

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

FERNANDA FERNANDES DA SILVA

**Riscos para a construção parental e a constituição psíquica do bebê:
um estudo psicanalítico**

São Paulo
2023

FERNANDA FERNANDES DA SILVA

**Riscos para a construção parental e a constituição psíquica do bebê:
um estudo psicanalítico**

Versão corrigida

Leopoldo Fulgencio

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Psicologia do Desenvolvimento Humano e Aprendizagem.

Área de Concentração: Desenvolvimento e Psicanálise

Orientador: Prof. Dr. Leopoldo Fulgencio

São Paulo
2023

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

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pela autora

Fernandes da Silva, Fernanda

Riscos para a construção parental e a constituição psíquica do bebê: um estudo
psicanalítico / Fernanda Fernandes da Silva; orientador Leopoldo Fulgencio. --
São Paulo, 2023.

373 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São
Paulo, 2023.

1. Parentalidade. 2. Constituição psíquica. 3. Gestação de alto risco. 4. Gestação
típica. 5. Riscos. I. Fulgencio, Leopoldo, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Silva, Fernanda Fernandes da

Título: Riscos para a construção parental e a constituição psíquica do bebê: um estudo psicanalítico

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Psicologia

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. Leopoldo Fulgencio

Instituição: Universidade de São Paulo – USP - PSA

Julgamento: _____

Prof. Dr. Bernard Golse

Instituição: Paris V – Université Paris Descartes

Julgamento: _____

Profa. Dr. Daniel Kupermann

Instituição: Universidade de São Paulo – USP - PSC

Julgamento: _____

Prof. Dra. Erika Maria Parlato de Oliveira

Instituição: Université Paris Cité

Julgamento: _____

Prof. Dra. Camila Saboia

Instituição: Universidade de São Paulo – USP - PSA

Julgamento: _____

**Às minhas avós Teresa (parteira) e Dirce (cantora)
pela confluência forte e delicada
que me ofertaram**

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Leopoldo Fulgencio pelo espelho empático que antecipou em mim a pesquisadora e sustentou respeitosamente nossas diferenças teóricas e clínicas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento e Pesquisa do Ensino Superior (CAPES) pelo suporte a minha pesquisa no Brasil e na França, sem o qual esse percurso não teria sido possível.

Ao Prof. Bernard Golse pela recepção e acompanhamento na Université Paris V – René Descartes.

Aos professores Daniel Kupermann, Erika Parlato, Camila Saboia e Rogério Lerner pela interlocução, seja presencial ou pelos textos, e também pela generosidade em aceitar o meu convite.

Aos colegas da pós-graduação que, além de interlocutores, foram fundamentais para garantir a continuidade do ser em tempos de desintegração: Marília Velano, Ludmylla Zacarias, Thiago Marques, Márcia Bozon, Mariana Pajaro, Aline Pina, Fernanda Dias, Cândido e a Rebeca Daneluci pelas primeiras trocas e questionamentos sobre essa temática.

Aos meus pacientes, os grandes e os pequeninos, pela confiança e por seguirem lapidando em mim a escuta e a sensibilidade clínica.

À parceria de Carolina Araújo que, ao lado dos colegas analistas e estagiárias da Psicovida, contribuíram com trocas, suporte emocional e até execução de tarefas.

À rede de apoio afetiva e forte que construí em Paris e levo para a vida: Gérald Droyan, Raizza Lopes, Samuel Lopes, Juliana Papatella, Ana Carolina Siqueira e Olívia Pires.

Às famílias que partilharam comigo suas histórias belas e doloridas no entorno da chegada do seu bebê.

Ao meu analista Tiago Sanches pelo acolhimento empático, ao supervisor técnico Vicente Sarubbi pela cuidadosa colaboração e pelo olhar doce e atento da revisora Viviane Veras.

À minha mãe Sandra; ao meu pai Zildo; irmãos Ellen, André e Andrea; cunhados Wellington e Camila; ex-cunhados Elen, Maíra, William e Wilson; sobrinhos Alice, Murillo, Fernando, Júlio, Lyra, Elisa, Laura e Duda pelo amor e aprendizado compartilhados e ao Roberto Sanches pela serenidade e carinho com que pudemos dividir as responsabilidades e conduzir a educação do nosso filho até aqui.

Ao meu filho Raul pela parceria, viva e indelével, portadora de uma docilidade e perspicácia capaz de instigar em mim o repúdio à culpabilidade materna que a sociedade

insiste em depositar sobre nós. Em momentos de conflito e hesitação sobre minha ausência, tive o privilégio de ouvir dele: “só vai, mamãe”.

Aquilo que herdaste de teus pais,
conquista-o para fazê-lo teu.
Johann Goethe

RESUMO

Silva, Fernanda Fernandes. Riscos para a construção parental e a constituição psíquica do bebê: um estudo psicanalítico

Esta tese investiga a relação entre a construção parental – o tornar-se mãe e pai – e a constituição psíquica do bebê a partir do contexto de gestação de alto risco, quando há uma detecção pré-natal sugestiva de riscos para a díade. Por um lado, procura explicitar os tipos de transformações emocionais por que passam os pais, analisando a construção e o exercício da parentalidade; por outro lado, tendo em vista a qualidade do ambiente (mãe, pai, irmãos, família), indicar os possíveis impactos do exercício da parentalidade na constituição psíquica do bebê. Nessa perspectiva, considerando o processo de constituir-se psiquicamente pai e mãe, bem como o processo que caracteriza a origem e a formação da vida psíquica do bebê, o trabalho busca analisar o que seria uma situação típica – ou seja, gestação e nascimento sem complicações que impliquem uma má formação do bebê ou o risco de morte –, e, em seguida, as transformações e vulnerabilidades psíquicas envolvidas no contexto de uma gestação de alto risco. O ponto de partida foi o desenvolvimento de uma pesquisa teórica, embasada em alguns autores como Freud, Winnicott, Aulagnier e Dolto que reúnem contribuições para essa problemática; e, num segundo momento, uma pesquisa de campo, com coleta de dados para uma análise qualitativa e comparativa dessa situação e de suas especificidades. Esse tipo de pesquisa pode contribuir para o exercício dos cuidados necessários aos pais e bebês no campo da saúde da mulher, da criança e da família inserida nesse cenário, seja em termos privados, seja em termos de assistência dos serviços públicos de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Parentalidade; constituição-psíquica; gestação de alto risco, gestação típica, riscos

ABSTRACT

Silva, Fernanda Fernandes. Risks to the parental construction and psychic constitution of the infant: a psychoanalytic study

This thesis investigates the relationship between parental construction - becoming a mother and a father - and the psychic constitution of the baby from the context of high-risk pregnancy, when there is a prenatal detection suggestive of risks for the dyad. On the one hand, it aims to explain the types of emotional transformations that parents go through, analysing the constitution and exercise of parenthood; on the other hand, regarding the quality of the environment (mother, father, siblings, family), indicate the possible impacts of the exercise of parenthood on the baby's psychic constitution. In this perspective, considering the process of psychically constituting father and mother, as well as the process which characterises the origin and the formation of the baby's psychic life, the work seeks to analyse what would be a typical situation - that is, pregnancy and birth without complications which imply a poor formation of the baby or the risk of death -, and then, the transformations and psychic vulnerabilities involved in the context of a high-risk pregnancy. The starting point was the development of a theoretical research, based on some psychoanalysts (Freud, Winnicott, Aulagnier and Dolto) who gather contributions to this problem; and, in a second moment, a field research, with data collection for a qualitative and comparative analysis of this situation and its specificities. This type of research may contribute to the exercise of the necessary care for parents and babies in the field of the health of the woman, child and family inserted in this scenario, whether in private terms or in terms of assistance from public health services.

KEYWORDS: Parenting; Psychic-Constitution; High-Risk Pregnancy, Typical Pregnancy, Risks

RÉSUMÉ

Silva, Fernanda Fernandes. Risques pour la construction parentale et la constitution psychique du bébé : une étude psychanalytique

Cette thèse étudie la relation entre la construction parentale - devenir mère et père - et la constitution psychique du bébé à partir du contexte d'une grossesse à haut risque, lorsqu'il existe une détection prénatale suggestive de risques pour la dyade. D'une part, il s'agit d'expliquer les types de transformations émotionnelles que les parents traversent, en analysant la constitution et l'exercice de la parentalité ; d'autre part, en ce qui concerne la qualité de l'environnement (mère, père, fratrie, famille), d'indiquer les impacts possibles de l'exercice de la parentalité sur la constitution psychique du bébé. Dans cette perspective, en considérant le processus de constitution psychique du père et de la mère, ainsi que le processus qui caractérise l'origine et la formation de la vie psychique du bébé, le travail cherche à analyser ce qui serait une situation typique - c'est-à-dire une grossesse et l'accouchement sans complications qui impliquent une mauvaise formation du bébé ou le risque de décès -, et ensuite, les transformations et les vulnérabilités psychiques impliquées dans le cadre d'une grossesse à risque. Le point de départ a été le développement d'une recherche théorique, basée sur quelques auteurs (Freud, Winnicott, Aulagnier et Dolto) qui rassemblent des contributions à ce problème ; et, dans un deuxième temps, une recherche de terrain, avec collecte de données pour une analyse qualitative et comparative de cette situation et de ses spécificités. Ce type de recherche peut contribuer à l'exercice des soins nécessaires pour les parents et les bébés dans le domaine de la santé de la femme, de l'enfant et de la famille insérée dans ce scénario, que ce soit en termes privés ou en termes d'assistance des services de santé publique.

MOTS-CLÉS: Parentalité; Constitution psychique; Grossesse à haut risque, Grossesse typique, Risques

SUMÁRIO

Introdução.....	16
Capítulo 1. O Método da Pesquisa.....	20
1.1 Perspectiva teórica.....	20
1.2 Pergunta norteadora.....	21
1.3 Objeto.....	21
1.4 Objetivo geral.....	21
1.4.1 Objetivos específicos e os desfechos esperados.....	21
1.5 Tipo de estudo.....	24
1.6 Participantes da pesquisa.....	24
1.7 Cenários de pesquisa.....	24
1.8 Procedimentos para a produção e análise dos dados:.....	24
1.8.1 Cenário do estudo.....	24
1.8.2 Critérios para seleção dos participantes.....	24
1.9 Instrumento de pesquisa.....	26
1.10 Narrativas das entrevistas.....	29
1.11 Riscos e desconforto.....	31
1.12 Análise e interpretação dos dados.....	32
Capítulo 2. A (Re) Construção Parental na Singularidade de Cada Filho.....	35
2.1 A parentalidade como objeto de estudo da psicanálise.....	35
2.2 A psicanálise frente aos impasses da parentalidade contemporânea.....	42
2.2.1 Dolto.....	44
2.2.2 Aulagnier.....	48
2.2.3 Winnicott.....	54
2.3 Considerações sobre o papel do profissional diante dos pais.....	56
2.4 Pais e filhos na construção do Édipo: do conceito à cena familiar.....	58
Capítulo 3. O processo de constituição da vida psíquica e o corpo do bebê.....	69
3.1 A criança saudável e a construção da parentalidade em Winnicott.....	72
3.2 O bebê (in) esperado e o fantasmático parental.....	89
Capítulo 4. O contexto político-institucional da perinatalidade no Brasil.....	96
4.1 O risco.....	96
4.2 O contexto político da perinatalidade no Brasil.....	100
Capítulo 5. Desejos, planos e fantasias antes e depois do parto: narrativas das entrevistas.....	112
5.1 Narrativas núcleo familiar 1 – Regina e Caio.....	112
5.2 Narrativas núcleo familiar 2 - Thácia.....	124

5.3 Narrativas núcleo familiar 3 – Denise e Irineu.....	139
5.4 Narrativas núcleo familiar 4 – Janaína e Paulo	147
5.5 Narrativas núcleo familiar 5 – Karol.....	157
5.6 Narrativas núcleo familiar 6 – Paloma e Romeu.....	164
5.7 Narrativas núcleo familiar 7 – Ariel e João.....	171
5.8 Narrativas núcleo familiar 8 – Alice e Wagner	181
5.9 Narrativas núcleo familiar 9 – Jussara e filhos.....	195
5.10 Narrativas núcleo familiar 10 – Luana e Théo	201
5.11 Narrativas núcleo familiar 11 – Thamires e Neto	207
Capítulo 6. Categorização e Análise dos Dados.....	217
6.1 Identificação das Categorias Analíticas – Núcleo 1 (Regina e Caio).....	218
6.1.1 Categorias analíticas M1 – Núcleo 1 Regina e Caio	218
6.1.2 Categorias analíticas M2 – Núcleo 1 (Regina e Caio)	219
6.1.3 Categorias analíticas M3 – Núcleo 1 Regina e Caio	222
6.1.4 Relatório de evolução das categorias analíticas – Núcleo 1 (Regina e Caio).....	224
6.2 Identificação das categorias analíticas – Núcleo 2 (Thácia)	226
6.2.1 Categorias analíticas M1 – Núcleo 2 Thácia.....	226
6.2.2 Categorias analíticas M2 – Núcleo 2 Thácia.....	228
6.2.3 Categorias analíticas M3 – Núcleo 2 Thácia.....	230
6.2.4 Relatório de evolução das categorias analíticas – Núcleo 2 (Thácia)	232
6.3 Identificação das categorias analíticas M1 – Núcleo 3 (Denise e Irineu)	236
6.3.1 Categorias analíticas M1 – Núcleo 3 Denise e Irineu	236
6.3.2 Categorias analíticas M2 – Núcleo 3 Denise e Irineu	238
6.3.3 Análise da evolução das categorias analíticas – Núcleo 3 (Denise e Irineu)	240
6.4 Identificação das categorias analíticas – Núcleo 4 (Janaína e Paulo)	243
6.4.1 Categorias analíticas M1 – Núcleo 4 Janaína e Paulo.....	243
6.4.2 Categorias analíticas M2 - Núcleo 4 Janaína e Paulo.....	245
6.4.3 Relatório de evolução das categorias analíticas – Núcleo 4 (Janaína e Paulo)	247
6.5 Identificação das categorias analíticas – Núcleo 5 (Karol)	250
6.5.1 Categorias analíticas M1 – Núcleo 5 Karol.....	250
6.5.2 Categorias analíticas M2 – Núcleo 5 Karol.....	251
6.5.3 Relatório de evolução das categorias analíticas – Núcleo 5 (Karol)	253
6.6 Identificação das categorias analíticas – Núcleo 6 (Paloma e Romeu).....	256
6.6.1 Categorias analíticas M1 – Núcleo 6 Paloma e Romeu	256
6.6.2 Categorias analíticas M2 – Núcleo 6 Paloma e Romeu	258
6.6.3 Análise da evolução das categorias analíticas – Núcleo 6 (Paloma e Romeu).....	260

6.7 Identificação das categorias analíticas – Núcleo 7 (Ariel e João).....	263
6.7.1 Categorias analíticas M1 – Núcleo 7 Ariel e João	263
6.7.2 Categorias analíticas M2 – Núcleo 7 Ariel e João	264
6.7.3 Categorias analíticas – M3 – Núcleo 7 Ariel e João	266
6.7.4 Relatório de evolução das categorias analíticas – núcleo 7 – Ariel e João	268
6.8 Identificação das categorias analíticas – Núcleo 8 (Alice e Wagner)	271
6.8.1 Categorias analíticas M1 – Núcleo 8 Alice e Wagner.....	271
6.8.2 Categorias analíticas M2 – Núcleo 8 Alice e Wagner.....	272
6.8.3 Categorias analíticas M3 – Núcleo 8 Alice e Wagner.....	275
6.8.4 Relatório de evolução das categorias analíticas – Núcleo 8 Alice e Wagner.....	277
6.9 Identificação das categorias analíticas M1 – Núcleo 9 (Jussara e Rinaldo).....	280
6.9.1 Categorias analítica M1 – Núcleo 9 Jussara e Rinaldo	280
6.9.2 Categorias analíticas M2 – Núcleo 9 Jussara e Rinaldo.....	282
6.9.3 Relatório de evolução das categorias analíticas – Núcleo 9 Jussara e filhos	283
6.10 Identificação das categorias analíticas – Núcleo 10 (Luana e Théo)	286
6.10.1 Categorias analíticas M1 – Núcleo 10 Luana e Théo.....	286
6.10.2 Categorias analíticas – Núcleo 10 M2 Luana e Théo.....	288
6.10.3 Relatório de evolução das categorias analíticas – Núcleo 10 Luana e Théo	290
6.11 Identificação das categorias analíticas – Núcleo 11 (Thamires e Neto).....	293
6.11.1 Categorias analíticas M1 – Núcleo 11 Thamires e Neto	293
6.11.2 Categorias analíticas M2 – Núcleo 11 Thamires e Neto	296
6.11.3 Análise da evolução das categorias analíticas – Núcleo 11 Thamires e Neto	298
Capítulo 7. Análise e interpretação dos resultados	303
7.1 Grupo 1 – Gestação de alto risco: compilação dos elementos que emergiram em cada categoria analítica	303
7.1.1 Fatores de risco.....	304
7.1.2 Aspectos fantasmáticos	306
7.1.3 Sustentação.....	310
7.1.4 Pontos de fragilidade.....	312
7.1.5 Planejamento e execução	314
7.1.6 Adaptação ao bebê real	315
7.1.7 Considerações sobre os IRDIs.....	316
7.2 Grupo 2 – Gestação típica: Compilação dos elementos que emergiram em cada categoria analítica	316
7.2.1 Aspectos fantasmáticos	317
7.2.2 Sustentação.....	319

7.2.3 Pontos de fragilidade.....	321
7.2.4 Planejamento e execução	323
7.2.5 Adaptação ao bebê real	325
7.2.6 Considerações sobre os IRDIs.....	325
7.3 Análise Comparativa entre os grupos 1 (gestação de alto risco) e 2 (gestação típica) a partir das categorias analíticas	326
7.3.1 Aspectos fantasmáticos	326
7.3.2 Sustentação.....	330
7.3.3 Pontos de fragilidade.....	333
7.3.4 Planejamento e execução	335
7.3.5 Adaptação ao bebê real	337
7.3.6 Considerações sobre os IRDIs.....	338
7.4 Análise e Interpretação dos Resultados.....	340
7.4.1 Aspectos fantasmáticos	340
7.4.2 Sustentação.....	349
7.4.3 Pontos de fragilidade.....	352
7.4.4 Planejamento e execução	353
7.4.5 Adaptação ao bebê real	354
7.4.6 Considerações sobre os IRDIs.....	358
Considerações Finais.....	359
Referências.....	372
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre-Esclarecido	380
ANEXO B – Roteiros de entrevistas para os momentos 1, 2 e 3.....	382
ANEXO C – Protocolo IRDI.....	386

Introdução

A transformação corporal, os ritos culturais e o discurso social relativos à gestação vão dando o contorno a uma elaboração psíquica frente a essa vivência que, do ponto de vista emocional, é sempre tão universal quanto singular, tal como o complexo de Édipo. Embora o tornar-se mãe não seja uma condição linearmente vinculada ao nascimento de um bebê, a confirmação de uma gestação poderá colocar em cena uma construção há muito iniciada, pois, ao longo do desenvolvimento de sua feminilidade, a menina precisa se haver com as fantasias no entorno dessa temática – ela vai receber diversos sinais enviados pelo social e isso aparece, por exemplo, em suas brincadeiras infantis.

O tornar-se pai também remete o homem aos primórdios da relação com o próprio pai e ao discurso de sua mãe referente a esse homem (Aulagnier, 1975), e estará ao alcance dela, portanto, “possibilitar essas relações, ou impedi-las, ou desfigurá-las” (Winnicott, 1945b, p. 133). Contudo, não é só do discurso da mãe que depende a construção do papel paterno; ele também se submete aos signos oferecidos pelo contexto social que diz respeito ao registro de um espaço-tempo.

Um aspecto frequente no discurso dos pais à espera de um bebê são as suas expectativas que se manifestam de diversas maneiras. Quando interpelados, por exemplo, sobre uma possível preferência quanto ao sexo da criança, é comum responderem indicando ou não suas preferências conscientes, mas, em geral, a resposta vem acompanhada de um desejo mais fundamental: “o importante é que a criança venha com saúde”. Essa frase, um tanto quanto corriqueira e pouco reflexiva, parece sinalizar um elemento extremamente importante na composição das expectativas em torno do bebê. No entanto, também é comum que essas manifestações não ocorram. É possível que já no início da gravidez, ou por ocasião do nascimento, os pais sejam confrontados com um contexto de risco para o desenvolvimento do bebê e/ou saúde materna. Nesses casos: o que acontece com os pais quando seu bebê “não vem com saúde”? Que efeitos tem esse cenário na própria constituição psíquica deste bebê?

A detecção pré-natal de algum problema no desenvolvimento ou a presença do risco de perda fetal impõe aos pais uma perturbação emocional, gerando insegurança e desestabilizando até mesmo a própria identidade e a potência desses pais na sua tarefa e necessidade de cuidarem de si mesmos e da preparação para a chegada do bebê. A informação de que o desenvolvimento dessa criança sofre alguma ameaça precisará encontrar um lugar na organização familiar e na vida psíquica desses pais; precisará, de alguma maneira, ser

integrada neles mesmos, caso contrário, permanecendo cindidas, não poderão ser propriamente utilizadas, causando uma distorção na compreensão da realidade e na diversidade dos cuidados necessários. Há, nessas situações, uma dupla exigência: elaborar o que é gerar/esperar um bebê e o que é gerar um bebê marcado pelo risco de morrer ou de nascer com necessidades especiais.

Além dos fantasmas da deficiência, comumente presentes nesse contexto, pode-se considerar um processo iniciado de construção e/ou modulação da parentalidade que inclui uma autopercepção e assunção do que é ser mãe e ser pai dessa criança. A constituição psíquica do bebê que está por vir depende, entre outras coisas, do exercício dessa parentalidade. Trata-se de dois processos que se retroalimentam: construção da parentalidade e constituição psíquica do bebê, que pode ser iniciada, segundo Mannoni, sob “um prisma deformante” (1999a, p. 56).

Temos, pois, dois tipos de problemas e/ou acontecimentos que mereceriam ser investigados: as transformações na vida psíquica dos pais e o impacto dessas transformações na própria constituição psíquica da criança. Isso implica uma investigação psicanalítica do desenvolvimento emocional dos pais a partir de gestações típicas e de alto risco para que, então, com essas referências, seja possível compreender as singularidades dessas experiências.

No que se refere às teorias do desenvolvimento, tomamos como referência a teoria do desenvolvimento emocional primitivo de Winnicott e, apoiados em autores como Freud, Aulagnier e Dolto buscamos a compreensão dos fenômenos em torno da construção parental e da constituição psíquica do bebê.

Cientes da lacuna existente nas políticas públicas no que se refere ao acompanhamento do sofrimento psíquico dos pais e do impacto disso na criança, fez-se necessário considerar de que modo os percalços nesse caminho poderiam, de alguma maneira, obstruir a relação mãe-bebê, uma vez que a construção psíquica desse bebê terá como alicerce o psiquismo dos pais (Aulagnier, 1975) e a qualidade do ambiente (Winnicott, 1975) no seu entorno, entre outros elementos.

Para sublinhar a importância de esclarecer de que modo compreendemos essa mútua influência na relação mãe-bebê, tomamos a perspectiva da interação, tal como a proposta pela psiquiatria perinatal¹ constantemente evocada por Golse (2006, 2008, 2012), e na qual se adota um modelo polifatorial de compreensão como alternativa ao modelo simplista que

¹ Movimento nascido na Inglaterra da década de 90, inicialmente atribuído a J. Cox e depois a R. C. Kumar e difundido por Mazet e Lebovici que postulam o conceito de patologias interativas onde se compreende o potencial da mãe de adoecer o bebê, assim como o potencial do bebê de adoecer a mãe, em certas circunstâncias, associada ao fracasso de terceiros.

tendia a lançar hipóteses de que as perturbações dos bebês eram, de modo linear, consequências das dificuldades dos progenitores (Alvarez & Golse, 2008). Nessa perspectiva, portanto, o pai, a avó, a enfermeira, o médico, a parteira e até o Estado integram os elementos que podem favorecer ou concorrer para o adoecimento, assim como para o restabelecimento dessa interação. Compreendemos como patologias da interação, a partir desse movimento da perinatalidade que: “o que acontece a um dos parceiros da interação pode ser um fator de fragilização para o outro” (Alvarez & Golse, 2008, p. 58).

