis que nos últimos atendimentos. Rosa lembrou que os dias dos atendimentos em casa (terças) eram os dias em que fazia aniversário da semana gestacional. Falou que hoje ela e os gêmeos estariam fazendo 42 semanas de gestação. Neste dia tive a impressão que Rosa organiza o horário da soneca deles para o horário que chego. Acredito que isso ocorra em função de ela precisar muito poder falar de como se sente e dessas sombras que carrega desde a alta da UTIN.

Ela relatou que desde ontem está ficando sozinha com Ângelo e Henrique, sendo que isso nunca tinha acontecido até o momento. Falou disso bastante emocionada e me pareceu que ela estava comunicando sobre suas primeiras experiências de intimidade com Ângelo e Henrique. Comentei que tenho a impressão de que estar sozinha com eles é bastante importante para Rosa em função desta questão da intimidade. A mãe me disse que sim e lembrou o quanto perdera a oportunidade de viver estes momentos de intimidade com eles

na UTIN. Relembrou do tumulto, do excesso de profissionais, de máquinas, equipamentos, medicamentos e procedimentos dolorosos. Afirmou mais uma vez que, em função disso, acredita que na UTIN eram as técnicas em enfermagem que eram as “mães”.

Rosa começou a relatar sobre sua primeira experiência sozinha com os gêmeos no dia de ontem. Acredita que conseguiu se sair bem, porém sentiu-se extremamente assustada e angustiada quando eles começaram a chorar ao mesmo tempo. Neste momento, ela estava com Henrique no colo e Ângelo começou a chorar no carrinho. Disse que em um ímpeto pensou que seria melhor atender primeiro o bebê que estava com ela no colo. E que não teria como atender os dois ao mesmo tempo. Deste modo, ela começou a embalar o carrinho de Ângelo com o pé, mas ele não se acalmava e seguiu chorando por uns vinte minutos. Ela disse que aqueles vinte minutos lhe pareceram uma eternidade e que foi muito difícil. Refere que em dado momento pensou que seria impossível ficar sozinha com eles. Aqui trabalhei com ela que é nestes momentos de intimidade que ela e os gêmeos irão ajustar os passos do ritmo da dinâmica deles. Falamos sobre o quanto, nestes momentos, ela estava se permitindo experimentar e (re) conhecer a sincronicidade deste encontro com os gêmeos.

Rosa lembrou de como tem se sentido nos momentos em que se afasta deles nos últimos dias. Perguntou-me se eu lembrava do que ela contou sobre suas comparações de como se sentia ao se afastar de Bruno quando recém-nascido e como estava sendo agora com Ângelo e Henrique. Ela disse: “Agora tenho sentido aquela mesma coisa que eu tinha com o Bruno. Ao passar alguns momentos longe deles sinto um vazio muito intenso como se algo de mim estivesse faltando”. E neste ponto, também relacionei com o que ela me trazia na UTI-Neonatal sobre sentir que tanto o bebê precisa da mãe como a mãe do bebê. E aqui parece que estava falando de um acontecimento em si mesma. Tal acontecimento parece remeter à *sofisticação extrema* que Winnicott (1956/2000b) se refere ao descrever o reconhecimento pela parte da mãe, que desenvolve a preocupação materna primária, sobre a dependência absoluta de seu bebê.

A mãe dos gêmeos seguiu me contando que nos dias anteriores a estar sozinha com eles recebeu a visita de seu pai e sua madrasta. Disse que eles moram em outro estado e pousaram em sua casa por quatro dias. Relatou que gostou da visita, porém estava com muita vontade de ficar sozinha com Ângelo e Henrique. Além disso, sentia que a madrasta cuidava mais dos gêmeos do que ela mesma, pois precisava cozinhar e fazer sala para os dois. Sendo assim, sentiu que não pôde estar com os bebês o quanto gostaria naqueles dias e relembrou alguns aspectos importantes do seu histórico familiar.

Neste ínterim, ela me contou uma história muito bonita e de afeto que viveu com os gêmeos e que a faz lembrar da sua mãe. Contou que a primeira vez que viu Ângelo e Henrique foi na UTIN. Ficou assustada porque quase não conseguia enxergar o rosto deles, pois estavam com o catéter nasal e com muitos fios em volta. Entretanto, ela pôde observar que eles tinham uma covinha que é “um furinho” no queixo. Afirma que logo pensou em sua mãe, pois lembra que ela queria que Rosa tivesse esse “furinho” por achar muito bonito. Rosa acha que até tem um pouco, mas que em Ângelo e Henrique isso é bem marcado. Trabalhei com ela o quanto isso foi bonito e importante. E que mesmo em um contexto tão difícil de reconhecer os bebês enquanto seus ela pôde ver algo dela e de sua história nos gêmeos.

Seguimos falando da construção da relação de Rosa com Ângelo e Henrique enquanto eles dormiam nos carrinhos. A mãe referiu que por estar tendo estes momentos de intimidade, sente que os bebês são “seus”. Também retomou o quanto ficar sozinha com eles tem sido importante em função disso. Afirma que tem sido um esforço e que ainda não consegue conversar muito com eles. Mas consegue cuidá-los e acha que isso tem sido muito importante. Além disso, trouxe que tem gostado muito de estar com eles, ainda que sinta medo, em alguns momentos.

Rosa também segue em um movimento de criação das narrativas sobre os traumas vivenciados na UTIN. Comentou novamente que naquele contexto as mães eram as técnicas de enfermagem. Ela diz que não se sentia nada mãe dos bebês e que eles não eram nada seus. Pensava também que nada dela poderia ser bom para Ângelo e Henrique. Neste sentido, comentou que algumas técnicas tentavam lhe auxiliar no manejo com os filhos. Diz que inclusive agradeceu uma delas no dia da alta por ela ter feito algo muito importante para sua relação com os filhos. Lembra que naquele dia estava sentindo-se muito entristecida, sem valor e tendo de pedir autorização para pegar os filhos no colo. Quando a técnica de enfermagem começou a dar o leite para um dos filhos ela chamou Rosa e disse: olha, tu estás vendo que estou dando o *seu* leite para o *seu* filho?

O atendimento se aproximava do fim e começamos a trabalhar o encerramento das visitas. Ainda tínhamos mais duas. Rosa disse que pretende seguir fazendo psicoterapia e vai buscar uma psicóloga através do seu convênio. Também quis me contar antes de eu ir embora sobre sua relação com o Bruno. Disse que estava muito satisfeita, pois ele tinha começado a dormir em sua própria cama sozinho no seu próprio quarto. Relata que lhe ajudei bastante a se sentir mais firme em poder frustrá-lo e acredita que isso fez muito bem para ele. Diz que às vezes ele não quer ir para a creche e ela não o deixa faltar. Diz que em tais momentos lembra do que temos trabalhado também. Afirma que ele está menos ciumento com os irmãos e que

todos lhe perguntam se ele está regredido com a chegada dos gêmeos. Rosa pensa que não, pelo contrário, ele está crescendo mais. Tive a impressão que algo estava se operando no modo de Rosa ser mãe de Bruno, mas no modo de ser mãe de um modo mais amplo, com os gêmeos também. Estava podendo identificar o que cada um deles necessita em dado momento, um pouco mais livre de suas culpas, cobranças e inseguranças.

Atendimento 11 (14 semanas de vida)

Este foi o penúltimo atendimento à Rosa e aos gêmeos. Ela estava novamente sozinha com eles. Tinha me enviado, no dia anterior, uma mensagem solicitando que eu chegasse um pouco mais cedo, pois ela teria uma outra consulta depois. Como eu podia disse que chegaria um pouco antes. Em função disso, também notei uma dinâmica um pouco diferente da rotina deles três. Henrique estava acordado no colo de Rosa chorando e ela disse que ele queria mamar (indicador 1). Ângelo estava no carrinho dormindo e isso me fez pensar que ele já tinha tomado sua mamadeira. Enquanto a mãe conversava comigo, segurava o Henrique no colo e preparava sua mamadeira, na sua pequena cozinha que é aberta e junto com a sala.

Rosa estava empolgada, comentando que segue os dias sozinha com os gêmeos e sente que as coisas estão dando certo assim. Diz que está mais segura e começou a relatar sobre a ritmicidade deste encontro com Ângelo e Henrique. Falou do modo como eles vêm se conhecendo ou reconhecendo através desta intimidade de que falávamos no atendimento anterior. Contou que novamente ocorreu uma situação em que ambos começaram a chorar ao mesmo tempo. Disse que desta vez encontrou um modo que funcionou melhor do que embalar o carrinho com o pé. Disse que nestas situações, percebe que o bebê que está em seu colo também se angustia quando o irmão começa a chorar (indicador 1). Com isso, Rosa começou a experimentar conversar com eles quando isso acontece. Afirmou que isso tem funcionando muito bem e percebe que sua voz os acalma e lhe acalma também. Neste momento, fiquei pensando que eu não tinha observado o manhês e que ela também tinha me falado que não estava conseguindo conversar muito com eles (indicador 2).

Neste sentido, ela descreveu ter percebido que sua voz é muito agradável para Henrique e Ângelo e que isso também é algo que lhe conforta. Refere ter pensado que este movimento ocorreu por ela estar tendo espontaneidade em casa. Disse: aquela espontaneidade que tu me falas. Não descordei dela, mas o termo espontaneidade, ainda que eu concorde com o raciocínio de Rosa, não surgiu nos atendimentos por mim. Este termo foi usado por Vinícius durante a internação dos bebês. Lembro de ele dizer que sentia não ter isso na UTIN. Aqui fiquei pensando sobre a melodia da voz neste reencontro de ritmos dos três e do *holding* que

ela faz ao filho que não está no colo com sua voz. Hoje ela retomou que está sentindo que os gêmeos são dela a cada dia mais. E que está mais próximo do que sentia com Bruno quando recém-nascido.

Retomei com ela o quanto este ritmo sofreu um certo descompasso durante a internação na UTIN. E me parecia que era uma sintonia que ela já estava construindo com os bebês durante a gravidez. Mas que ocorreu uma quebra nisso através do parto tão traumático e posteriormente com a internação na UTIN. Rosa afirmou concordar e diz que sentiu medo de perdê-los até o último dia de internação deles. Disse que ela estava desesperada e chegou a achar que jamais se sentiria mãe daqueles bebezinhos tão frágeis, magrinhos e pequenos. Com isso, relembramos o quanto já é difícil com um bebê a termo e que dificilmente uma mãe sente-se mãe logo após o nascimento. Entretanto, com o parto prematuro e a UTIN existem mais obstáculos. Nesta situação, ocorreu uma interrupção brusca no processo em que Rosa e os bebês perderam uma parte da gestação. Além disso, surgiram os dias na UTIN que também não são nada fáceis.

A mãe de Ângelo e Henrique relatou que ainda se sente bastante culpada pela prematuridade deles. Diz que conversa sobre isso com o seu marido e ele lhe diz que ela não teve culpa e fez tudo certo. Trabalhamos um pouco sobre estes elementos e o quanto Rosa fez tudo que estava ao seu alcance. Ainda que conscientemente ela saiba disso, ainda sente como se tivesse provocado coisas ruins aos filhos. Nesta esteira, Rosa afirma que sente muito medo de errar. Afirma que dentro desses medos o maior é o de deixar os filhos “caírem no chão”. Refletimos sobre o excesso de culpa e de cobrança acerca de seu papel enquanto mãe. E que isso poderia lhe trazer muita angústia caso não siga observando e trabalhando tais aspectos.

Deste modo, Rosa lembrou sobre algumas questões suas enquanto mãe de Bruno a respeito de ter certa dificuldade em frustrá-lo. Afirma o quanto gostaria de modificar algumas coisas neste aspecto agora com os gêmeos. Pensa que este movimento é inevitável por estar sendo mãe de “segunda viagem”. Relata que, neste sentido, tanto com Bruno quanto com os gêmeos quer ser uma mãe “produtiva”. Ao lhe perguntar sobre esta definição ela me falou algumas coisas que em muito me lembraram a mãe *suficientemente boa* de Winnicott. Rosa exemplificou dizendo que gostaria de tentar fazer os gêmeos começarem a dormir no berço, pois eles têm dormido em seu quarto nos carrinhos. Sendo assim, ela pensa que ser uma mãe produtiva é ser uma mãe que permite e facilita o crescimento de seus filhos. Penso junto com ela, que isso é algo muito singular e amplo, além de que pode envolver muitas variáveis. Contudo, teve uma questão acerca da relação dela com Ângelo e Henrique que me chamou a atenção. Pensei em como seria essa mãe produtiva no momento atual dos gêmeos. E me

pareceu que esta função passa por identificar os sinais que eles lhe demonstram em direção ao amadurecimento. Disse-lhe que talvez ela tenha pensado sobre o berço porque, possivelmente, seus bebês tinham lhe comunicado essa necessidade de algum modo. E que além de ela ter captado a mensagem, também está correspondendo e buscando meios para seguir se relacionando deste modo com eles.

A mãe seguiu falando sobre como estava sentindo sua relação com os gêmeos neste momento. Relata que segue sentindo-se cada vez mais mãe deles. Relata o desejo de fazer os cuidados sozinha e não gosta de deixar outras pessoas trocarem as fraldas, por exemplo. Neste ponto, tive a impressão que se apropriar do cuidado de seus bebês era muito importante pra ela começar a se sentir mais mãe deles.

Cabe salientar que logo no início deste atendimento, quando Henrique começou a mamar, Rosa falou bastante de sua relação com os dois. Disse que Henrique estava chorando porque estava com fome, mas também estava com cólica (indicador 1). No entanto, diz que isso lhe chamou a atenção, pois quem costuma ter cólicas é o Ângelo. Também disse sobre como ela percebe o choro de cada um deles. Diz que o Henrique costuma saber esperar um pouco mais a sua vez e lhe parece mais tranquilo. Por outro lado, o Ângelo chora de modo estridente parecendo “furioso”. Neste sentido, ela relembra que foi o Ângelo que rompeu a bolsa primeiro e associou esta questão ao funcionamento dele. Neste momento, ela olha pra ele falando manhês (estava fazendo muito isso neste atendimento – indicador 2) e diz: “eu tinha que sair, né mãe? Não estava nada bom ali dentro”.

Este atendimento estava se encaminhando mais para o fim e tentei perguntar à Rosa algumas questões sobre como estava a amamentação. Rosa não se mostrou muito confortável para falar no assunto. Não parece estar disponível para pensar nesta questão e o seu leite segue sendo “sobremesa”. Isso me fez pensar o quanto ainda era difícil lidar com os sentimentos de “não ser uma boa mãe”. Tive a sensação que esta questão ainda estava bastante presente em Rosa. A mãe também me disse que tem conversado muito com as outras “mães prematuras” que conheceu na UTIN. Refere que isso tem feito bem para ela. Pensa que ainda é necessário ter espaço para falar sobre esta vivência tão difícil junto com pessoas que tenham passado por algo semelhante. Relata ter se lembrado da sua história e dessas outras mães um dia quando estava andando em um transporte de aplicativo para celular. Diz que a motorista lhe falou que também teve gêmeos, porém um deles permaneceu internado durante dois meses e faleceu. Rosa disse que teve muito medo disso na UTIN e que entende o sentimento daquela mãe, pois poderia ter sido com ela.

Comentei com Rosa sobre o quanto acho importante a aproximação dela com essas mães para buscar sentidos para esta experiência tão dolorosa e impossível de descrever com palavras. Disse para ela que este movimento já ocorreu com outras mães. E que existe um grupo de mães que já tiveram alta há cerca de 20 anos com seus “bebês”, mas mantiveram contato. Essas mães costumam comparecer no grupo de apoio aos pais da UTIN do hospital, na semana da prematuridade, todos os anos. Estes encontros ocorrem em novembro e disse pra ela que se tiverem interesse em seguir trocando experiências poderiam comparecer também. Rosa achou muito interessante a aproximação e amizade que estas mães criaram. Pensa que isso ocorrerá com ela e suas amigas “mães prematuras” também. Ela disse que gostaria muito de participar deste encontro em novembro deste ano.

Atendimento 12 (15 semanas de vida)

Este foi o último atendimento em casa para Rosa e os gêmeos. Fui recebida por Rosa, Ângelo, Henrique e Bruno (este último eu não conhecia pessoalmente ainda). Estávamos com um tom de encerramento desde o início. Logo que cheguei na casa, achei Rosa com um semblante bem contente. Parecia ser em função de estar com os três filhos em casa. Lembro de ela ter falado algumas vezes desde os atendimentos na UTIN que ela gostaria que eu conhecesse o Bruno. E neste dia, creio eu que não por acaso, eu o conheci. É um menino bem bonito, bem maior do que nas fotos que ela me mostrou dele. Vai fazer quatro anos daqui a 5 meses meses, mas parece ter uns cinco ou seis. Todos os filhos dela são bem parecidos com o pai. Vinícius é bastante alto e acredito que Bruno será tão alto como ele também.

Ângelo e Henrique também parecem maiores agora e estavam com a aparência de bebês gordinhos. Rosa comentou que foi fazer a “vacina da prematuridade”⁵ neles e no local onde foram atendidos, os bebês também foram pesados. Disse que se impressionou por terem ganhado bastante peso e se sentiu satisfeita com isso. Até porque essa é uma de suas maiores preocupações: que Ângelo e Henrique sigam ganhando peso igual ou maior que o esperado. Talvez também seja algo que ela levou para casa da UTIN. Naquele contexto é comum as mães e pais comemorarem cada grama que os bebês ganham. É como se isso representasse a possibilidade de eles sobreviverem. Creio que com Rosa não foi muito diferente neste aspecto. Inclusive me lembro dela falar algumas vezes que estabelecia “metas imaginárias” de

⁵ Trata-se de uma vacina chamada Palivizumabe que é comumente indicada por pediatras para recém-nascidos prematuros durante o primeiro ano de vida. Tal vacina é responsável pela prevenção da infecção pelo vírus sincicial respiratório. Segundo Brasil (2012c) a prematuridade é um dos principais fatores de risco para hospitalização em decorrência do VSR.

peso para eles. Relata que essas metas eram pra que ela ficasse tranquila e geralmente estavam acima do que seria esperado nas consultas pediátricas.

Em determinado momento, de maneira um pouco tímida, Bruno, num ímpeto espontâneo que somente as crianças têm, deitou a cabeça no meu colo. Achei aquele gesto muito bonito e entendi que ele estava me comunicando algo. Pensei que foi um modo de agradecimento. Agradecer por eu ter “cuidado” da sua mãe e pai, seus irmãos e por consequência dele mesmo também. Neste momento, observei a interação de Rosa com os gêmeos. Ela riu de Bruno ter deitado no meu colo e seguiu com um sorriso em direção a Ângelo, que lhe devolveu um sorriso muito bonitinho também (indicadores 4 e 5). Henrique ainda estava dormindo no seu carrinho. A mãe dos gêmeos contou que tem os percebido mais atentos (indicador 1). Além disso, tem observado que ambos lhe olham muito apaixonados (indicador 3 e 5). Este gesto também pude observar no olhar atento de Ângelo no colo dela e buscando pelo olhar de Rosa com bastante frequência (indicador 3 e 5). Rosa pensa que ela e os gêmeos estão se entendendo bem e que agora Ângelo e Henrique só choram ao mesmo tempo na hora das mamadas. Ela pensa que é uma disputa por atenção muito grande e que ficam “brigando” por quem será o primeiro.

Rosa também estava emocionada neste dia de encerramento e começou a relembrar muitas das coisas que viveu com os gêmeos na UTIN. Algumas que inclusive não tinha me relatado ainda. Descreve esta experiência como traumática e que agora as coisas estão começando a melhorar. Neste ínterim, referiu que esteve em sua dentista e que a mesma lhe perguntou como ela conseguia dar conta de três filhos. Rosa disse que se pegou pensando que não estava achando nada difícil a experiência com os três em casa. E com isso relembramos que ela passou por um processo tão doloroso recentemente na UTIN. Considerando isso, pensamos o quanto os dramas cotidianos de uma mãe de três filhos acabam sendo muito menores para Rosa agora. Talvez aí também resida a importância das trocas que ela tem tido com outras mães. Estas que não somente tiveram os bebês prematuros, mas que também enfrentaram a internação deles na mesma UTIN que os dela. Penso que aqui se faz muito claro os aspectos indizíveis desta experiência. É mais do que dividir as vivências com outras mães, tenho a impressão que é sentir junto com elas.

A mãe relatou o quanto vivia dias de muita aflição e medo na UTIN. E que além do medo de que seus filhos morressem tinha medo de que tivessem sequelas. Até hoje, não sabe descrever qual deles era pior. Relembrou quando Henrique precisou repetir o teste da orelhinha e do quanto sofreu com a possibilidade de ele ter algum problema de audição. Também relembrou que estava vivendo todos esses dramas no dia em que me conheceu. E

que queria muito ter um acompanhamento psicológico desde sua internação. Afirma que conversava sobre isso com a médica que fazia suas ecografias. Sempre comentavam sobre o atendimento psicológico, mas Rosa nunca solicitou. Acredita que isso é um pouco dela mesma. Acha que sempre foi assim: de não pedir ajuda mesmo quando sente que precisa.

Neste atendimento ela me contou sobre ter tido dias muitos difíceis não só na internação e na UTIN, mas no Centro Obstétrico também. Refere que em determinada ocasião de sua internação foi necessário permanecer dois dias em observação dentro do CO. Foram dias extremamente difíceis e ela pensou que iria enlouquecer. Disse que ouvia o choro dos bebês nascendo o tempo todo e ficava pensando se poderia ter os seus nos braços ou não. Diz que se sentiu muito pouco acolhida pela equipe e que em determinado momento sentiu como se fosse invisível naquele cenário. Afirma que, em um lapso, chegou a comentar com Vinícius que cogitou fugir do hospital, pois não estava mais aguentando aquele ambiente.

Mesmo com tanto desespero afirma que quando Ângelo e Henrique nasceram não sabia se estava aliviada ou mais triste. Lembra que eles nasceram às 22h por cesárea e que fora encorajada por uma técnica de enfermagem da maternidade a visitá-los na UTIN. Disse que só conseguiu se sentir segura para vê-los às 3h da madrugada e que a técnica de enfermagem a levou de cadeira de rodas para ver Ângelo e Henrique na UTIN.

Disse que naquele primeiro encontro dentro da UTIN conseguiu ver o rosto dos bebês, pois a médica ainda não os tinha avaliado e ainda estavam sem o óculos nasal. Ainda que ela tenha gostado de ver os rostinhos, disse que foi muito traumático vê-los do jeito que estavam. Os achou muito pequenos e frágeis. Ângelo, que tinha ficado alguns dias sem o líquido amniótico, estava com semblante de sofrimento. Também estava com os olhos bastante inchados e com aspecto de um bebê doente. Neste sentido, também relembrou da primeira vez que deu de mamar para Ângelo. Disse que também foi uma experiência traumática e que o viu muito cansado. Disse que ele sugou e que quando terminou de mamar virou para o lado e dormiu exausto. Rosa afirma ter chegado em casa com esta imagem dele sofrendo em sua cabeça. Diz que essas coisas foram muito insuportáveis.