Considerando a complexidade do campo e dos elementos presentes nessa interação, nossa proposta segue no sentido de delinear os aspectos de fragilização dos envolvidos, a partir do referencial teórico e empírico para, em seguida, propor modelos de cuidados e sustentação com base nos dados colhidos junto às famílias.

No que se refere ao objetivo geral, pretendemos investigar a relação entre construção da parentalidade e a constituição psíquica do bebê no contexto de uma gestação marcada pelo risco de morte fetal e/ou pela possibilidade de trazer ao mundo um bebê com necessidades especiais. Trata-se de analisar o processo de construção da parentalidade dentro e fora do contexto da detecção de problemas com a saúde do bebê, identificando, assim, os tipos de conflito em jogo, bem como o tipo de sustentação ambiental necessária para os pais e para a criança.

No que se refere aos objetivos específicos, distribuídos entre os capítulos que compõem esta tese, pretendemos: apresentar uma compreensão do que é tornar-se mãe e tornar-se pai no quadro de um processo de chegada de uma criança saudável, ou seja, com parâmetros de desenvolvimento típico no pré e pós-natal e delimitar os elementos que compõem o ambiente de sustentação para os primórdios da relação parental e familiar; especificar como se dá a origem da vida psíquica, considerando possíveis perturbações no processo de desenvolvimento físico; delinear aspectos dos programas de saúde em torno das famílias que possam funcionar como ponto de ancoragem para construção subjetiva da criança, assim como os programas e as políticas públicas que favoreçam ou não a proteção e o protagonismo familiar abordando questões sobre: direito ao aborto, saúde da mulher, saúde da criança e cuidado com a infância. Finalmente, delinear medidas que funcionem como sustentação para o exercício da parentalidade no âmbito dos cuidados privados e de saúde pública.

Começamos com uma constatação simples e objetiva: crianças com necessidades especiais e seus pais podem precisar de cuidados especiais. Só a compreensão dos fenômenos em jogo pode indicar qual a natureza e os limites dos cuidados a serem ofertados a cada um

dos envolvidos. Esse tipo de compreensão – atenta especificamente ao ser-mãe, ser-pai e à constituição da vida psíquica de crianças geradas em um contexto de risco – não foi suficientemente investigada em termos de saúde pública e privada.

Observamos que as principais estratégias de prevenção e cuidados para o contexto de uma gestação de alto risco referem-se aos cuidados médicos, exames, vacinas e eleição de procedimentos (parto). Do ponto de vista emocional, entretanto, é preciso perguntar o que está sendo oferecido no sentido de diminuir a vulnerabilidade dessas mães e pais?

Na medida em que tendem a manter o foco no aspecto da prevenção à mortalidade materno-infantil, as políticas de atendimento à gestante de alto risco podem estar negligenciando um aspecto preventivo relativo ao fator constitucional que envolve os pais e o próprio bebê num momento precoce dessa relação “Não basta nascer fisicamente para nascer psicologicamente” (Golse, 2023, p. 15). Nossa proposta se insere justamente nessa lacuna, a fim de identificar as necessidades e tipos de cuidados que os envolvidos demandam. Partimos de uma hipótese inicial, a ser investigada, de que a sustentação ambiental postulada por Winnicott como indispensável para o desenvolvimento emocional do bebê também deva ser estendida aos pais com o objetivo de fortalecer a construção da parentalidade.

Capítulo 1. O Método da Pesquisa

*Diante da pura razão físico-matemática há,
então, uma razão narrativa. Para
compreender algo humano, pessoal ou
coletivo, é necessário contar uma história.*
(Ortega y Gasset)

1.1 Perspectiva teórica

Antes de retomar o quadro que dá a perspectiva teórica a ser utilizada nesta pesquisa, é necessária uma breve introdução sobre a proposta de reunir contribuições de diferentes escolas, a saber, winnicottiana e lacaniana. Para tanto, apoiaremos nossa proposta em dois pilares: 1. na experiência, já dada, de Joyce McDougall, que, estando tão intrinsecamente envolvida nas psicanálises inglesa e francesa, fez um tipo de junção pessoal das propostas de Winnicott com psicanalistas franceses como Lacan e Aulagnier; 2. na proposta metodológica indicada por Fulgencio (2017), em consonância com outras como as de Bohleber et al. (2013), na qual, ao aproximarmos sistemas teóricos díspares, não procuramos integrar teorias, mas sim apreender de cada contribuição a descrição dos fenômenos em jogo – nesse sentido, fenômenos descritos em determinado quadro teórico-semântico podem ser redescritos noutro quadro, aqui, a saber, aquele que se vale de descrições de Aulagnier (1975, 1979, 1984, 1986a, 1986b, 1986c), Dolto (1977, 1998, 2007b, 2008, 2012, 2013) e Mannoni (1982, 1999a, 1999b), tomando nossa temática da construção parental e da constituição psíquica do bebê como interface entre elas.

Convém explicitar que não estamos propondo um trabalho de articulação tão amplo que todos esses teóricos possam se comunicar e intervir nas concepções uns de outros, mas que, ao nos ocuparmos do tema da constituição do ser-mãe e ser-pai e do tema da origem da vida psíquica, possamos – principalmente nos casos em que há complicações gestacionais e tendo a teoria de Winnicott como linha de referência – agregar contribuições, com vistas a expandir a compreensão e descrição dos fenômenos aqui indicados.

A teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott corresponde, para Fulgencio (2016), principalmente a uma síntese das descobertas de Freud e Klein, associadas a algumas concepções apresentadas pelo existencialismo moderno, especialmente no que se referem à inserção da noção de ser na psicanálise. Retomaremos a descrição desse processo, apoiada em Winnicott e seus comentadores: Lebovici (1999; 1987), Golse (2014; 1999, 2006; 2014; 2012), Fulgencio (2004, 2008, 2011, 2013b, 2016), Dias (1999, 2000, 2003), bem como em algumas propostas mais focais sobre o ser-mãe e ser-pai (Brito & Pessoa, 2006; Bydlowski,

2000; Dor, 1991; M. C. Kupfer & Bernardino, 2009; Manzano, Espasa, & Zilkha, 2001; Missonnier, 2009), para, então, agregar as contribuições de outros autores citados.

Dedicada à compreensão da construção da parentalidade e da constituição da vida psíquica, a primeira etapa da pesquisa inclui uma revisão bibliográfica da teoria psicanalítica. Evidentemente, falamos aqui de algumas contribuições das teorias psicanalíticas sobre esses temas e/ou fenômenos. Para compreender o que se refere especificamente ao problema que estamos colocando, será necessário: 1. retomar Freud como o ponto de partida; 2. rerepresentar seletivamente a teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott para estabelecer um quadro geral e/ou perspectiva geral a ser trabalhada na pesquisa; 3. retomar em Winnicott a forma como ele concebe a constituição do ser-mãe e ser-pai de crianças que precisam de cuidados especiais; agregar a essas concepções as contribuições de Aulagnier e Dolto, acrescentando, ainda, aspectos afins destacados por autores que têm se dedicado à compreensão da perinatalidade e do desenvolvimento infantil (Alvarez & Golse, 2008; Ciccone et al., 2014; Missonnier, 2009; Roussillon, 2009).

1.2 Pergunta norteadora

Quais sentidos estão relacionados à construção do parental e à constituição psíquica do bebê no contexto de uma gestação de alto risco?

1.3 Objeto

Sentidos relacionados à construção do parental e à constituição psíquica a partir das vivências de uma gestação no contexto de alto risco.

1.4 Objetivo geral

Analisar os sentidos relacionados à construção do parental e à constituição psíquica do bebê a partir da vivência de uma gestação no contexto de alto risco.

1.4.1 Objetivos específicos e os desfechos esperados

- a. Identificar os elementos subjetivos e os acontecimentos relatados que fragilizaram a construção parental associados à pressão experimentada pela vivência no contexto da gestação saudável e no contexto da gestação de alto risco.

- i. Identificar, em ambos os grupos, os elementos subjetivos e acontecimentos relatados, com a finalidade de delinear o campo que representam as principais fragilidades e pensar em estratégias de prevenção e sustentação.
 - ii. Além de delimitar os pontos de fragilidade, esperamos poder identificar características diferentes entre os dois grupos.
- b.** Identificar, nas falas e cenas relatadas sobre a gestação e o nascimento do bebê, as construções fantasmáticas dos pais em ambos os contextos.
- i. Esse delineamento visa verificar a adesividade ou não dos pais ao conteúdo fantasmático que antecede a chegada do bebê.
 - ii. Partindo da compreensão de que um apego excessivo ao conteúdo fantasmático obstaculiza a relação com o bebê real e, por consequência, com a construção parental, a proposta é relacionar esse apego e as fragilidades na construção do parental.
- c.** Identificar os aspectos presentes no processo de desprendimento das construções fantasmáticas em relação às vivências com o bebê real.
- i. Para delinear o campo composto pelos aspectos saudáveis da interação pais-bebê, assim como o ambiente adequado para a constituição psíquica.
 - ii. Esperamos atestar uma relação entre esse desprendimento e uma construção parental mais saudável.
- d.** Identificar os elementos psicossociais que representaram fragilidades, apoio e sustentação nesses contextos.
- i. Apoio do cônjuge
 - ii. Apoio familiar
 - iii. Boa relação com a equipe de saúde
 - iv. Segurança econômica
- e.** Caracterização dos atributos sociodemográficos relacionados aos participantes de cada grupo da pesquisa.

O grupo 1 é composto por 6 famílias inclusas no programa de acompanhamento para gestação de alto risco que vai do 1º ao 6º núcleo familiar. O grupo 2 é composto por cinco famílias com gestação típica que vai do 7º ao 11º núcleo familiar.

Tabela 1.1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes

Grupo 1	Grupo 2
É composto por três famílias que fizeram o acompanhamento pré e pós-natal na rede pública de saúde e três famílias que o fizeram pela iniciativa privada.	É composto por duas famílias que fizeram o acompanhamento pré e pós-natal na rede pública de saúde e três famílias que o fizeram pela iniciativa privada.
A participação do pai nas entrevistas era	Foram 4 casais e 1 gestante desacompanhada.

facultativa, foram 3 casais e 3 gestantes desacompanhadas.	
As mulheres têm entre 21 e 40 anos, enquanto os homens têm entre 25 e 53 anos, com grau de escolaridade que vai do ensino fundamental incompleto até superior, e metade dessa amostra tem superior completo. Temos 7 participantes empregados e 5 desempregados.	A mulheres têm entre 22 e 33 anos, enquanto os homens têm entre 25 e 36 anos, com grau de escolaridade que vai do ensino fundamental incompleto até superior, e metade dessa amostra tem ensino médio completo. Todos os participantes estavam empregados.
O estado civil prevalente é o casado, porém consta separado e solteiro.	Todos os participantes são casados.
Quase todos têm relações com os próprios pais, tem dois pais e uma mãe dos participantes que já faleceram e apenas uma participante não teve convivência com o próprio pai. Todos os participantes têm irmãos. O casal tem entre 0 e 1 filho juntos antes da gestação atual, esses filhos têm até 4 anos. A metade da amostra tem filhos de outras relações. Neste grupo temos o relato de 5 abortos distribuídos entre três mulheres.	Quase todos têm relações com os próprios pais, têm dois pais dos participantes que já faleceram e dois participantes experimentaram o abandono paterno, todas as mães eram vivas e apenas um participante não conheceu o próprio pai. Todos os participantes têm irmãos. O casal tem entre 0 e 1 filho juntos antes da gestação atual, esses filhos têm até 4 anos. Apenas uma participante tem filho de outra relação. Neste grupo temos o relato de 2 abortos vividos por uma única mulher.
Na primeira etapa apenas 1 companheiro participou da entrevista ao lado da mulher gestante, na segunda etapa foram 3 companheiros e na terceira etapa apenas 1 companheiro.	Na primeira etapa apenas 1 pai participou da entrevista, na segunda etapa foram 4 pais e na terceira etapa foram 2 pais.
O período gestacional na primeira entrevista variou entre a 18ª e 36ª semanas de gestação. A idade do bebê na segunda entrevista variou entre 3 e 6 meses de vida. A idade do bebê na terceira entrevista variou entre 7 e 10 meses. 5 das 6 famílias trouxeram o bebê para a entrevista pós-natal.	O período gestacional na primeira entrevista variou entre a 9ª e 37ª semana de gestação. A idade do bebê na segunda entrevista variou entre 3 e 6 meses de vida. A idade do bebê na terceira entrevista variou entre 7 e 10 meses. Todas as famílias trouxeram o bebê para uma entrevista pós-natal.

Fonte: Dos autores

f. Categorias analíticas:

Tabela 1.2 – Categorias analíticas

Categorias analíticas		
Momento 1	Momento 2	Momento 3
1. Aspectos fantasmáticos prévios: a. Em relação aos pais b. Em relação ao bebê 2. Sustentação: a. Conjugal b. Familiar c. Institucional 3. Pontos de fragilidades 4. Planejamento quanto: a. Ao bebê b. A vida pessoal	1. Aspectos fantasmáticos: a. Em relação aos pais b. Em relação ao bebê 2. Sustentação: a. Conjugal b. Familiar c. Institucional 3. Pontos de fragilidades 4. Planejamento quanto: a. Ao bebê b. A vida pessoal 5. Adaptação ao bebê real	1. Aspectos fantasmáticos: a. Em relação aos pais b. Em relação ao bebê 2. Sustentação: a. Conjugal b. Familiar c. Institucional 3. Pontos de fragilidades 4. Planej. X execução quanto: a. Ao bebê b. A vida pessoal 5. Adaptação ao bebê real

Fonte: Dos autores

1.5 Tipo de estudo

Pesquisa qualitativa, transversal com amostragem não probabilística.

1.6 Participantes da pesquisa

Mulheres grávidas em acompanhamento pré-natal típico e de alto risco, seus companheiros e filhos.

1.7 Cenários de pesquisa

Instituições públicas e privada, localizadas em um município da grande São Paulo, que oferecem o serviço de acompanhamento às mulheres com gestação típica e de alto risco.

1.8 Procedimentos para a produção e análise dos dados:

1.8.1 Cenário do estudo

Foram realizadas reuniões prévias com as equipes de gestão e ginecologia dos hospitais e da unidade básica de saúde para viabilização e reconhecimento das condições contextuais de campo (Minayo, 2012).

O município foi escolhido intencionalmente pela pesquisadora por oferecer melhores condições de acesso e acompanhamento dos participantes nas etapas que se seguiram no estudo. A escolha das redes pública e suplementar, envolvendo hospitais e UBS, foi realizada com base no pressuposto de que as mulheres que chegam para o acompanhamento pré-natal pelos serviços público e particulares teriam elementos psicossociais que poderiam se apresentar como fatores protetores (apoio) ou de exposição (fragilidades), nos contextos de gestações típica e de alto risco: segurança econômica e qualidade do relacionamento com a equipe de saúde.

Além dos hospitais e da UBS onde foi realizada a primeira etapa de entrevistas, utilizamos um consultório particular, localizado na mesma cidade, como opção para o agendamento dos encontros subsequentes.

1.8.2 Critérios para seleção dos participantes

A chegada em campo foi antecedida pela avaliação e autorização do projeto pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade de São Paulo conforme parecer de nº 2.333.032 (CAAE 76594117.9.0000.5561)

Para compor a amostra de mulheres provenientes da rede de saúde suplementar, foi escolhido um único hospital particular que oferece o serviço ambulatorial de acompanhamento pré-natal às mulheres de ambos os grupos: 1 - mulheres com gestação de alto risco - e 2 – mulheres com gestação típica, autorizado conforme parecer nº 2.433.915 (CAAE 76594117.9.3002.0082) do conselho de ética do hospital.

Na rede pública não foi possível compor os dois grupos em um único equipamento de saúde. A amostra do grupo 1, composta por mulheres provenientes da rede pública, foi selecionada em um hospital que concentra apenas o acompanhamento às mulheres com gestação de alto risco do município, conforme autorização emitida pelo Conselho de Ética da secretaria de saúde contida no parecer de nº 2.450.567 (CAAE 76594117.9.3001.5484). Para composição do grupo 2 proveniente da rede pública foi necessário incluir uma Unidade Básica de Saúde – UBS, dispositivo que faz acompanhamento pré-natal às mulheres com gestação típica. O processo de inserção da unidade básica de saúde cumpriu todos os trâmites exigidos pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos conforme parecer de nº. 2.606.759 (CAAE 76594117.9.0000.5561) versão 2.

Nos dias em que as consultas ginecológicas eram ofertadas, nos três dispositivos de saúde, a pesquisadora permaneceu em espera, em consultórios médicos a ela cedidos. Durante as consultas, o(a) ginecologista falava sobre a pesquisa a ser realizada e, em caso do aceite em participar, as mulheres, seus companheiros e/ou filhos eram encaminhados para o consultório em que se encontrava a pesquisadora.

A pesquisa foi então apresentada, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo A) foi lido junto aos participantes e assinado individualmente. Trinta famílias (N=30) aceitaram participar da pesquisa.

A amostra foi subdividida em dois grupos principais: 1 – Mulheres com gestação de alto risco e 2 – Mulheres com gestação típica.

A seleção do **grupo 1**, com mulheres em gestação de alto risco (N=15), obedeceu ao critério de inserção realizado pelo obstetra da díade (mãe-bebê) no acompanhamento pré-natal de alto risco. Essa indicação se dá em função de problemas na saúde da gestante ou achados laboratoriais ou de imagem que indiquem riscos para o desenvolvimento e/ou sobrevivência fetal.

O **grupo 2**, com mulheres em gestação típica (N=15), foi selecionado a partir de programas de pré-natal, nos quais a gestação seguia dentro de parâmetros normais, tanto para o feto, quanto para a gestante. Neste grupo foi considerado critério de exclusão da dade a presença na mulher, antes da gestação, de doenças capazes de afetar o desenvolvimento do bebê, tais como diabetes, hipertensão e contaminações.

1.9 Instrumento de pesquisa

Com o intuito de analisar os efeitos na construção parental por meio da vivência da gestação em ambos os contextos saudável e de alto risco, a produção dos dados foi realizada em três momentos subsequentes.

Nos três momentos da pesquisa foram realizadas entrevistas com roteiros semiestruturados (anexo B). O material utilizado para a coleta dos dados foram os roteiros de entrevistas, um gravador digital e um caderno de campo para eventuais anotações. O áudio das entrevistas foi gravado mediante autorização por escrito contida no TCLE. Não foi possível gravar a totalidade das entrevistas – alguns participantes não autorizaram.

Nos momentos dois e três também foram utilizados o “Protocolo IRDI” – Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil – IRDI (anexo C) Kupfer et al (2009) para a coleta de dados acerca da interação familiar com o bebê. Esse instrumento é composto por 31 indicadores clínicos de risco psíquico ou de problemas de desenvolvimento infantil observáveis nos primeiros 18 meses de vida da criança. Construído por uma equipe de pesquisadores psicanalistas a pedido do Ministério da Saúde, a fundamentação teórica do protocolo inclui Freud, Lacan, Dolto e Winnicott (Kupfer et al, 2009). Trata-se de um instrumento válido e de livre acesso, indicado para atender a determinações da lei 13.438/2017, que prevê a necessidade de avaliação de risco para o desenvolvimento psíquico de bebês de 0 a 18 meses, e esse acompanhamento deverá ser registrado na caderneta de saúde da criança pelo pediatra ou pela equipe de saúde. A metodologia prevista na construção desse protocolo está pautada nas ações de prevenção da primeira infância, assim definida pelos autores:

O IRDI é um protocolo construído dentro da linguagem médica contemporânea, mas realiza ao mesmo tempo uma torção nessa linguagem a partir da psicanálise, ao introduzir, dentro do protocolo, em seu interior, em sua estrutura:

- A colocação dos indicadores de forma afirmativa;
- A incerteza, o equívoco e a escansão temporal em sua marcação;
- A ‘avaliação’ *après-coup*, retroativa;
- O uso do indicador como referência de leitura e não como pauta de conduta a ser observada. (M. C. Kupfer et al., 2012a, p. 140)

A coleta de dados se deu em três etapas interpostas. A admissão das díades em ambos os grupos do momento 1 aconteceu em diferentes fases da gestação. A data de início da coleta em campo se deu em períodos diferentes em cada dispositivo de saúde (quadro 1).

Tabela 1.3 - Cronograma das atividades em campo

Dispositivos	jan/18	fev/18	mar/18	abr/18	mai/18	jun/18	jul/18	ago/18	set/18	out/18	nov/18	dez/18	jan/19	fev/19	mar/19	abr/19	mai/19	
Hosp. Particular	M1				M2				M3									
Hosp. Público			M1				M2						M3					
UBS					M1		M2											

M1 - Momento 1 – De janeiro a junho de 2018.

M2 - Momento 2 – De maio a dezembro de 2018.

M3 - Momento 3 – De setembro de 2018 a maio de 2019.

Fonte: Dos autores.

Momento 1:

Nesta etapa a pesquisadora recebia, de forma aleatória, as mulheres gestantes indicadas pelo ginecologista após consulta para serem entrevistadas. Eram admitidas todas as gestantes independentemente do período gestacional e da condição de estar ou não no programa de alto risco. Para que pudéssemos colher informações que cobrissem todo o período gestacional e diversificar a amostra, não estabelecemos uma data fixa para o período gestacional em que a mulher seria entrevistada na primeira etapa. Entendemos que fixar um período gestacional para a coleta de dados na primeira etapa, embora delimitasse uma amostra homogênea que favoreceria a comparação, poderia limitar a emergência de queixas voltadas a uma problemática predominantemente orgânica prevista em cada um dos três estágios gestacionais: germinal, embriônico e fetal (Feldman, 2009). Cada estágio prevê a possibilidade do aparecimento de sintomas físicos e queixas características e previsíveis do ponto de vista orgânico.

O companheiro e os filhos, quando estavam presentes, eram convidados pela pesquisadora a participar. Não foi permitida a participação de nenhum outro acompanhante. As entrevistas tiveram duração média de 50 minutos e ocorreram nos três dispositivos de saúde: hospital público, hospital privado e UBS. Foram entrevistadas trinta famílias, sendo 14 gestantes do hospital particular, 9 gestantes da maternidade pública especializada em gestação de alto risco e 7 gestantes da UBS.

Momento 2:

Nesta etapa, a pesquisadora contactava as famílias – por telefone e/ou e-mail – no período calculado entre 3 e 6 meses de nascimento do bebê; esse cálculo era feito com base na previsão do parto fornecida pelo médico responsável pelo pré-natal.

A decisão de fazer a segunda etapa de entrevistas a partir do terceiro mês após o parto considerou a necessidade de permitir um tempo mínimo para a adaptação da díade e da família à chegada do bebê. Havia a preocupação de não oferecer uma interferência nociva ao período inicial, dentro do qual Winnicott identifica o estado de preocupação materna primária que, em suas palavras, “prolonga-se por algumas semanas após o nascimento do bebê”, e que a mãe poderá ter dificuldade em recordar, uma vez que “as lembranças desse estado tidas pela mãe tendem a tornar-se reprimidas” (1958, p. 302). Por essa razão, entendemos que a segunda etapa deveria acontecer num período que fosse cedo o bastante para que as vivências não tivessem sido “esquecidas” e tarde o suficiente para preservar o processo de adaptação inicial da díade.

Nesse momento a mulher estava, em geral, pouco ligada ao serviço ginecológico no qual havíamos realizado a primeira entrevista e, com o intuito de facilitar o encontro, além desse local, era oferecida a alternativa de agendar a entrevista em uma clínica particular na região central da cidade, onde dispúnhamos de mais opções de dias e horários para o agendamento. No contato telefônico era mencionada a possibilidade de trazer o bebê e o companheiro, mesmo que este não tivesse participado da primeira etapa. Para a entrevista, a pesquisadora utilizava um roteiro semiestruturado especialmente elaborado para essa fase, além do Protocolo IRDI. As entrevistas tiveram duração média de 60 minutos. Do momento 1 para o 2 perdemos dezenove famílias; observamos várias justificativas que inviabilizavam o encontro: muitas faziam o agendamento, mas acabavam desmarcando em função de intercorrências e demandas com o bebê. Nesta fase foram entrevistadas 11 famílias, sendo 6 provenientes do hospital particular, 3 famílias do hospital público especializado em gestação de alto risco e 2 da UBS.

Momento 3:

Nesta etapa a pesquisadora contatava as famílias – por telefone e/ou e-mail – no período calculado entre 6 e 10 meses de nascimento do bebê; esse cálculo era feito com base na data de nascimento do bebê informada pela mãe no momento 2.

A escolha desse período foi baseada em dois aspectos principais: O primeiro ponto diz respeito às peculiaridades que envolvem o processo de construção parental. Nesta etapa, a família cuja mãe ausentou-se do trabalho com a licença-maternidade, já teve que tomar decisões a respeito da retomada da vida profissional, assim como sobre quem continuará os cuidados de seu filho (a) no período em que estará trabalhando. Esse aspecto é fundamental para compreender os caminhos iniciais de integração do parental em construção aos demais papéis já estabelecidos pelos pais. O segundo ponto considerado relaciona-se com a

constituição psíquica do bebê que, a essa altura, já estabeleceu as bases para uma construção egóica, assim como para o reconhecimento da mãe enquanto objeto externo. Queremos observar indícios na criança e no discurso dos pais acerca das condições para que a criança faça a transição da dependência absoluta para a dependência relativa.

A oferta de lugar para a realização dessa entrevista se deu de maneira idêntica ao momento 2. A pesquisadora utilizava um roteiro semiestruturado específico para essa fase, além do protocolo IRDI. Essas entrevistas também tiveram duração média de 60 minutos. Do momento 2 para o momento 3 perdemos sete famílias, e observamos que a dificuldade em conciliar o tempo com a retomada profissional das mães foi a principal justificativa apresentada para o não agendamento da entrevista. Oferecíamos a opção de recebê-las aos finais de semana e feriados, mas a escassez de tempo e a sobrecarga de tarefas inviabilizava os encontros. Nesta etapa foram entrevistadas, no total, apenas 4 famílias, sendo 2 famílias provenientes do hospital particular e 2 do hospital público especializado em gestação de alto risco.

1.10 Narrativas das entrevistas

As entrevistas foram realizadas segundo o modelo clínico psicanalítico e construídas a partir dos áudios das entrevistas e das anotações da entrevistadora. Na construção das narrativas buscamos manter a fidedignidade dos relatos dos participantes, sem, no entanto, perder de vista os elementos da intersubjetividade dos envolvidos. Assim, partimos do pressuposto de que: “Narrativas de participantes e narrativas do pesquisador se fundem de forma produtiva para compreender a realidade social. Os critérios usuais (validade, generalização, confiabilidade) de legitimação começaram a vacilar”² (Bolívar-Botía, 2002, p. 5, tradução nossa).

O modelo científico que propõe uma correspondência entre objetividade da história e realidade impõe dificuldades para a análise psicanalítica que considera o espaço relacional e, portanto, os elementos inconscientes como integráveis ao campo de trabalho. Tal narrativa exige uma mobilidade dos lugares enunciativos observáveis em um discurso indireto livre. (Rudelic-Fernandez, 2002)

A transcrição literal da entrevista é o método mais comum utilizado nas pesquisas qualitativas de temas afins que encontramos no processo de revisão. Contudo, uma vez que

² Narrativas de gente y narrativas del investigador se funden productivamente para comprender la realidad social. Los criterios habituales (validez, generalización, fiabilidad) de legitimación han empezado a tambalearse

exclui a riqueza dos elementos presentes na dinâmica relacional, ou seja, no ambiente subjetivo *entre* entrevistado e entrevistador, tal método não se harmoniza com a técnica psicanalítica de investigação do inconsciente. No texto *Cinco lições de Psicanálise*, Freud (1910a) fala sobre os problemas que os relatos completos e literais de sessões representam para a compreensão do caso e, especialmente, quanto à apreensão do aspecto transferencial.

O *entre* pressupõe a inclusão da experiência do entrevistado e do entrevistador na descrição da narratividade, e esse cruzamento mostra-se fundamental para uma leitura psicanalítica. Dunker et al discutem essa temática a partir das três perspectivas que englobam a definição do conceito de psicanálise (ciência/tratamento/pesquisa) postulada por Freud no texto *Dois verbetes de psicanálise* (1923), os autores propõem que “o método pelo qual a psicanálise realiza sua investigação científica não é inteiramente diverso do método que ela põe em curso no tratamento. Ambos devem responder ao critério fundamental da transferência” (Dunker, Voltolini, & Jerusalinsky, 2008, p. 64).

Ao discutir a pesquisa em psicanálise, porém, Fulgencio destaca a necessidade de situar claramente cada um dos três campos propostos por Freud no mesmo texto acima citado. O autor ressalta que “tratar não é fazer ciência”, enquanto o tratamento visa uma “descoberta individual a pesquisa visa teorias universais” (2013a, p. 30). Considerando as especificidades e diferenças entre o processo de empreender um tratamento e pesquisar uma temática, vale ainda destacar que o processo que nos leva a identificar o conteúdo inconsciente, em ambos os campos, tem na transferência um caminho importante. Esse aspecto mostra-se fundamental para a análise qualitativa dos dados sob a ótica da psicanálise.

Essa posição *entre* – que poderia ser questionada a partir de uma perspectiva positivista por considerar aspectos da subjetividade do pesquisador – é justamente o que nos permite pensar clinicamente um recorte ou vinheta clínica do ponto de vista psicanalítico, uma vez que a escuta e o olhar do analista/pesquisador não se fixam na fenomenologia do encontro, mas especialmente naquilo que está velado e de difícil acesso. De acordo com Bolívar apud Damasceno et al, “o emprego das narrativas como modo de construir conhecimento possui um enfoque específico de investigação, com características próprias de credibilidade e legitimidade, que diferem dos métodos lógico-científicos” (2018, p. 134).

Fédida tratou essa temática ao propor uma morfologia do caso em psicanálise, mas descreveu assim o processo de encontro entre o analista e seu supervisor: “[...] a situação psicanalítica de supervisão tinha por particularidade construir o ‘caso de análise’ produzindo – *entre* analistas – as construções relacionadas ao trabalho analítico da cura” (2002, p. 53).

Nesta perspectiva, a construção do caso também se dá no encontro, ainda que de modo análogo.

Rudelic-Fernandez discute sobre a cientificidade da construção do caso psicanalítico e conclui que “não é a sua ‘trama acontecimental’ que atribui singularidade ao caso mas a sua estrutura sintagmática: uma lógica discursiva, um encadeamento, uma ordem que arranja os elementos esparsos de um tratamento para fazer dele um caso” (2002, p. 67). Dunker destaca que “para psicanálise, uma condição de seu método de investigação, vamos dizer assim, não é a descrição, mas a narrativização” (2008, p. 72), nela contém a temporização que pode estar ausente na descrição.

A clínica psicanalítica, em sua perspectiva de investigação, é aqui tomada como dispositivo e não como forma de tratamento. A coleta de dados foi realizada dentro de um *setting* estabelecido nos moldes clínicos, porém adaptados ao contexto institucional e de brevidade dos encontros, considerando, inclusive, a necessidade de intervenções que permitiram à entrevistadora o estabelecimento de uma relação de confiança e o contorno das situações críticas e mobilizadoras de angústias.

Tal manejo, ainda que atravesse em certa medida a determinação de neutralidade necessária à coleta de dados de uma pesquisa científica, visa atender, em primeiro lugar, aos aspectos éticos da psicanálise – que prevê a indissolubilidade da técnica de investigação do inconsciente pela fala e seus efeitos terapêuticos; e, em segundo lugar, aos pressupostos da coleta de dados estabelecidos pela resolução 16/2000 do CFP que em seu 4º parágrafo do artigo 3º sobre o “risco da pesquisa” prevê que: “O pesquisador deverá garantir que dispõe dos meios, recursos e competências para lidar com as possíveis consequências de seus procedimentos e intervir, imediatamente, para limitar e remediar qualquer dano causado”.

Dessa maneira, compreendemos que algumas intervenções que extrapolam o objetivo da temática em questão fazem parte de uma postura ética; tais intervenções não excluem a necessidade de preservar o quanto possível a neutralidade do pesquisador, tal como postulado por Freud (1912b) ao lado de outras três regras (a regra fundamental da associação livre, da abstinência e da atenção flutuante), como uma composição fundamental para o exercício da psicanálise, tanto em sua dimensão clínica, quanto de pesquisa.

1.11 Riscos e desconforto

Na etapa de elaboração da pesquisa pudemos prever como mínimos os riscos e o desconforto emocional que o processo de entrevistas poderia suscitar nos entrevistados.

Muitos foram os conflitos que emergiram nas entrevistas compostas por confidências, desabafos, lembranças infantis e diálogos conjugais. Houve necessidade de alguns encaminhamentos, de prolongamentos do tempo da entrevista até que a participante pudesse recobrar o equilíbrio emocional, assim como o acolhimento de demandas extrínsecas ao objetivo da entrevista em situações clinicamente reconhecidas como emergenciais.

Todas as situações delicadas foram contornadas com acolhimento, escuta atenciosa e poucos apontamentos quando a situação os tornou indispensáveis para a manutenção de um *setting* e da confiabilidade. Os encaminhamentos foram feitos diante de um pedido do próprio entrevistado ou de alguma manifestação de sofrimento ou dificuldade significativa.

1.12 Análise e interpretação dos dados

A análise dos dados sob a ótica da Psicanálise prevê uma interpretação que permita a identificação do conteúdo latente/inconsciente presente nas narrativas. Entendemos que a emergência desse conteúdo se dá pelo caminho da transferência, por essa razão consideramos o cruzamento intersubjetivo entre o participante e a entrevistadora fundamental para o tratamento dos dados.

Além do aspecto transferencial que se refere a uma atualização de vivências afetivas arcaicas dos participantes que são mobilizadas pela construção do relato e endereçadas à pessoa da entrevistadora, consideramos também os aspectos intersubjetivos que serão integrados na construção das narrativas, como propõe Bolívar acerca da abordagem narrativa:

Um self dialógico, seu caráter relacional e comunitário, onde a subjetividade é uma construção social, intersubjetivamente moldada pelo discurso comunicativo. O jogo das subjetividades, em um processo dialógico, se converte em um modo privilegiado de construir conhecimento.³ (Bolívar-Botía, 2002, p. 4, tradução nossa)

A proposta visa compreender e produzir sentidos a partir da experiência vivida e narrada, integrando artesanalmente a singularidade de cada relato, em vez de procurar relações de causa e efeito. Para essa etapa de interpretação, serviu-nos de base o método de análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), na qual insere especificidades técnicas referentes a entrevistas orais. A autora propõe uma etapa de decifração estrutural de cada entrevista que antecede a transversalidade temática.

As narrativas construídas a partir das entrevistas são os dados a serem analisados. Para cada núcleo familiar temos um conjunto com duas ou três entrevistas transformadas, cada

³ [...] un yo dialógico, su naturaleza relacional y comunitaria, donde la subjetividad es una construcción social, intersubjetivamente conformada por el discurso comunicativo. El juego de subjetividades, en un proceso dialógico, se convierte en un modo privilegiado de construir conocimiento.

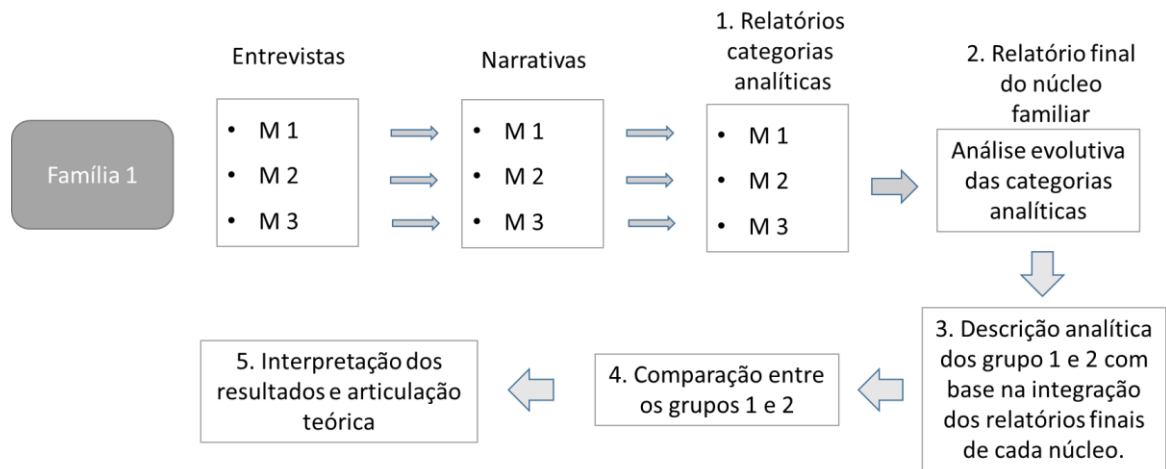
uma delas, em narrativas que constituem um grupo de narrativas para cada núcleo, e que denominamos Momentos, assim identificados: M1, M2 e M3.

De cada narrativa fizemos uma extração de dados a partir de categorias analíticas que foram construídas com base na literatura acerca do tema, em cada um dos momentos 1, 2 e 3 das entrevistas. As categorias se repetem em cada um dos momentos, de modo a permitir a compreensão da evolução de alguns aspectos; no entanto, inserimos algumas categorias pertinentes especificamente ao momento da perinatalidade em que a família se encontrava.

A análise e interpretação dos dados compreende cinco etapas principais:

1. *Identificação das categorias analíticas*: extração dos conteúdos das narrativas identificados às categorias analíticas previamente definidas. Como resultado dessa etapa teremos um relatório para cada entrevista narrada (dois ou três no total, de acordo com o número de entrevistas realizadas junto a cada núcleo familiar) contendo a descrição em tópicos das categorias analíticas identificadas nos momentos 1, 2 e 3.
2. *Análise dos aspectos evolutivos das categorias analíticas*: trata-se de uma análise do conjunto de relatórios da etapa 1 e da leitura integral das narrativas de cada núcleo familiar. Como resultado dessa etapa teremos um relatório final a respeito dos aspectos evolutivos dos temas identificados acerca da construção parental de cada núcleo familiar.
 - 2.1 Ao final desta etapa acrescentaremos a análise global do protocolo IRDI considerando os aspectos ausentes em cada um dos quatro eixos propostos pelo instrumento: 1) suposição do sujeito, 2) estabelecimento da demanda, 3) alternância presença-ausência e 4) função paterna.
3. *Descrição analítica dos grupos 1 e 2 de mulheres com gestação de alto risco e mulheres com gestação típica*: a proposta é identificar os aspectos afins que emergiram na análise das narrativas. Como resultado desta etapa teremos um relatório final para cada um dos dois grupos.
4. *Análise comparativa entre os grupos*: Análise comparativa de todos os pontos propostos pelas categorias analíticas entre os dois grupos acerca da construção parental.
5. *Interpretação dos resultados*: Apresentação e interpretação dos resultados articulados à literatura psicanalítica acerca do tema.

Tabela 1.4 Esquema gráfico das etapas de análise e interpretação dos dados:



Fonte: Dos autores

Capítulo 2. A (Re) Construção Parental na Singularidade de Cada Filho

Para as cinco crianças de uma família, há cinco famílias.
(Winnicott, 1986, p. 128)

O tema da construção parental não está explícito nas obras de autores clássicos da psicanálise; no entanto, os pais figuram sempre como elemento fundamental na descrição dos processos de constituição psíquica da criança. Percorrendo essa temática, pretendemos extrair os elementos que compõem a construção parental sob a ótica psicanalítica.

Em Freud, o destaque concentra-se na importância do complexo de Édipo que comporta uma lógica pulsional acerca da construção – de mão-dupla – que é a constituição psíquica do bebê e a concomitante construção da parentalidade. Em Winnicott, partimos de sua concepção de natureza humana que inclui a historicidade e seus diversos processos de integração, mas, sobretudo, com relação à capacidade do ambiente de promover sustentação tanto ao processo de constituição psíquica do bebê como ao contexto de integração do papel parental.

Com Dolto, a ênfase recai no papel do jogo parental nas construções psicopatológicas da primeira infância, engendradas a partir de “distúrbios reativos a dificuldades parentais, a distúrbios entre os irmãos ou do clima inter-relacional ambiente” (1981, p. 14). Na obra de Aulagnier (1975), por sua vez, encontramos o realce do papel do desejo do casal parental entre si e o desejo dos pais em relação à criança como operador antecipatório fundamental para a constituição psíquica do bebê. Para compor a discussão, selecionamos autores contemporâneos com trabalhos desenvolvidos no campo da parentalidade, tais como Lebovici, Golse e Missonnier, que apresentam contribuições acerca da parentalidade a partir de pesquisas clínicas.

2.1 A parentalidade como objeto de estudo da psicanálise

Antes do amanhecer, a cama do menino foi deslocada para o quarto ao lado. Pela manhã, o pequeno observou intrigado a maleta do doutor, ouviu gemidos da mãe e os nomeou como tosse, sentiu o cheiro do chá que era preparado para ela na cozinha. Ao entrar no quarto, em vez de olhar para mãe, ficou atento às bacias cheias de água e sangue, e tudo isso foi associado às histórias sobre a cegonha que ouvira nos dias anteriores. Foi reunindo esses

elementos que o menino de cinco anos pode concluir que era a irmãzinha Hanna quem estava chegando (Freud, 1909).

Escolhemos como ponto de partida a lembrança que remete à narrativa de Freud sobre essa vivência – cheia de cores, odores, ruídos e mitos – experimentada pelo pequeno Hans ao se ver diante dos elementos que o confrontavam com o nascimento da irmã e a inevitável alteração da dinâmica psíquica e familiar diante da chegada de um bebê. O fenômeno biológico do nascimento produz uma cena emblemática; ela marca um ponto inicial na trajetória subjetiva do sujeito que acaba de respirar, assim como na vida daqueles que o recebem e o têm sob seus cuidados. A experiência da gestação e seus vínculos biológicos, entretanto, não é o que garante aos envolvidos o nascimento do parental que pode estar relacionado à gestação, mas não a ela condicionado. Como, então, se dá essa construção subjetiva?

O parental não figurou como objeto de estudo das investigações freudianas. De acordo com Iaconelli (2020), o termo parentalidade, relacionado a uma possível fase do desenvolvimento, surgiu pela primeira vez com a psicanalista húngara Therese Benedek (1959). Na mesma época, porém, o conceito ganhou visibilidade na literatura francesa com Paul Claude Racamier, Bertrand Cramer e Lebovici.

O termo parental inclui o pai, a mãe, a família, o bebê, os afetos, as cenas reais e as fantasmáticas, mas também aquilo que Moro (2005, p. 259) chama de ingredientes complexos:

Alguns deles são coletivos, mudam com o tempo; outros são históricos, jurídicos, sociais e culturais. Outros são mais íntimos, privados, conscientes ou inconscientes, pertencem a cada um dos dois pais enquanto pessoas e enquanto futuros pais, ao casal, à própria história de cada um.

A psiquiatria do bebê e o estudo da relação mãe-bebê, assim como da dinâmica familiar no entorno da criança desde Winnicott (1896 – 1971), Lebovici (1915 – 2000), Spitz (1887 – 1974), Dolto (1908 – 1988), Stern (1934 – 2012) entre outros, vem tornando possível a configuração de um campo de pesquisas e intervenções clínicas no âmbito da parentalidade.

A parentalidade enquanto objeto de estudo vem ganhando espaço entre estudiosos de diferentes áreas de pesquisa, assim como entre os pais que demandam orientações e suporte quanto à educação dos filhos. Nesse contexto, a Psicanálise assume uma pequena parcela de atuação e parece estar – voluntariamente – na contramão das demandas atuais que anseiam por técnicas e correções acerca da prática parental.

Entre as abordagens mais acessíveis e conhecidas pelo grande público destaca-se a ‘disciplina positiva’ que difunde a prática da parentalidade positiva e se tornou uma corrente

de estudo teórico e prático bastante conhecida e promovida por profissionais de saúde e educação junto aos pais, com o intuito de auxiliar as famílias no processo de educação de seus filhos. Vamos situar, de modo breve e sucinto, a proposta central dessa corrente que vem sendo largamente difundida no Brasil e no mundo; em seguida faremos um contorno dos aspectos singulares aos quais a Psicanálise, como ciência investigativa e terapêutica, pode dar sua contribuição e, em certa medida, alguns aspectos dessa tendência aos quais se contrapõe.

A pesquisadora norte-americana Diana Baumrind (D. Baumrind & Black, 1967), uma das primeiras a observar crianças pequenas com o objetivo de identificar e associar comportamentos dos pais relacionados a comportamentos competentes dos filhos, desenvolveu uma teoria tipológica sobre os estilos parentais, classificando-os em três grandes grupos:

1. *Parentalidade autoritária*, que enfatiza o controle e a obediência sem questionamentos – a relação é marcada pela impessoalidade.

2. *Parentalidade permissiva*, que permite à criança uma autorregulação sem grandes exigências ou monitoramento – são pais mais carinhosos e pouco controladores.

3. *Parentalidade democrática*, que estaria no caminho do meio entre as duas primeiras. Ao mesmo tempo em que valoriza e respeita a individualidade e a opinião da criança, impõe restrições e controles – a relação é marcada por uma tonalidade amorosa e tolerante. (Papalia & Feldman, 2013)

O estilo parental democrático ou autoritativo – como foi traduzido para o português – é difundido entre pesquisadores comportamentais como modelo mais assertivo e, inclusive, associado a um desenvolvimento infantil mais saudável e competente (D. Baumrind, 1966; Darling & Steinberg, 1993). Essas pesquisas, porém, receberam críticas por refletirem a visão dominante norte-americana sobre o desenvolvimento da criança. Há diferenças importantes entre as culturas ocidental e oriental que não podem ser comparadas a partir de uma concepção unilateral, por exemplo: “entre norte-americanos de origem asiática, obediência e rigor não estão associados a rispidez e dominação, mas antes, a cuidados, preocupação e envolvimento com a preservação da harmonia” (Papalia & Feldman, 2013, p. 304).

O conceito de estilo parental é uma categoria ampla desenvolvida por Baumrind (1966) que originalmente não foi baseada em aspectos isolados da prática parental. Entretanto, o estilo parental autoritativo ou democrático proposto pela autora parece estar na base daquilo que se tornou a proposta da parentalidade positiva frequentemente convocada para tratar dos aspectos comportamentais do *fazer parental* – e este será, portanto, o ponto de discordância fundamental entre essa proposta e a nossa perspectiva baseada na Psicanálise.

Podemos, ainda, situar uma discordância histórica entre aquilo que fundamenta teoricamente a disciplina positiva e a psicanálise nessa temática da parentalidade. O termo ‘disciplina positiva’ foi cunhado na década de 80 pela pesquisadora norte-americana Jane Nelsen (2007), e tal abordagem é, segundo a autora, fundamentada nas proposições de dois autores principais: Alfred Adler (1870-1937) e seu discípulo Rudolf Dreikurs (1897-1972).

Judeu e vienense como Freud, Adler nasceu em uma comunidade húngara, o que o tornava cidadão de um país cuja língua não falava. Tornou-se austríaco apenas em 1911 e, apesar de sua origem judaica, segundo Roudinesco (1998), nunca teve a impressão de pertencer a uma minoria ou de ser vítima do antissemitismo. Paradoxalmente a isso, o sentimento de inferioridade é um dos pilares de sua teoria – em 1904, converteu-se ao protestantismo, distanciando-se da origem judaica.

Na biografia de Adler, inspirador da disciplina positiva, parece curioso o rompimento com as origens, ainda que seja apenas uma coincidência. Apesar de refletir valores sociais e morais da América, essa disciplina se apresenta como modelo universalmente adaptável no terreno da parentalidade. Adler frequentou os círculos freudianos durante nove anos, mas tiveram um rompimento complicado e tenso como muitos outros protagonizados por Freud. Adler contestava aspectos fundamentais da teoria psicanalítica tais como a sexualidade e o inconsciente, e sua tendência a biologizar a etiologia das afecções psíquicas (que nasce da hipótese de órgãos inferiores) teria sido o ponto crucial criticado por Freud. Sua teoria ganhou dimensão internacional e reconhecimento nos EUA, único país em que teve uma verdadeira implantação. (Roudinesco & Plon, 1998)

A sexualidade e o inconsciente são aspectos teóricos incontornáveis para pensar uma abordagem psicanalítica da parentalidade, justamente porque tocam naquilo que é genuinamente próprio do sujeito.