Por fim, Rosa me contou sobre a história dos nomes de seus três filhos. Disse que Bruno, seu primeiro filho, tem o nome de seu avô paterno. Rosa lembra das histórias que ouvia de seu pai na infância. Ele sempre falava do próprio pai como uma pessoa muito calma, tranquila e bonita. Sobre os nomes de Henrique e Ângelo lembrou que no início as ecografias só mostravam um bebê do sexo masculino. O outro ainda não tinham certeza. Deste modo, o primeiro nome que escolheu foi o de Henrique. Lembra que um colega de trabalho que era pai de meninas gêmeas disse que se tivesse um menino colocaria este nome. Rosa achou o nome

muito bonito também, mas Vinícius achava esquisito. Pensava que parecia ser nome de “velho”. Quando souberam que o outro bebê também era menino, Rosa disse que gostaria de homenagear sua mãe. Tinha a recordação de que ela gostava muito de um cantor que tinha esse nome. Refere que a mãe ficaria muito feliz em ter um neto chamado Ângelo. Disse que Vinícius gostou muito deste nome também. No entanto, assim que conseguira escolher dois nomes, o primeiro que pareciam já ter “resolvido”, ainda estavam por decidir. Afirma que ela começou a insistir com Vinícius para decidirem logo e que em seguida ele teve um cliente no banco com o nome de Henrique. Disse que achou aquela pessoa amigável e não lhe pareceu tão esquisita assim. E com isso ficaram definidos os nomes dos gêmeos Henrique e Ângelo.

5.1.1 Síntese de caso - UTI-Neonatal: casa ou barco à deriva?

No caso de Rosa, Ângelo e Henrique, acredito que a UTI-Neonatal representou uma tentativa de ser casa, assim como ocorre em muitos casos. Creio que essa tentativa muito tem a ver com a postura da equipe de neonatologia, a qual possui a tendência de naturalizar a internação. Como se a unidade pudesse ser um “útero provisório” ou a substituição do ventre/casa/barriga da mãe que não pôde sustentar o bebê até o final da gestação. Ao problematizar esta questão, relembro uma afirmativa de Bachelard:

Todo espaço verdadeiramente habitado traz a essência da noção de casa. Veremos no decorrer de nossa obra, como a imaginação trabalha neste sentido quando o ser encontrou o menor abrigo: veremos a imaginação construir “paredes” com sombras impalpáveis, reconfortar-se com ilusões de proteção. (Bachelard, 1957/2008, p. 200).

A partir disso, coloco-me a pensar no primeiro atendimento com Rosa, em que tive a sensação de as paredes da UTI-Neonatal serem de vidro. Esta imagem que me surgiu ao escutar Rosa, nos diz muito desta “casa” que a unidade hospitalar foi para esta mãe e seus bebês. Este local extremamente controlado e observado representa um modo de existir muito peculiar para estes bebês e mães. E a casa (UTI-Neonatal) que abriga estas famílias é permeada por um universo de encontros, desencontros, desamparos, medos, possibilidades de vida, possibilidades de morte, traumas inomináveis. Todas essas coisas acontecendo simultaneamente.

No caso de Rosa e dos gêmeos, o excesso de observações e controles mecânicos tornaram a experiência ali dentro um tanto difícil para ela enquanto mãe. Em muitos momentos me falou, tanto ela como Vinícius, da dificuldade de sentirem que os bebês eram seus pela falta de espontaneidade. Parece que descreviam um espaço vazio em sentidos, experiências e de

relações também mecânicas. Pareciam “forçar” a relação com seus bebês para que alguma troca ocorresse com eles dentro da unidade de internação. Tive a impressão de que descreviam uma casa em construção. Entretanto, é como se fosse uma construção provisória e frágil como a parede de vidro que imaginei. Penso que esta primeira casa com paredes de vidro exemplifica bem o modo como percebi este momento da relação de Rosa, Vinícius e os bebês Ângelo e Henrique. No início, conseguiram erguer algo menos sólido. A relação existia, os bebês existiam, mas isso poderia se quebrar com uma colisão mais forte ou se esvanecer com um impacto inesperado. Deste modo, a possibilidade de morte e perda permeou toda a experiência de Rosa com seus gêmeos durante a internação.

Em muitos momentos, a internação dos gêmeos Ângelo e Henrique parecia abrigar uma família dentro de um barco à deriva. Rosa parecia tão fragilizada quanto os bebês e Vinícius quase sempre parecia muito preocupado. Neste percurso eram surpreendidos por intercorrências, taquipneias, medos e desencontros. É como se estivessem viajando em um barco que era atacado por fortes ventos e águas turbulentas a todo o momento. Se mostravam angustiados e sentindo que era difícil e aterrorizadora a possibilidade de pensar no modo como esta viagem, em meio a tempestade, iria acabar. Os bebês sobreviveriam? Iriam para casa algum dia com eles? Iriam com os dois? E se fossem com os dois, os irmãos teriam alta juntos ou em momentos distintos? Teriam sequelas? E como explicar todas essas coisas ao irmão mais velho?

Eram muitas perguntas e quase nenhum vislumbre de respostas. E eu assistia um casal em congelamento. Eu os percebia assim principalmente nos dias em que Ângelo e Henrique estavam na sala de UTI. Creio que nos momentos mais iniciais, em que eu os estive acompanhando, a relação tanto com Ângelo como com Henrique ocorria de forma assustada, quase forçada e permeada pelo não-lugar dos pais naquele espaço. Tive a impressão de que antes de se adaptarem aos bebês eles estavam se adaptando à UTI-Neonatal. Deste modo, me coloco a pensar sobre este encontro intersubjetivo de Vinícius, Rosa e os gêmeos dentro da UTI-Neonatal durante estes momentos tão turbulentos. Eram momentos em que pouco conseguiam falar de outra coisa que não da dor deles próprios, em especial Rosa. O olhar para Ângelo e Henrique nestas situações ou era um tanto forçado e desesperado ou através de minhas intervenções no sentido de direcionar a atenção deles aos bebês em meio ao caos. E neste ponto, ao pensar sobre as possibilidades deste casal construir um ritmo em comum com os bebês, me coloco a pensar no que Victor Guerra (2017) descreve sobre o desencontro de um bebê com seu ambiente. Ele o compara com o desencontro de um poeta com as palavras, o

que produziria o efeito de uma *disritmia*: “o ritmo não acontece como ‘leito-apoio’ do encontro e da palavra e isso implicaria um risco na subjetivação” (Guerra, 2017, p. 33).

Para o autor, o ritmo é um primeiro organizador psíquico, assim como a palavra. Afirma que, ao entrarmos em contato com um bebê, a primeira coisa que fazemos é estabelecer uma comunicação rítmica corporal. Esta pode ocorrer através do movimento ou mesmo com a repetição da palavra. Ele define este *ritmo* da seguinte maneira: “a repetição de uma experiência a intervalos regulares que permite organizar uma experiência e oferecer uma vivência de continuidade, mas com a integração progressiva da descontinuidade, do inesperado” (Guerra, 2017, p. 44).

Neste ínterim, creio que a vivência de Ângelo e Henrique com seus pais na UTI-Neonatal não pôde, em muitos momentos, obedecer esta integração progressiva da descontinuidade. Diferente da descrição de ritmo acima, me parece que boa parte da experiência desta mãe com seus bebês na UTIN ocorreu de modo abrupto partindo do parto prematuro. Os acontecimentos, considerando o que ela me descrevera de sua internação ainda gestante, o parto e os dias mais iniciais na UTIN, parecem ser permeados por um certo descompasso, onde pouco se observava esta ritmicidade. Neste sentido, penso que tais postulados em muito dialogam com algumas concepções winnicottianas. Relembro que Winnicott (1988/2006) afirmou que o momento certo para o parto de um bebê é o período a termo e ao se referir a um bebê prematuro também diz que uma incubadora é adequada para este. Entretanto, na “data de seu nascimento o grau de maturidade do bebê já pede cuidados humanos” (p. 54).

Acontece, que no advento de um parto prematuro com uma internação, tanto o bebê como a mãe ainda não estão prontos para esta experiência de separação do ponto de vista emocional. Ocorre que a incubadora faz uma tentativa de substituição do ventre no que se refere às necessidades biológicas, o que é importante e necessário para a sobrevivência. E em grande parte dos casos é bastante efetiva. Mas no que se refere à *continuidade existencial* do bebê podemos pensar em uma descontinuidade deste processo que estava ocorrendo intra-útero. Nesta esteira, Winnicott afirma:

Do ponto de vista do bebê, nada existe além dele próprio, e portanto a mãe é, inicialmente, parte dele. Em outras palavras, há algo, aqui, que as pessoas chamam de identificação primária. Isto é o começo de tudo, e confere significado a palavra muito simples, como *ser* (Winnicott, 1988/2006, p. 9).

Em outra passagem de sua obra, Winnicott (1949/2000a), ao se referir ao parto, menciona que o bebê já está preparado antes do nascimento para uma certa intrusão ambiental. Ele descreve este momento como uma reação temporária e uma interferência importante no *continuar a ser*. Entretanto, em termos de um parto a termo, não se trata de uma experiência tão intensa ou prolongada que possa interromper a continuidade de um processo existencial. Por outro lado, ele afirma que: “No momento de nascer o bebê não está ainda preparado para uma intrusão ambiental prolongada” (Winnicott, 1949/2000a, p. 265). E neste sentido, ele coloca que o mais importante acerca desta questão é o trauma representado pela necessidade de *reagir*. Afirma ainda que tal reação nesta fase do desenvolvimento significa uma “perda temporária de identidade” (Winnicott, 1949/2000a, p. 265).

A partir de tais considerações, creio que esta *intrusão ambiental prolongada* foi observada no caso de Rosa com seus gêmeos. Esta intrusão parece ter iniciado logo no início da internação de Rosa ainda gestante e se estendeu para o momento do parto e para a internação dos bebês. Tenho a impressão de que as reações a tal intrusão eram observadas em relatos de Rosa sobre estes diferentes momentos. Sobre o período em que estava internada, diz que já sentia necessidade de receber apoio psicológico, porém o estado de profundo sofrimento a deixou imobilizada. E ainda que soubesse que o hospital possuía este tipo de assistência, em poucos momentos conseguiu nomear esta sua necessidade. Ela chegou a falar sobre isso com a ecografista algumas vezes, mas a médica não pôde dar uma adequada sustentação para este pedido de Rosa, pois não chegou a acionar a equipe de psicologia em nenhum momento. Reações traumáticas também apareceram quando ela relatou os momentos em que esteve internada no centro obstétrico para se preparar ao parto. Durante tal experiência, Rosa afirmou a sensação de estar *enlouquecendo* e que chegou a falar para Vinícius que tinha vontade de fugir. Relembro aqui o que Donelli, Caron e Lopes (2012) observaram em um estudo acerca da experiência do parto como um momento de profundo desamparo não só do bebê por estar em dependência total da mãe. Mas as autoras também desenvolveram a questão de que a mãe, em sua identificação com o bebê e, justamente por isso, em estado de regressão, também se encontra numa situação de extremo desamparo. Saliento que o enfoque deste estudo não era com mães de prematuros. Acredito que este estado de desamparo se dê de modo ainda mais intenso no caso de um parto prematuro.

Este desamparo ficava bastante evidente quando Rosa falava da dor que vivenciava toda vez que precisava se separar dos bebês e que sentia que os estava abandonando. O aspecto traumático também aparecia quando ela falava de modo muito forte que as mães eram *as técnicas de enfermagem*. Neste sentido Rosa também parecia sentir-se deslocada naquele

espaço, quando dizia que não se sentia *nada* mãe dos bebês e que eles não eram *nada* seus. Aqui parecia estar falando do imenso vazio gerado por ter sido separada precocemente de seus gêmeos e de estar com os braços vazios. Outros estudos também enfatizam o potencial traumático da separação precoce entre mãe e bebê no advento de um parto prematuro com internação em UTIN. Tais estudos revelam a necessidade de a mãe se defender psicologicamente em virtude de tal separação, o que pode provocar sequelas emocionais tanto na própria mãe como no bebê (Ferrari & Donelli, 2010; Fleck & Piccinini, 2013).

Além do exposto, Rosa tinha bastante dificuldade de situar qual era o seu lugar e o seu papel dentro da UTIN e falava que os filhos deveriam estar ainda em seu ventre. Junto com isso, também sentia dificuldades de nomear o que estava sentindo. Tais questões se assemelham ao que Henrich, Schaefer e Donelli (2017) observaram em um estudo feito com díades mães-bebês antes e durante a internação de recém-nascidos prematuros. Em um dos casos analisados pelas pesquisadoras, a mãe falava de um sentimento de vazio pelo afastamento do bebê. Além disso, esta mesma mãe demonstrava dificuldades de descrever seus sentimentos, dizendo apenas que achava o bebê “muito pequeno e indefeso” (Henrich, Schaefer e Donelli, 2017, p. 76).

Ainda sobre este ponto de ter a sensação de que ainda deveria estar grávida, Rosa dizia ter a *impressão de que “isso” não está certo*. E pensava que deveria estar “*grudada*” com seus bebês e que tanto o bebê precisa da mãe quanto a mãe do bebê. Creio que aqui temos alguns desdobramentos importantes a serem discutidos sobre tal aspecto. Um deles é o fato de que a UTI-Neonatal parece ter antecipado o jogo presença e ausência entre a mãe e os bebês, o qual deveria acontecer bem mais tarde. Entretanto, tal questão será desenvolvida mais adiante em minha discussão sobre o IRDI. Mas o outro ponto, o qual gostaria de destacar agora, é o de que, por um lado, Rosa sentia-se extremamente identificada com seus bebês a ponto de sentir-se paralisada em muitos momentos. Mas por outro, os seus sentimentos, ainda que muito intensos a direcionavam para uma certa proteção dos bebês. E além disso, quando dizia que algo não estava certo e que deveria estar grudada neles é como se estivesse identificando uma necessidade que lhe era comunicada de maneira silenciosa e corporal pelos seus bebês. Lembro-me que, por diversas vezes, durante a internação dos bebês, ela mencionava a ideia de que eles ainda não tinham nascido e que isso aconteceria quando fossem pra casa. Neste ínterim, me pareceu que não foi à toa o fato de que a primeira coisa que Rosa me disse (chorando e de modo muito emocionado) ao receber a notícia da alta de Henrique e Ângelo foi: *estou ganhando meus bebês, eles estão nascendo*. Deste modo, de maneira muito sensível e apesar de todas as dificuldades existentes no contexto de internação,

ela pôde suprir, ainda que mentalmente as necessidades de seus bebês. Isso ocorria em alguns momentos e parece que ela utilizava a UTI-Neonatal como esta “barriga substituta”.

Se por um lado isto era enlouquecedor e intrusivo, por outro também foi um modo de Rosa *seguir vivendo* mãe de seus bebês, ainda que não sentisse isso de modo consciente em muitos momentos. Creio que esta questão aparecia em falas e atitudes sensíveis dela em relação aos bebês, tais como: *ele quer que eu tape os olhinhos com o lençol, pois a luz lhe atrapalha*. Aqui ela estava se referindo a algo que o bebê endereçou a ela. Possivelmente Rosa identificara a comunicação tão sutil e silenciosa do bebê, tal como descrita por Winnicott (1969/1994). Afinal, dentro de seu útero os bebês não teriam nenhum contato com a luz, estaria escuro o tempo todo. E neste sentido era evidente que a luz só poderia incomodá-los. Em muitos momentos ela também se incomodava com o excesso de estímulos os quais Ângelo e Henrique precisavam vivenciar durante a internação. Lembro sobre o que ela me dizia quando começou a amamentar o Ângelo na UCI. Dizia que estava satisfeita em poder oferecer o seio para ele, mas que o percebia cansado e acreditava que ele não estava gostando de muitos estímulos. Em certa vez ela disse: *vou parar de oferecer o seio e não quero conversar muito com ele agora. Ele está precisando dormir e está muito cansado com tantas coisas ao mesmo tempo*. Além disso, me lembro de diversas vezes em que via tanto Rosa como Vinícius quietos ao lado das incubadoras dos gêmeos, zelando pelo sono dos mesmos. E nestas situações, Rosa sempre me dizia que se sentia aliviada de os ver descansando. Dizia que assim eles poderiam se recuperar mais rápido e ganhar mais peso. E não seria assim que deveriam estar dentro da barriga dela? Dormindo a maior parte do tempo para ganhar peso e se preparando para nascer?

5.1.2 De volta para casa

Concordo com algumas reflexões de Bachelard (1957/2008) descritas no capítulo “Casa” de a Poética do Espaço e creio que fazem muito sentido na história de Rosa e Vinícius com seus bebês Ângelo e Henrique. O autor afirma que o valor mais precioso da casa é o de abrigar o devaneio, de proteger o sonhador e permiti-lo sonhar em paz. Neste sentido, ele afirma:

O passado, o presente e o futuro dão à casa dinamismos diferentes, dinamismos que frequentemente intervêm, às vezes se opondo, às vezes estimulando-se um ao outro. A casa, na vida do homem, afasta contingências, multiplica seus conselhos de continuidade. Sem ela, o

homem seria um ser disperso. Ela mantém o homem através das tempestades do céu e das tempestades da vida. (Bachelard, 1957/2008, p. 201).

Deste modo, penso que a experiência de Rosa e dos bebês Ângelo e Henrique em sair da UTI-Neonatal e irem pra casa representou um certo resgate da vivência de casa (útero/barriga) anterior. Creio que, após a alta, Rosa iniciou um movimento de tentar produzir sentidos para a experiência de *descontinuidade* que a UTI-Neonatal representou. É como se o trauma vivido nesta experiência tivesse criado um hiato no sentido do *seguir vivendo* destes bebês e desta mãe. Afinal, os dias de UTI-Neonatal mais pareciam partes desintegradas de uma história que estava acontecendo de um outro jeito antes da internação. Cabe salientar que ao abordar a questão traumática de tais experiências, me refiro à noção Winnicottiana de trauma. Fulgêncio (2004) traz algumas questões acerca de tal temática ao esclarecer as diferenças da concepção de trauma em Freud e Winnicott. Sobre este último autor, ele salienta que o entendimento de trauma depende do momento de vida em que o sujeito está no seu processo de crescimento, o qual vai da dependência absoluta, passando para uma independência relativa e segue rumo à independização. Deste modo, trabalho aqui com a ideia de trauma relacionado aos momentos mais iniciais da vida, considerando um momento de dependência absoluta do bebê em relação à mãe e conseqüentemente da mãe em relação ao bebê em virtude de sua identificação com o mesmo.

Após a alta hospitalar, percebi Rosa produzindo devaneios sobre seus bebês, questão que não aparecia muito nos dias de hospital. Também notei que uma mudança e um redirecionamento importante ocorreu quando os bebês foram transferidos para a unidade intermediária. Ali comecei a notar mais trocas dos bebês com Rosa e a percebi mais apropriada de seu lugar enquanto mãe dos gêmeos. O *handling* também me pareceu ocorrer de modo mais espontâneo e despreocupado pela parte da mãe. Ela trocava a fralda dos filhos sem medo e sem pedir autorização às técnicas de enfermagem. Parece que ali ocorreu um processo bastante sutil de ela começar a se apropriar dos cuidados e de sua posição enquanto mãe na vida de seus bebês.

Nas visitas domiciliares, observei que Rosa começou aos poucos um movimento de dar sentidos e nomes às experiências traumáticas que vivera com os gêmeos no hospital. Entretanto, no início parecia bastante fragilizada e atravessada pela experiência que vivera na UTIN. Aqui relembro o que ela dissera no último atendimento antes da alta hospitalar, quando mencionou que não gostaria de lembrar e pensar mais nos dias difíceis que viveu junto de seus filhos e esposo na UTIN. Mas, de qualquer modo, parecia que o desejo de afastar tais

sentimentos e pensamentos, não poderia acontecer. Afinal, a intensidade das coisas que vivera naquele contexto parecia lhe acompanhar de maneira muito intensa nos primeiros dias em casa. E isso aparecia em seus medos, inseguranças e na dificuldade de se sentir próxima dos gêmeos. Todas essas questões apareciam acompanhadas de um forte desejo de se apropriar de sua função materna e de se sentir afetivamente mais próxima de seus bebês. Era como se a UTIN estivesse *dentro de sua casa*, no sentido de que parecia tê-la carregado internamente após a alta hospitalar.

Apesar de tudo isso, em casa, algo novo começou a acontecer e estas narrativas começaram a ser construídas aos poucos. Mesmo assim, os primeiros dias não foram fáceis e pareciam bastante atravessados pela experiência de internação. Lembro que, nas primeiras visitas domiciliares Rosa trazia o quanto estranhava o sentimento de estar acostumada a se distanciar dos bebês. Ela referia que comparava com coisas que lhe ocorriam com o primeiro filho. Dizia que quando Bruno era recém-nascido, às vezes se ausentava por uns instantes para ir ao supermercado, por exemplo. Referia que em tais situações, sentia que lhe faltava algo e queria logo voltar pra casa para ficar perto dele. Por outro lado, com os gêmeos ela dizia não sentir isso no início e que parecia estar acostumada com um certo distanciamento. Isso lhe provocava um incômodo e a sensação de que tinha algo de errado com isso. Eu tinha a impressão de que, após a alta, ela carregou consigo este distanciamento entre ela e os bebês. E que por mais que ela não desejasse levar nada da UTI-Neonatal para sua casa, esta questão acabou por acompanhá-la nos momentos mais iniciais.

Outro dado que também me chamou a atenção é o fato de que ela ainda parecia se sentir perigosa aos bebês. Isso aparecia quando dizia que, à noite, ao acordar para dar de mamar aos bebês, precisava que Vinícius ficasse junto, lhe observando enquanto ela os segurava. Rosa dizia que a ideia inicial era de que se revezassem nesta tarefa noturna, porém quando era sua vez de levantar da cama, sentia um medo enorme de deixar os bebês caírem no chão. Pensava que poderia adormecer com eles no colo e precisava que Vinícius lhe “vigiasse” para que isto não ocorresse. Outra questão importante que apareceu nestas visitas é o fato de que, durante a internação, Rosa não se sentia autorizada a produzir qualquer saber sobre Ângelo e Henrique. Mas em casa, este processo começou a ocorrer discretamente. Neste sentido, ela comentava algumas questões que começou a discordar das técnicas de enfermagem e me dizia coisas do tipo: *“durante a internação as técnicas de enfermagem diziam que o Ângelo é brabo. E quando estávamos lá eu também achava que sim. Mas agora em casa, posso observar melhor e não acho isso dele. Acho ele um bebê tranquilo, calmo”*.

Após a alta hospitalar, Rosa conseguia falar mais sobre a experiência vivenciada na UTI-Neonatal junto de seus bebês. Em muitos momentos, e por diversas vezes, ela repetia que durante toda a internação dos bebês não pensava que eles eram seus. E que o medo de perdê-los só começou a diminuir após a alta hospitalar. Neste ponto, penso que o sofrimento desta mãe com seus bebês vai para além das dificuldades impostas pelo ambiente tão mecânico da unidade de terapia intensiva em neonatologia. Acredito que a profunda identificação de Rosa com a fragilidade e possibilidade de morte de seus bebês também se fez presente. E deste modo, a ameaça de ficar com os “braços vazios” e tomada pelo sentimento de culpa de não ter conseguido “segurar” os bebês em seu útero permeou toda a vivência de internação para Rosa.