Nosso intuito está longe de propor uma crítica generalizada à disciplina positiva, dado que compactua conosco a importância do respeito à individualidade e a valorização da capacidade argumentativa da criança, além de propor uma educação baseada em firmeza e gentileza que parece se harmonizar com a compreensão da necessidade complementar das *funções* paterna e materna na educação de uma criança. Nossa crítica reside especificamente na generalização do método, uma vez que propõe de modo sistematizado o melhor caminho a ser seguido pelos pais, acabando por desprezar o saber inconsciente e os elementos transgeracionais sob o risco de abalar o narcisismo parental. É preciso entender por que um pai faz isso ou aquilo a seu filho e as razões que o fazem lançar mão dessa alternativa antes de propor precipitadamente uma prática pretensamente mais assertiva.

A disciplina positiva propõe um método de educação indutivo para as crianças, ou seja, elas devem compreender as razões de suas escolhas. Contudo, parece que essa mesma lógica não é aplicada aos pais, que devem encontrar nos manuais redigidos por especialistas o modo mais adequado de agir com seus filhos, e são induzidos a abandonar seus costumes e valores sem a oportunidade de compreender as raízes e a lógica dessa construção que, justamente, comportam o saber inconsciente.

Sugerir aos pais uma conduta padrão de “firmeza e docilidade” diante, por exemplo, de uma crise de desobediência da criança – sem considerar possíveis sentimentos hostis experimentados por esses pais –, sugere-nos uma cisão entre a fala e os afetos endereçados à criança, e entendemos que esse hiato pode ser desorganizador tanto para a criança como para os pais. Mas importaria para a criança o sentimento que a fala dos pais comporta?

Para além do observável, importa-nos tudo o que diz respeito às origens do sujeito. Seu fazer tem raízes profundas e parece pouco prudente extirpar, mesmo aquilo que aparentemente se apresenta como estranho ao observador estrangeiro, sem antes considerar os elementos transgeracionais. Suturar feridas de uma tradição com regras que vêm de alhures, sugere uma violência colonialista inadmissível para a ética proposta pela psicanálise, qual seja: a ética do desejo.

Para introduzir a importância do aspecto transgeracional e sobretudo do ambiente psicofísico construído entre os pais e seu bebê, fundamental para nossa temática, recorreremos à obra de Serge Lebovici e comentadores que com ele trabalharam e puderam dele receber não só o conhecimento, “mas também um saber-fazer, um saber-dizer e possivelmente, sobretudo... um saber-ser” (Presme & Golse, 2008, p. 9, tradução nossa).⁴

Para Lebovici, “O desenvolvimento do bebê se desdobra em um banho afetivo” (1998, tradução nossa)⁵ regado pelos fantasmas parentais que se entrelaçam às proto-representações do bebê (Missonnier, 2008). Oferecer ao bebê cuidados iniciais por meio de um fazer mecânico mostrou-se, desde Spitz (1979 [1965]), insuficiente para pôr em marcha, de modo satisfatório, o desenvolvimento psíquico do pequeno humano. A empatia, tal como proposta por Lebovici, inclui os afetos como aspecto fundamental naquilo que será o ponto de partida para a construção subjetiva do bebê, que encontra no espelho empático oferecido pelos pais as condições para a internalização de tais afetos.

A linguagem utilizada entre o representante da função materna e o bebê passa por uma *tradução intercorporal*, uma espécie de linguagem de ação que em condições ideais é

⁴ “[...] mais aussi d’un savoir-faire, d’un savoir-dire et peut-être surtout... d’un savoir-être.”

⁵ “Le développement du bébé se déroule dans un ‘bain d’affects’”

perfeitamente adaptada ao bebê; este, por sua vez, também procura adaptar-se ao que está sendo proposto pelo adulto. A intervenção proposta por Lebovici nas consultas terapêuticas parentais focaliza esse jogo de comunicação com a intenção de produzir uma *atuação metaforizante*. Segundo Missonnier essa metaforização se endereça à tríade, mas é determinante para detectar a recusa de escotomização do bebê.

Ele [o bebê] seria um ator principal relegado ao papel de figurante se a metaforização fosse apenas proferida em um modo narrativo alegórico, ou seja, um canal diretamente metabolizável apenas pelos pais e, indiretamente, pelo bebê via prosódia e a musicalidade afetiva da voz. (2008, p. 22, tradução nossa)⁶

Esse espaço de construção afetiva retroalimentada entre a mãe e seu bebê é, também, o espaço de intervenção, geralmente no sentido de sustentação e reassuramento daquilo que a mãe tem a oferecer, assim como a verbalização daquilo que o bebê prototipicamente apresenta, encorajando o desenvolvimento dessa comunicação.

Lebovici enfatiza o caráter afetivo das palavras maternas veiculadas pelo seu corpo – ou seja, “o relaxamento que a experiência do cuidado materno lhe traz ou a aflição e a angústia que sua inexperiência comporta” (Lebovici, 1983, p. 246, tradução nossa)⁷, essa comunicação promove pouco a pouco uma capacidade recíproca de identificação e compreensão.

Seria prudente excluir dessa comunicação os afetos aflitivos? Tais afetos teriam algum papel no processo de construção do repertório infantil para identificar a complexidade de sentimentos que lhe são endereçados e lidar com eles? Ou ainda, qual o sentido das conhecidas recomendações da disciplina positiva de que a mãe deve abaixar-se à altura da criança, olhar nos seus olhos e dizer com “docilidade e firmeza” qualquer coisa que não seja o que ela está realmente sentindo? Esse hiato entre a experiência narrada e a experimentada pela dupla poderia promover alguma confusão ou carência na capacidade de identificação e comunicação dos sentimentos?

Sabemos que a presença de afetos contraditórios endereçados pela mãe à criança é inerente a esse tipo de relação, mas assim o é pela natureza complexa desses afetos e das falhas de ambos na capacidade identificá-los, e não porque alguém ensinou a mãe a dizer a “coisa certa” a despeito de seus sentimentos e de sua história familiar.

⁶ “Il serait un acteur principal relégué au rôle de figurant si la métaphorisation n’était que proférée sur un mode allégorique narratif, c’est-à-dire un canal directement métabolisable seulement par les parents et, indirectement, par le bébé via la prosodie et la musicalité affective de la voix.”

⁷ “la détente que lui procure l’expérience des soins maternels ou la détresse et l’angoisse que son inexpérience apporte avec elle.”

André Green é citado por Lebovici para resgatar a compreensão de que são os afetos que conferem força ao sentido. Ele faz um paralelo com o princípio da psicanálise de que uma interpretação se mostra ineficaz quando não é acompanhada de efeitos catárticos. De um lado, tem a mãe que, quando tudo vai bem, sabe naturalmente o que precisa endereçar a seu bebê; de outro lado, segundo Lebovici, “poderíamos propor a ideia de que o bebê deve afetar o dito maternal” (1983, p. 248, tradução nossa)⁸. Eis aqui a lógica interacional proposta pelo autor: “o ser vivo se desenvolve em um meio que age sobre ele, mas será também e em contrapartida modificado por ele”⁹ (1983, p. 9, tradução nossa).

Dito isso sobre a importância e o valor da coerência entre o sentimento e a comunicação dele decorrente nas relações primitivas entre a mãe e seu bebê, mas também em qualquer outra relação em que o aspecto intimidade e confiança esteja presente; agora, então, queremos abordar o papel dos elementos inter e transgeracionais na construção do parental.

A psicanálise emprestou da teoria sistêmica o conceito de transgeracionalidade, que prevê a transmissão de elementos entre as gerações. Lebovici diferencia o intergeracional do transgeracional.

O “inter” supõe uma transmissão entre pais e filhos no contato direto por meio da comunicação verbal e não verbal, a transmissão aqui se dá na direção ascendente e descendente, ou seja, qualquer uma das partes ou “gerações” pode afetar e transmitir algo a outra. O transgeracional supõe uma transmissão entre as gerações, porém à distância, sem necessariamente um contato direto e, portanto, na direção descendente, a comunicação se faz em geral por meio dos interditos e não-ditos, mas também por hábitos e costumes. (Golse, 2003)

A transmissão de elementos transgeracionais foi especialmente identificado entre as gerações que sucederam os sobreviventes de guerra, no entanto, o traumático não é o único elemento passível de transmissão; observou-se que os fantasmas parentais veiculados por projeções não elaboradas poderiam “contaminar” os filhos, neste contexto temos um terreno fértil para a psicose. Trata-se de crianças que segundo Bydlowski (2008) são incapazes de se afiliar, tal como propõe Lebovici, e receber o patrimônio cultural, por vezes são incapazes de partilhar a linguagem oferecida pelos pais e seus ancestrais.

De acordo com Golse a transmissão pode ser qualificada como “estruturante ou entravante” uma vez que os fenômenos da transmissão comportam a dinâmica ambivalente entre pulsão de vida e pulsão de morte. Para o autor a questão central concentra-se no fato do

⁸ “Inversement, on pourrait proposer l’idée que le bébé doit affectiver le dit maternel.

⁹ “l’être vivant se développe dans un milieu qui agit sur lui, mais qui est aussi et en retour modifié par lui.”

“sujeito poder tomar emprestado de outrem para se construir – sem, no entanto, cair na alienação, sendo que a margem de manobra é, às vezes, muito estreita” (Golse, 2003, p. 63).

A construção do parental conta com elementos que vem das gerações anteriores, assim como com os elementos oferecidos pela geração que sucede os pais, incluindo os próprios filhos e toda uma nova geração que o cerca; o encontro desses elementos será contornado pela capacidade afetiva construída no entorno desta experiência que é totalmente dependente de um certo equilíbrio oferecido pelo meio social, para além de todos os aspectos invisíveis mencionados.

A receita do parental mostra-se um tanto confusa, cheia de ingredientes complexos, cada cozinheiro tem uma proporção diferente na distribuição dos ingredientes, entretanto, o “prato final” recebe o mesmo nome: “pais” e o termo aglutina pai e mãe numa única categoria, o que de saída sugere uma simplificação de coisas que são por essência muito diferentes, daí o desconforto diante de propostas que pretendem, a despeito de um ideal, promover um fazer parental homogeneizado, quando na verdade tudo o que temos são elementos absolutamente diferentes.

A partir do aroma do chá e das bacias com água e sangue, o pequeno Hans conseguiu, do alto de seus cinco anos, concluir que algo de muito importante acontecia na vida de todos que habitavam aquela casa. Os pais do menino apresentaram a ele vários elementos de um código cultural no entorno do nascimento de um bebê que os antecediam, e que marca para nós uma temporalidade: o parto em casa. Eles sabiam a razão de cada um daqueles elementos, entretanto, não permitiram que a criança entrasse em contato com tudo de uma vez e a simplificação da realidade, que fora antecipada com o mito da cegueira, deu a pista ao menino atento e vivaz.

Como seria o relato dessa história se o garoto tivesse sido instruído pela psicóloga com base no livro didático “como nascem os bebês?” Longe de querer eleger um modo correto de conduzir essa experiência – o que introduziria uma grande contradição –, ou romantizar a história de Hans – que posteriormente sofreu com uma fobia importante –, queremos apenas valorizar a diversidade das escolhas parentais e a singularidade de experiências afetivas vividas no núcleo familiar – que conferem riqueza à subjetividade humana e poder de transmissão –, assim como alertar para o risco que a “esterilização técnica” pode representar para as mesmas.

2.2 A psicanálise frente aos impasses da parentalidade contemporânea

– Doutor, é errado dar castigo para educar meu filho?

De quem é a voz que enuncia essa questão? Que tipo de saber se espera do sujeito a quem a pergunta é endereçada? Quem detém a autoridade “técnica” para responder a essa pergunta? Tem a psicanálise algo a oferecer nesse campo?

Antes de desenvolver essa problemática, vamos percorrer um dado momento histórico para incluir a percepção de mutabilidade entre os elementos histórico-culturais que compõem o modo regulador das relações entre pais e filhos.

A relação entre pais e filhos é marcada por variações importantes ao longo do tempo, diferentemente do que acontece na espécie animal, ela é engendrada pelas condições sociais, culturais e ideológicas de cada época.

O sentimentalismo, por exemplo, tão característico das relações parentais modernas, não se fez presente antes do século XVII, quando “A família era uma realidade moral e social, mais do que sentimental” (Ariès, 2012, pp. 158-159). Nessa época, as crianças eram enviadas – com a idade entre sete e nove anos – a outras famílias para receberem a educação que, à época, era baseada em regras de etiqueta e serviços domésticos. Os bebês também eram enviados às aldeias vizinhas para serem amamentados por amas de leite que aos poucos foram adentrando as casas burguesas para trabalhar e morar, mas inicialmente recebiam os bebês em seus povoados. O convívio familiar era quase inexistente.

Ainda segundo Ariès, a escola foi o agente transformador mais significativo dessa relação: ela fez com que a família se concentrasse no entorno da criança. As primeiras instituições educacionais funcionavam como internatos, mas esses jovens voltavam às suas casas nas férias e, aos poucos, a escola foi se aproximando geograficamente das residências, de modo a permitir o estreitamento das relações afetivas. Esse movimento em direção ao sentimento de família acompanha o desenvolvimento do modo de vida privado, construído na intimidade doméstica, impensável nas sociedades feudais. “O sentimento da família não se desenvolve quando a casa está muito aberta para o exterior: ele exige um mínimo de segredo” (Ariès, 2012, p. 164).

A escola, tal como nas origens, continua exercendo grande influência nas relações familiares, entretanto, ao pactuar com a medicina um saber global sobre o desenvolvimento da criança inspirado pelo movimento higienista introduzido no Brasil no século XIX, tem promovido a despossessão educativa dos pais. Kupfer (2016) denuncia esse fenômeno da destituição autoritária do saber familiar que teria como consequência a anulação do saber inconsciente dos pais; observamos, cada vez mais, pais sedentos por manuais de educação, cursos de gestantes, serviços de orientação aos pais, etc. Segundo a autora, “é do saber

inconsciente que emana seu poder educativo” (2016, p. 115); poder esse que tem sido atravessado pela patologização da infância e pela culpabilização dos pais. Esse atravessamento parece promover uma fragilização da estrutura inconsciente familiar capaz de sustentar psiquicamente a criança como parte de algo que a antecede e que, ao mesmo tempo, a projeta no futuro.

De um lado temos as relações familiares que se tornam cada vez mais íntimas e privadas; de outro, temos a parentalidade que parece tomar um caminho diferente rumo ao domínio público (Julien, 2000) graças ao saber técnico-especializado que se coloca ortopedicamente entre a criança e seus pais, ignorando os elementos transgeracionais fundadores da família.

As relações familiares são estruturais para a constituição do sujeito e o desenvolvimento saudável de uma sociedade. Comprometida com a ética do desejo, a psicanálise como ciência não harmoniza com uma posição patologizante e corretiva da infância e das relações parentais, no entanto, está longe de assumir um discurso único acerca dessas questões, especialmente considerando a diversidade da produção teórica psicanalítica contemporânea.

Para discutir as implicações desse atravessamento técnico-institucional sobre o saber parental selecionamos três autores com reconhecida contribuição clínica: Françoise Dolto, Piera Aulagnier e Donald Winnicott têm como característica de sua prática clínica uma oposição ao discurso de orientação técnica e sistematizada aos pais.

2.2.1 Dolto

Ela desejava ser médica da educação. Criança vivaz e curiosa, disse: “vejo que nasci muito cedo, em um século velho demais”. Nasceu em Paris em 1908, teve sua infância marcada pela morte da irmã mais velha, seguida de um processo depressivo importante. Ao estagiar em hospitais psiquiátricos para adultos, percebe que muito pouco pode ser feito a essa altura da vida, assim, decide trabalhar com as crianças. Fez análise (1934-1937) com Laforgue e foi bastante atuante no movimento psicanalítico parisiense nas décadas de 50, 60 e 70. Em 1979-80 fundou a “Casa Verde”. Morreu em 1988 aos oitenta anos.

Os pais têm um lugar de destaque na clínica psicanalítica com crianças desenvolvida (por Françoise Dolto. Por mais de trinta anos, dedicou-se à análise de crianças e, nesse contexto, postulou conceitos tais como a imagem inconsciente do corpo e as castrações simbologênicas – fundamentais para a compreensão dos distúrbios infantis –, além de

desenvolver uma técnica e um manejo clínico específico no contato com a criança e seus pais. Embora tenha ficado de fora do debate entre Klein e Anna Freud, ela parece figurar como uma posição *entre*: “Ela não pensa o campo da psicanálise infantil na categoria de uma moral educativa, mas inclui a posição parental no tratamento” (Roudinesco, 1988, p. 173).

A popularidade de Dolto junto aos pais extrapolou o *setting* terapêutico na França da década de 70, ela respondia às perguntas dos pais sobre as dificuldades na educação de seus filhos por meio de comunicações radiofônicas. No prefácio do livro “Quando os filhos precisam dos pais”, Dolto explica sua resistência em aceitar o convite para esse trabalho, por saber da singularidade de cada caso e, também, pelo conteúdo inconsciente presente em todos os distúrbios. Acabou aceitando, mas não sem advertir que:

Os ouvintes [...] não deveriam imaginar-me como depositária de um saber verdadeiro, que não poderiam questionar. Trata-se de um momento de uma pesquisa, a minha, que vai ao encontro dos problemas atuais concernentes às crianças de hoje, em muitos aspectos submetidas a experiências e a um ambiente psicossocial em transformação e a situações novas para todos. (Dolto, 2008, pp. 13-14)

Diferentemente da tradição kleiniana, Dolto propõe que as entrevistas preliminares aconteçam na presença da criança (Dolto, 2013). A sua clínica põe em destaque o desejo dos pais, a dificuldade destes em lidar até mesmo com a melhora dos filhos e, especialmente, os conflitos geracionais conscientes e inconscientes que são transmitidos às crianças e que tanto dificultam seu desenvolvimento. Aquilo que obstrui o desenvolvimento infantil é transmitido pela linguagem, no entanto, o remédio para tratar esse mal também está na palavra, esclarece a autora.

É assim, privilegiando a verdade e apostando na capacidade da criança pequena de ser inserida no contexto linguageiro familiar, que Dolto empreende seus tratamentos e suas supervisões clínicas. “O ser humano é fisicamente um mamífero e, psiquicamente, um ser de filiação linguageira e, portanto, de adoção” (Dolto, 2013, p. 52). A autora afirma que os pais do narcisismo primário são os pais internalizados, que não se referem ao biológico, mas àqueles que puderam oferecer condições ao desenvolvimento libidinal, precursor do desenvolvimento das capacidades “de troca linguageira, criativa e procriativa” (Dolto, 2013, p. 52).

Assim como, para Freud, o Édipo de cada um dos membros do casal parental será ponto fundamental na transmissão psíquica para a criança, para Dolto, o Édipo do filho “pode ser deturpado pelas relações linguageiras de uma mãe e de um pai, fixadas eroticamente e de

modo inconscientemente incestuoso, no filho” (2013, p. 52). Qualquer situação em que a criança figure como prótese para um dos pais pode ter um caráter perversivo.

Adiante, ainda no mesmo texto, ela explica que essa deturpação pode conduzir à homossexualidade; estaria a autora diante de um ponto delicado ao propor um caminho patológico na construção de uma homossexualidade? Certamente não! Isso porque a heterossexualidade também pode promover desvios que figurem como inibição, friquidez e tantas outras questões que não a tornam mais adequada que a homossexualidade. O patológico parece figurar no *quantum* da sexualidade dos pais que desemboca no desenvolvimento dos filhos e se isso altera o curso daquilo que em Winnicott poderíamos chamar de “gesto espontâneo”, penso que, para Dolto, seria o desvio no rumo do próprio desejo do sujeito. Porém, antes de pensar no impacto que a sexualidade dos pais pode promover na constituição psíquica dos filhos, nossa tarefa, por ora, será a de contornar, a partir da obra de Dolto, os elementos por ela enunciados como norteadores do protagonismo parental.

É justamente no exercício da clínica, ou seja, na prática e não somente no discurso, que encontramos o posicionamento singular de Dolto frente ao lugar dos pais. Em seu texto “Entrevistas preliminares” (2013), no qual descreve uma sessão de supervisão clínica oferecida a um grupo de analistas francesas de crianças, ela destaca por meios de intervenções clínicas um cuidado cirúrgico para não atravessar o poder educativo dos pais.

Apresentamos dois pontos enunciados por ela no texto acima citado para ilustrar essa característica de preservação do lugar dos pais em sua prática clínica:

1. Embora ela adote a técnica de fazer as entrevistas preliminares com os pais na presença da criança, diante de dificuldades impostas por atitudes desafiadoras e desrespeitosas desta, ela sugere que os pais venham sem o filho numa próxima sessão; no entanto, sua explicação para tal intervenção não vai no sentido simplesmente de viabilizar o diálogo, mas de preservar os pais do constrangimento de serem massacrados pela criança diante de uma figura de autoridade. Uma outra possibilidade por ela sugerida seria a de pedir à criança que saia da sala, sinalizando claramente para a criança um espaço de fala e autoridade aos pais; esse movimento vai na contramão do discurso culpabilizante e/ou professoral.

2. “Seja o que for que vocês fizerem, vocês têm razão por agora” (2013, p. 180). Dolto refere-se às escolhas dos pais acerca dos métodos de educação e deixa claro que não fará interferências a esse respeito, apenas pede para ser informada para que possa ajudar a criança a lidar com as situações dramáticas. Ela exemplifica essa intervenção solicitando aos pais que enviem a ela, pelo filho, em envelope fechado, um bilhetinho informando por exemplo: “eu lhe dei uma surra” (2013, p. 180). Ainda que o exemplo seja questionável, na medida em que

sugere uma convivência com uma prática violenta, penso que foi escolhido propositalmente, como forma de colocar luz sobre a necessidade de preservar o poder educativo dos pais, que comporta um saber inconsciente.

Assim como os métodos educativos, o aleitamento materno está dentre os temas que suscitam a interferência de muitos profissionais da saúde. Quanto a isso, observamos o mesmo posicionamento de Dolto no sentido de intervir o menos possível na relação mãe-bebê. Já na década de 50, ela postulava a ideia de livre demanda, tal como difundida nos dias atuais, opondo-se ao excesso de intervenção profissional que regulava o tempo exato entre as mamadas e privilegiando assim a singularidade e voracidade de cada bebê. Entretanto, no que diz respeito ao período do desmame, ela destaca que “a mãe não é somente nutriz, é também encarregada de tarefas” (Dolto, 2007a), e por essa razão reconhece a possibilidade da inserção precoce de outros alimentos para o bebê em função da saúde psíquica e disponibilidade da mãe.

É provável que Dolto fosse duramente criticada pelos profissionais de hoje que, sem a ótica da singularidade, seguem a indicação da OMS (Organização Mundial da Saúde) que preconiza aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança e como complemento até os dois anos ou mais. Não queremos questionar a viabilidade dessa indicação que tem como resposta a diminuição da mortalidade infantil, especialmente em países onde o saneamento básico e o acesso a uma alimentação adequada é precário; no entanto, tomar uma indicação universal como verdade intransponível tem também como consequência excluir *do status de ideal* um grande contingente de mães que não conseguem ou não querem amamentar, e que terão que lidar com a marca da inadequação veiculada pelo discurso dos profissionais e endossada por muitos que desconhecem suas limitações de ordem física ou emocional.

Nosso questionamento segue no sentido de favorecer o desejo e o protagonismo parental, mas isso não significa de modo algum desprivilegiar a criança, nem mesmo quanto ao tema da amamentação, que poderia sugerir uma preocupação maior com o estado emocional da mãe em detrimento da saúde física do bebê. Definitivamente não é essa a lógica, uma vez que preservar o poder parental e a estrutura narcísica que o sustenta é justamente oferecer condições ambientais favoráveis ao desenvolvimento físico e emocional dessa criança. Para Dolto, “uma criança é um ser inconscientemente sensível ao que sente do inconsciente dos que vivem com ela e que dela se aproximam” (Dolto, 2008, p. 262). Entendemos, assim, que dar sustentação em vez de interferir tecnicamente no modelo de interação da díade é também cuidar de cada uma das partes.