Sendo assim, olhar para estes bebês como seus com o cenário da possibilidade de perda por trás, fala de uma relação que, tal como a metáfora da autoescola trazida por Rosa, parecia a de um motorista que dirige o seu veículo sempre à espreita de precisar fazer uma freada brusca e ter de mudar totalmente sua direção. É uma direção insegura, quase com desejo de que outro assuma o volante em seu lugar. Além disso, todo e qualquer movimento é observado e analisado pelo professor que está sempre ao lado. Parecia uma sensação de não ser a verdadeira motorista, ainda que estivesse conduzindo este “veículo”.

Creio que esta foi uma das maiores dificuldades encontradas por Rosa durante o período de internação de seus bebês. Parecia que por um lado não se sentia autorizada a assumir o papel principal no cuidado dos filhos, mas por outro percebia o quanto isso era importante. Acho que esta questão aparecia em falas do tipo “*tem algo errado aqui*” e “*fazer o método canguru é bom, mas não é nem de longe o que eu esperava para este momento*”. Além disso, no momento em que Henrique teve uma intercorrência grave, ela falou sobre essa diferença entre o seu envolvimento e o da equipe com seus bebês. Lembro que ela falou algo como: “*se algo ruim acontecer, será somente um dia ruim de trabalho para a equipe. Mas para mim será algo sem volta e a minha vida vai junto com a deles*”. Se é verdade que Rosa estava profundamente identificada com a vulnerabilidade de seus bebês, também é verdade que percebia a diferença do seu envolvimento com os filhos para o da equipe. Ainda que algumas pessoas fossem bastante afetivas e cuidadosas, na maioria das vezes estes cuidados eram com enfoque na parte biológica destes bebês. E isso Rosa e Vinícius pareciam saber muito bem.

Sobre este aspecto da importância de os cuidados ao bebê serem feitos pela mãe, Winnicott (1988/1990) salienta algumas razões para que a mãe seja a pessoa mais adequada para cuidar do filho. Ele começa enfatizando o quanto o amor que ela possui pelo seu bebê é

mais verdadeiro e menos sentimental que de outras pessoas. E, neste sentido, ela pode fazer uma *adaptação extrema* às necessidades dele sem ressentimentos. Sobre tal questão da técnica de cuidados aos recém-nascido ele afirma:

Mas a simplicidade e a constância da técnica podem ser dadas apenas por uma pessoa que esteja agindo naturalmente. Provavelmente, ninguém poderá fornecer isto melhor que a mãe, a não ser uma mãe adotiva aceitável, que se responsabiliza pelo cuidado do bebê desde o início. (Winnicott, 1988/1990, p. 132).

Ainda sobre tal discussão acerca do lugar das mães no cuidado ao bebê, Winnicott (1988/1990) fala sobre o quanto o treinamento de médicos e enfermeiros enfatiza os cuidados físicos, o que possivelmente resulte em desaparecer parte do interesse pelos bebês enquanto seres humanos. Neste ponto, ele também sinaliza a importância de respeitar aquilo que ocorre entre as mães e seus bebês. Ao se referir ao processo de amamentação, por exemplo, o autor salienta novamente a importância da adaptação às necessidades do lactente. Sendo assim, ele coloca que médicos e enfermeiros não são capazes de instruir uma mãe e que nesta lógica ela não pode ser ensinada. Segundo ele, o melhor que tais profissionais podem fazer neste sentido, é *evitar interferências*. Sendo assim, reflito sobre o contexto de intensivismo em neonatologia, que ao priorizar os aspectos biológicos acaba marginalizando a relação de mães e bebês. Possivelmente, no caso de Rosa e dos gêmeos, o excesso de intervenções aumentou as dificuldades do estabelecimento de uma relação mais íntima ainda na internação.

Conforme aludido anteriormente, alguns movimentos novos começaram a aparecer na relação de Rosa com os bebês em casa. Algo que chamou muito a atenção dela foi o fato de escolher roupas pra eles. Tanto Rosa como Vinicius percebiam a insegurança dela em relação a isso e aparentemente este fator estava relacionado ao fato de ela estar começando a se apropriar dos cuidados de seus bebês. Ela me dizia: “*nunca tinha pensado sobre isso. Sobre escolher roupas pra eles. Na UTIN eles não usavam roupas, ficavam somente de fraldas*”. Também cabe salientar que o ambiente de intensivismo em neonatologia também não parece facilitar a constituição do sujeito a partir de uma singularização de cada bebê. Todas as prioridades colocam em destaque o privilégio da sobrevivência biológica e a questão psíquica parece estar à margem de tudo isso. E o fato de não utilizarem roupas ou qualquer coisa que venha dos pais parece dar mais relevo a esta questão. Outro exemplo disso é que a maioria dos prontuários são identificados com o nome da mãe e não do bebê. Os de Rosa só receberam seus próprios nomes na última semana de internação. Na maior parte do tempo Ângelo e Henrique eram identificados como RN I e RN II de Rosa. Isso também dificultava

ainda mais diferenciarmos quem era Ângelo e quem era Henrique. Eu mesma pouco os chamava pelos nomes, pois além de serem bastante parecidos, tais características do contexto da unidade não auxiliavam neste sentido. Deste modo, a equipe também sempre se referia a eles como “os bebês de Rosa” ou os bebês do “leito x e y”.

Sendo assim, esta mudança do olhar de Rosa sobre eles em casa não parece que foi à toa. Após alguns estranhamentos e dificuldades iniciais, percebo que ela começou a desenvolver uma intimidade com seus bebês, o que proporcionou um momento importante na relação dos três e no movimento de constituição psíquica de Ângelo e Henrique. Lembro que no momento em que Vinícius precisou retornar ao trabalho, ainda que com muito medo, ela manifestava um enorme desejo de ficar sozinha com os bebês. Vinícius se preocupava e achava que a tarefa seria muito difícil e dizia para ela que a avó paterna estaria disponível para auxiliá-la, caso ela desejasse. Entretanto, ele não insistia neste ponto e deixava Rosa bastante à vontade para decidir.

O pai estava sempre muito atento e parecia apostar muito na função materna desempenhada por Rosa. Ele estava retornando ao trabalho, mas fazia questão de proporcionar toda uma rede de sustentação para sua esposa. Isso também ficou evidente quando Vinícius me perguntou se eu não poderia seguir acompanhando Rosa e os bebês em consultório após a pesquisa. Isso não era possível, mas organizei este encaminhamento junto com eles. Vinícius foi uma figura bastante importante em todo o percurso. Durante todo o tempo, tanto na UTIN quanto em casa, ele parecia reconhecer a importância da mãe para seus bebês, mas sem desconsiderar o seu papel também. Tanto é que esteve muito perto todo o tempo. Consegui todos os afastamentos possíveis de suas atividades para estar com eles nos momentos mais difíceis. Em alguns momentos chegamos a falar sobre isso. Que ele se preocupava em cuidar bem da esposa para ela se sentir mais fortalecida no sentido de prover o que Ângelo e Henrique precisavam. E sobre o que Winnicott advertia aos médicos e enfermeiros sobre *evitar interferências*, penso que Vinícius conseguiu ter sensibilidade a ponto de compreender qual era a função de cada um em todo o processo. Neste sentido, Winnicott também afirmou: “De posse deste conhecimento, facilmente deixamos a cargo da mãe exatamente aquilo que ela é capaz de fazer sozinha” (Winnicott, 1988/2006, p. 56). E creio que, nesta acepção, o pai conseguiu compreender muito bem o que lhe cabia para auxiliar Rosa e os gêmeos.

Nos momentos de solidão da mãe com seus bebês, coisas importantes começaram a acontecer. Falávamos sobre o quanto ela ainda não tinha ficado sozinha com eles após a alta da UTIN e que lá isso não ocorria em nenhum momento. É como se agora ela tivesse se

autorizado a dirigir sozinha. Ela relatava que os primeiros momentos foram difíceis e que se angustiou muito na primeira vez que Ângelo e Henrique lhe solicitaram ao mesmo tempo. Ela disse que em tal situação estava amamentando o Henrique e neste meio tempo o Ângelo acordou chorando. Disse que foram longos vinte minutos em que se sentiu ansiosa e sem saber o que fazer. Mas ao longo dos atendimentos em casa, certa vez Rosa me disse: *“Lembra que eu te disse do medo que sinto dos dois chorarem ao mesmo tempo? Acho que encontrei um jeito de acalmá-los. Teve um dia que eu estava com o Ângelo no colo, aí o Henrique começou a chorar. Então experimentei embalar o carrinho de Henrique com o pé enquanto eu comecei a conversar com eles. Me dei conta que assim conversando funcionou super bem, pois assim consigo acalmá-lo e eu me acalmo também.”*

Deste modo, a partir destes momentos de solidão e intimidade de Rosa com os seus gêmeos, parece que a ritmicidade dos três começou a se (re) construir. Depois que ela conseguiu (re) encontrar o seu próprio jeito de cuidar, uma relação muito bonita estava aparecendo. Ela estava mais afetiva, falava mais em manhês com eles e além de dizer que já se sentia mais mãe deles, isso também era visível na relação da tríade. Ela também falava muito deste encontro dos três e dizia coisas como: *“nunca imaginei que seria possível cuidar de dois bebês ao mesmo tempo. Alguns dias chego a ficar sozinha com eles e com o Bruno”*. Ela falava que era impressionante ver que os “manos” (como ela carinhosamente os chamava) estavam se (re) acostumando a esperar a vez um do outro. Ela comentava que pareciam inclusive compreender quando um estava precisando mais dela e exemplificava isso falando dos momentos em que um dos dois tinha cólicas. Acredito, que neste sentido, ela sentiu-se bastante amparada, encorajada e sustentada. Isso ocorreu tanto pela parte do marido como em relação ao acompanhamento comigo. Penso que não foi à toa que as primeiras vezes em que ela ficava sozinha com os bebês eram momentos que antecediam os atendimentos. Além disso, também me parece que não foi à toa que, no último atendimento em sua casa, ela me recebera com os gêmeos e mais o filho Bruno. Acho que Rosa também quis me mostrar, orgulhosa, aonde ela e os filhos já tinham conseguido chegar.

Cabe salientar que esta *solidão fundante* da relação de Rosa com os gêmeos representou um momento muito importante para a família. Isso apareceu tanto no preparo de Rosa quanto no de Vinícius e até na presença de Bruno nesta *solidão acompanhada* da tríade. Relembro o que Winnicott (1988/1990) traz sobre a impossibilidade de considerarmos um bebê como unidade quando em um estágio de dependência absoluta, momento em que a adaptação do ambiente à sua necessidade é quase que completa. Ele destaca que, nesse estágio, a unidade é o *conjunto ambiente-indivíduo*. Ademais, ao desenvolver este assunto, ele

propõe que o ser começa a existir a partir do paradoxo de que no princípio há uma “solidão essencial” (Safra, 2009).

Safra (2009), em sua leitura da obra de Winnicott, chama esta *solidão essencial* de solitude. Ele explica que este estado de solitude, que é paradoxal por ocorrer durante a dependência absoluta do bebê, é fundamental para a constituição de si mesmo. Ao relacionar esta experiência de solitude com a *comunicação silenciosa* que ocorre entre a mãe e o bebê e entre o bebê e a mãe, Safra enuncia:

Trata-se de uma comunicação que se dá por meio da experiência intercorpórea. A experiência de solitude, que possibilita a experiência de comunicação silenciosa, é ofertada pela mãe à criança. Segundo Winnicott, a mãe poderá ofertar essas possibilidades ao seu bebê, desde que amparada pelo pai. (Safra, 2009, p. 77).

5.1.2 Os gêmeos

Não pretendo discorrer sobre todas as peculiaridades inerentes ao nascimento e a relação entre gemelares e suas mães. Contudo, algumas palavras se fazem pertinentes no caso de Rosa com seus bebês. Uma observação neste sentido se faz necessária: bebês que iniciam suas vidas dentro de uma UTI-Neonatal, possivelmente, irão se deparar com as dificuldades do contexto relacionadas a um olhar singular sobre cada bebê. Se isto não estiver presente na mãe e no pai, dificilmente será facilitado pela internação, conforme os vários exemplos supracitados no decorrer deste estudo. Entretanto, no que se refere aos gêmeos, parece que tal tarefa se torna um tanto mais complicada. Como diferenciá-los em um local em que todos os bebês são, poucas vezes, olhados em suas diferenças e singularidades?

Winnicott (1964/1982), ao abordar o universo de bebês gemelares, refere alguns pressupostos bastante relevantes. Ele menciona que uma das maiores complicações no cuidado a gêmeos seria o estabelecimento de uma assistência pessoal que confira pleno reconhecimento à totalidade e unicidade de cada um. Ele diz que seria de suma importância que a mãe possa manter uma relação *total* com cada um deles. Além disso, ele friza que é impossível que a mãe consiga satisfazer, simultaneamente, as necessidades de cada bebê. E que isso confere a importância de a mãe tratar cada bebê como único. Nesta circunstância, o autor menciona que a mãe irá procurar descobrir diferenças entre cada bebê desde o momento em que os gêmeos nascem. Considerando este raciocínio, e ao relatar as dificuldades do próprio bebê em se diferenciar de um irmão gêmeo, Winnicott refere o seguinte: “eis uma dificuldade que qualquer bebê poderá ter, mas que os gêmeos devem ter, e só poderão esperar

superá-la se desempenharmos o nosso papel e os conhecermos como duas pessoas” (Winnicott, 1964/1982, p. 159).

Outro ponto a ser destacado é o que o autor coloca sobre o fato da expressão gêmeos *idênticos* (que é o caso de Ângelo e Henrique), ser mais uma questão que dificulta tal reconhecimento de ambos. E neste sentido o perigo seria o de que as pessoas os tratem como realmente idênticos, o que poderia deixá-los confusos sobre suas próprias personalidades.

Considerando a relação de Rosa com seus gêmeos, sempre tive a impressão que tanto ela como o pai possuíam esse olhar diferenciado para cada um. Isso parece ter ocorrido desde a gestação. Lembro que me chamou a atenção que Vinícius, em um dos primeiros atendimentos, me disse: *“o Henrique é quem chutava mais, mas o apressado e quem rompeu a bolsa primeiro foi o Ângelo”*. Rosa também parecia ter este olhar atento para cada um dos filhos e dizia, durante a internação, que os bebês sempre lhe surpreendiam: *“não imaginava que era o Ângelo quem iria romper a bolsa, o Henrique mexia bem mais. Além disso, também nunca pensei que quem me daria mais preocupações na internação seria o Henrique, pois quem ficou sem o líquido amniótico e nasceu piorzinho foi o Ângelo”*.

5.1.3 Ângelo

O bebê Ângelo foi o que nasceu primeiro e também o que esteve em condições piores durante os períodos finais da gestação de Rosa. Ele ficou alguns dias com muito pouco líquido amniótico e tanto a mãe como o pai pensaram que poderiam perdê-lo antes do nascimento. Eles referiam situações de muita angústia e desespero ao afirmarem que Rosa estava de repouso para que os bebês não nascessem muito prematuros. Mas nisso, às vezes sentiam-se escolhendo Henrique em detrimento de Ângelo, pois sabiam que as coisas já não estavam bem para ele durante os momentos finais em que Rosa esteve de repouso absoluto no hospital. Lembro que ao falar deste período o Vinícius chegou a afirmar: *“eu chegava a pensar em pedirmos pra fazer logo a cesárea, mesmo sabendo do risco que os dois iriam ter. Mas sentir que estávamos escolhendo um dos bebês sabendo do sofrimento do outro, estava sendo muito complicado. Por mais maluco que isso pareça eu fiquei bem aliviado no dia em que eles nasceram”*.

Rosa disse que só viu seus filhos na madrugada do dia em que nasceram. Relatou que pediu pra ser levada de cadeira de rodas na UTIN para conhecer seus bebês. Disse que o rosto de Ângelo foi o que mais a assustou. Ela achou os dois bem magrinhos e muito difícil de reconhecê-los. Mas achou o Ângelo com “feições” de sofrimento”, escurinho e “feinho”. Mas

ainda com isso, diz ter reparado que ele possuía um “furinho no queixo”, o qual lhe remetia à sua história com a própria mãe, já falecida. Relata ter percebido que Henrique também tinha este “furinho”. Afirmava que a partir disso começou a reparar nas semelhanças entre os dois filhos. Diz que ela tinha um pouco este “furinho no queixo”, o que sua mãe achava muito bonito. Penso que a relação de Rosa com o bebê Ângelo traz muito a presença da sua mãe para perto dela. No último atendimento em casa, isso ficou ainda mais evidente, quando ela me contou que o nome de Ângelo foi o primeiro a ser escolhido. E esta escolha se deu em homenagem à sua mãe que gostava muito de um cantor que possuía o mesmo nome. Ela afirmava que escolheu o nome pensando que sua mãe ficaria feliz em saber do que motivou sua preferência pelo nome de Ângelo.

O Ângelo também nasceu com menos peso que o irmão, mas com o decorrer dos dias de internação começou a responder bem aos tratamentos. Ele foi o bebê que teve condições de ir para o colo dos pais primeiro e o que pegou o seio de Rosa antes. Quando estavam na sala intermediária (UCI) lembro de Rosa conversando bastante com ele. Também observava trocas afetivas e olhares entre eles, com balbúcias de Ângelo como se estivesse respondendo ao que a mãe lhe dizia. Lembro que foi também com ele que percebi maior espontaneidade de Rosa primeiro. Além disso, também foi com Ângelo que eu conseguia ver mais claramente a presença dos indicadores do IRDI de maneira mais espontânea entre mãe e bebê durante a internação. Estes movimentos começaram a parecer mais claros quando eles foram transferidos para a UCI. Rosa dizia que os bebês eram idênticos e, muitas vezes, difíceis de diferenciar. No entanto, também achava o Ângelo mais parecido com ela e o Henrique mais parecido com o pai. Isso também era uma observação que a técnica de enfermagem da UCI fazia. Nos últimos dias de internação lembro de vê-la comentando sobre a semelhança dos olhos de Ângelo com os de Rosa. Talvez através desta “autorização” da técnica de enfermagem, Rosa tenha conseguido desenvolver um pouco mais este olhar aos filhos também. Além disso, eu tinha a impressão de que ela estava mais ligada ao Ângelo, ainda que se preocupasse bastante com o Henrique. Neste sentido, parece que para ela era mais fácil de investir na relação com o bebê que lhe convocava mais também.

Após a alta hospitalar, Rosa dizia que Ângelo era um bebê mais “brabo” e “furioso”. Dizia que era ele quem tinha mais cólicas e que também expressava mais dificuldades para esperar a sua vez. Ela relacionava tais comportamentos com o fato de ele ter rompido a bolsa e de ter sido o primeiro a nascer. Por ter sofrido mais durante a gravidez, creio que ela também pensava que para ele seria mais difícil “esperar”, tendo em vista que a “espera” para o parto não tinha sido nada fácil para ele.

5.1.4 Henrique

Rosa costumava a se referir a Henrique como um bebê bastante compreensível com o irmão. Sobre os momentos finais da gestação, em que estiveram de repouso absoluto no hospital, ela relembra dele como um bebê forte e tolerante. Dizia que as coisas dentro do útero não estavam bem desde o momento que houve o rompimento prematuro da bolsa pela parte de Ângelo. Mas falava com muito orgulho que Henrique soube esperar o tempo do irmão para nascerem juntos. Neste sentido, ela sempre comentava que ele era o bebê que melhor sabia esperar.

A mãe dizia que se surpreendeu muito por ter sido ele quem mais lhe preocupou durante a internação na UTIN e, conseqüentemente, após o nascimento teve muito mais medo de perdê-lo. Isso ocorreu em função da taquipnéia grave que ele teve durante a internação na UTIN, da qual ele levou um bom tempo para se recuperar. Em função disso, o ganho de peso também foi menor no período de internação, o que fez com que demorasse também para sair da ventilação mecânica e ir para o colo dos pais.

Quando estavam na UCI e Rosa começou a amamentar o irmão Ângelo, ele esteve em uma incubadora mais distante nos primeiros dias. Isso o deixou mais sozinho naqueles momentos, pois a mãe estava envolvida com a amamentação do irmão. Rosa dizia que isto provocou uma reação de “ciúmes” em Henrique, que o fazia chorar bem alto e pedir por Rosa também (indicador 1). Após este movimento dele, Rosa começou a se voltar um pouco mais para o cuidado de Henrique. Logo em seguida, ele já saiu da ventilação mecânica e também começou a ir mais para o colo da mãe. Quando estavam em casa, Rosa dizia que achava o Henrique mais calmo que Ângelo e continuava com esta característica de saber esperar (indicado 1 e 4). Ela dizia que quase sempre era ele que “esperava” o irmão para então ser atendido.

Henrique foi o segundo bebê a nascer e também foi o segundo nome que Rosa e Vinícius escolheram. A mãe dizia que não entravam em consenso sobre o nome deste filho. Entretanto, tal como o de Ângelo, o nome de Henrique também foi pensado por ela, mas Vinícius não tinha certeza se queria este nome. Rosa lembrou que insistiu com o marido, pois queria fazer o chá de fraldas com os dois nomes escolhidos. Em seguida que decidiram, os bebês nasceram. E esta característica de um bebê desapressado e descomplicado quase sempre esteve presente no que Rosa dizia sobre Henrique.

Por fim, cabe destacar que a maioria dos indicadores apropriados para a idade também foram observados um pouco mais tarde durante a internação com o bebê Henrique. Isso pode ter ocorrido em função de algumas variáveis, dentre elas a maior demora para ganho peso pela intercorrência grave vivenciada durante o período de internação. Deste modo, ele estava fisicamente menos disponível e passava mais tempo adormecido. E sendo assim, Rosa também respeitava estes momentos de descanso, buscando não “interferir” em sua recuperação física. Esta questão também pode ter contribuído no fato de a mãe ter buscado menos por ele em determinados momentos, pois Henrique não se mostrava tão disponível às trocas com sua mãe. Na medida em que ele começou a solicitá-la, Rosa prontamente o respondeu e começou a investir tanto na relação dele como já fazia com o outro irmão gêmeo.

5.1.5 Reflexões sobre o IRDI em Rosa e os gêmeos

O uso dos IRDI's representou uma mudança importante acerca de meu trabalho em UTI-Neonatal com os bebês e suas mães. No caso de Rosa e dos gêmeos isso ficou bastante evidente. A partir deste dispositivo, foi possível olhar de modo mais atento e sutil para a relação dela com seus recém-nascidos. Este dado direcionou minha leitura dos bebês com a mãe em um sentido que coloca em relevo o aspecto intersubjetivo. Sendo assim, o uso de tal ferramenta de leitura modificou de maneira importante o meu trabalho com bebês e mães, colocando um acento para o que ocorre no *entre* e na relação entre mães e/ou pais e bebês. Esta mudança, possivelmente, também produziu efeitos no modo das equipes olharem para o universo de tais bebês. Afinal, em minhas discussões sobre casos (rounds multiprofissionais) tal leitura se fazia presente para além dos casos estudados nesta pesquisa. Creio que no caso dos gêmeos com Rosa, tais questões se fizeram bastante presentes. Os IRDI's auxiliaram a direcionar um caminho a seguir no que se refere às intervenções e compreensões das duas duplas mãe-bebê e da tríade mãe-bebês. Tenho a impressão de que esta modificação no modo de trabalhar da psicologia na unidade, também produziu efeitos na relação da equipe de enfermagem com Rosa e Vinícius. Isto se deflagrava numa maior sensibilidade da equipe nos momentos em que Rosa, em sua fragilidade (porque identificada com seus bebês também frágeis), fora até mesmo agressiva com alguns profissionais. Em tais circunstâncias, tive a impressão, que a equipe também a olhou como paciente e não somente os seus bebês como há muitos anos ocorria.