Até aqui sustentamos um posicionamento que visa a preservação do poder parental inconsciente e a diminuição, o quanto possível, das recomendações técnicas universais; entretanto, como pensar o contexto familiar em que existe um atravessamento abusivo dos pais em relação ao desenvolvimento físico e psíquico da criança? Para discutir acerca desse excesso perigoso promovido pelos pais em relação ao período precoce de desenvolvimento psíquico do bebê, faremos uma breve descrição dos principais conceitos desenvolvidos por Piera Aulagnier e do contexto histórico em que a autora está inserida.

2.2.2 Aulagnier

Aulagnier (1923-1990) era italiana, fez medicina em Roma, mas foi na França que consolidou sua carreira como psicanalista. Analisou-se com Lacan e Viderman, fez parte da Sociedade Francesa de Psicanálise até 1963, ano da grande cisão entre os psicanalistas franceses lacanianos. Embora tenha construído um referencial metapsicológico bastante singular, manteve alguns aspectos da escola lacaniana.

Sua vasta experiência no acompanhamento de pacientes psicóticos, permitiu-lhe observar de um lugar privilegiado o papel do desejo dos pais entre si e o desejo de cada membro do casal em relação ao filho no processo de constituição psíquica. Para ela esse desejo – considerando a maneira como cada um estruturou ou não o recalque – representa a matéria prima da constituição psíquica do bebê.

Sophie de Mijolla-Mellor (2002) entende que Aulagnier renova a visão psicanalítica mãe-bebê, elabora uma nova metapsicologia da representação e da noção de Eu ao mesmo tempo que inaugura uma maneira de pensar a questão do sujeito e do social que se junta à visão filosófica freudiana.

Para Aulagnier, o recém-nascido tem sua psique inaugurada pelo contato com dois aspectos da realidade: o próprio corpo e o Eu dos outros. No entanto, estamos diante de um momento muito primitivo, em que a criança ainda não tem um Eu constituído. Esse primeiro contato, especialmente com o Eu materno, promove o que Aulagnier denomina “violência primária”, que é necessária e constitutiva: uma violência no sentido de violar a psique incipiente do bebê.

Há um espaço relacional entre a mãe e o bebê que aglutina três outros espaços: o desejo, a demanda e a necessidade. Essa tal “violência” se dá em função do encontro do psiquismo da mãe, que comporta múltiplas vivências, com o psiquismo do bebê, marcado por necessidades, mas que logo poderá, graças à função de prótese do psiquismo materno,

representar a experiência de prazer atrelada à satisfação dessas necessidades. Como, então, essa vivência fundamentalmente sensorial será inscrita na psique desse bebê?

A autora recorre a uma construção metapsicológica que supõe um modo de funcionamento psíquico que é anterior ao processo primário, ela o denomina de processo originário. Neste momento inicial da vida do bebê a representação do vivido ainda não é uma representação de “coisa” e, muito menos de “palavra”, ela propõe uma perspectiva de representação pictográfica. (Aulagnier, 1975)

Diante da exigência de representabilidade da vivência corporal, a psique produz pictogramas de fusão e rejeição para dar conta das experiências pulsionais de prazer e desprazer. O processo originário – período precoce de funcionamento mental anterior ao processo primário – ignora a separação entre boca-seio, ouvido-voz, olhar e objeto: trata-se de unidades que se atraem com a vivência de prazer e se repelem na vivência desprazerosa. Certa harmonia nessa conjunção das zonas erógenas seria pré-requisito para a capacidade futura de integrar a imagem corporal numa unidade. Regida pelo postulado do auto-engendramento, a atividade pictográfica supõe uma onipotência do próprio psiquismo: criar e destruir a experiência. Esse modo de funcionamento mental não será superado pelos processos primário e secundário; todos convivem e exercem influência sobre as percepções ao longo da vida.

A intermitência da presença materna nas vivências da criança impõe uma necessidade a mais, trata-se da necessidade de figurabilidade. Do ponto vista do bebê é preciso fazer viver na psique a experiência que se faz desejada, embora não mais se faça presente na realidade externa. Trata-se de uma *representação fantasmática*, e essa fantasia será precursora do complexo de Édipo. Como já foi descrito, o originário é regido pelo postulado do autoengendramento; o modo de funcionamento primário, porém, é regido pelo postulado da onipotência do desejo do Outro de dar ou recusar prazer. Esse Outro pode ser o outro ou mesmo a psique da própria criança: “esta interpretação é, por um lado, a *projeção* sobre um fragmento do exterior, de um Outro desejante e, por outro lado, a *introjeção* na cena psíquica, de um desejo deste Outro e ao qual a criança responde” (Aulagnier, 1975, p. 77). A dialética pulsional é fundada por essa atividade de introjeção e projeção empreendida pelo processo primário.

Voltando ao ponto acima introduzido sobre como a psique do bebê vai representar a experiência do vivido, temos como desenvolvimento um processo de evolução que parte de uma representação pictográfica no originário, para uma representação fantasmática no primário e, mais adiante, a exigência de sentido e significação da comunicação impõe à criança o que Aulagnier chama de “representação ideativa”, que são as ideias e os enunciados

que contornam o sentido das experiências – a grande diferença desse momento é que o sentido pode ser compartilhado e o eu deve atribuir à vivência uma “causalidade inteligível” retirada do social, o contrário seria uma causalidade delirante (Aulagnier, 1979).

Os pais serão responsáveis pelos primeiros enunciados identificantes, que veiculam o desejo e promovem uma antecipação do Eu do bebê. Para Aulagnier, o Eu é uma instância que precisa ser antecipada pelo *discurso* e pelo *desejo* dos pais, e é composto por duas dimensões: “a identificada (provida pelo discurso materno) e a identificante (que não é produto passivo do discurso do Outro). As funções do Eu são: pensar e investir” (Violante, 2001, p. 39).

É da instância identificante que esperamos que surjam as possibilidades de um sujeito desejante diante da constituição do Eu do bebê, porém, algum espaço há que ser concedido para que isso se faça possível. Trabalhando por mais de trinta anos com famílias de psicóticos, Aulagnier desenvolveu a percepção daquilo que se caracteriza por um contexto familiar psicotizante e que inclui o que ela postula como violência secundária – conceito bem diferente do caráter estruturante que atribuiu ao conceito de violência primária. Trata-se de um excesso veiculado também pelo discurso e pelo desejo de um ou ambos os pais capaz de interditar na criança um pensar autônomo.

Na atualização da violência operada pelo discurso materno, infiltra-se, inevitavelmente, um desejo que, na maioria dos casos, permanece desconhecido e inconfessado e que pode ser formulado como o desejo de formular o ‘status quo’ desta primeira relação, ou melhor, desejo de preservar o que, uma fase da existência (e somente durante uma fase), é legítimo e necessário. (Aulagnier, 1979, p. 122)

No início da vida de qualquer bebê humano está previsto, em relação aos cuidadores, um alto grau de dependência capaz de arbitrar a sobrevivência ou não desse bebê, mas também suas experiências de prazer e de desprazer; a apreensão do mundo pelo bebê passa pelo *filtro* do cuidador que invariavelmente extrai algum prazer (lícito dentro de certos limites) dessa exclusividade e potência sobre a vida do *infans*.

O problema exposto por Aulagnier na citação acima diz respeito à incapacidade dos pais de *passar de fase* no processo de cuidado e apoio ao bebê em desenvolvimento. Haveria um movimento, por parte desses pais, no sentido de lutar por um congelamento desse momento durante o qual exercem uma espécie de onipotência, porém, ao custo de negar as condições para que um sujeito autônomo possa advir.

Ao colocar em discussão o impacto da qualidade do desejo e a sutileza do discurso dos pais para a constituição psíquica do bebê, Aulagnier demonstra o quão estreita é a distância

entre o que é estrutural e necessário e o que pode representar excesso e abuso, assim como a diferença entre um desejo lícito e necessário, e um desejo de não-mudança, que é, portanto, mortífero para a capacidade desejante do sujeito em constituição. A capacidade intelectual dos pais não é, nem de longe, o aspecto fundamental, mas, provavelmente, seu desfecho edípico: “o recalque estruturado protege a mãe e o bebê do retorno do recalçado. No exercício de sua função, e pela fala que a acompanha, ela vai enunciando para si mesma e para o bebê as restrições ao desejo impostas pela cultura” (Carneiro, 2010, p. 167). Para Aulagnier, o recalçado materno induz o recalque do bebê.

Há que se construir, no contexto familiar, condições para a inclusão de outros parceiros que não os mesmos que desempenharam esse papel exclusivo no início da vida da criança. É esperado que o futuro adulto possa encontrar substitutos desse primeiro objeto de amor livres da prerrogativa de ser o detentor dos objetos de necessidade, fornecedor de toda fonte de prazer, quietude e calma.

Quando os pais não conseguem vislumbrar a mudança como outra coisa que não a destruição do presente e das possibilidades do futuro, temos um cenário que Aulagnier descreve como contexto psicotizante: “poderíamos chamar ‘a invariante’ das estruturas familiares as mais aptas à eclosão, em seu seio, de um modo de vida que taxaremos de psicose” (Aulagnier, 1979, p. 125).

A autora observa um impulso em direção ao filho, que parte da mãe ou do pai, capaz de invadir aquele que seria um espaço garantidor de segredo no psiquismo do bebê; um momento que antecede o poder pensar da criança. Essa invasão subverte esse espaço de segredo e torna a atividade de pensar “submissa a um poder-saber materno, só podendo abrigar os pensamentos que o poder materno decreta lícitos” (Aulagnier, 1979, p. 124).

Com a descrição desse cenário tão complexo e sutil observado por Aulagnier, pensamos que a proposição de não intervenção discutida anteriormente a partir da obra de Dolto prevê exceções. Não se trata, de modo algum, de um movimento de interferência familiar que atravesse o poder educativo dos pais, porém, é provável que algum nível de interferência possa ser absolutamente decisivo para a constituição psíquica saudável do bebê inserido neste contexto alienante.

O conceito de contrato narcisista proposto por Aulagnier traz elementos interessantes para pensar o papel do social nesse contexto. Trata-se de um modo específico de investimento do casal sobre a criança que passa pelo registro sociocultural: “Pouco poderia ser dito sobre o efeito da palavra materna e paterna, se não levássemos em conta a lei à qual elas estão submetidas e o discurso que a impõe” (Aulagnier, 1979, p. 146). Esse conceito traduz a

importância dos elementos conscientes e inconscientes presentes na relação que será estabelecida entre a criança e o grupo social ao qual pertence.

Cabe ao pai e à mãe, na qualidade de porta-vozes, incluir a criança num discurso que dá sentido às suas manifestações e enuncia ao mundo externo seus desejos e intenções. No sentido oposto, esses pais devem também traduzir para a criança os elementos e as regras que regem o mundo externo “[...] porta-voz, também no sentido de delegado, de representante de uma ordem exterior cujo discurso enuncia ao *infans* suas leis e exigências” (Aulagnier, 1979, p. 106), cumprindo, portanto, uma dupla função.

A relação entre o casal parental e a criança está marcada pela forma e pela qualidade do contrato que o casal estabelece com o meio social. O discurso social, assim como o discurso dos pais, projeta sobre o bebê uma antecipação. O sujeito deve encontrar no discurso de seu meio social condições para projetar-se no futuro, além de um suporte que não o distancie demais da referência identificatória oferecida pelo casal parental. Espera-se algum nível de engajamento do casal em relação às leis estabelecidas pelo contrato social de seu meio. Quando o casal ou um dos pais quebram aspectos fundamentais, geralmente éticos, desse acordo social, essa possibilidade de insujeição também pode ser transmitida em algum nível ao filho.

O rompimento do contrato narcisista pode se dar de duas maneiras:

A 1ª refere-se a uma quebra feita pelos pais, “[...] decorre da recusa total da mãe, do pai ou dos dois em engajar-se no contrato, desinvestimento que por si só revela uma grave falha na estrutura psíquica deles e revela um núcleo psicótico mais ou menos compensado” (Aulagnier, 1979, p. 152). A ruptura poderá interferir diretamente sobre o destino psíquico da criança.

A 2ª refere-se ao rompimento feito pelo meio social, ou seja, “a situação que resulta de uma ruptura do contrato, cujo meio – e, portanto, a realidade social – é o primeiro responsável. [...] à posição de excluído, explorado, de vítima, que a sociedade, efetivamente, impõe ao casal ou à criança” (Aulagnier, 1979, p. 153). A exclusão social promovida pela miséria pode ser um exemplo desse rompimento impetrado pelo meio social, uma vez que exclui o direito de determinados membros não somente à subsistência, mas ao pertencimento e, por essa razão, tal como o rompimento por parte dos pais, tem poder de interferir na constituição do sujeito.

A primeira dessas possibilidades de rupturas capazes de interferir indelevelmente no psiquismo nascente do bebê é executada pelos pais em relação ao tipo de pacto social estabelecido; a segunda, pela própria sociedade com sua capacidade de exclusão.

A relação da criança com o casal parental e com o meio-social instauram um modelo de relação que jamais será ultrapassado por completo, pois as identificações darão conta de como o sujeito se posicionará em suas relações pessoais e amorosas.

O professor, a escola, o médico e todas as pessoas e instituições que estabelecem relação com a criança e a família compõem os elementos desse contrato, denominado narcísico, justamente pelo caráter de proteção e auto investimento que lhe é atribuído. É previsto que o sujeito se abstenha de desejos e impulsos pessoais em nome de um lugar e de um reconhecimento no âmbito social. O elemento terceiro, representante da Lei, encarnado por exemplo no papel de médico, tem função e poder sobre a constituição psíquica e mais especificamente superegógica do *infans*, uma vez que seu olhar regula a relação dos pais com o corpo da criança. Diante de pais supostamente “psicotizantes”, o questionamento sobre seu poder educativo representaria algum tipo de corte ou proteção no contexto alienante engendrado por esses pais? Ou teria um efeito protetivo para com a criança?

A resposta provável seria ‘não’. Quando há o rompimento do contrato narcisista por parte dos pais – situação que de saída revela uma fragilidade psíquica importante destes – muitas vezes há uma simulação de adequação por parte dos pais para escapar da censura social. Como acessar esses pais pela via da “correção educativa” dizendo o que devem fazer com seus filhos? Trata-se muitas vezes de sujeitos que encontram o gozo justamente nesse logro. Não se ensina a um pai ou a uma mãe a não psicotizar seu filho, justamente porque os elementos psíquicos que concorrem para essa configuração provêm de aspectos inconscientes.

Como discutido acima, o social oferece elementos importantes para a constituição psíquica do bebê e, no contexto em que se supõe grave fragilidade psíquica dos pais, é ainda mais fundamental manter a sustentação desse contrato entre a família e a sociedade. Para isso, contudo, essa família precisa sentir-se como parte mais ou menos aceita pelos representantes do social; do contrário, quando não há muito o que se preservar narcisicamente, o contexto torna-se cada vez mais frágil e vulnerável para a criança.

Se, diante de uma família cujo contexto social figura dentro de certa adequação social, pensamos ser contraindicadas as interferências acerca dos aspectos educativos; em contextos de fragilidade, salvo em situações em que o exercício parental conflita com a lei, isso pode ser ainda mais danoso para a criança e para esses pais, que encontram no discurso técnico corretivo um atestado de inadequação e desaprovação. Se o problema para a criança teve seu início em algum nível de rompimento do contrato narcisista por parte dos pais, é possível que, diante de um discurso reprobatório, esse rompimento seja cada vez mais concreto, impedindo a criança em crescimento de ser atravessada por inserções dos representantes da Lei presentes

na sociedade, e fundamentais para o desenvolvimento moral, intelectual e afetivo de qualquer membro social.

E se sustentação é a palavra-chave para as intervenções no campo da parentalidade, seja em contextos familiares saudáveis ou não, será em Winnicott que encontraremos o desenvolvimento desta proposta.

2.2.3 Winnicott

Contemporâneo a Freud, Winnicott foi um dos primeiros candidatos a analista da sociedade britânica de psicanálise, instituição da qual seria presidente por duas vezes. Analisou-se com James Strachey e Joan Rivière; trabalhou para o governo inglês na assistência a crianças órfãs do pós-guerra, assim como Dolto; fez palestras radiofônicas para as mães. Integrou-se ao *middle group*, ficando de fora do antagonismo entre Klein e Anna Freud, que dividia os psicanalistas da época; entretanto, estabeleceu relações pessoais e profissionais com ambas (Fulgencio, 2016; Phillips, 1988).

O exercício da pediatria em sua carreira é anterior à formação de analista de adultos; o contato com a criança na presença dos pais deu a ele uma visão privilegiada da dinâmica familiar e dos processos iniciais do desenvolvimento emocional.

Em toda a sua obra é possível identificar um posicionamento contrário e irrevogável sobre a interferência dos profissionais de saúde na relação mãe-bebê: “Ela [a mãe] sabe como o bebê pode estar se sentindo. Ninguém mais sabe” (Winnicott, 1965d, p. 22).

A criança precisa de uma mãe capaz de se adaptar às suas necessidades primitivas, e seu estado psíquico, nomeado por Winnicott ‘preocupação materna primária’, é o que favorece na mãe a ampliação de suas percepções acerca das necessidades do seu bebê, assim como das possibilidades e limites para ela nesse contexto. A orientação pré-determinada da equipe tende a mudar a direção singular e, portanto, perfeitamente adaptada da relação mãe-bebê; relação que extrapola a condição de mamíferos. Winnicott salienta que “não podemos descrever o ser humano em termos daquilo que ele compartilha com os animais” (1965d, p. 23).

Com relação à mãe, é preciso oferecer a ela um ambiente de sustentação. Sobre a necessidade de apoio ao ego materno, Winnicott (1987c, p. 9) destaca: “Dizemos que o apoio ao ego materno facilita a organização do ego do bebê.” Tal apoio inclui o respeito a sua singularidade como sujeito, mas deve, sobretudo, considerar a especificidade do momento inicial entre uma mãe e seu bebê: “alguém precisa agir em favor das mães jovens que estão

tendo seu primeiro e seu segundo bebê, e que necessariamente se encontram, elas mesmas, em estado de dependência” (Winnicott, 1957b, p. 121).

Na introdução de Consultas Terapêuticas, Winnicott (1971a) enuncia um modelo de trabalho institucional que parece trazer recursos interessantes para nossa discussão. Em primeiro lugar, não se trata de um processo terapêutico clássico, especialmente porque não estão previstos muitos encontros; trata-se de um ou dois encontros com a criança e a família.

Assim como Dolto (2013) e Aberastury (1986), ele observa na criança uma mobilização de conteúdos importantes diante da primeira consulta com o médico ou qualquer outro profissional da saúde responsável por cuidar dela. Ele considera que nesses primeiros encontros o analista ou médico tem mais condições de figurar como um objeto subjetivo da criança justamente em função dessa mobilização de conteúdos que muitas vezes faz a criança produzir sonhos com o médico na véspera da consulta: “[...] nesse papel de objeto subjetivo, que raramente sobrevive à primeira ou às poucas primeiras entrevistas, o médico tem uma maior oportunidade de estar em contato com a criança” (Winnicott, 1971a, p. 12).

Dentre as orientações que vai tecendo ao analista candidato a esse trabalho, Winnicott destaca a necessidade de abandonar qualquer pensamento de resolução fácil, de eliminação de sintomas e de confrontação, “já que o paciente não quer outra coisa além da resolução de conflitos internos” (1971a, p. 10); nestes casos, também, é a sustentação o mais importante.

Embora ele descreva um trabalho árduo e muito cuidadoso junto a crianças, entende que há que se garantir o que chama de “ambiente desejável médio” (1971a, p. 13) promovido pela família para que a criança se beneficie dessa modalidade de consulta terapêutica. Em situações em que há a persistência de um significativo “fator externo adverso ou ausência de consistente cuidado pessoal” (Winnicott, 1971a, p. 13), seria preferível um tratamento “cuidadoso” nos moldes da transferência.

A escuta do paciente Iro, de 9 anos, escolhido por Winnicott como caso introdutório do trabalho acima citado, nos dá uma noção da sutileza clínica com que ele conduz as sessões com a criança e depois com a mãe – nos dois casos ele não faz nenhum tipo de interferência reparadora. A problemática sugeria uma simbiose entre os conflitos da mãe e do filho, ambos tinham o mesmo problema congênito – sindactilismo ou dedos grudados –, e isso havia exigido da criança inúmeras cirurgias, que ela aceitava sem resistência. Foi justamente essa resignação da criança associada à obsessividade da mãe pelas cirurgias que chamou a atenção da equipe médica, pois em outras situações precisavam trabalhar para vencer os medos e inseguranças dos pais e da própria criança.

Na conversa com a mãe, observou-se que havia experimentado grande ambivalência em relação ao filho quando soube que ele tinha herdado dela a tal deficiência; entretanto, teria recuperado a capacidade de amá-lo tão logo lhe foi apresentada a possibilidade de fazer as cirurgias reparadoras. Tanto com o menino, quanto com a mãe, o trabalho analítico – ainda que com brevidade – se fez à medida que mãe e filho tiveram a oportunidade de externar o conflito. Winnicott não fez interpretações, tampouco orientações, e tempos depois recebeu o retorno da equipe após esse trabalho: “uma atitude mais realística foi adotada em relação à correção dos pés e mãos de Iiro. As limitações foram mais facilmente aceitas e isso proporcionou um alívio geral da tensão” (1971a, p. 35).

Não apenas os profissionais de saúde, mas também o Estado tem papel fundamental no modo como oferece apoio e recursos às famílias que a ele recorrem. A esse respeito, Winnicott diz que não está posto que uma orientação oficial vá alterar o curso das decisões no ambiente familiar, porém, se não há respeito à autonomia familiar, ao conhecimento e à capacidade de julgamento dos pais comuns por parte dos administradores dos serviços, isso põe em risco toda a cadeia de serviços que tem na ponta médicos e enfermeiros – estes acabam por tomar como norma a incapacidade dos pais nas decisões a respeito de seus filhos.

Winnicott (1945a, p. 199) conclui o texto dedicado ao apoio aos pais normais salientando que, “para obter o melhor dos pais, devemos conceder-lhes plena responsabilidade no tocante ao que se constitui assunto particular, isto é, a criação de sua própria família”.

2.3 Considerações sobre o papel do profissional diante dos pais

Observamos, com Dolto, o aspecto quase sagrado do transgeracional, que pode ser analisado e, dentro do possível, preservado, diante do modo como uma família consegue educar a criança sob seus cuidados. Aulagnier nos traz elementos para pensar o alcance do social como poderoso agente de “intervenção” à medida que promove integração da família no contrato narcisista, especialmente as famílias fragilizadas do ponto de vista psíquico. Por fim, Winnicott oferece, a partir do conceito de sustentação, o elemento a partir do qual pode promover um ambiente adequado ao desenvolvimento da construção parental e da constituição psíquica do bebê.

O exercício da parentalidade põe em cena aspectos do infantil de cada um dos membros do casal, que são elementos constitucionais do psiquismo de cada um em ação, portanto, a sustentação e o acolhimento dos pais é fundamental e anterior a qualquer apontamento em relação ao seu fazer parental – antes disso, existem elementos do seu

desfecho edípico e, mais regressivamente, elementos que compõem seu sentimento de continuidade do ser.

É o retrospecto desses elementos que coordenam esse fazer, ainda que a estrutura não possa ser modificada a essa altura da vida. Além disso, sabemos que no contexto de encontro entre um médico e uma família, por exemplo, não se trata de um processo analítico, porém, há que se promover curativos nesse infantil dos pais, de modo a liberar a criança sob os seus cuidados da tarefa de ser o único receptáculo de suas projeções.

Retornando à pergunta inicial do tópico 2.2 – Doutor, é errado dar castigo para educar meu filho? –, pensamos que estamos diante de uma mãe que demanda ajuda, escuta e sustentação; a própria pergunta é portadora de um desconforto que revela um sentimento de inadequação e muito provavelmente a ineficácia da prática que já fora por ela testada. A mãe não precisa de ninguém para descobrir isso, entretanto, a sustentação narcísica pode ser um elemento fundamental para que ela identifique as dificuldades do processo, reconheça e legitime a importância do seu papel frente a essa criança.

A educação é um processo de tentativas que inclui acertos e erros tanto da parte de quem pretende ser o facilitador, como da parte de quem recebe as orientações. É preciso estar inteiro para poder seguir nesse jogo; mais do que isso, é preciso sustentar a crença de que se tem algo a transmitir à geração que o sucede, para além da educação formal que conta com as instituições, mas, sobretudo, algo que somente a família pode transmitir.