Além disso, o norteamento das intervenções a partir dos indicadores propiciou uma mudança substancial no que se refere ao trabalho preventivo acerca de riscos psíquicos destes

bebês prematuros. Também possibilitou um trabalho mais afinado com outros membros da equipe multiprofissional tendo em vista que o uso de um dispositivo que inclui indicadores possibilita uma linguagem mais compreensível junto a outros profissionais no que se refere à atuação da psicanálise com bebês em equipes multidisciplinares. Anteriormente, falávamos muito sobre os efeitos da separação precoce entre as mães e os bebês, porém o uso dos IRDI's facilitou enxergar a qualidade destes efeitos.

O trabalho com Rosa e seus bebês com o uso dos indicadores auxiliou bastante em minhas intervenções. Também serviu como um dispositivo importante na compreensão e leitura intersubjetiva do que se apresentava em cada atendimento. Na medida em que eu percebia os indicadores ausentes ou não os observava já iniciava o direcionamento das intervenções neste sentido. Muitas vezes, as intervenções eram sutis, tais como: *e quando seus filhos choram, o que lhe parece que estão querendo?* ou ainda: *e como estavam Ângelo e Henrique nestes dias tão difíceis que vocês me dizem que viveram?* Algumas das intervenções também passavam pelo modo em que eu me colocava (isso tanto na UTI-Neonatal como em casa). Isso passava por uma observação sutil dos movimentos transferenciais e contratransferenciais em que eu me colocava a falar em manhês com Ângelo e Henrique. Creio que o olhar de Rosa sobre a minha postura e direcionamento aos seus bebês também a estimulava a produzir devaneios e conversar mais com eles. Neste sentido, às vezes eu também direcionava algumas conversas (em manhês) de Ângelo e Henrique para Rosa. Estas conversas surgiam das imagens que eu produzia a partir da escuta desta tríade. Eram coisas do tipo: *“ ai mamãe, que colinho bom, não preciso de mais nada agora ”*. Tais conversas partiam muito da minha observação da reação dos bebês e às vezes eu as complementava dizendo: *tu percebes como ele fica satisfeito só de tu segurares ele no colo?*

Outro destaque importante é o fato de que a internação dos bebês de Rosa na UTIN parece ter antecipado a alternância entre presença e ausência da mãe, a qual, em outras condições, possivelmente aconteceria mais tarde na vida de Ângelo e Henrique. Relembro que a construção dos indicadores clínicos do IRDI se dá com base em quatro eixos teóricos (suposição de um sujeito, alternância presença/ausência, estabelecimento da demanda, função paterna). Estes eixos, segundo Kupfer e Voltolini (2005) foram concebidos a partir de operações formadoras fundamentais no psiquismo da criança. Estas se relacionam com a atividade dos pais e com o modo como a criança recebe tais operações formadoras. Em relação ao eixo teórico alternância presença e ausência, Kupfer e Voltolini assinalam:

A ausência materna marcará toda ausência humana como um acontecimento existencial, especialmente significativo, obrigando à criança a criar um dispositivo subjetivo para a sua simbolização. Entre a demanda da criança e a experiência de satisfação proporcionada pela mãe, espera-se que haja um intervalo no qual poderá surgir a resposta da criança, base para as respostas ou demandas futuras. (Kupfer & Voltolini, 2005, p.11).

A partir do exposto é necessário refletir sobre o fato de que Ângelo Henrique tiveram que lidar com a separação precoce da mãe, em primeiro lugar, pelo parto prematuro. Em segundo, possivelmente, também não estavam preparados psiquicamente para criar este dispositivo subjetivo para simbolizar os momentos de afastamento da mãe. Ângelo e Henrique, ainda se encontravam em um estágio de *dependência absoluta* com a mãe nos momentos de internação. Tal estágio, se caracteriza por uma não diferenciação entre o EU e NÃO-EU (Winnicott, 1988/1990). Sendo assim, possivelmente, estes bebês tenham vivido a alternância da presença e ausência materna como um acontecimento que não pôde ser integrador no sentido de uma *continuidade existencial*. Ainda assim, destaco o quanto o uso dos IRDI's possibilitou olhar para cada um dos gêmeos em sua singularidade. Também possibilitou atentar para o modo como cada um se relacionava com a mãe, pai e equipe. Deste modo, tal dispositivo permitiu diferenciar cada um dos gêmeos no cerne de um contexto em que diferenciar bebês até mesmo sem parentesco é algo bastante difícil.

Ademais, saliento a relevância do uso de outros dispositivos que possam abarcar a demanda do profissional que trabalha com prevenção de riscos psíquicos com recém-nascidos prematuros. No caso dos IRDI's, saliento que o instrumento possui poucos indicadores (apenas 5) que se propõe à leitura de bebês em idade de 0 a 4 meses, tal como os participantes da presente pesquisa. Sendo assim, ainda que este instrumento seja bastante potente no que se refere ao olhar mais atento para as díades, também se mostra insuficiente para esta faixa etária. Afinal, o IRDI possui outros 26 indicadores que acabam não sendo utilizados, o que limita a avaliação e intervenção em termos de um aproveitamento maior da própria metodologia IRDI.

5.2 SOFIA E ARIEL

Atendimento 1 (1ª semana de vida – seria a 30ª semana de gestação)

Lembro de ter buscado por três vezes antes nesta semana pelos pais de Ariel, ao lado de sua incubadora, mas não os encontrei. Neste dia, novamente fui os procurar para oferecer atendimento e desta vez o bebê estava acompanhado do pai. Apresentei-me ao pai Luiz, o qual estava com sua mão dentro da incubadora do filho e parecia bastante tranquilo e

envolvido no cuidado de Ariel. Quando me apresentei como psicóloga, prontamente ele disse que seria muito bom se eu pudesse atender sua esposa. Ele afirmou que ela estava precisando mais do acompanhamento do que ele. Neste primeiro contato com o pai e Ariel me chamou a atenção o fato de ser um pai bastante envolto no cuidado com o bebê. Em geral, na UTI-Neonatal, observo que os pais apresentam mais dificuldade que as mães no manuseio. Mas ele estava bastante envolvido e trocava fraldas conversando com o filho (indicador 2) de maneira bastante tranquila. Já pude observar que ele tinha um ótimo envolvimento com este filho e o bebê também era bastante parecido com o pai. Era um bebê tranquilo e não chorava muito.

Luiz me disse que a esposa Sofia estava no banco de leite fazendo a ordenha. Como ele queria que eu a conhecesse e eu também queria explicar aos dois sobre o funcionamento dos atendimentos e da pesquisa, nos direcionamos ao banco de leite para esperá-la terminar. Deste modo, aguardamos Sofia na sala do banco de leite em que costumo atender os pais e mães. Avisamos à técnica de nutrição que a estávamos esperando e ela foi direcionada à sala assim que terminou de tirar leite. Sofia entrou na sala e se sentou ao lado do marido. Quando me apresentei como psicóloga, Sofia começou a chorar muito. Luiz começou a dizer a ela que estava tudo bem com o bebê e que era só para oferecer atendimento. Eu também lhe disse que estava tudo bem com o bebê e Sofia começou a se acalmar aos poucos. Em geral, em circunstâncias como esta, me apresento às mães e logo em seguida já comunico que está tudo bem com o bebê. Também costumo dizer que não estou ali procurando para dar más notícias, pois é muito comum as mães e pais terem tais fantasias sobre o atendimento psicológico em UTI-Neonatal. Entretanto, no caso de Sofia não tive tempo de dizer isso e ela começou a chorar logo no momento em que eu lhe disse que era psicóloga. Creio que isso se deu um pouco em função de tais fantasias, mas também porque ela realmente estava precisando chorar de modo acompanhado. Além disso, também parecia precisar de um espaço para falar sobre suas angústias e sentimentos.

Quando expliquei o funcionamento da pesquisa e dos atendimentos, tanto Sofia como Luiz aceitaram e afirmaram que seria bom receber o acompanhamento psicológico. Além disso, aceitaram participar da pesquisa e assinamos o TCLE. Sofia disse que ambos estavam assustados com a internação de Ariel e que pesquisavam muito na internet sobre prematuridade, o que os estava deixando confusos. Disseram que o atendimento psicológico poderia ajudar nestas confusões e sentimentos.

Sofia começou me contando que o casal já possui outras duas filhas, Júlia de 12 anos e Fernanda, de 8 anos. Ela contou que tem uma idade mais avançada e que não planejavam mais ter filhos. Entretanto, Sofia parou de tomar anticoncepcionais por indicação de seu

cardiologista e o casal estava se prevenindo com camisinha. No entanto, relataram que em uma única vez acabaram não usando o preservativo e foi quando engravidaram de Ariel. Sofia disse que ficou muito assustada e *deprimida* quando descobriu que estava grávida. Refere que em função disso demorou muito para contar às pessoas sobre a gravidez. Tinha muita vergonha de estar sendo mãe com sua idade e com duas filhas já maiores. Tinha receio de ser julgada pelas pessoas em função destas questões. Entretanto, quando descobriram que estavam esperando um menino, começaram, aos poucos, a aceitar a ideia. Sofia conta que quem escolheu o nome do bebê foi sua filha mais nova. Disse que combinaram assim, pois a filha mais velha que tinha escolhido o nome dela. Sendo assim, a Fernanda escolheu o nome Ariel por ser o nome de “um anjinho” e todos também gostaram desta escolha.

A mãe afirmou que sua gestação estava indo bem até as 30 semanas quando começou a ter picos hipertensivos. Em função disso teve de permanecer internada de repouso no hospital. Esteve em observação por dois dias, mas não foi possível esperar mais tempo conforme o planejamento dos médicos. Sofia teve de realizar uma cesárea de urgência em função de ter desenvolvido a Síndrome de Hellp⁶. Contaram-me que em função desta complicação Sofia precisou ser direcionada à UTI adulto e o Ariel para a UTI-Neonatal. Ela praticamente não falou sobre esta experiência de parto e nem de sua internação na UTI. Quando lhe perguntei também falou poucas palavras. Não chegou a mencionar quantos dias esteve na UTI, somente que teve alta hospitalar no dia de ontem. Acerca de tal experiência, somente mencionou que quando estava na UTI não podia ver o Ariel. Sendo assim, quem lhe dava notícias e falava sobre ele era o seu esposo. Em tais circunstâncias, ele sempre dizia que o bebê estava bem, que era reativo e vigoroso. No entanto, Sofia diz que nunca acreditava no que Luiz dizia, pois pensava que seria impossível o bebê estar bem em tais circunstâncias. Não imaginava que um bebê prematuro e internado em uma UTI-Neonatal poderia estar bem. Pareceu-me que aqui ela estava falando da sua própria identificação com a fragilidade e desamparo do bebê também, pois ambos tinham sido separados prematuramente e estavam em situações de saúde complicadas.

Ela seguiu me contando que em função de sua própria recuperação ainda não esteve muito com o Ariel e que ele permanece mais tempo com o pai. Neste sentido, Luiz afirma perceber que o Ariel reage bastante, percebe sua presença e parece gostar de estar junto do pai

6 De acordo com Coelho et al (2009) a Síndrome de Hellp trata-se de um distúrbio grave hipertensivo que ocorre no período gestacional. Ela ocorre em aproximadamente 1 ou 2 casos a cada 1000 gestações. Ainda que comumente ela seja observada como um continuum da pré- eclâmpsia, a sua fisiopatologia ainda não é totalmente compreendida. Ela possui elevada mortalidade tanto materna quanto perinatal. Estima-se a mortalidade materna em 24% dos casos e perinatal oscilando entre 30% e 40% dos casos.

(indicadores 2, 3 e 5). Ele também me contou que conversa bastante com o filho (indicador 2) e percebe que ele se acalma quando Luiz o segura no colo. Diz que nos momentos em que ele precisa permanecer na incubadora busca fazer “um colinho com a mão” (conforme eu já tinha observado) para acalotá-lo e percebe que o filho gosta disso bastante. Como eu já tinha observado alguns indicadores e também estávamos conversando sobre outros, perguntei sobre o que eu não tinha observado. Neste sentido, perguntei para Luiz se ele notava se o Ariel já pedia por ele quando chorava. Neste sentido ele me respondeu que achava que isso o filho ainda não fazia (indicador 1 ausente).

Por outro lado, Sofia contou que não costuma conversar com o bebê (indicador 2 ausente) e que possui muito medo de “encostar” nele, pois percebe que quando lhe toca, Ariel fica “assustado” e se “agita”. Além disso, afirma ter medo de passar alguma bactéria para ela por ter ficado internada em UTI. Também disse que o acha muito pequeno, com a pele muito fina e sente medo de prejudicá-lo. Neste sentido, tive a impressão de que ela se sente perigosa ao bebê e como se ele precisasse mais do aparato da UTI-Neonatal do que dela neste momento. Parecia que ela não queria “interferir” no cuidado que a equipe estava fazendo. Também tive a impressão que ela sentia que o seu papel enquanto mãe tinha “falhado” e que o cuidado mecânico estava substituindo esta sua “falha”. E que no momento era isso que Ariel estava precisando, pois, já que seu cuidado não tinha sido o suficiente, então sua função era “dispensável”. Além disso, também me pareceu que Sofia sentia-se culpada por ter demorado a aceitar a gestação de Ariel.

Deste modo, não consegui observar os indicadores do IRDI presentes no discurso de Sofia. Percebi que ela estava tendo algumas dificuldades. Entretanto, alguns indicadores apareciam no que o pai falava sobre o seu contato com o bebê e no curto tempo que eu os observei também. Além disso, Sofia não conseguiu falar da sua relação com Ariel neste momento. Apenas do seu medo de estabelecer contato. Neste sentido, já iniciei intervindo e lhe disse que talvez o bebê se agitasse ao ser tocado por ela justamente por perceber a sua presença. E que talvez ao percebê-la por perto ele estivesse manifestando o desejo de estar ainda mais próximo e de receber o colo da mãe. Sofia disse que não tinha pensado nisso, mas acreditava que sim. E em seguida me pediu orientações de como lavar corretamente as mãos, pois tinha medo de transmitir bactérias a ele. Realizei tais orientações, mas também trabalhei com ela o fato de que com a lavagem de mãos o risco de transmitir algo a ele era muito reduzido. Além disso, também disse a ela que, mesmo que Ariel tivesse uma contaminação por bactéria, isso era muito menor do que os ganhos de ele estar estabelecendo maiores contatos com ela. Falei que a questão da bactéria não era o mais importante e que a relação

dela com seu bebê o protegia muito mais do que o fato de ter uma bactéria ou não. Sofia pareceu receber esta minha intervenção com bastante atenção e alívio. Parece ter se questionado sobre a sensação de ser perigosa, prejudicial e dispensável ao seu bebê.

Atendimento 2 (2ª semana de vida – seria a 31ª semana de gestação)

Neste dia encontrei novamente Luiz junto de Ariel. Ele estava bastante envolvido com o cuidado do filho e trocava as suas fraldas. Disse que estava preocupado com a esposa, pois ela estava bastante triste. Disse que ela estava na praça do hospital, pois a unidade não permite que ambos entrem ao mesmo tempo. Aqui pensei o quanto isto é algo que também dificulta o envolvimento das mães e pais com seus recém-nascidos. E também tive a impressão que se ambos estivessem juntos o próprio Luiz poderia ajudar a esposa no estabelecimento de um contato mais próximo com Ariel. Luiz pediu que eu atendesse somente a Sofia neste dia e que ele e Ariel estavam bem.

Deste modo, busquei por Sofia na praça do hospital e a convidei para irmos para a sala de atendimento no banco de leite. Ao nos acomodarmos na sala ela já iniciou dizendo que estava bastante preocupada com sua filha mais nova. Neste momento, pensei em Ariel, que o filho mais novo era ele, mas estava sendo difícil abrir este espaço para o bebê. Agora esta filha, a Fernanda, era a do meio. Essa transição possivelmente estava sendo difícil para a filha, mas para Sofia também estava. Ela disse que Fernanda trocou de professora e sentiu-se muito triste por esta professora nova ter chamado sua atenção. Isso tinha ocorrido por ela não ter copiado toda a lição de casa. Sofia disse que foi conversar com a professora, mas ela explicou que tinha chamado a atenção de toda a turma e não somente de Fernanda. E que inclusive ela tinha feito o tema mais completo que os outros colegas e tinha ganhado uma estrela no caderno. Sendo assim, Sofia ficou preocupada, pois sabe que esta filha possui uma auto cobrança muito grande e acha que neste momento esta característica se agravou.

Neste atendimento, ela falou um pouco sobre a personalidade das suas outras duas filhas e quando eu perguntava do Ariel ela chorava bastante. Não conseguia falar muito dele e só dizia que o achava “*como um anjinho*”. Ela dizia: “*na primeira filha eu era toda preocupada, com a segunda eu vi que ‘se cria’ e agora com o terceiro eu já não sei mais nada. Estou aprendendo tudo de novo*”. Neste momento, a achei bem distante do bebê e com muito medo de perdê-lo e talvez por isso também estivesse com dificuldade de abrir espaço para ele em sua vida. Além disso, parecia bastante atravessada pelas questões mais mortíferas desta experiência, tanto no que se refere ao seu próprio estado recente de quase morte quanto da vulnerabilidade do filho também. Tive a impressão de que ela estava em um processo de

elaborar a experiência de ela própria ter estado em uma situação de saúde muito grave. Ela dizia: *“acho que minhas filhas precisam aprender a se virar sem mim. Se eu tivesse morrido, elas teriam que sobreviver sem mãe”*.

A partir disso ela começou a me contar, chorosa, da perda de seu pai que ocorreu há cerca de dois anos. Disse que gostava muito dele, mas que o pai fora irresponsável na aderência ao seu tratamento de saúde. Ele tinha problemas cardiovasculares e teve uma parada cardiorrespiratória quando faleceu. Sofia disse que ele também esteve internado em UTI pouco tempo antes desta parada que o levou à morte. Em tal ocasião, ele tinha internado em virtude de uma parada cardiorrespiratória também. Ela contou, chateada, que nesta internação, o pai fez o seu esposo e cunhado “assinarem” sua alta hospitalar. Além disso, seguiu não realizando adequadamente os tratamentos, o que Sofia acredita que acabou antecipando a morte do pai. Deste modo, ela seguiu me contando que quis ser diferente dele quando estava na UTI e buscava ser “obediente” e fazer tudo que a equipe lhe pedia. Também não queria “incomodar” as equipes de modo que buscava ficar sempre “quietinha” e realizando as orientações médicas de maneira adequada.

Ela me contou que tem conversado com Ariel para ele ser assim também. Afirma que diz a ele para ser comportado e obediente com as técnicas de enfermagem e que assim poderá se recuperar logo. Quando perguntei como ela achava que o bebê recebia estes seus conselhos, ela disse que tem a impressão de que ele a “obedece”. Diz que tem visto o filho como um bebê calmo, tranquilo e colaborativo. Neste sentido, tentei intervir de um modo a aproximá-los. Comuniquei que me dava a impressão de que ele estava enfrentando sua própria internação em UTI do mesmo modo que ela enfrentou. E que isso também nos mostrava o quanto ele era um bebê atento aos movimentos de sua mãe. Sofia ficou pensando algo incrédula no que eu lhe disse. E neste íterim, começou a me contar de uma situação em que se preocupou com ele, pois estava chorando bastante. Nesta situação, diz que chamou a técnica de enfermagem, pois pensou que ele estava solicitando algo que a técnica poderia entender melhor e acalmar o seu filho (indicador 1 ausente). A mãe também contou que tem ficado bem pouco com o bebê na UTI-Neonatal. Disse que também está se recuperando e tem tentando não se cobrar muito sobre sua presença na unidade. Sofia relata que este “pouco tempo” tem sido tudo o que consegue fazer.

Atendimento 3 (4ª semana de vida semana de vida – seria a 33ª semana de gestação)

Fazia uma semana que eu não via nem Sofia e nem Luiz na UTIN. Neste dia, quando me direcionei à incubadora de Ariel, o encontrei na sala intermediária (UCIN) no colo de sua

mãe, fazendo o método canguru. Sofia pediu para ser atendida em outra sala, separada de Ariel no dia de hoje. Quando nos acomodamos na sala, ela começou me contando que o Luiz retornou ao trabalho e que ela estava reorganizando a logística de visitas ao Ariel no hospital. Disse que ambos possuem o ensino médio completo e que trabalham na área administrativa de estabelecimentos comerciais. Sobre suas vindas ao hospital disse que está pousando em um apartamento desocupado de uns parentes que fica próximo ao hospital. Afirma que sua mãe se mudou para este apartamento com ela, temporariamente, para lhe dar apoio também. Referiu que seu deslocamento estava complicado, pois residem muito longe, na divisa de Porto Alegre com outra cidade. Sendo assim, achou mais confortável ficar perto do hospital e de Ariel neste momento. Relatou que o Luiz segue em casa cuidando de suas outras duas filhas.

Comentei com ela sobre minha observação de tê-la visto pela primeira vez com o Ariel no colo e perguntei como estavam sendo estes “colos”. Sofia me disse que estava fazendo o método canguru e que lhe parecia que o filho gostava do calor. Ela disse que também gostava desse calor do contato pele a pele dos dois. Mas, me chamou a atenção que ela mencionou somente a parte mais concreta da relação, como se o seu colo fosse mais um procedimento e prescrição médica do que de fato uma troca entre ela e o filho. Também comecei a perguntar o que ela estava achando do Ariel. Ela me contou que estava achando ele bem maior e que inclusive teve um dia que chegou na unidade e não o reconheceu. Nesta ocasião, chegou a conferir o nome do filho na incubadora, pois o achou muito diferente. Disse que o achou bem maior e que também recém tinha tomado banho e estava bem penteadinho parecendo um pouco mais loirinho. Neste momento, ela também mencionou o quanto a internação do bebê torna as coisas complicadas para as mães. Afirmou que é difícil não poder segurá-lo no colo na hora em que quer e estranha o fato de não ser ela quem faz as trocas de fralda e nem dá os banhos. Pensei que aqui ela estava falando da dor que é sentir este distanciamento imposto pelos cuidados intensivos em neonatologia. Também relacionou os seus primeiros momentos com Ariel com os primeiros contatos que teve com as outras duas filhas, as quais nasceram a termo e sem complicações. Disse que por não ser ela quem faz os cuidados, não consegue ainda se sentir mãe dele também. Sofia lembrou o que seu sobrinho, que tem a idade de sua filha mais nova, falou sobre o distanciamento de Ariel com a família. Ela disse que o sobrinho lhe falou o seguinte: *“ainda não conhecemos o Ariel porque ele está no hospital nascendo”*. Sofia me disse que se sente um pouco assim. E pensa que, neste momento, ainda estaria grávida do filho e que ele *“ainda não estaria com ninguém da família”*. Intervi com ela no sentido de que poderia não estar junto de todos da família, mas com certeza estaria com ela. Também disse a ela o seguinte: *Parece que aqui na UTIN tu tem te esforçado para fazer uma*

certa adaptação para manter este laço e união de vocês. E mesmo parecendo que o mais importante é a parte médica e mecânica, tem uma outra que é somente tu que está fazendo. E que é tão vital ou até mais do que todos os aparelhos da unidade.