Referimo-nos à lei do desejo que, segundo Julien (2000), só pode ser transmitida pela família de origem (social e não necessariamente biológica). Entretanto, se tudo correu razoavelmente bem com essa transmissão entre as gerações, não deve a ela retornar como se o filho tivesse contraído uma dívida, o sentido esperado é que possa descer os degraus das gerações, e transmitir a capacidade de amar é das coisas mais valiosas que uma família pode oferecer a seus membros, mas, por vezes, é preciso ajudá-los mutuamente a compreender que o “abandono” faz parte, em algum nível, desse processo. Faz-se necessário ater-se bem ao fato de que sustentar, apoiar e ajudar são coisas bem diferentes de *ensinar*.

Considerando a mutabilidade histórica dos elementos sociais que compõem aquilo que nossa sociedade projeta como adequado e valorizado para as figuras de mãe e pai, associados a diferenças culturais, sociais e econômicas das famílias, entendemos o quão violenta pode ser uma orientação universal que de saída ignora a capacidade e as condições do sujeito em cumprir o protocolo proposto. Essa intervenção condena o sujeito à marginalidade; em contrapartida, se há algo a ser feito pela criança e/ou pelos pais, o acolhimento e a sustentação parecem representar o primeiro passo.

2.4 Pais e filhos na construção do Édipo: do conceito à cena familiar

O complexo de Édipo é um fenômeno que apesar de comportar aspectos inconscientes é facilmente observável nas relações entre pais e filhos. Trata-se de um investimento de mão dupla que prevê um espaço de cruzamento entre a psicosexualidade dos envolvidos, e é justamente nesse espaço relacional que encontramos elementos fundamentais para nossa discussão. Para compor o circuito pulsional, temos de um lado os pais e do outro a criança. Teria faltado a Freud a oportunidade de observar o investimento da criança em direção aos pais?

Antes de percorrer a obra de Freud em busca das proposições em torno da construção parental, vamos retomar o percurso histórico que conduz Freud até as crianças. As histéricas representam a matriz clínica de Freud; em geral mulheres adultas profundamente imbricadas no romance familiar. Por meio do relato dessas pacientes, num movimento de retorno à infância – *après-coup* –, Freud remontou à psicogênese daquelas construções psicopatológicas. No centro dessa problemática, dissecou as íntimas relações parentais, incluindo a conjugalidade e as relações estabelecidas com a criança, as vivências reais, as lembranças encobridoras, as fantasias e certa composição de todos esses elementos. Teria faltado a Freud um contato real com a infância e com a versão dos pais sobre os fatos?

Vigora a ideia de que o contato real de Freud com a infância teria sido restrito a esse movimento de retrospecto dos relatos das histéricas e à supervisão do caso Hans, além de sua experiência como pai de seis filhos. Não que isso fosse insuficiente, mas encontramos registros interessantes e muito pouco divulgados sobre a experiência prática de Freud no exercício da pediatria. O historiador e psicanalista italiano Carlo Bonomi reuniu essas informações que remetem ao período de residência médica de Freud, publicadas em um livro chamado *La psychanalyse: cent ans déjà* (Haynal, 1996). O autor levanta a hipótese de que o exercício da pediatria oferecera a Freud elementos fundamentais para a composição da teoria sexual infantil (1996). No capítulo intitulado *Pourquoi avons-nous ignoré Freud le pédiatre? Le rapport entre la formation pédiatrique de Freud et les origines de la psychanalyse*¹⁰, Bonomi afirma que Freud trabalhou no atendimento de crianças de 1886 à 1896, três dias por semana, o que representa um dos mais longos períodos contínuos de engajamento profissional

¹⁰ Este texto foi publicado em português em 2021 pela Editora Zagodoni, sob a coordenação de Kupermann, após a escritura deste capítulo.

de Freud, então responsável pelo departamento de doenças nervosas do Instituto Público para Doenças Infantis dirigido por Max Kassowitz (Jones, 1953).

Para assumir o posto oferecido por Kassowitz, Freud teria partido para Berlim com o objetivo de fazer um curso de formação em “doenças infantis” (Gay, 1990, p. 68) e, segundo Bonomi, oferecido por Adolf Baginsky¹¹, que era pediatra e tinha um importante trabalho publicado no formato de um “manual de higiene escolar”, muito utilizado na época – sua tese mais difundida, porém, era a relação entre masturbação e histeria infantil: “Baginsky foi um judeu moderno que interpretava a tradição religiosa sobre as bases das ciências naturais” (Bonomi, 1996, p. 93)¹². A relação que fazia entre a lei mosaica e as normas de saúde e higiene tinha claramente uma posição ideológica controversa, embora muito difundida na época.

Ignorando esse período de trabalho com as crianças, Freud (1914b, p. 28) estranhamente afirma que: “[...] minhas declarações sobre a sexualidade infantil basearam-se quase que exclusivamente nos achados, da análise de adultos, que remontavam ao passado. Não tive nenhuma oportunidade de fazer observações diretas em crianças.”

Por qual motivo Freud teria omitido a informação de que trabalhara longo período no atendimento junto às crianças? Por meio de vários argumentos, Bonomi nos conduz à tese de que Freud também precisou transpor uma resistência pessoal muito forte, até que pudesse admitir para si as evidências acerca da sexualidade infantil; ademais, a postura ideológica de Baginsky o teria afastado dessa proposição.

Outro ponto importante o afastara do pediatra: as implicações terapêuticas para o diagnóstico que propunha a masturbação relacionada à histeria. Bonomi cita mais de trinta trabalhos publicados sobre tais tratamentos no ano de 1886, período que corresponde ao ano em que Freud esteve em formação na policlínica de Baginsky. Os trabalhos tratam da indicação das várias formas de castração, circuncisão, retirada dos ovários e cauterização das genitálias de mulheres diagnosticadas como histéricas ou ninfomaníacas; as mesmas indicações terapêuticas estavam sendo recomendadas para o tratamento das crianças, meninos e meninas (Bonomi, 1996). Apesar da origem judaica, Freud se recusou a circuncidar seus filhos (Roudinesco, 2016) e posicionou-se contra essa forma de tratamento; Charcot e Breuer compartilhavam essa oposição.

¹¹ O autor Carlo Bonomi enumera várias evidências a partir de documentos e diversas correspondências publicadas entre Freud e seus interlocutores para justificar um movimento dele no sentido de encobrir a informação de que o curso que fizera em Berlim fora especificamente com Baginsky.

¹² “Baginsky était un Juif moderne qui interprétait la tradition religieuse sur la base des sciences naturelles”

A compreensão da histeria veio à tona no tratamento de mulheres adultas, mas o cenário infantil parece ter-lhe oferecido informações importantes para a formulação da teoria sexual infantil. Num primeiro momento, Freud desaprovou esse tipo de tratamento que incluía a mutilação cirúrgica, para o qual futuramente formularia outro tipo de intervenção: a cura pela fala e o método da associação livre (Freud, 1895). Antes disso, porém, passaria pelo método hipnótico e catártico, até que abandonaria também a teoria da sedução, ao anunciar a Fliess em 1897; “não acredito mais em minha *neurótica*” (Masson, 1986, p. 265). Mais uma vez, sai da concretude em direção às proposições psíquicas, cada vez mais, abrindo espaço para a formulação do conceito de inconsciente.

Neste ponto, retornamos ao nosso tema em busca do percurso de Freud no contato com os pais e suas formulações a esse respeito. Estamos diante de um momento histórico em que Freud reúne informações que o impelem a abandonar a ideia de que havia necessariamente um trauma real na origem da histeria, pois, se assim fosse, todos os pais, inclusive o dele, seriam pervertidos. Em carta a Fliess, Freud conclui que “a incidência da perversão teria que ser incomensuravelmente mais frequente do que a histeria dela resultante” (Masson, 1986, p. 265). Trata-se de uma virada teórica na qual a *fantasia* passa a ter o destaque na construção sintomática: “o mito de Édipo surge na pena de Freud no exato momento do nascimento da psicanálise (consecutivo ao abandono da teoria da sedução) para depois servir de trama para todos os seus textos [...]” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 167).

Embora a ideia contida no denominado ‘complexo de Édipo’ estivesse sendo construída desde então, de acordo com o editor inglês das obras de Freud, James Strachey, a primeira publicação do conceito assim nomeado deu-se em 1910c. No texto “Um tipo especial de escolha de objeto feita pelos homens”, Freud discutiu a fixação de alguns homens a objetos maternos substitutivos, e a possibilidade de vincular no inconsciente ideias aparentemente opostas, como a figura materna à de uma prostituta: “suas condições para amar e seus comportamentos no amor – realmente decorrem da constelação psíquica relacionada à mãe” (Freud, 1910c, p. 175).

Antes dessa publicação, a noção de conflito edípico já aparecia, por exemplo, no texto “Sobre as Teorias Sexuais das Crianças” (Freud, 1908a), no qual Freud sistematizou as várias construções infantis em torno do tema da sexualidade dos pais. Ele conclui o ensaio ressaltando que todas as investigações infantis seguem no sentido de desvendar “o que os pais faziam um com o outro para terem bebês” (p. 204). Mais adiante, ao descrever o percurso feito pela menina rumo à feminilidade, Freud reformula a questão sobre a origem dos bebês e

escreve em nota de rodapé que, embora essa dúvida possa estar presente, a descoberta sobre a diferença sexual é que estaria no centro da investigação infantil (Freud, 1925).

A abordagem de Freud no texto de 1908a não recai na conduta dos pais senão indiretamente; ele examina detalhadamente a conduta da criança frente ao enigma da concepção. Logo no início do texto, atribui a “pressões da educação e a variável intensidade do instinto sexual” (p. 191) a grande diferença individual quanto ao comportamento sexual da criança e o início do interesse pelo tema.

Embora Freud tenha localizado na fase fálica do desenvolvimento psicosexual o auge da exploração e da curiosidade sexual infantil, nesse trabalho ele prefere não localizar esse fenômeno num dado momento do desenvolvimento, até mesmo porque se vale de exemplos como o da moça que, por desconhecer que o pênis expelia outro líquido além da urina, acreditava que o marido urinava dentro dela; ou seja, a moça chegara à vida adulta convicta de uma de suas teorias sexuais infantis. A disposição inata, que na tradução aqui utilizada foi denominada “instinto sexual”, estará subordinada em alguma medida ao contexto familiar e às condições de exploração que a criança constrói.

O interessante para essa exposição é a forma como Freud se abstém de “julgar” ou produzir juízo de valor em relação à conduta dos pais, nos diversos exemplos que apresenta. O primeiro ponto é a valorização da pulsão¹³ sexual inata, presente na criança e capaz de impulsioná-la a uma exploração singular; o segundo ponto diz respeito à pressão da educação, e inclui certamente o posicionamento dos pais, mas, ainda assim, como complementares a um processo que já existe na criança e que poderá ser facilitado ou complicado por fatores externos a ela. O caráter ativo da criança é ressaltado em vários trechos do texto: “as alterações sofridas pela mãe no decurso da gravidez não escapam aos olhos aguçados da criança” (Freud, 1908a, p. 195).

A criança que tenha acidentalmente testemunhado o ato sexual dos pais, poderá, segundo Freud, interpretar a cena como um ato de violência, em função da simples resistência inicial da mulher à abordagem sexual ou mesmo em função das “brigas contínuas” (p. 200) que presencia entre o casal e que podem assumir para ela um caráter de luta corporal no leito. Esta última especulação começa por incluir de modo mais claro a participação do casal na exploração ativa das crianças.

Freud (1908a) mostra que esse tipo de exploração é absolutamente esperado entre crianças normais, e embora não se comprometa a orientar o tipo de conduta que os pais devem

¹³ Tanto a tradução da Imago, quanto a tradução da Companhia das Letras apresentam o texto como “instinto sexual inato”. Adoto a palavra pulsão em função das discussões propostas pelas traduções de Luís Alberto Hans.

adotar diante dessa situação, faz dois apontamentos que sugerem um posicionamento mais interessante e outro, nem tanto, em relação ao desenvolvimento da criança:

- 1) Uma criança que cresceu numa atmosfera social menos inibida, ou que teve melhores oportunidades de observação, conta às outras aquilo que sabe, pois isso a faz sentir-se amadurecida e superior. (p. 202)
- 2) Em algumas [crianças] a repressão sexual está tão adiantada que elas não dão ouvidos a nada; essas crianças conseguem permanecer ignorantes mesmo na vida adulta [...]. (p. 203)

A ideia de que um clima social e familiar menos restritivo pode favorecer o desenvolvimento da criança contrasta com a asepsia de algumas formas modernas de educação. Existe uma preocupação com o acesso da criança à exposição de conteúdos de cunho sexual pela mídia. Esse e outros temas como a erotização infantil merecem atenção, no entanto, temos, de outro lado, orientações técnicas que cercam o desenvolvimento psicosssexual das crianças de modo a cultivar a inocência infantil e o fantasioso até as últimas consequências. Há exemplos de crianças que se sentem impelidas a manter a crença no papai Noel para não decepcionar os pais – trata-se de uma inversão no processo de ilusão (narcísica) e desilusão paulatina (castração) previsto para o universo infantil.

É interessante que, nesse mesmo texto, Freud (1908a) discute sobre a descrença das crianças na lenda da cegonha, e justifica que isso ajuda a criar na criança uma atmosfera de dúvida, impulsionando-a ainda mais rumo à exploração. Como não abrir um parêntese para pinçar a ideia de Winnicott sobre a necessidade de o ambiente promover o potencial herdado? A chave, nesse caso, parece estar na sustentação e respeito pelo tempo da criança, sem antecipar ou malograr informações e, portanto, sem “puxá-la, nem empurrá-la” diante dessa investigação que se estende pela infância – fecho parêntese.

Retornamos à lógica triangular anunciada por Freud no texto de 1908 que se apresenta a partir do terceiro excluído. A mulher de reputação duvidosa presente no desejo de alguns homens, figurando como “um tipo especial de escolha de objeto”, inclui um marido ou qualquer outro homem que possa reivindicar sua “posse”. Esse homem nada mais é que a representação do pai. Nessa fantasia, a rivalidade dava a Freud pistas sobre o complexo de castração, conceito mais bem desenvolvido a partir do “pequeno Hans”, mas que só veio a ser associado ao complexo de Édipo e reconhecido como universal em 1923, no texto “A organização genital infantil: Uma interpolação na teoria da sexualidade”. Nesse texto, Freud delineou a questão da primazia fálica, estreitou a semelhança entre a organização sexual infantil e o modelo adulto, e apresentou – ponto fundamental para nossa discussão – o

conceito de “*verleugnen*”, traduzido pela Imago (1996) como ‘rejeição’ e pela Companhia das Letras (2011) por ‘recusa’.

Em torno dos cinco anos, diante da visão acidental dos órgãos genitais de uma menina, o menino (considerando a ampla variação que depende do contexto educacional e pulsional) passa a recusar essa realidade a fim de proteger, para além de seu órgão genital, sua integridade fálica e o lugar central que acredita ocupar no investimento dos pais. Diante da realidade inexorável da castração feminina, associada às pressões incestuosas impostas pelo complexo edípico, essa criança lança mão de um segundo movimento defensivo: ela vai supor que apenas as pessoas de pouco valor para ela fazem parte desse grupo de “castrados”; as pessoas valorizadas, especialmente a mãe, estariam isentas dessa ferida narcísica. (Freud, 1908a)

O processo é parecido com as meninas, mas existem diferenças. Ela também deve supor que as outras pessoas têm uma genitália semelhante à sua, até que acidentalmente veja o pênis de um menino. Nesse momento, a angústia gerada diante da ameaça de perder o lugar privilegiado no desejo dos pais é materializada por um sentimento de inferioridade: há um deslocamento de raiva para a figura da mãe que, em sua fantasia, a deixou sem o “brinquedo” que visualizou no menino. “A menina se comporta diferentemente. Faz seu juízo e toma sua decisão num instante. Ela o viu, sabe que não o tem e quer tê-lo” (Freud, 1925, p. 281). Para Freud, esse sentimento, denominado inveja do pênis, é relacionado à falicidade, que poderá ser substituída pelo desejo (ainda incestuoso) de ter um filho do pai. Daí as duas dificuldades mencionadas por Freud (1933) no percurso feminino em comparação ao percurso masculino: a primeira dificuldade é a troca de objeto amoroso da mãe para o pai em função da rivalidade; depois, a troca de zona erógena que passa do clitóris para a vagina, enquanto o menino mantém ambos.

A semelhança entre os processos está justamente na ameaça narcísica que a angústia de castração promove para meninos e meninas. Ela transcende o medo de perder o órgão genital ou o ressentimento por não tê-lo recebido, e a tarefa para ambos os sexos será a tomada de “decisão” entre renunciar a seus poderosos impulsos libidinais em direção aos pais – em nome do amor destes e de um lugar na família – ou, num movimento mais radical, recusar a entrada na consciência desse risco e promover um rompimento entre o ego e a realidade a fim de se safar dessa imposição que o faria retroceder em seus investimentos incestuosos. (Freud, 1940)

A primeira saída do conflito, que supõe um recuo nos investimentos, conduz o sujeito à resolução neurótica, enquanto a segunda saída o conduz a uma resolução psicótica; mas

existe ainda uma terceira possibilidade, a saída perversa, que prevê a recusa e o reconhecimento concomitante da castração, “a atitude que se ajustava ao desejo e a atitude que se ajustava à realidade existiam lado a lado” (Freud, 1927, p. 158).

Sabemos o quão importante é esse momento enfrentado pela criança em tenra idade, e que a saída “escolhida” promove a configuração de um modo de funcionamento mental postulado pela psicopatologia freudiana como: neurose, psicose ou perversão.

A assunção da castração simbólica ou a recusa dela – ou, ainda, a combinação desses dois movimentos diante da ameaça de castração – pressupõe uma marca indelével na subjetividade do sujeito. Do ponto de vista da criança, supomos que todo o seu interesse se concentra na compreensão da diferença sexual e dos riscos que essa exploração exerce sobre sua existência. A questão que nos orienta a esse respeito diz respeito à participação dos pais nesse processo. Como os pais podem favorecer ou complicar essa dinâmica? Qual a influência de suas crenças, desejos e, especialmente, o modo como eles próprios ultrapassaram a tal “dissolução do complexo de Édipo” postulada por Freud? (1924).

Entendemos que supor uma resolução edípica datada e limitada à fase fálica seria desconsiderar toda uma construção entre os pais e o seu bebê; construção que se iniciou desde antes do nascimento. É importante considerar a dinâmica de mútuo investimento construída entre a tríade e a qualidade desse investimento na participação dessa lógica pulsional. Daí o questionamento de alguns autores sobre o conceito de pré-Édipo.

O nome “resolução” ou “dissolução” edípica pressupõe o final de um processo. Parece, então, coerente pensar que o início desse processo pode abrigar condições que favoreçam ou compliquem tal desfecho. Vale destacar que o limite entre o normal e o patológico para Freud não tem uma fronteira clara: “não existe ninguém tão grande que venha a ser desonrado simplesmente por estar sujeito às leis que regem, igualmente, as atividades normais e as patológicas” (Freud, 1910b, p. 73). O aspecto dinâmico entre os processos mentais concorrem para delimitar aquilo que Freud (1910a, p. 61) considera como saúde:

as neuroses não têm um conteúdo psíquico que, como privilégio deles, não se possa encontrar nos sãos; [...] aqueles adoecem pelos mesmos complexos com que lutamos nós, os que temos saúde perfeita. Conforme as circunstâncias de *quantidade* e da proporção entre as forças em choque, será o resultado da luta a saúde, a neurose ou a sublimação compensadora.

Se a resolução edípica atrelada ao complexo de castração é para a criança o final de um processo, podemos localizar, em seu início, os elementos oferecidos pela subjetividade dos pais.

A sexualidade dos pais desempenha um papel significativo na constituição psíquica dos filhos. Em *Moral Sexual Civilizada*, Freud (1908b) analisa as consequências nos filhos da supressão sexual do casal diante de valores familiares ou religiosos. O adiamento da satisfação sexual com a utilização da masturbação como alternativa teria enfraquecido a potência do marido, que se acostumou a atingir o objetivo sem tanto esforço. No caso das mulheres, Freud supõe que esse adiamento poderia produzir uma “anestesia” para o encontro sexual; elas, porém, dependeriam de um marido mais potente para despertá-las, ou seja, de saída uma complementariedade patológica muito comum no cenário moderno.

Se a abstinência sexual pré-casamento já não é mais uma realidade hegemônica da contemporaneidade, a educação sexual que comporta uma permissividade desigual entre os gêneros ainda se faz presente na educação de meninos e meninas; além do mais, o adiamento da satisfação sexual é, muitas vezes, determinado pelas demandas excessivas da vida moderna.

O discurso social impõe aos meninos que sejam potentes e sexualmente ativos; para elas, no entanto, o discurso é de moderação quanto ao primeiro encontro ou ao número de parceiros sexuais; portanto, as pressões no campo sexual parecem mudar de forma, mas não deixam de existir. A dificuldade de cada membro do casal em assumir a sexualidade autorizada ou “favorecida” pela vida conjugal pode dar o tom da relação: “uma esposa neurótica, insatisfeita, torna-se uma mãe excessivamente terna e ansiosa, transferindo para o filho sua necessidade de amor” (Freud, 1908b, p. 185).

A descrição desse cenário remonta aos limites e às possibilidades que a sexualidade do casal pode impor à construção parental. Não se trata de uma proposição linear de como será o papel de cada um, mas da predição de um contorno dessa construção que, necessariamente, passa pelos limites e concessões alcançadas pela sexualidade de cada membro do casal parental.

Ao relacionar a supressão da pulsão sexual com a gênese de doenças nervosas, Freud (1908b, p. 170) descreve um discurso comum sobre o sujeito que desafia sua constituição: “Em nossa família todos tornamo-nos neuróticos porque queríamos ser melhores do que, com nossa origem, somos capazes de ser”. Daí a percepção de que a constituição sexual de cada membro do casal parental e, mais precisamente, o encontro dessas sexualidades num contexto social e cultural peculiar, conferem um roteiro único, mas ao mesmo tempo, em algum nível previsível para muitos casais.

A construção da parentalidade representa os novos tijolos acrescentados ao muro das identificações que está sendo erguido ao longo da vida. No início desse processo temos o

narcisismo de cada membro do casal que será reeditado com a chegada de um novo bebê. Deixando de lado o conceito de narcisismo primário em Freud (1914a), que abarca discussões controversas no meio psicanalítico, partimos do conceito de narcisismo secundário, que remete ao retorno dos investimentos objetivos sobre o próprio eu. Como, então, “vossa majestade o bebê”, sendo um terceiro elemento perante o casal, pode representar uma reedição do narcisismo dos pais? Para Freud (1914a, p. 97), “Se prestarmos atenção à atitude de pais afetuosos para com os filhos, temos de reconhecer que ela é uma revivescência e reprodução de seu próprio narcisismo, que de há muito abandonaram”. E fala também da tendência dos pais a atribuir “todas as perfeições ao filho”, assim como a mesma tendência a “ocultar e esquecer todas as deficiências dele”.

A imortalidade do ego, segundo Freud, é o ponto mais sensível da lógica narcisista, mas supondo uma continuidade, os pais poderão, através da criança, reparar essa ferida: “O amor dos pais, tão comovedor e no fundo tão infantil, nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido, o qual, transformado em amor objetal, inequivocamente revela sua natureza anterior” (Freud, 1914a, p. 98). Freud faz uma proposição desidealizada do amor parental ao propor que o investimento dos pais no bebê remete a um movimento de investimento em si-mesmo. Esse si-mesmo é a criança que foram e agora se apresenta a eles como promessa futura de continuação ou de realização dos “sonhos dourados” não realizados por eles.

É na fantasia de continuidade que os pais ancoram seus investimentos e, tal como um apaixonado, poderão investir maciçamente nesse novo/antigo objeto. O conceito de economia libidinal apresentado no texto de 1914a propõe um esvaziamento do ego do apaixonado que só pode ser reparado pela contrapartida do objeto amoroso: “Um indivíduo apaixonado que ama priva-se, por assim dizer, de uma parte de seu narcisismo, que só pode ser substituída pelo amor de outra pessoa por ele” (p. 105).