Sofia parecia bastante emocionada e atenta no que eu estava dizendo. Ficou pensativa e disse: “*Sabe, eu noto que ele me olha. Não sei se é verdade, mas acho que ele nota quando sou eu que estou o cuidando*” (indicador 5). Eu lhe disse que não tinha dúvidas disso e que é claro que o Ariel notava sua presença. E a partir desta minha fala Sofia começou a chorar bastante. Não falou nada, somente chorou. E eu respeitei o seu momento, não lhe disse mais nada e acompanhei seu choro em silêncio. Penso que aqui ela estava começando a se envolver mais com Ariel, ainda que tivesse muito medo de perdê-lo, de investir nele e acabar ficando com “os braços vazios” depois.

A mãe de Ariel seguiu dizendo que estava ainda bastante preocupada com sua filha Fernanda. E que iria amanhã novamente na escola conversar com a professora nova, pois a filha estava com alguns colegas novos muito bagunceiros. E diz que Fernanda tem brigado com eles na escola. Sofia diz que esta filha é bastante sensível e está mais sensível agora também por estar longe da mãe e do irmão que nasceu. Neste momento, eu lhe disse que também me parecia que ela estava mais sensível agora e identificada também com a sensibilidade de sua filha. Na UTIN também tinham muitas cuidadoras novas, assim como a professora de Fernanda. Além disso, tinham vários “colegas de sala” com Ariel. E ele era um bebê quietinho, chorava pouco e muitas vezes estas “professoras/técnicas em enfermagem” davam mais atenção para estes outros que faziam mais barulho também. Sofia disse que realmente era um ambiente muito difícil e estava bastante sensibilizada diante de tudo que estava acontecendo. Também achava ruim precisar se distanciar da família e desejaria estar com o filho em casa junto dos seus. Além disso, lembrou do dia em que o Ariel foi transferido para a sala intermediária. Disse que ficou muito assustada quando não o viu na incubadora em que ele estava na UTIN. Relata ter pensado que o filho tinha morrido. Nesta situação demorou a se acalmar e muitas pessoas riram dela. Eles disseram que ela deveria se acalmar, pois estava tudo bem com Ariel e que ele já estava na sala intermediária (UCIN). Aqui tive a impressão que Sofia não se sentiu tão amparada no seu susto e que teve vontade de brigar com a equipe assim como a filha na escola. Mas como é bastante reservada não o fez. Entretanto, parece que estava falando dos dias em que se sentia sozinha e pouco compreendida nos seus medos e angústias.

Sofia me disse também que está vivendo “*um dia de cada vez*” e que prefere não criar muitas expectativas, pois teme sofrer muito caso algo pior aconteça. Relata não conseguir

planejar coisas que estejam mais distantes do que uma semana. Pareceu aqui de que mesmo o filho estando numa sala intermediária e se recuperando, o olhar dela não estava conseguindo perceber tudo isso. E ainda que fosse natural sentir medo, ela parecia seguir tão assustada quanto antes. Além disso, não sei o quanto ainda estava confusa e não entendia muito bem estas rotinas de neonatologia, não sabendo diferenciar o que era ir para uma sala ou outra.

Neste ínterim ela também me disse que ainda não comprou quase nada para receber Ariel em casa. Disse que comprou somente o berço, porém ainda não foi buscá-lo. Afirmo que a sogra lavou todas as roupas dele e as deixou dobradas em cima da cama para Sofia guardar. No entanto, ela disse que ainda não guardou as roupas e que elas estão no mesmo lugar que sua sogra deixou. Disse que não quis mexer nisso, pois está preferindo viver os dias de UTIN com ele primeiro e depois organizar sua casa. Além disso, começou a me contar sobre os cômodos do local onde moram e dos quartos de cada um. Disse que sua casa possui três quartos: um é dela e do esposo, o outro com duas camas de solteiro de suas filhas e o terceiro é um quarto de hóspedes para receber visitas. Afirmou que suas filhas preferem dormir juntas neste quarto de hóspedes na cama de casal. Em função disso, tem pensado em deixar o berço de Ariel no quarto delas. Como as meninas usam pouco ficaria um quarto pra ele e outro pra elas.

Não pude deixar de relacionar o quanto ao falar destes espaços da casa e das roupas por esperar a entrar no guarda-roupa falava muito da relação dela com Ariel. Além disso, parecia que Sofia estava em um movimento difícil e ambivalente de colocá-lo dentro de casa, uma vez que ainda tinha muito medo de perdê-lo. E neste atendimento comigo ela conseguiu descrever estes espaços da casa/psiquismo. Ela ainda não tinha guardado as roupas dele no armário e nem acomodado o berço. Entretanto, já estava começando a pensar, junto comigo, qual era o espaço que Ariel iria ocupar em sua casa/vida/psiquismo.

Atendimento 4 (5ª semana de vida – seria a 34ª semana de gestação)

Neste dia encontrei Sofia novamente com o bebê Ariel no colo. Este atendimento foi realizado à díade dentro da sala da UCIN. Sofia estava mais sorridente e me contou feliz que ele tinha começado a mamar no dia anterior. Relatou que a amamentação “*é a única coisa que não tiram da mãe*”. Ela não quis falar muito sobre isso ali, mas entendi que era em função da presença das técnicas em enfermagem. Pareceu que estava me comunicando que estava feliz por sentir que finalmente tinha algo que só ela poderia oferecer ao Ariel naquele contexto. Eu falei a ela que tinha a impressão de que a amamentação tinha lhe feito bem e que isso a tinha aproximado de Ariel. Neste sentido, ela lembrou que não o tinha reconhecido

em outro dia e estava bastante envergonhada e se sentindo culpada por isso. Tive a sensação de que ela falava das suas ausências, pois o dia em que ela não o reconheceu foi seguido de alguns em que ela não o visitou. Sofia tinha bastante dificuldade de falar destes sentimentos de culpa. Além disso, parecia desconfortável e um pouco irritada quando eu tentava explorá-los junto com ela.

Sofia seguiu me contando das primeiras mamadas de Ariel. Falou que ele anda bastante sonolento. E, sendo assim, ontem pela manhã quando tinha pego o seio pela primeira vez não conseguiu mamar muito. Entretanto, na segunda tentativa ontem à tarde disse que ele mamou muito bem. Ariel sugou com muita vontade e ela disse que parecia bastante “fortinho” e “mamou com tudo”. Eu percebi que ela não se direcionava ao Ariel muito e também não estava usando o manhês com ele (indicador 2 ausente). Às vezes eu falava em manhês com o Ariel e percebo que a técnica em enfermagem também o fazia. Nestas situações, Sofia parecia um pouco desajeitada e algo incomodada. Além disso, procurava acordá-lo de maneira algo inoportuna para que eu visse os olhos dele (indicador 1 ausente). Disse que ele estava muito sonolento e “dorminhoco”. Parecia algo incomodada com este repouso dele e precisava vê-lo um pouco mais acordado para ela mesma se tranquilizar de que ele estava bem.

A mãe estava me contando sobre os seus dias com o bebê na UTIN. Contou-me que tem evitado de pegá-lo no colo quando chega na unidade pela manhã. Relata que tem feito isso pois se preocupa com as noites. Falou, um pouco preocupada, que tem pensado em como são as noites ali dentro. Disse imaginar que eles apagam as luzes para os bebês descansarem. Mas como quase nenhuma mãe ou pai permanece ali na madrugada, e ela tem pensado que se muitos bebês começarem a chorar, as técnicas em enfermagem não conseguirão atender todos. E com isso ela pensou que seria bom Ariel se “acostumar” a não receber o colo todas as vezes que desejasse. Neste sentido, eu intervi com ela dizendo que as técnicas em enfermagem também precisariam desenvolver um método de driblar esta situação. E que elas deveriam “se virar” com o choro dos bebês. Afinal, a parte deles é sim pedir o colo e elas estão ali para dar o que eles precisam também. Sofia riu desta minha fala algo aliviada. Parece ter achado engraçado o fato de querer “exigir” que o filho se adaptasse às técnicas em enfermagem e não o contrário. Eu ri um pouco junto com ela e lhe falei que não precisaria se preocupar com isso e que não tinha problema nenhum em ela dar colo ao seu bebê na hora em que ela percebesse que ele queria. Bem pelo contrário. Falei que isso seria muito bom tanto pra ela como pra ele. Sofia se emocionou e ficou com os olhos bem marejados neste

momento. Tive a sensação que se sentiu um pouco mais compreendida em suas dificuldades de administrar toda aquela situação da melhor maneira para si e para seu filho.

Ela seguiu me falando que suas filhas lhe perguntam bastante pelo irmão. Relatou que busca ter algumas histórias divertidas para contar sobre a personalidade dele. Disse que em tais situações, “aumenta” algumas coisas para ter o que falar. Contou de uma história de quando encontrou Ariel bem na ponta da incubadora. Disse que ele tinha se mexido e se arrastado tanto ali dentro que quando Sofia chegou ele estava sem fraldas. Relata que junto com isso “inventou” para as filhas que o Ariel estava tentando fugir do hospital. E que ele ia fugir assim “pelado” como ela o encontrou. Disse que ele tinha sido “salvo” pelos outros bebês da sala. E que eles começaram a chorar todos juntos para chamar a técnica em enfermagem, a qual impediu a fuga dele. Sofia referiu que as filhas gostaram muito dessa história e que a contaram na escola. Esta história inventada pela mãe, muito me lembrou o que ela me contara de seu próprio pai que falecera recentemente. De acordo com o que Sofia me disse de seu pai, de certo modo, ele “fugiu” do hospital quando estava doente, pois fez seu esposo e cunhado “assinarem” a alta. Sendo assim, tive a impressão do quanto Sofia ainda estava muito atravessada por esta perda e também assustada pela iminência de uma outra: a de seu filho Ariel. E creio que trazer estas histórias para perto de si era uma maneira de tentar elaborar, tanto o luto pela perda do pai, como o luto pelo parto prematuro de seu filho. Além de tudo isso, também parecia estar tentando lidar com o intenso medo de não voltar para sua casa junto com Ariel.

Mais para o final do atendimento observei que o bebê estava com umas meias como “luvinhas” em suas mãos. Perguntei se ela as tinha colocado por ele se arranhar (algo que é bastante comum de ver as mães fazendo na UTIN). Sofia me responde que não e que as técnicas em enfermagem é que tinham colocado, pois o Ariel andava arrancando a sonda do nariz (indicador 1 ausente). Ela novamente me falou neste dia que sentia estar começando “*tudo do zero*” com este filho. Dizia que estava sendo mãe pela terceira vez, mas sentia que não “*sabia nada*”, pois estava sendo tudo tão diferente do que fora com as outras filhas. Quando eu estava quase me despedindo, Sofia me contou que Ariel já estava com 1800 g e que as médicas sempre diziam que ele estava bem. Com isso, ela estava pensando que a alta do filho estava se aproximando. Como eu estava de saída não pude trabalhar este aspecto com ela neste atendimento. Mas tive a impressão de que Sofia estava um pouco assustada com esta proximidade, mas também feliz.

Atendimento 5 (6ª semana de vida – seria a 35ª semana de gestação)

Neste dia atendi novamente Sofia junto com o bebê Ariel no seu colo. Quando cheguei na UCIN os procurando ela estava segurando ele novamente. Ela me contou que o bebê está pegando bem o seu peito e acredita que terão alta em breve. A achei um tanto “mecânica” com o filho, segurava ele, o amamentava, parecia que estava fazendo o que era prescrito para fazer. Eu não a via interagindo muito com Ariel e nem falando em manhês com ele (indicadores 2 e 5 ausentes). Na verdade, eu nunca a vi conversando com ele. Mas isso não parecia ocorrer por falta de afeto e sim por um intenso medo de perdê-lo e ficar sozinha nesta relação. Até porque Sofia andava muito presente na unidade desde que ele fora para a UCI. E neste momento, com a proximidade da alta, ela ficava ainda mais tempo com ele. Mas isso não significa que as coisas não estavam difíceis pra ela. Além do mais, parece que ela tinha certo medo de “incomodar” e perguntar suas dúvidas para a equipe. Deste modo, penso que ela não expressava muito de suas dificuldades inclusive para mim. Algumas coisas ela conseguia pedir ajuda e trabalhar comigo. Entretanto, creio que tinham muitas outras que ela também não me falava. Creio que isso ocorria por este “receio de incomodar” e uma dificuldade muito intensa de olhar e nomear suas angústias que eram bastante fortes.

A respeito de eu não observar muitas interações de Sofia, eu sempre tentava intervir falando um pouco em manhês com Ariel. Percebo que quando eu fiz isso neste atendimento, ela começou a conversar em manhês com ele também, porém de modo bastante discreto e sutil. Também tentei explorar e trabalhar um pouco mais a relação dos dois buscando observar alguns indicadores do IRDI. Perguntei à Sofia sobre o que ela estava observando de Ariel. E ela seguia me respondendo as mesmas coisas: que era um bebê calmo, que chora pouco e que dorme bastante. Neste sentido eu lhe disse: ah então segue obedecendo a mamãe como desde o início. Aqui parece que ela incluiu um elemento em suas observações: *“é, mas nos últimos dias tenho o percebido mais acordado também. Acho que está reagindo cada vez mais”*.

Perguntei a ela se ele chegava a solicitá-la de algum modo ou chamar pela sua presença. Ou ainda se ele se comportava diferente com sua presença e com suas convocações. Neste ponto ela respondeu que isso ele ainda não fazia (indicadores 1 e 4 ausentes). Sofia seguiu falando dele: *“acho que no início ele teve dificuldades de se adaptar com a UTIN e aos poucos foi se acostumando e se tornou um bebê assim comportado”*. A partir disso, fiquei pensando se seria mesmo bom um bebê ser assim tão comportado como ela descrevia. Pensei que ele se adaptava mais ao ambiente do que o ambiente a ele. E a mãe parecia ver isso como algo positivo, o que me preocupava um pouco também. Tentei intervir de modo a aproximar Sofia um pouco mais de seu bebê e lhe perguntei o que as técnicas em enfermagem falavam sobre ele. Pensei que, talvez, através delas seria um caminho para aprimorar um pouco sua

relação com ele. Ela respondeu: “*ah, elas acham o mesmo que eu. Um bebê calmo*”. Eu também o percebia assim, mas tive a impressão que ela tinha me respondido isso só para ter algo a dizer para poder logo trocar de assunto. Pareceu-me que ela não perguntava às técnicas de enfermagem o que elas achavam e estas também não lhe diziam coisas sobre o Ariel.

Mais para o final do atendimento também perguntei a ela sobre suas expectativas para casa com Ariel. Ela disse: “*ah eu queria eu ele seguisse assim calmo. Tu acha que ele vai continuar assim?*” Respondi para ela que só teríamos como saber isso nos dias em casa e que os bebês mudam bastante. Ela seguiu me falando de algumas preocupações com aspectos físicos. Tive a impressão de que isso também deflagrava a dificuldade que ela estava tendo em aprimorar a relação com Ariel no contexto de internação. Sofia disse que estava preocupada com a avaliação oftalmológica que ocorreria no dia de amanhã. Afirmou que acha a cor do olho dele um pouco “*esquisita*”. Sendo assim, perguntei o que ela tem observado sobre ele enxergar e sobre as trocas de olhares com o bebê. A mãe disse acreditar que ele enxerga bem, mas às vezes se preocupa por sentir que ele tem um olhar “*parado*” e que a olha de modo “*fixo*”. Aí ela diz o seguinte: “*pergunto-me o porquê deste olhar fixo. Acho estranho. Muito parado*”. Aqui tive a impressão de que o estranhamento de que ela estava falando não se referia tanto ao exame oftalmológico. Mas também estranhava sua própria relação com o filho. Afinal, até o momento, pouco conseguiu compreender o que ele queria lhe dizer com o olhar (indicadores 4 e 5 ausentes). E era muito angustiante não entender estas comunicações e o que ele estava querendo lhe dizer com o seu próprio jeito de lhe olhar.

Por fim, ela também mencionou que irá estranhar bastante em poder escolher as roupas de Ariel em casa. Com isso eu tive a sensação de que ela também estava começando a pensar no fato de colocar coisas suas no filho. Combinei de encontrá-la ainda mais uma vez antes da alta. Perguntei novamente se ela gostaria de seguir com o acompanhamento em casa. Sofia pareceu um pouco desconfortável, mas respondeu que sim. Tive a sensação de que ela não queria lembrar muito das pessoas e coisas do hospital, mas aceitou as visitas.

Três dias depois, procurei Sofia e Ariel para realizar o último atendimento da internação, mas não os encontrei para encerrarmos a etapa de UTIN. Quando fui os procurar já tinham recebido alta e já tinham ido embora. Deste modo, entrei em contato com Sofia por telefone para combinarmos a etapa dos atendimentos em visita domiciliar. Ela pediu para esperarmos um tempo para iniciar a segunda etapa, em torno de um mês, pois referiu que estava se estabelecendo em casa com Ariel e as outras filhas também. Falei que compreendia esta necessidade e agendei o primeiro atendimento em casa com este intervalo maior de tempo, conforme o desejo que ela tinha expressado. Neste momento, tive novamente a

impressão de que Sofia queria se afastar dos acontecimentos no hospital. E talvez minha presença representasse um pouco de tudo isso para ela. Além do mais, penso que eu também buscava integrar os aspectos mais intersubjetivos e também as questões emocionais dela durante a internação de Ariel. Mas, no entanto, em poucos momentos ela estava mais disponível para abrir espaço para tais questões e menos ainda falar sobre elas. Isso acontecia muito pelo seu olhar mais voltado aos aspectos biológicos do filho. Parecia ter dificuldade de perceber o seu lugar na UTIN e a minha presença a convocava (e desafiava) neste sentido. Além disso, nos atendimentos comigo Sofia se deparava com suas próprias angústias. E tais angústias eram bastante intensas e se deparar com as mesmas parecia algo bastante difícil e doloroso. Lembro que em muitos momentos ela dizia: *nos momentos mais difíceis eu prefiro não pensar*. Acho que na verdade não era uma questão de preferência, creio que ela não podia pensar. É como se Sofia se sentisse paralisada nestes momentos mais traumáticos. E justamente por isso eram vivências inomináveis.

Atendimento 6 (10ª semana de vida – seria a 38ª semana de gestação)

Demorei um pouco para achar o endereço de Sofia. Era um local afastado e na divisa entre duas cidades. Trata-se de uma região mais rural também. O local em que ela e Ariel residem também possui um certo “ar” de sítio. Residem em um terreno grande que comporta três casas. Duas que ficam logo atrás de um portão de ferro para carros e uma um pouco mais abaixo de uma pequena ladeira de gramado. Quando cheguei na frente do terreno, não encontrei campainha. Deste modo, bati palmas e chamei pelo nome de Sofia. Ninguém apareceu. Entretanto, imaginei que ela estaria me esperando, pois tínhamos confirmado recentemente esta visita. Sendo assim, empurrei o portão de ferro e bati na porta da primeira casa. Uma senhora mais idosa atendeu e disse que a casa de Sofia era a última e me apontou a que ficava mais abaixo.

Bati nesta porta da última casa do terreno e Sofia a abriu com o Ariel no colo. Realmente estava me esperando. Convidou-me a sentar e estava com sua filha Fernanda sentada ao seu lado e de Ariel. Tive a impressão que ela preferiu que a filha permanecesse na sala para afastar a possibilidade de falarmos das coisas “mais difíceis” que ela vivera no hospital. Tive a sensação de que minha presença em sua casa era um pouco dolorosa em função disso. Já fazia mais ou menos um mês desde meu último atendimento com ela e Ariel. E, sendo assim, estávamos em um clima de retomada do acompanhamento. Sofia iniciou dizendo que as coisas estavam cada vez melhores com o Ariel. Eu não pude observar muita interação entre os dois e nem os indicadores do IRDI, pois o bebê permaneceu o tempo todo

adormecido em seu colo. Entretanto, os dois pareciam muito bem assim, encaixados e “grudados” um no outro. Perguntei o que ela reparava nele e Sofia me disse que além de o perceber bem maior, notou que ontem ele sorriu para ela (indicadores 4 e 5). Também referiu perceber que o filho se acalma e gosta de ouvir sua voz (indicadores 2 e 3).

Sofia disse que o Ariel estava perto de fazer três meses e que ela já estava começando a se preparar para retornar ao trabalho no mês que vem. Disse que achava que a licença maternidade para mãe de bebês prematuros deveria contar a partir da alta do bebê e não do nascimento. Eu concordei com ela, mas comentei que também dava a impressão de que o nascimento de Ariel tinha ocorrido de fato na sua vida após a alta hospitalar. Sofia mencionou que sim e deste modo sentia que não pôde viver tudo o que gostaria com ele em sua licença, *pois no hospital ela não era a mãe. Quem eram as mães eram as técnicas de enfermagem.* Percebi que eles tinham um carrinho de bebê na sala e comentei esta minha observação com ela. Disse à Sofia que eu lembrava de ela ter dito na UTIN que somente tinha um berço entre as coisas que precisaria para Ariel. Ela seguiu dizendo que ganhou dois carrinhos usados de uns parentes. Relembrou que não tinha nada em função de ter se desfeito de tudo após o nascimento de Fernanda. Refere que fizeram isso pois tinham decidido não ter mais filhos. Entretanto, também afirmou que conseguiu rapidamente tudo que precisava neste momento. Relata que ainda não montaram o berço, pois Ariel tem dormido no carrinho ao seu lado no quarto com ela e o Luiz.

A mãe contou que tem feito todas suas tarefas de casa com o Ariel no colo. Ela ainda parecia um pouco mecânica em relação a ele. Mas tive a impressão de vê-la muito mais próxima do filho em casa do que na UTIN. Neste sentido, afirmou que em casa está se sentindo bem amparada, pois sua sogra e cunhado residem no mesmo terreno. Disse que sua mãe também mora perto e que o local onde o Luiz trabalha também é bastante próximo de onde moram. Sendo assim, ela sente que possui todo o amparo dos familiares por perto, o que a deixa mais tranquila também. Sobre o Ariel, comentou que o acha um bebê bastante calmo, tranquilo e querido. Disse que as noites também tem sido tranquilas e que ele costuma acordar de três em três horas para mamar. Relatou que está se revezando durante as noites com o Luiz, pois também quer que Ariel comece a se acostumar com a mamadeira para que ela possa retornar ao trabalho mais tranquila.

O atendimento estava se encaminhando para o final e combinamos de realizar o acompanhamento em casa semanalmente durante um mês. Pareceu-me que as minhas visitas ainda não estavam fazendo sentido para Sofia e eu tinha a sensação de que ela ainda não

compreendia muito o propósito das mesmas. Sendo assim, retomei alguns pontos sobre a pesquisa e a proposta de acompanhamento para ela e Ariel tanto na UTIN quanto em casa.

Atendimento 7 (12ª semana de vida, seria a 40ª semana de gestação)

Hoje quando cheguei para o atendimento fui recebida no portão do terreno pela filha do meio de Sofia, a Fernanda. Quando eu estava descendo a lombada para chegar na casa deles, ela gritou: “*Mãe, chegou a pediatra*”. Achei aquilo um pouco engraçado, pois parece que a Fernanda tem um lugar na família de dar nomes e mostrar aquilo que, muitas vezes, tentam “esconder”. E o fato de ter me nomeado como pediatra deu a impressão de que estas visitas domiciliares têm sido bastante difíceis para Sofia, justamente pela questão de eu não ser pediatra. Ocorre que meus atendimentos tinham a pretensão de um olhar para os aspectos mais (inter)subjetivos entre ela e Ariel. E parece que seria tão mais fácil se fosse uma pediatra. Uma médica, possivelmente, teria apenas a intenção de examinar o bebê. Mas, por um lado, talvez a Sofia enxergue o meu acompanhamento um pouco deste modo.

Bati na porta da casa e quem abriu foi uma senhora que eu não conhecia. Pedi pela Sofia e ela disse: “*Sim, ela está aqui te esperando*”. Encontrei a mãe com o bebê no colo, ambos sentados no sofá da sala a minha espera. Sentei no sofá menor de frente para elas, como de costume, e a senhora se sentou ao lado de Sofia e Ariel. Sofia disse: “*Ah, nem te apresentei. Esta é a minha mãe*”. Tive a impressão de que, novamente, ela queria que outra pessoa estivesse junto no atendimento como um modo de afastar a possibilidade de falar das coisas mais difíceis. Mas, por outro lado, desta vez era sua mãe que estava junto e não a filha. Também tive a sensação de que Sofia precisava de ajuda da mãe para construir suas narrativas acerca das experiências com Ariel. Sozinha era bastante difícil. Logo que sentei, fiquei em silêncio e esperei como Sofia iria iniciar o atendimento. Ela perguntou: “*Tu quer conversar comigo sozinha?*” E eu lhe disse que isso ficava a critério da escolha dela. Sofia sorriu bem simpática e falou: “*Ah tudo bem então*”. Sendo assim, a mãe permaneceu ao seu lado. A avó começou o atendimento dizendo: “*O Ariel está muito esperto e tem sorriso bastante. Também cresceu muito, tu deve notar, né?*” Sofia complementou dizendo que uma amiga foi lhe visitar para conhecê-lo e disse que se impressionou com o tamanho do bebê. Ela comentou que a amiga pensava que Ariel seria bem pequeno por ser prematuro.

Entretanto, realmente o bebê estava bem maior e parecia interagir bastante com a mãe e a avó. Estava mais gordinho e bem diferente do bebê que eu via no hospital. Estava se tornando um bebezinho realmente muito bonito. Sofia me disse que esteve muito preocupada nos últimos dias, pois o Ariel pegou um resfriado. Disse que entrou em contato com a pediatra

perguntando se deveria levá-lo na emergência. Mas a médica achou melhor deixá-lo em casa, higienizando o nariz com soro e observando se iria se recuperar. Disse que seu marido estava muito gripado e a filha Fernanda também. Sendo assim, ela imagina que ele tenha pego a gripe deles. Em função disso, diz que o Luiz está dormindo em outro cômodo da casa para não piorar a gripe do Ariel e para Sofia não pegar também.

A mãe disse que as noites estão sendo bem difíceis e que ela fica muito preocupada com o bebê e não consegue pegar no sono. Refere que fica constantemente verificando se ele está mesmo respirando. Além disso, tem muito medo de que seu bebê “vomite” ou se “afogue” com a secreção. Sendo assim, disse que o único modo em que conseguiram adormecer, tanto ela e o Ariel, foi com ele em cima de seu peito com ela sentada na cama. Neste momento, eu disse para ela e Ariel (em manhês): *“Ah, mas então só o colinho da mamãe que acalmou? Que coisa boa esse colinho, né Ariel?”* Em seguida ela me disse: *“Sim. Ele está gostando muito de colo. Acho até que irei contratar alguém só pra dar colo pra ele o dia todo (risos). Aliás, acho que eu também gosto de dar colo. Então vou contratar alguém pra fazer as coisas de casa e vou ficar só com ele no colo o dia todo”*. Eu segui conversando com o Ariel (em manhês): *“Mas que bebê bonitinho, tchu, tchu, tchu”*. Aqui eu percebia que Sofia pegava a minha “deixa” e seguia falando em manhês com ele (indicador 2). O Ariel parecia estar gostando bastante (indicador 3). Ele sorria e olhava atento para sua mãe, com expressão de “apaixonado” (indicador 5). Às vezes ele fechava os olhos quase dormindo e os abria bem atento quando nos dirigíamos com voz de manhês a ele (indicadores 3 e 5).

Sofia seguiu falando sobre o Ariel. Disse que a avó também gosta de dar colo o tempo todo para ele. E que ele gosta muito da avó também. Contou-me que ele irá ficar com ela a partir do mês que vem quando Sofia retornar ao trabalho. Disse também que como ele se resfriou tem dado somente o leite do seu peito para ele. Pensa que assim seu bebê ficará mais forte e poderá se recuperar mais rápido. Mas com isso, refere que tem sentido bastante dor ao amamentar, pois ele pega muito forte e a morde em alguns momentos. A avó de Ariel lembrou que Sofia também mamava de um jeito que lhe doía e que em função disso só conseguiu amamentá-la até os três meses de idade.

A mãe do bebê me disse que estava novamente bastante preocupada com a filha Fernanda. Referiu que ela andava chorando antes de ir para a escola e durante as aulas também. Afirmou que isso acontece com mais força nos dias em que precisa ir ao hospital levar Ariel para alguma consulta. Pensa que sua filha acredita que eles irão reinternar. Neste sentido, eu disse a ela que seria interessante conversar de modo bem aberto sobre esses medos com a filha. Mas, também lhe disse que eu achava natural Fernanda estar preocupada, uma

vez que todos os acontecimentos difíceis relacionados à saúde dela e de Ariel eram muito recentes. E que eu imaginava o quanto deveria ter sido difícil para a família toda e para as filhas, pois Sofia esteve muito grave também. Sofia repetiu: “*É mesmo tudo muito recente*”. Neste momento, a mãe de Sofia disse que foram dias muito difíceis para todos. E que eles choravam muito o tempo todo em casa, principalmente as duas filhas de Sofia.

A partir disso, a mãe de Ariel conseguiu falar um pouco sobre sua experiência com ele no hospital. Disse que ontem esteve tão preocupada com o resfriado de seu filho e pensou que ele iria reinternar. Relata que com isso veio “*um filme em sua cabeça*”. Relembrou que só pôde ver o filho no quarto dia após o parto. E disse o seguinte: “*Sabe quando dá um pause no jogo de videogame? Foi assim que eu vivi nos dias de hospital. A vida pausou por 39 dias! E o start só veio quando a médica pediatra deu alta pro Ariel.*” E seguiu dizendo: “*Eu te falei sobre a alta? Acho que não, né? A médica estava se programando para dar alta pro Ariel numa segunda-feira. Mas na sexta-feira anterior ele já estava bem. Aí ela veio e me falou: e se eu der alta hoje para o teu bebê?*” Sofia disse que ficou muito apavorada quando a médica lhe disse isso e que começou a chorar muito. Sendo assim, combinou com a médica de manterem a alta para a segunda, pois ainda não estava se sentindo bem para levá-lo pra casa. E Sofia seguiu me contando emocionada: “*Aquilo foi o meu parto. Tudo que eu não tinha pensado em 39 dias eu pensei naquele instante. Pensei que precisaria organizar tudo em casa ainda. E será que eu ia dar conta? Será que eu ia conseguir cuidar do Ariel?*”

Ela acha que o resfriado dele lhe fez pensar em todas essas coisas que ela estava evitando pensar. Disse que via as médicas apavorando muito todas as mães de prematuros quando tinham alta. Elas diziam que prematuro é mais fraco e que qualquer coisa tem que correr numa emergência. Mencionou que toda a experiência de UTIN foi muito assustadora para ela. E chorou ao lembrar que quase morreu também. O atendimento se aproximava do fim e a avó estava cuidando do Ariel enquanto Sofia chorava ao me dizer estas coisas mais dolorosas. Mas me chamou a atenção que ela seguia atenta ao filho e em determinado momento falou: “*Mãe, não cobre muito ele, o Ariel não gosta*” (indicador 1).

Atendimento 8 (15ª semana de vida)

Na semana anterior a este atendimento, Sofia me enviou uma mensagem de celular, um dia antes da visita domiciliar agendada, desmarcando comigo. Disse que o Ariel tinha reinternado no hospital. No mesmo momento, liguei para ela e perguntei como eles estavam. Sofia disse que estava mais aliviada por ele estar sendo observado no hospital, pois fez uma bronquiolite. Falou que ele estava investigando uma bactéria e estava em isolamento. Em

função disso, referiu que não queria atendimento enquanto ele estivesse hospitalizado. Respeitei o seu desejo de permanecer sozinha com ele e combinei de nos comunicarmos um dia antes da consulta seguinte. Além disso, me coloquei à disposição dela caso mudasse de ideia sobre atendê-los no hospital. Mas Sofia não me procurou mais. Deste modo, no dia em que antecedia a visita domiciliar, enviei uma mensagem perguntando como o Ariel estava. Sofia respondeu dizendo que tinham recebido alta hospitalar naquele dia mesmo e que me aguardava no dia seguinte.

Neste dia de atendimento domiciliar, novamente, fui recebida no portão pela irmã do meio de Ariel, a qual gritou como da última vez para a mãe: “*Chegou a pediatra do Ariel*”. Era um dia cinza, estava com uma chuva fina e fazia um pouco de frio na região mais rural em que Sofia reside com sua família. As três casas do terreno parecem antigas e simples. A de Sofia é bastante espaçosa e aconchegante, porém também é bastante fria e úmida em dias chuvosos. Deste modo, pensei em como ela deveria estar se sentindo em relação ao Ariel naqueles dias. Consegui compreender a preocupação dela com o seu bebê que tinha nascido prematuro.

Sofia me recebeu e em seguida sentou no sofá da sala com o Ariel cochilando em seu colo como de costume. Ela falou rindo: “*Tu percebeu que a Fernanda te chamou de pediatra?*” Eu respondi rindo também: “*Sim, já tinha percebido da outra vez. O que tu pensaste sobre isso?*” Sofia disse que deve ser em virtude de eu trabalhar com bebês e crianças. E que talvez Fernanda tenha pensado que todos os profissionais que atendem crianças são pediatras. Seguiu me contando sobre a semana de internação com Ariel. Relatou que um dia antes de ele internar ela também o tinha levado na emergência. E nesta primeira ocasião, os médicos avaliaram e a disseram para seguir observando em casa e fazendo a lavagem do nariz com soro. Diz que não sentiu muita segurança naquela avaliação. E então um dia depois arrumou a mala e disse ao Luiz que estava retornando ao hospital e pretendia internar com ele. O marido não a apoiou, disse que não tinha necessidade e falou que as outras filhas ficariam muito mal se ele internasse de novo. Sofia disse, chorando, que ficou muito chateada e que se sentiu pouco compreendida por ele. Achou que o Luiz estava mais preocupado com as outras filhas do que com o Ariel.

Mesmo com isso, ela esperou o marido sair para o trabalho e foi à emergência do hospital junto de Ariel e sua mãe que a levou de carro. Diz que saiu de casa decidida em permanecer com o Ariel lá. Achava que era necessário. Desta vez, foi atendida na emergência pela própria pediatra dele. A mesma o examinou e disse que era necessário internar. Disse que ele permaneceu, durante toda a semana, com o auxílio de aparelhos para respirar e fazendo

muita fisioterapia. E que não precisou tomar antibióticos. Percebo que Sofia tem certa dificuldade para nomear seus sentimentos ou talvez esteja assim neste momento de sua vida. Mas, no entanto, ela chora com muito sofrimento. Neste momento ela chorava. Tentei explorar sobre o que tinha me falado de estar chateada com o esposo. Mas Sofia não quis falar disso.

Ela falou, emocionada que no hospital deu um “*start*” de novo. E que em casa sente-se tão atarefada em volta dos afazeres domésticos e junto com as outras duas filhas que às vezes pensa que não está conseguindo se voltar ao Ariel como gostaria. Nesta última semana em que esteve com ele no hospital disse que esteve bastante chateada com uma atitude de sua filha do meio. Relatou que a filha Fernanda lhe telefonou dizendo que Sofia precisava voltar pra casa, pois tinha faltado uma borracha em seu estojo. Disse que ficou bastante chateada com isso e que Luiz também dizia para ela voltar. Sofia relata que, em função disso, foi somente um dia em casa para conversar com Fernanda. Conta que falou de modo muito honesto e sério com ela e explicou que Ariel estava precisando muito mais da mãe neste momento. Que ela, Sofia, já tinha feito este tipo de esforço por Fernanda e que agora era a vez de Ariel. Afirma que se despediu da filha dizendo que naquela semana não voltaria mais em casa e que elas deveriam contar com o Luiz na sua ausência.

Neste atendimento, tive a impressão que após esta reinternação de Ariel, a mãe começou a abrir ainda mais espaço pra ele na sua vida, no seu psiquismo e na família. É como se precisasse retornar ao hospital para sentir, ali naquele espaço, que o filho era seu. Neste sentido, lembrei de ela ter dito que a primeira internação foi como um “*pause*”, mas a segunda foi “*start*”. E, deste modo, Sofia falou que a segunda internação foi diferente. Que desta vez ela era “*a mãe*”. E que na UTIN ela era a “*coadjuvante*”.

Eu percebi, desde o último atendimento, Sofia e Ariel bem mais envolvidos um com o outro. Entretanto, eu ainda percebia a Sofia algo mecânica. Eu entrevistava falando em manhês com ele. E Ariel chegava a arregalar os olhinhos para me olhar. Sofia estranhou e riu, falando em manhês com ele também: “*para que este olho tão arregalado, filho?*” (indicadores 2 e 3). Também investiguei outros indicadores perguntando sobre a interação deles e se o Ariel pedia por ela quando chorava. Sofia disse que agora já percebe isso (indicador 1) e que ele segue bem sorridente quando conversam (indicador 3). Ele também estava sorrindo quando ela conversava com ele e parecia sorrir para mim também (indicadores 3 e 5). Ariel possui um olhar bastante expressivo e neste dia também olhava para sua mãe com expressão de “apaixonado”.

Eu já estava perto de ir embora e comecei a trabalhar o encerramento dos atendimentos com ela. Sofia me perguntou sobre a pesquisa e queria saber se o acompanhamento com ela estava auxiliando outras mães. Respondi para ela que com certeza sim e que a ideia era qualificar ainda mais a assistência para mães e bebês prematuros. Ela mencionou, novamente, o quanto foi tudo muito pesado pra ela na UTIN e que gostaria muito de poder ajudar outras mães que passam pelo que ela passou. Sofia também me disse que tem pensado em como tudo aconteceu a partir dos acompanhamentos comigo. E que ultimamente tem pensado no futuro dela com Ariel. Disse que por ter tido ele um pouco mais velha, acha que ela e o Luiz vão gostar de se aposentar e permanecer mais tempo com o filho em casa. Tem achado que isso vai ser muito bom.

Atendimento 9 (18ª semana de vida)

No dia que antecedia o último atendimento, Sofia desmarcou comigo. Disse que precisava ir numa reunião na escola de suas filhas. Sendo assim, remarcamos para a semana posterior. Quando cheguei ela estava com o Ariel no seu colo como das outras vezes. Parecia bem apropriada dos cuidados, bem mãe de terceira viagem como ela costumava dizer. Dava o peito tranquilamente quando ele pedia, entendendo muito bem o que Ariel lhe endereçava (indicador 1) e parecia conversar um pouco mais com ele (indicador 2). Ariel, por sua vez, a olhava sempre muito atento (indicador 3). Em determinado momento ela o colocou ao seu lado em um bebê conforto. Ariel ficou ali, olhando fixo para sua mãe, como que esperando o que viria dela. Sofia estava conversando comigo e não viu. Neste momento também intervi: *“Mas que bebê atento e apaixonado por sua mamãe”*. Ela seguiu dizendo: *“Ele é todo apaixonado, né? Dizem que o filho homem é assim, todo da mãe. Espero que seja mesmo, pois as outras duas são todas do Luiz”*. Sofia também disse que o Ariel segue muito comportado. E que é calmo inclusive às noites e acorda somente de três em três horas pra mamar. Neste sentido, fiquei me questionando se ele já tinha estabelecido seu próprio ritmo em casa ou ainda estava adaptado com os horários da UTIN. Lembrei que na internação os bebês recebem o leite de três em três horas sempre.

A mãe contou que passou por uma situação um tanto embaraçosa no último final de semana. Relata que ela, o marido, as duas filhas e Ariel saíram pra passear junto com o bebê pela primeira vez. Foram em um café colonial na serra. Entretanto, Sofia não estava se sentindo nenhum pouco preparada para ir, estava nervosa, mas não quis frustrar os familiares e acabou indo ao passeio mesmo assim. Relata que ao chegar em casa entrou em prantos.

Sentiu um medo muito intenso de que Ariel adoecesse novamente. E diz que segue tendo este medo de maneira muito forte.

Neste sentido me perguntou se eu achava que ela deveria seguir atendimento psicológico. Eu comentei que seria bom e lhe indiquei alguns locais perto de sua residência. No entanto, Sofia referiu que está se organizando para retornar ao trabalho e que não gostaria de seguir com atendimento psicológico no momento. Disse a ela que isto era uma escolha que deveria partir dela. Mas também lhe disse que o maior risco de não seguir era o de que seu olhar ao Ariel permanecesse muito voltado ao adoecimento e relacionado às questões difíceis que viveram juntos. Sofia respondeu chorosa que concordava, mas que não gostaria de seguir com um acompanhamento agora. Disse que iria ficar atenta a tais questões que eu estava lhe apontando. E caso achasse que isto estivesse persistindo gostaria de me procurar. Sofia referiu que preferia conversar comigo novamente, caso precisasse, para que eu lhe falasse dos locais mais uma vez. Sendo assim, concordei com ela e me despedi de Ariel e sua mãe. O bebezinho me deu um largo e lindo sorriso quando eu estava indo embora. Sofia riu desta reação dele. Abraçou-me forte e agradeceu pelos atendimentos.

5.2.1 Síntese do caso: Por uma sobrevivência

O trabalho com Sofia e Ariel em muitos momentos se assemelhou a uma clínica do trauma em termos ferenczianos e também winnicotianos. No que se refere ao primeiro autor, este dialoga bastante com os pressupostos winnicotianos aludidos anteriormente ao afirmar que: “o ‘choque’ é equivalente à aniquilação do sentimento de si, da capacidade de resistir, agir e pensar com vistas à defesa do Si mesmo (Ferenczi, 1992/1934, p. 109).

Além disso, Ferenczi (1992/1934) faz uma revisão da “*Interpretação dos Sonhos*” de Freud, ampliando o olhar psicanalítico a partir de tais pressupostos. E com isso o autor traz novas contribuições à clínica na perspectiva do traumático. Ele explora e amplia duas noções freudianas importantes relacionadas ao trauma: a *figurabilidade* e a *repetição*. A primeira, está relacionada às imagens criadas a partir de um trabalho psíquico em torno de algo que ainda não possuía formas. Sendo assim, a *figuração* trata-se de um primeiro trabalho psíquico no intuito de transformar o trauma em imagem e ao mesmo tempo iniciar um movimento de sua elaboração.

Tenho a impressão de que quando Sofia me contava que costumava “*inventar histórias*” de Ariel para suas outras filhas (e para si mesma), ela parecia estar realizando esse trabalho de *figuração*. Neste íterim, lembro de ela ter me contado, justamente, uma das

histórias que envolviam algo da morte e perda recente de seu pai e também das experiências ainda inomináveis que viveu e estava vivendo quando estava no hospital. Em tal história, o Ariel “*fugia do hospital assim pelado*”. Talvez aqui nesta imagem ela estivesse fazendo aparecer um pouco de sua raiva do pai, o qual “fugiu” do hospital, desistindo do tratamento para ir de encontro com a morte. Ademais, também parecia estar tentando elaborar (e comunicar) junto com isso, a sua própria vontade de ter fugido da UTI adulto (quando lá esteve) e da UTIN com Ariel assim *pelado*, descaracterizado e tão difícil de ser reconhecido como seu.

Jô Gondar (2016) ao refletir sobre o trauma em Ferenczi e sobre o aspecto da *repetição*, afirma que, para o autor, a *compulsão à repetição* não é vista como negativa. Pelo contrário, ela é algo que possibilita o advento de uma criatividade e curabilidade no que se refere ao trauma. Sendo assim, em cada *flashback* há um enfraquecimento e desgaste dos “*choques*”. E com isso, penso na reinternação de Ariel no hospital, a qual parece ter sido (re)vivida por ela deste modo. Quando me disse que “*fez a mala e foi ao hospital decidida a reinternar com o bebê*”, acredito que estava fazendo este movimento de um *flashback*. E talvez tenha sido o único modo possível de dar um “*start*” como ela mesma se referiu à segunda internação. Afinal, ela estava às voltas de questões traumáticas tão impensáveis que este foi um meio possível de esmaecer um pouco da crueldade e concretude do trauma. Ou, dito de outro modo, nas palavras de Jô Gondar quando alude ao trabalho de Ferenczi em relação ao sonho:

A repetição no sonho deixa de ser uma reprodução cega, porque nesse caso as cenas traumáticas são produzidas pelo próprio sujeito, implicando uma mudança da passividade para a atividade. É como se através dos sonhos o sujeito produzisse ativamente o trauma, com o intuito de dominá-lo e liquidá-lo. Trata-se de uma atitude paradoxal que acontece não apenas na atividade onírica, mas também nos comportamentos autodestrutivos que podem sobrevir àqueles que vivenciaram traumas: o sujeito aplica em si mesmo o próprio veneno que procura evitar. (Gondar, 2016, p. 17)

Em retrospectiva à história de Sofia com Ariel cabe mencionar que sua gestação já tinha sido bastante complicada em termos de aceitação, algo que ocorreu antes da prematuridade do bebê. Além do fato de que ela não estava planejando engravidar novamente, ela também planejara “*não mais engravidar*”. E com isso tinha outros planos de vida, tendo inclusive se desfeito das coisas que já tinha em casa para um futuro bebê. Além disso, ela também se referia à descoberta da gravidez como para além de um mero “*susto*” de quem não estava planejando. Ela descreve este momento como de “*depressão*” em sua vida. É

importante considerar o fato de que é bastante comum, em circunstâncias naturais, uma mãe ter dificuldade de aceitar um novo bebê e de sentir-se mãe logo que ele nasce. No entanto, no caso de Sofia temos esta questão junto com outras complicações. Estas passam por suas dificuldades mais intensas na gestação, o parto imensamente traumático em que ela quase fora a óbito e a internação de seu bebê prematuro na UTIN.