À criança, portanto, cabe grande parte dessa contrapartida. O narcisismo dos pais precisa ser alimentado (investido) com algum tipo de retorno para que o investimento deles na criança não provoque um esvaziamento egóico prejudicial ao processo de retroalimentação psíquica que acontece nesse momento primitivo entre eles e o bebê. Que tipo de retorno um bebê pode oferecer aos pais?

A saúde do corpo, a possibilidade de reconhecimento de aspectos físicos dos pais na criança, o aprender a mamar, o crescimento e o ganho de peso com a amamentação, as pequenas conquistas do dia a dia, a identificação das preferências do bebê referentes ao sono, ao incômodo com a fralda, à temperatura do ambiente, especialmente quando são postas em palavras e reconhecidas por algum terceiro, alimentam o narcisismo dos pais. Tudo isso é

aprendido, não há instinto que pré-determine essas percepções, daí o sentimento de gratificação após cada uma dessas conquistas.

Os bebês participam ativamente da construção parental, e autores como Lebovici e Stern (2002), Golse (2019), bem como as pesquisas atuais de Erika Parlato-Oliveira (2019), identificaram nesse ser recém-nascido competências singulares que poderão facilitar ou dificultar a relação pais-bebê, assim como os elementos transgeracionais “aqui está em jogo o que é transmitido e o que fica escondido, os traumas infantis e o modo pelo qual cada um os esconde.” (Moro, 2016, p. 75)

Destacamos a sexualidade do casal, a constituição edípica de cada um dos pais, a singularidade da criança e, por fim, o contexto social e cultural dos envolvidos. Nenhum desses elementos escapa ao processo de construção do tornar-se mãe e pai.

De todos os elementos, o complexo de Édipo, ao lado do narcisismo dos pais, parece ter um lugar central nesse contexto, uma vez que é balizado pelo modo como os pais do bebê foram cuidados e amados pelos seus próprios pais, pelo modo como elaboraram isso e pelo modo como, agora, tentam transmitir para sua prole.

Estamos diante de aspectos há muito cristalizados na personalidade dos pais, mas a permeabilidade regressiva promovida pelo processo da espera e chegada de um bebê oferece a cada membro do casal a possibilidade de revisitar seu narcisismo. Para Kupermann (2016, p. 87), o desafio imposto à clínica psicanalítica, considerando a metapsicologia do narcisismo, “seria o de contribuir para a transformação das identificações narcísicas – paralisantes do movimento psíquico dos analisandos – em identificações sublimatórias, favorecendo os processos criativos”. O autor salienta a necessidade de acolhimento nos quadros de sofrimento psíquico relacionados à fragilidade na constituição narcísica. É no encontro entre os aspectos primitivos do psiquismo dos pais com o psiquismo incipiente do bebê que se supõe fundamental esse espaço para os tais “aspectos criativos”.

Ainda sobre os aspectos criativos, Birman (2008) propõe um paralelo, destacando, entretanto, as devidas diferenças teóricas entre o conceito freudiano de *sublimação* e o conceito winnicottiano de *criatividade*: ambos teriam como problemática comum a tarefa da inserção do sujeito na ordem da experiência cultural.

Da proposta freudiana, podemos concluir que, dentre os elementos que compõem a construção da parentalidade, aqueles situados no contexto cultural se sobrepõem aos ditames biológicos determinados pelas espécies animais. A sexualidade dos pais, incluindo a articulação de cada membro do casal com seus complexos de Édipo e de castração, suas possibilidades de sublimação e criatividade diante da nova tarefa, assim como a reelaboração

do narcisismo de cada um, oferecem ao processo de construção parental um roteiro único construído a partir de elementos universais e possivelmente remodeláveis na atualização da experiência a cada nascimento de um filho.

Capítulo 3. O processo de constituição da vida psíquica e o corpo do bebê

O título deste capítulo sugere uma anterioridade do psiquismo em relação ao corpo do bebê. Nossa proposta toma como ponto de partida o contexto dos pais, o desejo, o pré-investimento, o vivido infantil e as condições reais e subjetivas em que a família está inserida – todos esses elementos são tomados como possíveis precursores das condições em que o processo de constituição psíquica do bebê se dá.

Então, como pensar um psiquismo que antecede o corpo? Seguramente estamos nos referindo às condições criadas no entorno da chegada do bebê, e tais condições parecem configurar de modo estrutural elementos precursores da formação psíquica do recém-nascido. Destacamos dois aspectos fundamentais: o ambiente, tal como proposto por Winnicott, e o desenvolvimento psicosssexual dos pais, tal como postularam Freud e Aulagnier.

O momento que antecede o nascimento compreende um contexto dinâmico oferecido pela família que está inserida em um dado ambiente social e que pressupõe condições peculiares no cruzamento de seus desejos. Ainda que tais fenômenos não sejam incontornáveis no que se refere ao destino psíquico da criança, entendemos que são capazes de engendrar elementos significativos que possam permanecer na base da constituição psíquica do bebê.

Ao lançar luz sobre as primeiras relações objetais, sobre o papel dos cuidados materno e do ambiente como elementos que concorrem para a construção do narcisismo primário Winnicott incrementa a visão do cruzamento dos elementos subjetivos pais-bebês e daquilo que se infiltra na constituição psíquica do bebê (Fulgencio, 2022). A mãe, na condição de espelho, pode não captar ou, ainda, deturpar o reflexo do estado emocional do bebê:

Não importa se a resposta materna é uma resposta “fiel” de seus movimentos, ou se é apenas o efeito do estado pessoal dela, ou da maneira com a qual interpreta e sente os sinais emitidos. O bebê recebe tudo isso como reflexos. Presentimos a importância dessa observação para a compreensão da patologia do narcisismo [...]¹⁴ (Roussillon, 2011, p. 189 tradução nossa)

Para Roussillon, a parte do objeto e, portanto, do ambiente presente na constituição primária do sujeito será apagada pelo próprio processo narcísico: “ele apaga para o sujeito

¹⁴ “Que la réponse maternelle soit un reflet « fidèle » de ses mouvements, ou qu’elle ne soit que l’effet de son propre état interne personnel, ou de la manière dont elle ressent et interprète les signaux émis, le bébé reçoit ces messages comme autant de reflets. On pressent l’importance d’une telle remarque pour la compréhension de la pathologie du narcissisme [...]”

aquilo através do qual o sujeito se constitui, aquilo que ele ‘deve’ aos objetos com os quais se construiu”¹⁵ (2011, p. 5 tradução nossa). Há um complexo processo sendo acionado pelos encontros reais e subjetivos entre pais e bebê, na medida em que estabelece relação com uma realidade percebida e alucinada. Para esse bebê, existem “os possíveis” determinados, de um lado, pelas condições de saúde corporal e, de outro, pela qualidade do ambiente em seu entorno.

O corpo real do bebê que se apresenta aos pais no nascimento, saudável ou não, será acolhido por um ambiente repleto de fantasias e expectativas arcaicas da história parental, que foram reativadas e potencializadas na espera dele. Tal fenômeno impõe, necessariamente, um processo de reelaboração e adaptação do conteúdo fantasmático dos pais, que precisará se acomodar, não sem um processo de ajustes, a esse corpo real. Esse contexto faz parte dos elementos qualitativos do desejo parental que envolvem os primórdios da constituição psíquica do bebê. O processo de reelaboração das expectativas, assim como do fantasmático construído no entorno do corpo do bebê durante a gestação, requer um ambiente favorável capaz de oferecer condições para a integração dos vários aspectos que envolvem o ambiente subjetivo parental e, portanto, social.

Pensar a constituição psíquica individual como um fenômeno passível de ser estudado a partir da psicologia social, considerando a influência do meio no momento inaugural do psiquismo, é uma ideia que foi apresentada por Freud (1921c, p. 14) logo nas primeiras páginas de seu texto *Psicologia das massas e análise do Eu*: “Na vida psíquica do ser individual, o Outro é via de regra considerado enquanto modelo, objeto, auxiliador e adversário, e portanto a psicologia individual é também, desde o início, psicologia social, num sentido ampliado, mas inteiramente justificado.”

Freud introduz a ideia de um instinto social ou instinto de rebanho (mente grupal) que não seria primário, ou seja, presente no sujeito desde o início, mas que os primórdios dessa construção seriam “encontrados num círculo mais estreito como o da família” (1921, p. 16) e não somente em grandes agrupamentos, como a ideia de uma psicologia das massas pode preliminarmente sugerir. O amor e o ódio são apresentados como elementos de coesão entre os membros de um grupo e sabemos que os primórdios dessa relação ambivalente de amor e ódio têm início nas primeiras relações objetais.

Winnicott (1946) segue no mesmo sentido freudiano de diminuir a barreira entre o normal e o patológico, e amplia essa discussão com a constatação de que o comportamento da

¹⁵ “Il efface pour le sujet ce par quoi le sujet se constitue, ce qu’il « doit » aux objets avec qui il s’est construit.”

criança não é o aspecto central a ser avaliado e comparado quando desejamos compreender seu estado emocional. O destaque vai para o desenvolvimento da personalidade e do caráter. Afastando-se de um modelo idealizado sobre a infância, o autor parte da ideia de que os sentimentos – valorizados ou não – estão presentes de modo “sumamente intenso” no bebê (p. 141). Será justamente o ambiente (mãe e depois o pai) o responsável por dar contorno aos sentimentos extremados que colocariam em risco a harmonia da vida civilizada.

Esse ambiente de que fala Winnicott (1946, p. 142) é igualmente despojado de idealizações; não se trata de um ambiente sem falhas:

Mesmo o mais carinhoso e compreensivo ambiente da vida familiar não pode alterar o fato de que o desenvolvimento humano vulgar é árduo e, na verdade, um lar perfeitamente adaptativo seria difícil de perdurar, visto que não haveria qualquer alívio através de uma cólera justificada.

Como seria possível ao sujeito construir recursos para lidar com afetos desconhecidos? O processo de constituição não se faz completo sem essa experimentação colérica, assim como o processo analítico não acontece sem o despertar transferencial, tal como propõe Freud, “[pois quando tudo está dito e feito, é impossível destruir alguém *in absentia* [em ausência] ou *in effigie* [em imagem]” (1912a, p. 119 colchetes nosso) – antes é preciso sentir e ressentir.

Considerando a pertinência dos afetos extremados, assim como as falhas maternas em refleti-los, Winnicott (1946) adverte que o sintoma não é doença. O problema se configura quando este não cumpre seu papel de comunicação e causa incômodo tanto para a criança como para a mãe. Assim também Dolto (2007c, p. 1) observa que:

Para os pais, esse sintoma em geral é inquietante, a criança investe nele uma energia que não é criadora e não é claramente interpretada por eles. De seu lado, a criança alivia assim tensões de que sofre, e o faz tanto melhor quanto menos os pais se inquietem.

Ao considerar a saúde e o bom desenvolvimento da criança como fator de integração da família, Winnicott chama a atenção para esse processo interativo entre o desenvolvimento do bebê e a construção parental. E reconhece também que, embora menos suscetível, a criança fisicamente saudável não está livre de tornar-se receptáculo de projeções doentias de seus pais: “a criança de corpo são, e intelecto normal ou mesmo supranormal, pode mesmo assim estar muito longe do normal como personalidade, no seu todo” (1946, p. 140). E do ponto de vista emocional, o que seria uma criança saudável?

3.1 A criança saudável e a construção da parentalidade em Winnicott

No momento em que uma pessoa, seja ela homem ou mulher, precisa se haver com o posto parental e dar início ao processo de autorreconhecimento como pai ou mãe de uma criança, ela estará vivendo um período já bem adiantado no desenvolvimento de suas vidas. Consideramos que mesmo aqueles que passam por esse processo no início da adolescência, do ponto de vista emocional, já avançaram consideravelmente em termos do seu desenvolvimento psíquico.

A provisão ambiental que receberam em sua infância e a maneira como se acomodam em seu próprio corpo representam pontos importantes para o processo de integração desse novo papel como parte da personalidade total do sujeito. Esse processo depende, entre outras coisas, de algo mais fundamental, que diz respeito ao “senso de ser” que será consolidado, de acordo com Winnicott (1971b, p. 7), logo após a adolescência – período em que o sujeito é capaz de se sentir real após emergir da desilusão com o mundo dos adultos:

À medida que rapazes e moças adolescentes deixam esse estágio, começam a se sentir reais, e adquirem um senso de *self* e um senso de ser. Isso é saúde. A partir do ser, vem o fazer, mas não pode haver o fazer antes do ser – eis a mensagem que os adolescentes nos enviam.

Tal afirmação nos impõe a necessidade de abordar a *saúde psíquica dos pais* antes de pensar no impacto que a saúde da criança pode representar para a constituição da parentalidade, assim como para o exercício desse “fazer” em função da criança sob seus cuidados, que é antecedido pelo “ser” como efeito de uma continuidade. É justamente sobre o conceito de ser, que inclusive remete a um estado necessário de não-integração (Davis & Wallbridge, 1981), que Winnicott apoia seu entendimento sobre a saúde do indivíduo.

A continuidade do ser comporta em suas origens uma experiência arcaica de fusão do bebê ao que Winnicott denomina “mãe suficientemente-boa” – conceito que se refere à capacidade de adaptação da mãe às necessidades do bebê (Abram, 1996). Há que se considerar, portanto, na história dos pais, a relação destes com a sua própria mãe, que poderá ser evocada pela experiência do nascimento ou chegada de um bebê. O ego do sujeito adulto revelará marcas da experiência com a mãe (ambiente), mostrando-se mais ou menos integrado, assim como mais ou menos defendido diante da necessidade de adaptação que a experiência parental lhe impõe.

Abrimos um parêntese para apresentar uma síntese de Fulgêncio sobre o conceito de ambiente na obra de Winnicott:

Não é, para ele [Winnicott], uma entidade sociológica ou ideológica, mas corresponde às pessoas (ou pessoa) que se ocupam efetivamente da criança. Para que o desenvolvimento ocorra é necessário que, inicialmente, esse ambiente se adapte às necessidades (instintuais e identitárias) do indivíduo, de modo a fornecer um ambiente que não puxa nem empurra a criança, mas a sustenta. (2016, p. 102)

Fechamos o parêntese e colocamos uma questão: aquele ou aquela cuja infância fora marcada por traumas e pela descontinuidade de cuidados maternos, estaria, inexoravelmente, condenado (a) ao fracasso no exercício da parentalidade? No texto intitulado “O conceito de indivíduo saudável” (1971b), Winnicott faz uma divisão dos homens em dois grandes grupos: o primeiro seria o daqueles que não tiveram na infância desapontamentos significativos, considerando-os, portanto, candidatos a uma vida proveitosa. O segundo grupo seria composto por pessoas que sofreram experiências traumáticas resultantes de decepções significativas com o ambiente e que seriam, por sua vez, candidatos aos infortúnios psíquicos.

Ambos os grupos estão polarizados numa compreensão de saúde e doença, no entanto, ele propõe um grupo intermediário no qual os membros “trazem consigo a experiência de ansiedades impensáveis ou arcaicas, e que estão mais ou menos bem defendidos [...]” (1971b, p. 15). Nesses casos, Winnicott completa que o adoecimento e a proximidade ao colapso podem conduzi-los a uma “espécie de experiência de cura” (1971b, p. 15). Para concluir, reitera que mesmo os indivíduos do grupo dos infortúnios poderiam guardar em si, de modo persistente, uma tendência ao desenvolvimento sadio, e seriam “saudáveis por bem ou por mal” (1971b, p. 15). Compreendemos com isso que não há um determinismo ditado por fatos e acontecimentos. O que Winnicott postulou como mãe suficientemente boa – e que poderia favorecer o desenvolvimento saudável do indivíduo – transcende o comportamental e a pessoa ocupante da função materna.

Assim também, considerando a capacidade do ambiente de promover sustentação ao indivíduo, não poderíamos levantar a hipótese linear de fracasso ao ingressante na função parental, ainda que tenha experimentado uma infância complicada. Tal como mencionado antes, é possível supor marcas em seu exercício parental que possam remontar tanto à repetição do padrão de cuidados recebidos, quanto à negatização dessa experiência, que seria então uma tentativa de diferenciar-se ao máximo do modelo de cuidados oferecidos por seus pais.

O exercício parental é antecedido pela experiência da gestação que pode ser um tempo precioso de acomodação de fantasias e ansiedades evocadas por fatores internos – incluindo a mudança corporal no caso da mãe – e fatores externos, para ambos os pais que,

inevitavelmente, serão atravessados pelas experiências afetivas, médicas, culturais e tudo o mais que envolve a chegada de um bebê.

A experiência da gestação é capaz de evocar fantasias primitivas dos futuros pais, e a barreira que os protege do contato com o conteúdo recalcado da sexualidade infantil parece estar mais permeável. De algum modo, o antigo romance incestuoso ameaça retornar: “[...] em termos quase universais, a mãe sente, com pequena ou grande intensidade, que ela roubou o seu bebê de sua própria mãe” (Winnicott, 1987a, p. 70). Nesses casos, Winnicott observa ainda que a enfermeira encarregada de acompanhar a puérpera poderia encarnar, sem o saber, a mãe vingativa que veio reaver seu bebê: “Com relação a isso, a enfermeira nada precisa fazer, mas será muito útil se ela conseguir não afastar o bebê da mãe [...]”. De certa forma sugere que a enfermeira pode entrar nesse enlace psíquico de modo a acolher a projeção de mãe vingativa.

Mesmo num processo saudável de construção da parentalidade, onde tudo corre sem grandes obstáculos, estamos diante de uma movimentação de afetos que parecem depender de um contorno adequado do ambiente para garantir o equilíbrio. O exemplo de Winnicott sobre a enfermeira, que pode sutilmente atrapalhar o momento inicial entre a dupla mãe-bebê, refere-se a uma complicação promovida, seja pela rigidez no controle dos horários de mamadas, seja pelo fato de trazer o bebê até a mãe completamente enrolado no cobertor, mas que, de certa forma, se impõe como autoridade à díade – esse é o ponto fundamental.

O cenário acima descrito nos remete ao conceito de contratransferência: “conjunto de reações inconscientes do analista à pessoa do analisando e, mais particularmente, à transferência deste” (Laplanche & Pontalis, 1986, p. 102). Transpondo esse conceito do *setting* terapêutico para a relação dos profissionais com a gestante, ampliamos a dimensão de alcance de tais fantasias primitivas que se entrecruzam quando o assunto é a chegada de um bebê, assim como da construção parental. Um processo de gestação e nascimento dentro de um contexto saudável ou favorável, inclui, necessariamente, o ambiente no entorno desses pais.

As fragilidades e incertezas que envolvem o processo de gestação podem dar lugar a uma necessidade ampliada, por parte dos pais, no sentido de demandar apoio e cuidado, seja de familiares ou dos profissionais de saúde. Para Winnicott, a maturidade individual depende de um movimento em direção à independência (1971b); no entanto, essa independência é sempre “relativa”, porque se “uma pessoa está viva, sem dúvida há dependência!” (Winnicott, 1971b, p. 3). Parece que a qualidade desses laços de dependência inevitáveis, sobretudo no

período de gestação e pós-parto, pode modificar as condições de saúde ou doença no entorno da experiência da construção parental.

Em seu texto denominado “Contratransferência” (1960a), Winnicott retoma o rigor do conceito proposto por Freud e em seguida discorre sobre a relativização, de acordo com o diagnóstico do paciente. Ao retomar o conceito de “atitude profissional”, fundada por Hipócrates, Winnicott também reconhece a presença desse fenômeno fora do *setting* analítico. Dessa maneira, alguns pacientes, especialmente os psicóticos, realizam “testes e exigências especiais” (p.150) e podem receber como resposta uma simples reação, contenção ou mesmo a contratransferência: “o significado da palavra contratransferência só pode ser o de aspectos neuróticos que estragam a atitude profissional e perturbam o curso do processo analítico determinado pelo paciente” (Winnicott, 1960a, p. 148).

Não queremos com isso alinhar o estado emocional de uma gestante a uma personalidade psicótica, mas podemos ao menos considerar as peculiaridades afins no estado emocional de quem espera um bebê, além da presença transferencial nas relações entre os pais e os profissionais de saúde.

A saúde dos pais, assim como a saúde do bebê, depende do “ambiente facilitador” que promoverá progressivamente ajustes adaptativos às necessidades individuais. Com ambos os pais no entorno do bebê, a função paterna pode representar uma retaguarda à função materna, assim como a família e a sociedade podem contornar as necessidades desses pais. Para a manutenção do equilíbrio, é fundamental destacar a importância de todos os envolvidos nesse período que antecede a chegada do bebê. Não há a necessidade de hierarquizar e atribuir à mãe ou ao pai o protagonismo desse processo; antes, é preciso considerar que “não se trata de uma divisão de tarefas, mas de ‘posições psíquicas’ diferentes. E isso não é evidente” (Dethiville, 2014, p. 95).

Existe uma linha estreita entre aquilo que estamos chamando de saúde e doença, uma vez que observamos inúmeros elementos envolvidos neste processo, incluindo os aspectos inconscientes que podem agir de modo mais sutil, mas não menos incisivo!

A vida de um indivíduo saudável é caracterizada por medos, sentimentos conflitivos, dúvidas, frustrações, tanto quanto por características positivas. O principal é que o homem ou a mulher sintam que estão vivendo sua própria vida, assumindo responsabilidade pela ação ou pela inatividade, e sejam capazes de assumir os aplausos pelo sucesso ou a censura pelas falhas. (Winnicott, 1971b, p. 10)

Pensando na construção da parentalidade como um processo que vai engendrando e integrando ao ego dos futuros pais características peculiares, sob um estado de sensibilidade

específico que conta ainda com elementos inconscientes, somos conduzidos a interpretar, a partir da leitura winnicottiana, o excesso de intervenção e atravessamento dos familiares e da sociedade nesse processo tão íntimo que é a espera/chegada de um bebê, como um possível complicador para o processo de integração. Se o movimento em direção à independência no processo de desenvolvimento individual é compreendido nessa perspectiva como sinônimo de saúde, a retirada do protagonismo parental em função de interferências excessivas parece conduzi-los ao sentido oposto.

Os profissionais envolvidos no trato com os pais não dispõem de garantias no que se refere à sanidade mental, e seria uma grande utopia supor isso. Winnicott alerta para a possibilidade, não rara, de que esses profissionais tenham “uma personalidade imatura em comparação com um pai ou mãe [...]” (1954, p. 211). Daí a percepção de que o conjunto pode ser afetado por fatores diversos que vão da constituição psíquica dos pais e seus fantasmas primitivos, até o contexto familiar e social.

Em condições adequadas e saudáveis do desenvolvimento fetal, assim como quando a gestante goza de boa saúde, os pais estão menos expostos ao atravessamento dos profissionais – até mesmo porque tendem a demandar menos cuidados. Em quaisquer contextos de saúde ou na falta dela, a importância de se preservar o saber advindo da comunicação entre a mãe e o bebê parece um ponto fundamental para a base da construção parental.

O estado de preocupação materna primária postulado por Winnicott refere-se a um momento “que se inicia nos últimos meses da gravidez e que assim se mantém por algum tempo após o parto” (Dias, 2003, p. 115). A atenção para com os cuidados e o bem-estar do bebê ocupa o centro dos interesses da mãe, e é o que permite a ela uma adaptação às necessidades dessa criança, graças a um processo de identificação “consciente, mas também profundamente inconsciente” (Winnicott, 1958 p. 23) associado a um estado especial de sensibilidade. A partir de tentativas de acerto e erro, a mãe vai decodificando as necessidades e, sobretudo, as preferências do bebê; esse processo de adaptação da díade permite a construção de um senso de previsibilidade no bebê.

Do lado do bebê, a aquisição desse senso de previsibilidade pode representar um avanço no que se refere ao desenvolvimento emocional; do lado dos pais, especialmente daquela (e) que desempenha a função materna, também se processa um avanço. A construção desse saber sobre o bebê, assim como o compartilhamento com o bebê da satisfação no atendimento de uma demanda não-verbalizada, pode representar uma experiência muito prazerosa. Essa comunicação tende a se especializar bastante antes de atingir a codificação compartilhada das palavras e a sua manutenção tem como moeda de troca a mútua

gratificação. A sequência desse processo inclui a necessidade de adaptações cada vez mais complexas. Nas palavras de Winnicott (1946, p. 146), “tudo isso diz respeito às relações entre a criança e a mãe. Mas muito em breve, somadas a outras dificuldades, surgem as concernentes ao reconhecimento pela criança de que há também que contar com o pai.”