Neste íterim, trago o que Mathelin (1999) traz sobre o trabalho do psicanalista em neonatologia. Ela diz que, neste contexto, o trabalho da psicanálise envolve realizar um trabalho conjunto que não considere apenas salvar a vida do bebê. Trata-se de um trabalho que envolva também “salvar o seu desejo de viver e a capacidade de amar de seus pais” (Mathelin, 1999, p. 22). A autora também discorre sobre um caso que inaugurou seu trabalho no âmbito de neonatologia. Trata-se de uma mãe que não quis levar o filho embora diante da alta hospitalar. Em tal circunstância a psicanalista fora chamada pela equipe, em função de desconfiarem que esta mãe estava louca. Entretanto, ela apenas se via impossibilitada de assumir o seu filho. Deste modo, o trabalho com aquela díade estava incompleto. O bebê estava salvo fisicamente. E a parte psíquica? Como ficava no meio de tudo isso?

Parece que questões semelhantes puderam ser observadas na relação de Sofia com Ariel em dois momentos distintos. Um foi o seu estranhamento e medo quando o bebê foi transferido de sala. Ela falava de um medo de que ele tivesse morrido. Mas me parece que também tinha certo medo de que ele tivesse sobrevivido e que agora o trabalho fosse com ela. Isso, me parece, era algo que lhe dava, paradoxalmente, tristeza e alegria. E talvez por isso sentira tanto incômodo pelas “*risadas*” da equipe de técnicas em enfermagem diante de seu sofrimento. Também foi este o modo como Sofia vivenciou a alta de seu bebê. Ao receber a notícia da alta sentiu-se paralisada, porém nesta circunstância a médica pôde *reconhecer* (no sentido ferencziano) o seu trauma e deu alta ao bebê em outro dia.

Outro aspecto importante a ser destacado da vivência desta díade é o fato de que Sofia também estava se recuperando de uma vivência de internação em UTI. E de uma experiência de quase morte, segundo ela. Deste modo, parecia que desejava se afastar um pouco desta realidade para *seguir vivendo*. E o Ariel a aproximava destas coisas, o que pode ter complexificado ainda mais o seu envolvimento com ele nos primeiros dias. E deste modo, esta dificuldade se estendeu para além da questão que por si só já seria tão difícil de administrar: Reconhecer-se enquanto mãe de um bebê tão *frágil, com a pele fina e magrinho* como ela o descrevera nos primeiros dias. Isto também vai ao encontro do que Mathelin (1999) afirma ao dizer que “os bebês se constroem, em parte, graças à possibilidade de devaneio das mães” (Mathelin, 1999, p. 23).

Posto isso, reflito sobre a dificuldade de Sofia viver este devaneio, em muitos momentos, com Ariel. E deste modo, penso que a *capacidade de criar o mundo* pela parte dele foi atravessada por esta dificuldade materna. Estou me referindo aqui ao que Winnicott descreve sobre a criatividade no bebê:

A criatividade é, portanto, a manutenção através da vida de algo que pertence à experiência infantil: a capacidade de criar o mundo. Para o bebê, isso não é difícil; se a mãe for capaz de se adaptar às necessidades do bebê, ele não vai perceber o fato de que o mundo estava lá antes que ele tivesse sido concebido ou concebesse o mundo. O princípio da realidade é o fato da existência do mundo, independentemente de o bebê tê-lo criado ou não. (Winnicott, 1970/1986, p. 32)

Winnicott (1970/1986) segue esta discussão com uma máxima: *Ser antes de Fazer*. E afirma que somente após o bebê tornar-se um *existente estabelecido* é que poderá procurar e encontrar um objeto como um ato criativo: “E então, finalmente, a criança domina até mesmo os instintos, sem perda de identidade do *self*” (Winnicott, 1970/1986, p. 33).

A partir disso, me coloco a pensar acerca da possibilidade de alguns momentos de UTIN terem sido vividos no sentido winnicottiano de uma *agonia impensável* (Winnicott, 1969/1994) tanto para a mãe quanto para o bebê. Faço uma alusão a isto ao lembrar que quando ela tenta descrever o que viveu no hospital como um “*pause*” talvez estivesse se referindo a algo próximo de um *colapso*. Saliento que às vezes ela se sentia tão perdida que não sabia o que fazer. E em tais momentos, parecia convocar o Ariel a *reagir*. Talvez fizesse isso porque ela própria estava paralisada. Em tais momentos, buscava aconselhá-lo a *ser obediente com a equipe* e tentava prepará-lo no sentido de se *acostumar a não ter colo em sua ausência*. Para isso, às vezes evitava pegá-lo quando chegava na UTIN também. Deste modo, penso que em tais circunstâncias ocorreu uma inversão. Parecia que Sofia queria que o Ariel se adaptasse ao ambiente e não o ambiente a ele. Neste mesmo raciocínio parecia perceber a experiência de ambos na UTIN com uma certa inversão em sua posição materna também. Inicialmente, ela tinha a tendência de pensar que a ameaça para o filho seria a sua presença e não a sua ausência. Além disso, parecia se sentir mais perigosa que os procedimentos dolorosos que Ariel precisava fazer. E a partir de tais pontos, trago o que Winnicott refere sobre a definição de um colapso: “O ego organiza defesas contra o colapso da organização do ego e é esta organização a ameaçada. Mas o ego não pode se organizar contra o fracasso ambiental, na medida em que a dependência é um fato da vida” (Winnicott, 1969/1994, p. 71)

5.2.2 Reflexões sobre o IRDI em Sofia e Ariel

O uso dos indicadores (IRDI) no caso de Sofia e Ariel teve bastante importância para identificar e intervir nos aspectos de maior dificuldade que eu encontrei nesta díade. Além disso, foi bastante potente no que se refere a algumas mudanças que ocorreram a partir da alta da UTIN. Relembro que o pai foi muito importante nos primeiros dias de vida do Ariel. Parece que Luiz conseguiu dar conta de uma adaptação ao bebê que Sofia estava impossibilitada inicialmente. E isso os indicadores puderam mostrar com maior clareza. Afinal, eu pude observar vários indicadores presentes na relação do pai com o bebê. Por outro lado, com Sofia, nos dias iniciais, percebia a maioria dos indicadores adequados à idade ausentes. Sendo assim, eu tinha um norte a seguir em meu trabalho com a dupla. Creio que a potência do IRDI em meu trabalho se deu de modo expressivo com esta dupla mãe-bebê. Ele permitiu delinear um caminho a seguir em meio à turbulência dos dias tão complicados e traumáticos de UTIN.

Quando Ariel recebeu alta hospitalar, notei que eu estava intervindo fortemente a partir dos indicadores que eu percebera ausentes anteriormente. Neste sentido, eu me sentia bastante ativa no trabalho com esta dupla. E isto ocorria de modo mais sistemático em casa. Creio que o intenso sofrimento de Sofia na UTIN também fez que o meu ritmo de intervenções ocorresse de um outro modo. Em casa, ela dizia e demonstrava que se sentia mais amparada. E ainda que sentisse bastante sofrimento, parecia responder junto de Ariel muito bem ao processo de intervenção com os indicadores. E quando já estavam em casa, eu pude observar a presença da maioria dos indicadores que estavam ausentes na UTIN.

Entretanto, existem certas limitações do instrumento no que se refere ao trabalho com recém-nascidos por ele ter somente 5 indicadores adequados à idade entre 0 e 4 meses. Mas, me parece que no caso de Sofia os benefícios qualitativos puderam superar tais limitações. Isto se deu, em função de o IRDI proporcionar certa clareza acerca de aspectos intersubjetivos da dupla, possibilitando a criação de intervenções adequadas a cada díade.

5.3 AS DÍADES E SUAS TRAVESSIAS

Tanto no caso de Rosa com Henrique e Ângelo como com Sofia e Ariel pude observar alguns pontos de convergência importantes. Considerando as singularidades e especificidades de cada uma das díades, alguns pontos em relação à experiência de UTIN dialogaram de maneira bastante próxima. Tanto Sofia como Rosa denominaram a experiência do parto

premature como traumática. Como ponto em que mais sentiam sofrimento traziam a separação “agressiva” que vivenciaram em relação aos seus bebês. E isso se referia tanto à vivência pelo nascimento prematuro como em relação à internação de seus bebês. Esta última fora vista como uma separação dolorosa em que as *técnicas em enfermagem* é quem eram as *verdadeiras* mães naquele contexto. Junto com o fato de que reconhecer um bebê prematuro enquanto seu já era por si só difícil, se deparar com uma equipe altamente instrumentalizada para o manejo de bebês prematuros trouxe algumas dificuldades para as mães. Com isso, não quero dizer que a instrumentalização e o aparato biológico são nocivos. Mas, nos casos de Sofia e Rosa com seus bebês, o modo como tais mães vivenciaram este processo apontou para uma “desautorização materna” em relação à equipe. Isto pode ter ocorrido por diversas variáveis. E uma delas é o fato de as próprias equipes carecerem de uma formação que incluía outros aspectos que não o puramente físico no olhar aos bebês. Além disso, este olhar também estava presente, de modos singulares e paradoxalmente não menos semelhantes, nas duas mães. Ambas tinham a tendência de considerar o aspecto mais biológico como mais importante que o lugar materno.

Relembro, que tais questões vão ao encontro do que diz Mathelin (1999) sobre o trabalho com os pais e mães em neonatologia. A autora, ao abordar os sentimentos maternos, ressalta a sensação de impotência das mães de prematuros em relação aos cuidados da equipe. Salienta sua observação do quanto é doloroso para as mães perceber que a incubadora sustenta o filho que elas mesmas não puderam “segurar” no ventre. Além disso, Zornig, Morsch e Braga (2004) afirmam que o ambiente de intensivismo neonatal contribui para um esvanecimento da dimensão subjetiva, o que pode resultar em um incremento na dificuldade de as mães se reconhecerem enquanto mães. Isto ocorre, segundo elas, em função de uma temporalidade marcada por urgências relacionadas à necessidade da manutenção da sobrevivência biológica dos recém-nascidos. Deste modo, podemos refletir sobre a dificuldade das mães em se apropriarem de suas funções em um ambiente de UTI-Neonatal.

Os pais, tanto o dos gêmeos como o pai de Ariel, mostraram-se bastante importantes no processo. Vinícius pôde dar continência e suporte às díades e conseguia prestar muita atenção nos detalhes de tudo que ocorria entre Rosa e os gêmeos. Luiz se fez presente em todos os momentos em que sua esposa precisou se ausentar. Quando ela estava impossibilitada de se fazer presente na UTIN, creio que ele fez a função materna de maneira muito sintonizada com as necessidades de Ariel. Além disso, ele soube sair de cena para abrir espaço para Sofia entrar. Mesmo que em alguns momentos o casal tenha discordado, principalmente na segunda internação de Ariel, estavam em busca de adaptarem um ambiente

suficientemente bom ao filho. Isso ocorreu com muitos percalços e dificuldades. Não poderia ter sido diferente, uma vez que tanto o bebê como a mãe correram severos riscos de vida. Na literatura, outros estudos também apontam para a importância dos pais no âmbito da prematuridade, enfatizando o quanto os homens enxergam seus papéis como fundamentais no processo. Além disso, também aparece o quanto estes entendem a relevância de apoiar a díade no que se refere aos aspectos emocionais, de cuidado e conforto (Soares et. al., 2015; Perdomini & Bonilha, 2011).

Tanto Rosa como Sofia sentiam-se *perigosas* aos seus bebês. Uma mais na internação (Sofia) e outra em casa (Rosa). De qualquer modo, os sentimentos de culpa em relação à prematuridade apareceram de maneira bastante forte e pareceram ser um resquício importante acerca da internação. Alguns estudos que abordam a internação de bebês prematuros em UTI-Neonatal também encontraram sentimentos de culpa como uma das principais sensações de mães e pais diante do nascimento prematuro (Agman, Druon & Frichet, 1999; Carvalho & Pereira, 2017; Marciano, 2017). Além disso, ambas pareciam estar identificadas com o desamparo dos bebês e isso ocorreu de um modo que as deixou “paralisadas” em alguns momentos.

Por fim, a alta hospitalar foi vivida tanto por uma como por outra como o nascimento do(s) filho(s). Parece que este momento é o que se sentiram autorizadas a serem mães de seus bebês. Isso ocorreu, possivelmente, pela possibilidade de perda dos bebês se distanciar um pouco mais nesta travessia para a casa. Além do mais, é como se em casa pudessem ser as verdadeiras mães e responsáveis pela sobrevivência de seus filhos. Na UTIN não sentiam que eram. Além disso, a construção de um espaço de intimidade se fez extremamente importante na construção da relação destas díades, considerando, que a UTIN pode ter representado uma *intrusão ambiental* neste sentido. Este ponto ficou evidente após a alta da UTIN e demonstrou que os dias em casa deram início a um novo processo. É como se o alicerce da “casa/UTIN” tivesse bases muito frágeis, capazes de se desfazer em um furacão inesperado. Por outro lado, em suas próprias casas estiveram trabalhando na construção mais firme e permanente da “casa/relação”. Cada mãe e cada díade com o seu modo e suas intensidades singulares.

Ainda sobre a experiência da alta hospitalar, reflito sobre as diferenças da vivência de tal experiência para uma e outra mãe. Rosa sentiu-se bastante emocionada, algo insegura, porém preparada para ir para casa com seus bebês. Possivelmente, isto tenha ocorrido em função de ela ter conseguido vivenciar um processo de integrar as experiências mais dolorosas ainda durante a internação. Isto ocorria nos atendimentos psicológicos, situações em que Rosa expressava suas dificuldades, dores, raivas, inseguranças e sofrimentos. Tive a impressão que

ela utilizou tal espaço como um modo de dar lugar e nomear tais vivências. Além disso, parecia também fazer este movimento no modo de se relacionar com outras mães de bebês prematuros. Sentia-se interessada em trocar experiências com elas como um modo de elaborar as suas e ampliar sua rede de apoio dentro de um ambiente tão hostil. Também pude observar que Rosa conseguiu expressar sua raiva da equipe de saúde nos momentos em que se sentia “desautorizada” enquanto mãe. Isto ocorreu de modo bastante expressivo em alguns momentos, mas ainda assim pôde dar um lugar para tais questões ainda durante a internação. Após a alta hospitalar, Rosa se via desafiada a construir sua relação com Henrique e Ângelo sem os enxergá-los como bebês prematuros. Suas questões se relacionavam com as coisas que carregara acerca da internação junto consigo. Deste modo, sentia dificuldades no que se refere a olhar para os progressos de seus bebês para além das questões de peso e tamanho, tal como na UTIN onde existe um privilégio dos aspectos orgânicos e biológicos. Sentia-se ainda muito culpada pelo parto prematuro e engajada na construção da relação com seus bebês. Minhas intervenções com Rosa e os gêmeos tinham mais relação com os sentimentos de culpa apresentados pela mãe, bem como a dificuldade de perceber sua importância no que se refere à constituição subjetiva deles. Sendo assim, os indicadores do IRDI mostravam uma articulação de tais questões com o modo como Rosa olhava para os gêmeos e para sua relação com eles. Creio que esta sensação de impotência e de não se sentir tão importante para os filhos continuava nos primeiros dias em casa. Isso aparecia em sua dificuldade de se tranquilizar sobre a amamentação, achando que seu leite não seria “forte o suficiente” para nutri-los. Deste modo, afirmava que só oferecia o seio como uma *sobremesa*. O uso do IRDI nas visitas domiciliares com Rosa, não ocorreu de modo tão intenso como durante a internação dos bebês. Ele servia como um modo de olhar para a relação, porém as intervenções giravam mais em torno de auxiliar Rosa a e os bebês em sedimentar uma relação. Isso se relacionava mais com a demanda de trabalhar com a mãe a importância de seu lugar na relação com os filhos e que os aspectos biológicos, principalmente os de peso, alimentação e tamanho dos bebês não eram mais tão importantes como durante a internação na UTIN.

Por outro lado, Sofia parece ter apresentado um sofrimento mais intenso no momento da alta hospitalar. A mesma estava programada para uma determinada data, mas seu bebê teve condições de alta dois dias antes do previsto. Quando a médica levantou a hipótese de Sofia ir para casa com Ariel naquele dia, parece que esta mãe vivera esta experiência como a *reedição de um colapso*. É como se a *alta prematura* lhe fizesse reviver o trauma de um nascimento prematuro. Além disso, durante a hospitalização de Ariel, Sofia parecia, muitas vezes, não

estar presente. No início, de fato não estava em função de sua própria hospitalização e recuperação. Mas quando ela começou a frequentar a unidade eu tinha, frequentemente, a sensação de que ela não estava ali. E, talvez não pudesse mesmo estar, levando em conta a intensidade das coisas que vivera desde o dia em que se descobriu gestante. Em alguns momentos, principalmente durante a internação na UTIN percebia em Sofia o que Green (1980/1988) descreve sobre uma mãe que pode estar viva porém “morta psicologicamente” (p. 239). Para o autor, as consequências de tal desinvestimento materno no desenvolvimento emocional da criança poderão desencadear repercussões compatíveis com o que se conhece como clínica do vazio e que ele também chama de *luto branco*. Neste sentido, relembro que o fato de Ariel ter se apresentado em alguns momentos como um bebê *adaptável* ao ambiente de UTIN, me parecia, de certo modo, uma resposta a este estado psíquico de sua mãe. Sendo assim, tenho a impressão de que Ariel sofreu mais riscos no que se refere à constituição psíquica, o que também me demandou, enquanto terapeuta da dupla, uma postura mais ativa no que se refere aos indicadores que eu percebia ausentes. O que aparecia na ausência de indicadores tinha eco no que se apresentava referente à interação desta dupla. Lembro que as expectativas de Sofia em relação à alta hospitalar também apontavam para uma necessidade da continuidade das intervenções. Ela parecia não ver problemas no modo “muito comportado” de Ariel e desejava que ele seguisse com estas características em casa. Diferente de Sofia, eu tinha a impressão de que este *bebê comportado* representava o sofrimento de uma criança que precisou *reagir* às vivências de *intrusão* ambiental. Tenho a impressão de que ele também refletia o sofrimento de sua mãe, pois muitas vezes Sofia me dizia que também foi de maneira “comportada” que ela conseguiu sobreviver à experiência de sua própria internação na UTI.

Ainda que Sofia demonstrasse tais dificuldades, Luiz parecia identificá-las de maneira sensível. Ele conseguia se fazer presente nos dias de internação nos momentos em que isso não era possível para a mãe de Ariel. Ademais, durante as visitas domiciliares, eu ainda percebia estas questões em Sofia e Ariel, porém de modo menos intenso que na UTIN. Diferente dos dias de internação, a dupla parecia se beneficiar mais de minhas intervenções (principalmente em relação aos indicadores do IRDI) e eu conseguia perceber mudanças sutis de um encontro para outro. Em casa, Sofia também pôde dar início a um movimento de nomear as vivências de sua maternidade inesperada e marcada por sofrimentos e riscos de vida tanto para ela como para o filho. Também começava a construir narrativas acerca de sua história com Ariel e dar espaço para ele em sua vida, imaginando como seria a relação com

um filho homem ao longo dos anos, uma vez que só se (re)conhecia como mãe de duas meninas até o nascimento de Ariel.

6 DIZERES FINAIS

Posso estar num emaranhado, e, logo libertar-me dele, ou então, tentar colocar as coisas em ordem, de modo a poder, durante algum tempo pelo menos, saber *onde* estou. Ou, encontrando-me *no mar*, oriento-me de modo a poder chegar a um porto (numa tempestade, a qualquer porto) e, depois, em terra firme, procuro uma casa construída *sobre rocha*, de preferência a areia, e *em* minha própria casa que (como inglês) é o meu castelo, fico *no sétimo* céu. (Winnicott, 1967/1975, p. 145)

A citação acima expressa muito do que representou o trabalho com as díades que encontrei nesta pesquisa. Na primeira etapa do estudo, durante a internação na UTIN, sentia, em muitos momentos, que estava acompanhando um processo de naufrágio em que os passageiros (mães, pais e bebês) buscavam (algumas vezes desesperadamente) qualquer vislumbre de um porto ou terra firme. No decorrer do processo, os vi (des) encontrando este porto (na UCI ou nos primeiros atendimentos após a alta hospitalar). E ao trabalhar como facilitadora desta travessia em direção ao porto e à casa consegui perceber a aproximação do que esta imagem representa: o processo tão peculiar e intersubjetivo de um bebê começar a tornar-se sujeito. Tais travessias começaram com o acompanhamento de histórias que, tiveram seus inícios em um mar de águas turbulentas, tão características de um parto prematuro.

O processo de alta hospitalar de tais passageiros se desenrolou de modo que a chegada em casa também representou um marco importante no processo de constituição psíquica dos recém-nascidos. Tanto para uma família como para a outra a travessia para casa parece ter sido vivenciada como uma possibilidade de existência de seus bebês, a qual não parece ter sido experimentada de maneira tão contundente durante a hospitalização. Deste modo, a transição dos bebês para casa parece ter solidificado a relação dos bebês em questão com suas mães. Deste modo, a construção de uma relação foi possível a partir desta travessia. Durante os dias de internação dos bebês encontrados neste estudo, a sensação de suas mães era de que não eram de fato mães naquele contexto. A possibilidade de retirá-los da incubadora e levá-los para casa teve um status de solidificação de uma existência. É como se na UTI-Neonatal a existência subjetiva destes bebês (e em consequência das mães) fosse algo incerto, vulnerável às intempéries do contexto e das instabilidades do quadro de saúde tão característicos de um bebê prematuro. O tom da relação entre as díades também era esse: marcado pela possibilidade de morte e não-existência de um bebê dependente de cuidados mecânicos. As mães não conseguiam se enxergar como essenciais naquele contexto, além de sofrerem diariamente com a ameaça de permanecerem com os braços vazios caso ocorresse uma rajada de vento mais forte. Sendo assim, a imagem da casa bachelardiana (Bachelard, 1957/2008)

representa a sedimentação da relação das mães com seus bebês prematuros. No momento em que estavam com eles no “abrigo de suas casas/colo/*holding*” puderam começar a se sentir mães de seus bebês. Sendo assim, a vivência de internação dos bebês representou não somente uma instabilidade de saúde, mas a fragilidade de uma relação/existência. Deste modo, a UTIN pode ser formulada mais como a imagem de um navio que possibilitou o rumo à casa e à possibilidade destes bebês em existir. Sendo assim, vejo a vivência de internação das mães e bebês em questão como um processo que, ainda que marcado por descompassos e pelas dificuldades do contexto, possibilitou a constituição psíquica dos bebês em um continuum no sentido do *seguir vivendo* a partir do encontro com uma clínica em gerúndio Winnicottiana. Ou seja, a partir das vicissitudes e dificuldades de uma internação, tais bebês puderam *continuar sendo*.

O atendimento clínico com estas três díades mãe-bebê (considerando que no primeiro caso tínhamos duas díades por serem bebês gemelares) em muito me lembra o que traz Bachelard (1957/2008) sobre a casa em “A Poética do Espaço”. Neste texto, ele aborda a questão da casa a relacionando com os locais onde encontramos abrigo. O autor inicia falando sobre o valor singular da imagem dos lugares em que encontramos uma intimidade protegida. A respeito disso me coloco a pensar sobre as “casas” que encontrei em minha pesquisa de mestrado: a narrativa sobre o parto prematuro traumático e quando uma mãe deixa de ser casa prematuramente, a internação dos bebês e a casa da família destes bebês no momento das visitas domiciliares. Cabe salientar que desde o início tive a ideia de realizar um trabalho com mães e bebês na UTI-Neonatal. A questão de seguir em continuidade após a alta hospitalar, justamente na casa dos bebês e mães, também sempre foi uma prerrogativa importante.

A indagação sobre o que se produzia nestas relações a partir do momento da alta sempre me atravessou. Seria possível dividir ou (re) construir uma intimidade para além dos muros do hospital? De que modo a casa/mãe/pai/ambiente poderia ser abrigo ou morada para estes bebês depois de experiências tão dolorosas dentro do hospital? Ou não poderia? Além disso, me questionava sobre as possibilidades de mães prematuras serem facilitadoras na constituição subjetiva de seus bebês. Também me coloco a refletir sobre as vicissitudes deste processo de auxiliar um bebê a morar em si mesmo.

A respeito do meu trabalho com as duplas mães-bebê no contexto de internação pude olhar muito mais para o que se produz no *entre* e na relação intersubjetiva que ocorre com as díades neste contexto. Isso ampliou a minha percepção sobre as possibilidades de intervenção no que diz respeito ao processo de constituição subjetiva dos bebês prematuros e na escuta destas duplas. O uso dos indicadores clínicos representou um instrumento rico e potente no

que se refere ao refinamento de intervenções em ato. Entretanto, é pertinente expressar o quanto se faz necessário que o uso de tais indicadores e deste instrumento em si seja feito em articulação com o trabalho e compreensão clínica. Os indicadores sozinhos nada diriam. E no presente estudo pode-se afirmar que eles funcionaram como lente no que se refere ao trabalho da autora na leitura dos bebês e suas mães.

Concordo com Pesaro (2010) que ao elucidar sobre a potência do instrumento IRDI no trabalho com bebês reitera que este traz o sujeito para o cenário clínico. E mais que isso, considera as três dimensões constituintes de um sujeito: o corpo, a imagem e a linguagem. Deste modo, em um ambiente de intesivismo em neonatologia, o qual trabalha, ainda, à luz de um olhar excessivamente pautado no corpo biológico, o enlaçamento de tais dimensões se torna essencial. É evidente que ainda temos muito a avançar neste sentido. E é fundamental trazer um olhar para a subjetividade em constituição dos bebês através da relação com suas mães. Em meu trabalho clínico em UTIN o instrumento trouxe a articulação da questão subjetiva para as pautas a serem levadas em questão. E isso não ocorreu de maneira distanciada em relação ao contexto de internação. Também colocou em relevo a importância do aspecto biológico em integração com o subjetivo. Ademais, salienta-se que a potencialidade do instrumento se dá em relação ao entrelaçamento e diálogo com os dados clínicos. O IRDI também mostra-se insuficiente para trabalhar a totalidade de aspectos intersubjetivos de mães com bebês recém-nascidos prematuros. Quando internados algumas limitações do próprio ambiente também se fizeram presentes para o trabalho com tal dispositivo. As principais limitações encontradas foram: excesso de procedimentos, impossibilidade de contato visual em função de equipamentos que os bebês usaram em alguns momentos, fragilidade dos bebês que em algumas circunstâncias permaneciam boa parte do atendimento cansados e/ou adormecidos. No período de internação na UCIN e após a alta hospitalar não tiveram estes atravessamentos, mas as dificuldades relacionadas ao IRDI se referiram mais ao número reduzido de indicadores para a faixa etária dos bebês em questão. Sendo assim, salienta-se a importância da utilização de outros dispositivos que deêm conta da complexidade do trabalho clínico com estes bebês e suas mães.

O paradigma winnicotiano, considerando um olhar para a relação da díade mãe bebê, também norteou o estudo. Esta clínica em gerúndio que coloca em destaque o processo permeou todo o trabalho com as três díades. Destaco aqui, o papel do psicanalista tanto em neonatologia como em diferentes contextos clínicos como no caso das visitas em domicílio. O setting e o lugar do analista aqui dialoga com o que Winnicott (1967/1975) descreve sobre o lugar em que se localiza a experiência cultural. O psicanalista inglês afirma que ela se situa

em um “espaço potencial entre o indivíduo e o meio ambiente” (Winnicott, 1967/1975, p. 139). Sendo assim, o psicanalista dentro de uma unidade de terapia intensiva neonatal pode representar aquilo que Winnicott diz ser essencial para o acontecimento do espaço potencial. Para o autor, ele só se torna possível “em relação a um sentimento de confiança por parte do bebê, isto é a confiança relacionada à fidedignidade da figura materna ou dos elementos ambientais” (Winnicott, 1967/1975, p. 139). Deste modo, também entendo que tal confiabilidade é um dos elementos que torna possível o trabalho do psicanalista em um setting tanto de UTI-Neonatal como domiciliar. Ademais, a potência da presença deste profissional no contexto da prematuridade, seja em casa ou na UTI-Neonatal, trata-se de justamente permitir que o espaço potencial se presentifique. Isto significa permitir que, através do viver criativo, mães, pais e bebês prematuros possam vivenciar “experiências de vida” (Winnicott, 1967/1975, p. 139) e de confiança em um contexto potencialmente perturbador.

A travessia da alta hospitalar à casa dos bebês demonstrou que muito da experiência traumática que ocorreu na UTIN, seguiu acontecendo nos primeiros momentos após a alta. Na medida em que o dias iam passando em casa parece que a constituição subjetiva de cada bebê seguiu em marcha. Esta ocorreu a partir da abertura a possíveis narrativas e construção de sentidos dos aspectos traumáticos da UTIN. Sendo assim, a costura e a potência de vida dos bebês e mães junto dos pais destes recém-nascidos representou movimentos importantes. E o inter-relacionar de todos estes atores é que viabilizou a existência destes bebês supostamente frágeis, inicialmente, mas fortes demais para suportarem grandes tempestades. Deste modo, concordando com Winnicott (1949/2000a) de que um bebê não vive a experiência de existir a não ser em função de uma adaptação ativa de seu ambiente nos momentos mais iniciais, finalizo com Bachelard lembrando o que diz Bosco:

A casa lutava bravamente. Em lamentos, a princípio; as piores rajadas a atacavam de todos os lados ao mesmo tempo, com um ódio distinto e tais urros de raiva que, durante alguns momentos, eu tremia de medo. Mas ela resistiu. Desde o início da tempestade, ventos violentos arrancaram parte do telhado. Tentaram arrancá-la, partir-lhe os rins, transformá-la em destroços, aspirá-la. Mas ela curvou o dorso e segurou-se firme à velha trave-mestra. Outros ventos vieram e, enfiando-se pelo rés-do-chão, se atiraram contra as paredes. Tudo se vergou ao choque impetuoso, mas a casa, flexível, tendo-se curvado, resistiu à fera. Sem dúvida, ela se prendia ao solo da ilha por raízes inquebrantáveis, daí porque suas paredes finas de pau-a-pique e de madeira tinham uma força que se afigurava sobrenatural. Em vão atacaram suas janelas e suas portas, fizeram ameaças colossais, clarearam a chaminé, o ser ora humano, em que eu abrigava meu corpo, não cedeu nada à tempestade. A casa se apertou contra mim, como uma loba, e por momentos senti seu cheiro descer maternalmente até o coração. Ela foi realmente a minha mãe, naquela noite. "Eu só tinha ela para me guardar e me proteger. Estávamos sozinhos. (Bosco, citado por Bachelard, 1957/2008, p. 61).

REFERÊNCIAS

- Agman, M., Druon, C. & Frichet, A. (1999). Intervenções psicológicas em neonatologia. In D. B. Wanderley (Org.). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade* (pp. 17-34). Salvador: Ágalma.
- Anjos, L. S., Lemos, D. M., Antunes, L. A., Andrade, J. M. O., Nascimento, W. D. M., & Caldeira, A. P. (2012). Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(4), 571-577.
- Arrivabene, J. C., & Tyrrell, M. A. R. (2010). Método mãe canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(2), 1-7.
- Bachelard, G. (2008). *A Poética do Espaço*. São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1957).
- Battikha, E. C. (2008). A inscrição do estranho no familiar. In M. C. Kupfer, & D. Teperman (Orgs.). *O que os bebês provocam nos psicanalistas* (pp. 135-146). São Paulo: Escuta.
- Bernardino, L., & Mariotto, R. (2010). Psicanálise e educação infantil: diálogos a partir de uma pesquisa. *Revista da Associação Psicanalítica de Curitiba*, 20, 131-146.
- Botella, C., & Botella, S. (2003). A pesquisa em psicanálise. In A. Green (Org.). *Psicanálise contemporânea: revista francesa de psicanálise: número especial*. Rio de Janeiro: Imago; São Paulo: SBPSP.
- Brasil. (2011). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Método Canguru, Manual Técnico*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012a). Ministério da Saúde. *Portaria Nº 930, de 10 de maio de 2012*. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção à saúde do recém-nascido. Problemas respiratórios, cardiocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2012c). Ministério da Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. *Palivizumabe para a prevenção da infecção pelo vírus sincicial respiratório*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Buarque, C. (1977). Pedaco de mim. In *Ópera do malandro*. Universal, 1978.
- Caetano, L. C., Scochi, C. G. S. & Angelo, M. (2005). Vivendo no método canguru a tríade mãe-filho-família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(4), 562-568.

- Carvalho, L. S. & Pereira, C.M.C. (2017). As reações psicológicas dos pais frente à hospitalização do bebê prematuro na UTI neonatal. *Rev. SBPH*, 20(2), 101-122.
- Caron & Lopes. (2014). *Aprendendo com as mães e os bebês. Sobre a natureza humana e a técnica analítica*. Porto Alegre: Dublinense.
- Coelho P. C. B, Brito, F. O. B, Braga, A. C., Garcia, C. E., Braga, A. F., Souza, R. C. F., Seabra, S. C. L., Vieira, B. P. M. & Leite, V. H. (2009). Síndrome HELLP: uma breve revisão. *Rev. Med. Minas Gerais*, 19(3).
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Druon, C. (1999). Ajuda aos bebês e aos pais em terapia intensiva neonatal. In: D. B. Wanderley (Org.). (1999). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador, BA: Ágalma.
- Dunker, C. L. (2011). Método de tratamento e método de investigação. In: C. L. Dunker (Org.). (2011). *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume.
- Donelli, Caron & Lopes (2012). A experiência materna do parto: confronto de desamparos. *Revista de Psicanálise da SPPA*, 19(2), 395-314.
- Favarato, M. A. C. S., & Gagliani, M. L. (2012). Atuação do psicólogo em unidades infantis. In B. W. Romano (Org.). *Manual de psicologia clínica para hospitais* (pp. 75-116). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferenczi, S. (1934). Reflexões sobre o trauma. In: Ferenczi, S. *Obras Completas*, vol. IV (pp.109-118). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1922).
- Fernandes, P. P., & Silva, M. R. (no prelo). Função materna no contexto da prematuridade: uma revisão da literatura psicanalítica. *Psicologia em Revista* (Online), no prelo.
- Ferrari, A. G. & Donelli, T. M. S. (2010). Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. *Contextos Clínicos*, 3(2), 106-112.
- Fleck, A. & Piccinini, C. A. (2013). O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta. *Aletheia*, (40), 14-30.
- Freud, S. (1996). Dois verbetes de enciclopédia. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras completas de Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1922).
- Frota, A. M., Martins, S. C. M. E, Silva, R. F. P., Chaves C. M. E., Moraes R. S. & Silva B. C. (2013). Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 17(2), 277-283.
- Fulgêncio, L. (2004). A noção de trauma em Freud e Winnicott. *Natureza humana*, 6(2), 255-270.

- Góes, A. D. (1999). Avaliação de questões relacionadas ao atendimento da equipe em uma unidade de cuidados intensivos neonatais sob a perspectiva dos pais após a alta. In D. B. Wanderley (Org.). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade* (pp. 83-104). Salvador: Ágalma.
- Gondar, J. O. (2016). Cinco proposições sobre memória social. *Morpheus*, (9), p. 19-40.
- Green, A. (1988). A mãe morta. In A. Green, *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Editora Escuta. (Originalmente publicado em 1980).
- Guerra, V. (2010). O ritmo na vida psíquica: entre perda e re-encontro. In S. M. Zornig S. M., & R. O. Aragão (Orgs.). *Nascimento: antes e depois – cuidados em rede*. Curitiba: Honoris Causa.
- Guerra, V. (2017). *O ritmo na vida psíquica: diálogos entre psicanálise e arte*. São Paulo, 40(64), 31-54.
- Henrich, S. M., Schaefer, M. P. & Donelli, T. M. (2017). Vivências da Maternidade e da Relação Mãe-Bebê no Primeiro Ano de Vida do bebê Prematuro. *Barbarói*, (49), 71-93.
- Jerusalinsky, J., & Berlink, M. T. (2008). Leitura de bebês. *Estilos da Clínica*, 13(24), 122-131.
- Klaus, M. H. & Kennel, J. H. I. (1992). *Pais/bebê: A formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klaus, M. H., & Kennel, J. H. I. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1995).
- Krodi, P. (2008). Cuidados paliativos em neonatologia: à escuta do indizível. In: M. C. Kupfer, & D. Teperman (Orgs.). *O que os bebês provocam nos psicanalistas* (pp. 115-134). São Paulo: Escuta
- Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B., Molina, S. E., Sales, L. M., Stelin, R., Pesaro, M. E., & Lerner, R. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology*, 6(1), 48-68.
- Kupfer, M. C., & Voltolini, R. (2005). Uso de indicadores clínicos em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. In R. Lerner, M. C. M. Kupfer (Org.). *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa* (pp. 93-108). São Paulo: Escuta.
- Leão, S. C. L, Silva, R. L. & Lopes S. C. R. (2017). Da UTI Neo para casa: vivências maternas na pré-alta do bebê prematuro. *Psicologia em estudo*, 22(2), 153-164.
- Loparic, Z (2001). Esboço do paradigma winnicottiano. *Cadernos de História e Filosofia da Ciência*, 11(2), 7-58.

Marciano, R. (2017). Representações maternas acerca do nascimento prematuro. *Rev. SBPH*, 20(1), 143-164.

Mathelin, C. (1999). *O Sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Mezan, R. (2014). Pesquisa em psicanálise: algumas reflexões. In R. Mezan (Org.). *O tronco e os ramos: estudos de história da psicanálise* (pp. 528-542). São Paulo: Companhia das Letras.

Mijolla-Mellor, S. de. (2004). *A necessidade de crer*. São Paulo: Unimarco

Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde (2005). *Assistência Hospitalar ao Neonato*. Maria Albertina Santiago Rego. Belo Horizonte, 296 p.

Morsch, D. S., & Braga, M. C (2007). À procura de um encontro perdido: o papel da “preocupação médico-primária” em UTI-Neonatal. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4), 624-636.

Naffah Neto, A. (2012). Sobre a elaboração imaginativa das funções corporais: corpo e intersubjetividade na constituição do psiquismo. In C. N. Junior, P. Salem, & P. Klautau. (Orgs.). *Dimensões da intersubjetividade* (pp. 39-56). São Paulo: Escuta/Fapesp.

Oliveira, M.G. (2011). *Função materna e a constituição subjetiva na condição de prematuridade*. (Dissertação de mestrado). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém.

Omizollo, P. (2017). *Experiências de (des)continuidade e o vir a ser no abrigo: desdobramentos a partir da teoria de D. Winnicott*. (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Perdomini, F. R. I., Bonilha, A. L. L. (2011). A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(3), 445-452.

Pesaro, M. E. (2010). *Alcances e limites teórico-metodológicos na pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil*. (Tese de doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Puccinelli, M. F. (2018). *A sustentação do corpo como possibilidade de existência: os processos de integração psicossomática no âmbito da educação infantil A*. (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Safra, G. (2009). Dimensões do silêncio: a constituição do si mesmo e perspectivas clínicas. *Cad. Psicanál.-CPRJ*, 31(22), 75-82.

Santos, L. C. (2015). O trabalho possível ao psicólogo em uma Unidade de Tratamento Neonatal. In L. C. Santos, E. M. F. Miranda, & E. L. Nogueira (Orgs.). *Psicologia, saúde e hospital: contribuições para a prática profissional* (pp. 255-260). Belo Horizonte: Artesã.

Schaefer, M. P., Donelli, T., & Marin, A. H. (2017). Pesquisa e intervenção no contexto da prematuridade: considerações metodológicas. *Investigação Qualitativa em Saúde*, (2), 472-481.

Soares, R. L. S. F., Christoffel, M. M., Rodrigues, E. C., Machado, M. E. D. & Cunha, A. L. (2015). Ser pai de recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal: da parentalidade a paternidade. *Escola Anna Nery*, 19(3), 409-416.

Venâncio, S. I., & Almeida, H. (2004). Método mãe canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, 80(5), 173-180.

Vorcaro, A. (2010). Urgência subjetiva do neonato em UTI. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(4), 617-634.

Vorcaro, A. M. R., & Santos, L. C. (2016). Implicações da patologia e da hospitalização do bebê ao nascer: a contribuição da psicanálise e de seu método clínico. *Estilos da Clínica*, 21(2), 282-301.

Wiles, J. M., Omizzollo, P., Ferrari, A. G., & Silva, M. R. (2017). A Pesquisa IRDI e seus desdobramentos: uma revisão da literatura. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 17(3), 1140-1161.

Winnicott, D. (1986) *Vivendo de Modo Criativo*. In: *Tudo Começa em Casa*. São Paulo, Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1970).

Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1967).

Winnicott D. W. (1982). Gêmeos. In *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro, RJ: Koogan. (Originalmente publicado em 1964).

Winnicott, D. W. (1990). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago (Originalmente publicado em 1988).

Winnicott, D. W. (1993). Desenvolvimento emocional primitivo. In D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1945).

Winnicott, D.W. (1994). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In D. W. Winnicott (Org.). *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed. (Originalmente publicado em 1969).

Winnicott, D. W. (2000a). A mente e sua relação com o psicossoma. In D. W. Winnicott (Org.). *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago (Originalmente publicado em 1949)

Winnicott, D. W. (2000b). Preocupação materna primária. In D. W. Winnicott (Org.). *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1956).

Winnicott, D. W. (2006). Saber e Aprender. In D. W. Winnicott (Org.). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1988).

Winnicott, D. W. (2007). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In D. W. Winnicott (Org.). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed. (Originalmente publicado em 1963).

Zornig, S. A. J., Morsch, D. S., & Braga, N. A. (2004). Os tempos da prematuridade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(4), 135-143.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você e seu bebê estão sendo convidados a participar de uma pesquisa. Esta pretende investigar possíveis riscos à constituição psíquica de bebês com idade entre 0 e 18 meses internados em UTI-Neonatal. Além disso, também visa contribuir para a promoção de saúde mental de bebês neste contexto de nascimento e colaborar com ações de prevenção e intervenção em saúde mental na primeira infância.

Para a participação você e seu bebê serão acompanhados durante um período de aproximadamente quatro meses. Este irá contemplar dois momentos: o primeiro será durante a internação do recém-nascido na UTI-Neonatal. O segundo momento, consiste em que você receba a pesquisadora, através de visitas domiciliares, as quais ocorrerão com frequência quinzenal. A finalidade dos encontros será a observação da relação entre você e o seu bebê. Caso você ou seu bebê apresente dificuldades nessa relação, estaremos à disposição para auxiliá-los podendo, inclusive, intensificar as visitas.

Não se espera que esta pesquisa provoque qualquer tipo de dano aos participantes, tanto pais, mães quanto bebês. De qualquer modo, você pode deixar de participar do estudo a qualquer momento sem que isso ocasione qualquer prejuízo tanto para você quanto para seu filho. Além disso, se em qualquer momento da pesquisa, você sentir necessidade de abordar suas próprias reações emocionais, a pesquisadora estará disponível para lhe auxiliar neste sentido. Caso, ainda assim, se observe a necessidade, vocês poderão ser encaminhados para a Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS.

Esta participação não terá nenhum custo para vocês, mas também não lhes fornecerá benefícios econômicos. De qualquer modo, se vocês não desejarem participar da pesquisa, isso não acarretará nenhum tipo de prejuízo nos serviços recebidos dentro do hospital.

Através deste consentimento, declaro que fui informado acerca dos objetivos da pesquisa: “Constituição psíquica de bebês prematuros: avaliação e intervenção através da metodologia IRDI e a vivência em UTI-Neonatal”, e concordo com minha participação junto de meu recém-nascido.

As informações coletadas serão utilizadas somente para fins de pesquisa e produção de conhecimento. Na divulgação dos resultados e em publicações da presente pesquisa, a identidade de todos os participantes será mantida em sigilo, sem divulgação de nomes e outros dados de identificação. O material produzido com este estudo será cuidadosamente armazenado na sala 130 do Instituto de Psicologia da UFRGS pelo período mínimo de 5 anos.

Fui informado que esta pesquisa está sob a responsabilidade da Profa. Dra. Milena da Rosa Silva e da Psicóloga e Mestranda Fabiana Faria Gieger. Qualquer dúvida poderá ser esclarecida pelo e-mail: giegerfabiana@hotmail.com e/ou pelo telefone: (51) 98402-9792.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS e do Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – RS. Rua Professor Annes Dias, 295. Centro Histórico, Porto Alegre – RS. Telefone: (51) 3214-8057.

Data: ____/____/_____

Nome do responsável pelo participante: _____

Assinatura do responsável pelo participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

ANEXO A - IRDI

Instrumento IRDI (31 indicadores)

(Kupfer, 2007)

Idade em meses	Indicadores
0 a 4 incompletos	<p>1 Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.</p> <p>2 A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).</p> <p>3 A criança reage ao manhês.</p> <p>4 A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.</p> <p>5 Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.</p>
4 a 8 incompletos	<p>6 A criança começa a diferenciar o dia da noite.</p> <p>7 A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.</p> <p>8 A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.</p> <p>9 A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases.</p> <p>10 A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.</p> <p>11 A criança procura ativamente o olhar da mãe.</p> <p>12 A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.</p> <p>13 A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.</p>
8 a 12 incompletos	<p>14 A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.</p> <p>15 Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.</p> <p>16 A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.</p> <p>17 Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.</p> <p>18 A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.</p> <p>19 A criança possui objetos prediletos.</p> <p>20 A criança faz gracinhas.</p> <p>21 A criança busca o olhar de aprovação do adulto.</p> <p>22 A criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada.</p>
12 a 18	<p>23 A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.</p> <p>24 A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.</p> <p>25 A mãe oferece brinquedos como alternativa para o interesse da criança pelo corpo materno.</p> <p>26 A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.</p> <p>27 A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe.</p> <p>28 A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.</p> <p>29 A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.</p> <p>30 Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.</p> <p>31 A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.</p>

Fonte: Da autora (2018)