A percepção pela criança de um terceiro elemento que interpola sua relação com a mãe pode ser fonte de prazeres, mas também de sintomas como o ciúme e a ambivalência, no entanto, é fundamental que a criança possa paulatinamente “enfrentar mais esse fato penoso da realidade externa” (Winnicott, 1946, p. 146). Será graças às oscilações em seu equilíbrio interno que a criança vai, pouco a pouco, construindo seu mundo interno e oferecendo elementos para a construção mágica de seus pais, que buscam corresponder ao desejo onipotente de seu bebê. Nesse sentido, o bebê também é um objeto subjetivo dos pais, tal como postula Lebovici (1987).

A paternidade e a maternidade não coincidem instantaneamente com o teste positivo de gravidez. A história pessoal e emocional dos pais são elementos vivos para essa construção. Assim como os pais, a criança revelada após o parto também participa ativamente na construção e remodelação da maternidade e paternidade de seus genitores. Considerando a criança como agente ativo do processo de construção parental, Winnicott aponta um fator fundamental presente no bebê normal: a ansiedade ou avidez, sem a qual não poderia “experimentar a plena satisfação” (1946, p. 146). O modo como seus genitores vão acolher esse senso de “urgência” pode delimitar as possibilidades e a qualidade dessa construção.

Estamos diante do encontro entre as necessidades do bebê e as expectativas dos pais; cada um com sua intensidade peculiar, ambos carecem de condições especiais e certo tempo para se harmonizarem. No entanto, “as mães que não têm essa tendência¹⁶ de prover cuidado suficientemente bom não podem ser tornadas suficientemente boas pela simples instrução” (Winnicott, 1960b, p. 48), justamente por não se tratar de aspectos puramente comportamentais. É que a orientação especializada e sistematizada não pode garantir tal harmonização, e isso impõe grande dificuldade e exige sensibilidade do profissional que se ocupa da perinatalidade.

As condições que favorecem a “continuidade do ser” podem ser representadas por sólidas estruturas construídas de modo muito silencioso pelos pais – trata-se de promover a continuidade do “potencial herdado” na criança. Quem mais, além dos pais/cuidadores que se

¹⁶ O termo tendência não diz respeito a uma habilidade natural e/ou instintiva relacionada à figura materna; trata-se antes de uma competência construída a partir de condições ambientais, biológicas, mas, sobretudo, emocionais e sociais, que favorecem a repetição desse repertório na mulher no trato com um bebê sob os seus cuidados.

ocupam integralmente dos cuidados do bebê, teria a sensibilidade de detectar isso? As intervenções intrusivas que são inconstantes ou vão na contramão das necessidades físicas e subjetivas do bebê fazem-no reagir em vez de promover a continuidade do ser: “reagir interrompe o ser e o aniquila” (Winnicott, 1960b, p. 47). Esse processo de identificação dos pais e, mais especificamente da mãe, em relação às necessidades do bebê, refere-se a um tipo de cuidado que inclui, em certo sentido, os aspectos comportamentais, mas destaca a relação inconsciente e o aspecto de sustentação nele presente:

As bases da saúde mental do indivíduo, no sentido de ausência de psicose ou predisposição à mesma (esquizofrenia), são lançadas por este cuidado materno, que quando vai bem dificilmente é percebido, e é uma continuação da provisão fisiológica que caracteriza o estado pré-natal. (Winnicott, 1960b, p. 49)

Esse estado inicial da díade é compreendido por Winnicott a partir de uma fusão, ou seja, do ponto de vista do bebê não há separação entre ele e a provisão ambiental, mas há um registro de desconforto ou satisfação. Essa fusão coincide com o que ele denomina de fase da dependência absoluta.

A passagem à fase seguinte, da dependência relativa, pode ser gradativa ou abrupta. Essa passagem é caracterizada pela emissão de sinais do bebê à sua mãe: “ao redor do fim da fusão, quando a criança se tornou separada do ambiente, um aspecto importante é que o lactente tem que transmitir sinais” (Winnicott, 1960b, p. 50). O bebê não pode mais contar com a empatia da mãe para ter suas necessidades satisfeitas, assim como a mãe não pode mais “magicamente” suprir seu bebê, sem tentar decodificar as manifestações dele. O desenvolvimento da criança rumo à independência requer, portanto, uma adaptação dos pais no modo como vem conduzindo os cuidados com ela.

Eis uma primeira questão: se a interferência exagerada pode atrapalhar a capacidade de essa mãe se identificar com as necessidades da criança, como ajudar essa díade quando há uma resistência ou dificuldade da mãe nesse sentido? Estamos partindo do princípio de que uma orientação técnica-especializada não é o primeiro recurso nessas situações. Não que seja em si danosa, mas, considerando os aspectos inconscientes envolvidos, poderia cronificar o problema, uma vez que retira a iniciativa espontânea e o protagonismo materno em relação ao atendimento do seu bebê. Que demandas estariam envolvidas nessa passagem da dependência absoluta para a dependência relativa?

Observando a sutileza dessa passagem da dependência absoluta para a dependência relativa na relação mãe-bebê, Winnicott fez um paralelo entre a mãe experiente e o analista também experiente; ele os percebe como em desvantagem em relação aos novatos no seguinte

aspecto: acompanhando um paciente em processo de regressão, o analista pode “achar entediante ir tão devagar como o paciente vai, e começará a fazer interpretações baseadas não no material fornecido em um dia especial pelo paciente, mas em seu conhecimento próprio acumulado” (Winnicott, 1960b, p. 50) – o que poderia resultar num trauma, já que o paciente não pode acolher essa informação como sua. Observa também esse fenômeno na relação da mãe experiente com a criança que vive a transição para a fase da dependência relativa:

As mães que tiveram vários filhos começam a ficar tão boas na técnica de criá-los que fazem tudo no momento exato, e assim o lactente que tinha começado a se tornar separado de sua mãe não tem meios de assumir o controle sobre todas as coisas boas que estão acontecendo. (Winnicott, 1960b, p. 50)

É neste ponto que podemos discutir de onde vem essa tal “tendência” materna a oferecer cuidados suficientemente bons? É certo que não estamos diante de um dom especial, nem de um dote instintivo da espécie humana, mas de uma condição cuidadosamente construída a partir de fatores conscientes e inconscientes que se entrecruzam e que reeditam afetos e elementos da história pessoal dos envolvidos.

Poderíamos até hierarquizar a importância do cruzamento entre os aspectos pai-mãe-bebê como prioritários na construção dos papéis parental e filial, mas não podemos ignorar os elementos que vêm do campo social – basta observar as reações, recordações e conselhos suscitados por homens e mulheres diante da simples presença de uma mãe com seu bebê recém-nascido a tiracolo, especialmente por aqueles que já tenham vivido a experiência de ter um bebê sob sua responsabilidade. O bebê recém-nascido, com sua vulnerabilidade e delicadeza, parece convocar opiniões e relatos em seu entorno.

A relação parental com esse bebê é constantemente balizada pelo contexto familiar e social. Esse contorno pode funcionar tanto como parâmetro de sustentação, como de limitação para os pais e o bebê.

É conhecida a intensidade emocional que envolve a relação inicial dos pais com seu bebê, e o termo emocional engloba sentimentos dos mais nobres aos mais primitivos. Os familiares e os profissionais envolvidos nos primórdios da relação dos pais com seu bebê não estão despojados dessa bagagem emocional vivida em suas experiências pessoais. A orientação padronizada, além de negligenciar a subjetividade e as peculiaridades do bebê, pode funcionar de modo muito nocivo para pais principiantes – toda mãe e todo pai é principiante na tarefa de cuidar daquele bebê que acaba de nascer, e o caráter singular de cada experiência é o ponto fundamental na remodelação identificatória dos pais.

Além dos atravessamentos que podem prejudicar o estado de preocupação materna primária – que permitirá à mãe identificar-se primeiramente ao bebê e depois às necessidades dele –, existe também o risco de a orientação vir carregada de elementos inconscientes da experiência pessoal de quem orienta. Nem a identificação do problema, nem os recursos para a sua solução podem emergir da experiência profissional ou familiar dos envolvidos, sem o risco de implantar na díade elementos externos, em vez de fazê-los emergir.

O ambiente deve oferecer segurança e apoio para que a mãe possa se entregar a esse processo de regressão presente no estado de preocupação materna primária; o bebê necessita de nada menos que uma devoção, o que não significa todo o tempo, assim como não se espera que esse período se prolongue demais. Em condições saudáveis, “sendo madura, a mãe não fica narcisicamente ferida por ver-se esvaziada de sua vida pessoal para dedicar-se à tarefa de cuidar do bebê” (Dias, 2003, p. 115).

Passado esse momento inicial, é esperado que haja um processo de desadaptação dessa mãe para que o bebê possa prosseguir para a fase da dependência relativa. Tão ruim quanto não se permitir essa devoção ao bebê, seria se aferrar a ela sem a sensibilidade de que “a mãe apenas facilita um processo que pertence ao bebê” (Dias, 2003, p. 113).

A devoção e a desadaptação são dois processos importantes protagonizados pela mãe e que fazem parte do desenvolvimento emocional do bebê. Nesse sentido, parece que a entrada do pai na vida da criança ficaria para um segundo momento, do ponto de vista da criança e de sua capacidade de reconhecer um terceiro elemento nessa relação. A compreensão winnicottiana postula que assim seja, no entanto, a manutenção de condições favoráveis, no que se refere ao período inicial de adaptação mãe-bebê, poderia ser prejudicada sem o apoio do pai da criança ou de um companheiro (a) com quem essa mãe possa contar.

Talvez fosse mais fácil a essa mãe renunciar, por um período, a sua feminilidade ou à vida profissional, com a garantia de que tem alguém, ao seu lado, aguardando o seu retorno. Da mesma maneira que o pai (ou companheiro(a) da mãe) pode favorecer a devoção desta em relação ao bebê, será ele também o agente terceiro que sinalizará a necessidade de desadaptação da mãe em relação ao bebê, seja pelas suas demandas, seja pela capacidade de investir na criança em crescimento. Nessa perspectiva, entendemos o quão fundamental é a presença de um agente da função paterna nesse momento precoce da relação mãe-bebê. É importante pontuar novamente que não estamos destacando a divisão de tarefas – que é extremamente importante –, mas que poderiam ser desempenhadas pela avó ou mesmo por uma assistente remunerada; enfim, alguém que possa oferecer um suporte narcísico a essa mãe.

Salientamos, portanto, aquilo que somente o ocupante da função paterna, na condição de amante ou ex-amante da mãe, pode lhe assegurar: “o pai é preciso em casa para ajudar a mãe a sentir-se bem em seu corpo e feliz em seu espírito” (Winnicott, 1945b, p. 129). Ao listar alguns desses pontos fundamentais desempenhados pelo pai, Winnicott destaca o quanto as crianças são sensíveis às relações entre seus pais. Seguindo seu raciocínio, estamos incluindo o pai, ainda que na condição de ex-marido da mãe, como figura participante do bem-estar geral, especialmente para a mãe.

No caso de uma relação conjugal terminada – supondo uma separação razoavelmente elaborada – temos dois aspectos importantes a considerar a respeito do papel do pai: o primeiro é que, na qualidade de ex-amante da mãe, esse homem é testemunha da feminilidade e da capacidade da mulher em sentir-se desejanste, o que pode – de saída - ter um efeito de ancoragem das referências identificatórias da mulher em outro ponto, para além da maternidade; o segundo ponto será que, uma vez envolvido com a chegada do bebê, esse pai promoverá, com suas visitas ao bebê, uma intermitência na relação dual, cumprindo o papel de facilitador no processo de devoção e desadaptação da mãe em relação ao bebê.

Ao destacar a importância do pai como figura de apoio à mãe, Winnicott não desconsidera a necessidade da presença e do contato real do pai com o bebê; para ele, o pai “tem de aparecer com bastante frequência para que a criança sinta que o pai é um ser vivo e real” (1945b, p. 129). O reconhecimento do pai acontecerá no momento em que a criança tenha a maturidade física e emocional necessária para reconhecer um objeto como externo. Contudo, para que esse reconhecimento aconteça, é necessário que o bebê tenha reunido um conjunto de percepções e vivências com essa pessoa.

O pai que, por alguma razão apareceu tardiamente na vida de seu filho, pode ser nomeado como tal, mas levará um tempo para construir essa relação a partir do exercício da função paterna. Ambos os aspectos são importantes: o reconhecimento desse lugar pela palavra da mãe, mas também o exercício da função do pai junto ao filho(a).

O pai pode ser o representante dos elementos que se interpõem entre o bebê e a mãe. Nesse sentido, ele é o antecipador da separação física e simbólica da dupla mãe-bebê, mas é também agente ativo da função materna ao desempenhar de modo predominante ou intercalado os cuidados maternos para com o bebê. É importante que a mãe seja balizada por um objeto externo capaz de ancorar características que garantam a ela a continuidade do seu ser; assim, quando puder emergir desse mergulho subjetivo promovido pelas experiências iniciais com o bebê – embora não esteja livre da apreensão diante da necessidade de separação

gradativa que a realidade impõe –, poderá experimentar uma cota de prazer ao se reencontrar consigo mesma.

Ao comparar o estágio inicial da construção parental na mãe ao processo de constituição psíquica do bebê proposto por Winnicott, Lebovici (1987, p. 123) afirma que “o bebê, após o nascimento, é ainda um prolongamento de si aos olhos da mãe”. O autor compreende que o bebê é como se fosse um “objeto subjetivo” da mãe, mas ao mesmo tempo “um objeto real, desconhecido e ainda estranho”; a mãe, portanto, cria esse objeto, para depois achá-lo. Encontrar o objeto externo e real – no caso, o bebê – seria o resultado de um processo no qual esse objeto foi capaz de sobreviver aos ataques de ódio, e é justamente a sobrevivência que o torna real. Assim “pode então ser utilizado pelo que é, quer dizer que o sujeito pode se pôr em relação com a realidade do objeto, e notadamente aproveitar de sua relação com ele como pessoa real e externa” (p. 123)

Esse ódio sentido pela mãe pode ter origem, segundo Lebovici, na confluência de sentimentos do pós-parto; o estresse, as dores do parto e o cansaço associado à exigência que a figura do bebê representa – com sua fome, desconfortos e necessidades – impõem à mãe um trabalho psíquico considerável de economia libidinal. Winnicott trata desse mesmo tema em “O ódio na contratransferência” (1949), e repete o paralelo entre os sentimentos do analista para com o seu analisando e o sentimento da mãe para com o seu bebê. Ele destaca a necessidade de o analista (pesquisador) entrar em contato com o ódio, inevitável nesse tipo de relação; a mãe também precisaria alcançar algum nível de compreensão a respeito desse sentimento, mas ambos precisam desenvolver um modo de tolerá-lo – tolerância fundamental tanto para o desenvolvimento do bebê quanto para o processo de restabelecimento do paciente.

Winnicott destaca, porém, que a mãe não poderá expressar o sentimento de ódio para o bebê – pelo bem do desenvolvimento emocional dessa criança, há que se filtrar a intensidade primitiva de tais sentimentos. A cultura, no entanto, parece promover canais para escoar esse ódio. Winnicott (1949, p. 286) aponta as cantigas de ninar como um desses exemplos, e lança mão de uma cantiga de ninar cuja tradução, em seu último verso diz “o bebê cai no chão e o berço se arrebenta”, um tanto mais agressivo, talvez, que a nossa cantiga “nana neném que a cuca vem pegar...” ou “boi da cara preta, pega esse menino que tem medo de careta”. É justamente na devotada paciência materna – que sabemos não ser isenta de sentimentos hostis – que o analista poderá pautar o manejo da contratransferência. Winnicott (1949, p. 286) salienta tal característica:

O ponto mais interessante a respeito da mãe é a sua capacidade de ser tão agredida e sentir tanto ódio por seu bebê sem vingar-se dele, e sua aptidão por esperar por recompensas que podem vir ou não muito mais tarde.

E aprofunda a discussão, quando afirma que a criança “precisa de ódio para poder odiar” (1949, 287) e que um ambiente cheio de sentimentalismo seria estéril para seu desenvolvimento. Entretanto, o sentimentalismo não é entendido como a ausência de ódio, mas muito provavelmente como o recalçamento desse ódio.

O encontro entre o bebê e seus pais, assim como as condições para o desenvolvimento emocional do bebê e a construção parental que se processa, parece comportar muitos percalços, daí a proposição inicial de que um início complicado não é necessariamente determinante de um desenvolvimento patológico.

Winnicott destaca o valor social de uma boa mãe ao criar condições de desenvolvimento saudável ao novo membro da sociedade; no entanto, ressalta que não é esperado que essas crianças agradeçam aos pais por tê-las concebido, antes “elas [as crianças] poderiam esperar que sua vinda tenha sido uma questão de satisfação e prazer mútuos” (1957b, p. 118). O reconhecimento deveria vir, então, não em forma de elogios, mas na diminuição de um tipo de medo que pode se manifestar de várias formas, no sentido de evitar a dominação. Trata-se, enfim, de um modo geral, de um medo da dependência. Esse é um dos muitos vestígios das fases iniciais do desenvolvimento que podemos encontrar no sujeito adulto, daí a necessidade de proteger esse momento inicial da relação entre a mãe e o bebê.

Para Winnicott, esse trabalho de proteção seria uma extensão do trabalho que o pai deve desempenhar desde o início. Ele discute sobre a necessidade de “dar suporte moral à boa mãe comum, educada ou não, inteligente ou limitada, pobre ou rica, e protegê-la contra tudo e todos que se interpuserem entre ela e seu bebê” (Winnicott, 1957b, pp. 121-122). Vale reafirmar que “suporte moral” difere muito de orientação especializada. Esta última, embora tenha seu valor pedagógico, pode ser nociva ao processo de adaptação inicial se deslocar a mãe de sua função junto à criança.

O movimento de Winnicott no sentido de colocar os pais como os agentes mais apropriados para o tratamento, “de primeira intenção”, das dificuldades do bebê, é expresso em sua obra de várias formas, seja na condução das intensas dificuldades das crianças com tendência antissocial, seja nas questões identificadas no exercício da pediatria. O autor relata um caso complexo que acompanhara por longos anos até que o garoto chegasse à adolescência. Trata-se do conhecido caso do menino dos cordões: na ocasião dos primeiros sintomas, aos sete anos, o menino ligava vários objetos da casa com os cordões, porém, essa

brincadeira evoluiu para um enlaçamento no pescoço da irmã mais nova, o que causou muita preocupação em seus pais. O aspecto que nos interessa desse caso é, justamente, o manejo adotado por Winnicott frente à impossibilidade de acompanhamento da criança em psicoterapia, pois a família morava muito distante.

Eu sabia que dispunha de oportunidades limitadas para ação [...], expliquei à mãe que o menino estava lidando com um temor de separação, tentando negá-la através do uso de cordões [...]. Ela mostrou-se cética; disse-lhe, porém, que, se viesse a encontrar algum sentido no que eu estava dizendo, gostaria que debatesse o assunto com o menino em alguma ocasião conveniente, comunicando-lhe o que eu dissera e depois desenvolvendo o tema da reparação de acordo com a reação dele. (Winnicott, 1953, pp. 33-34)

Winnicott relata que a mãe encontrou oportunidade de estabelecer essa conversa com a criança, que se beneficiou da possibilidade de falar sobre o assunto. Ela se apropriou do entendimento sobre as ansiedades de seu filho, precisando em vários momentos se valer dessa conversa para reassurá-lo diante das inevitáveis separações que viria a experimentar. Essa aposta na capacidade dos pais de compreender o desassossego de seus filhos e, mais do que isso, esse modo de apresentar uma proposta de intervenção a partir de uma perspectiva horizontal – “caso a senhora encontre algum sentido no que estou dizendo” – parece configurar o reconhecimento do autor sobre o que conhecemos por “saber inconsciente dos pais” e que vem sendo profundamente destituído pelo saber especializado que é mecanicamente difundido.

Sobre o conceito de saúde para Winnicott, a interpretação de Phillips (1988) inclui o que ele chama de “mutualidade do relacionamento”, que se trata da capacidade que um indivíduo tem de acessar o outro. A construção desse contexto requer certa proteção, e a interferência excessiva pode atrapalhar esse processo:

Um sinal de saúde mental é a habilidade de um indivíduo de entrar de forma imaginativa e precisa nos pensamentos e sentimentos e esperanças e medos de outra pessoa; e também permitir que a outra pessoa faça o mesmo conosco [...] Quando estamos face a face com um homem, mulher ou criança, em nossa especialidade, somos reduzidos a dois seres humanos de igual status. (Winnicott, 1986, p. 117)

A construção dessa mutualidade depende de condições ambientais adequadas para os pais e para o bebê. O bebê precisa de um ambiente que favoreça seu gesto espontâneo, a fim de que possa construir um senso de continuidade sem quebras significativas em sua existência; com relação à construção parental, parece que o processo é bem parecido: a ideia não é implantar um “fazer” ortopedicamente orientado, mas fortalecer a capacidade de identificação dos pais frente às manifestações do bebê. Sabe-se que isso não pode se estabelecer instantaneamente, mas é fruto dessa reciprocidade desenvolvida entre os pais e o

bebê, e tem a ver com o que cada um pode/consegue sinalizar ao outro, e com as condições da outra parte para responder a tais demandas. A ajuda externa se daria no sentido de fortalecer aquilo que está sendo construído na relação, favorecendo o protagonismo parental em vez de corrigi-lo.

A maturidade é outro aspecto amplamente desenvolvido por Winnicott como elemento fundamental presente no indivíduo saudável. Ele discrimina maturidade de precocidade – esta última seria tão nociva quanto a imaturidade. Em “Família e maturidade emocional” (1965c), Winnicott coloca a família como a célula nuclear do desenvolvimento do sentimento de segurança ao qual o sujeito vai recorrer durante toda a vida, sempre que precisar. Os cuidados iniciais oferecidos pelos pais, tal como propôs Freud, representa um protótipo do modelo de amor que o sujeito vai perseguir durante a vida. Em Winnicott, porém, esse protótipo parece representar um “porto seguro” que precisa ser acessado sempre que necessário. Ele propõe uma ideia de progressão paulatina, representada pela ampliação dos círculos – que vai do colo materno aos agrupamentos sociais – rumo a uma independência relativa:

O problema não se resume a reconhecer racionalmente que os círculos ampliados de relacionamento retêm a ideia do pai e da mãe. Refiro-me, antes, à capacidade individual de realmente voltar aos pais e especificamente à mãe, voltar, enfim, ao centro ou ao início, no momento em que lhe convier – num sonho, num poema, num chiste. Devemos ter em mente que o *pai e mãe* são a origem de todos os deslocamentos. (Winnicott, 1965c, p. 134)

O processo de construção da identidade parental representa o alargamento desses círculos; no entanto, as dificuldades inerentes a esse processo mobilizarão, em alguma medida, um movimento de retorno às origens, ou seja, é na bagagem recebida dos próprios pais que cada mãe e cada pai compõe sua caixa de ferramentas para lidar com a continuidade das gerações.

Ao definir a mãe sadia, Winnicott (1957a) evita, inclusive, chamá-la de paciente. A maturidade é o primeiro aspecto utilizado para descrevê-la. Em contrapartida, “a mãe imatura ou doente requer uma ajuda especial da pessoa encarregada de assisti-la: se a mãe normal carece de instrução, a doente carece de segurança” (p. 158). Essa divisão que coloca a mãe sadia e a mãe doente em extremos diferentes parece-nos fazer parte de um recurso didático para facilitar a compreensão dos cenários, e o próprio Winnicott faz essa ressalva: “é claro que muitas pacientes encaixam-se entre esses dois extremos” (1957a, p. 159). Não se trata de supor na construção parental uma assepsia em que a conquista da maturidade seja um movimento definitivo; ao contrário, o autor propõe que o sujeito adulto possa retornar aos

pais, ou especificamente à mãe, por meio de um vínculo inconsciente, sempre que lhe for necessário.

A família representa, portanto, duas funções no processo de desenvolvimento da maturidade emocional: de um lado, representa o porto seguro que permite ao sujeito adulto “a oportunidade de voltar a ser dependente a qualquer momento” (1965c, p. 137), de outro, precisa promover a transição, colocar-se como ponte entre os círculos que se ampliam: “permite-lhe trocar os pais pela família mais ampla” (p. 137).

O “ambiente facilitador” (1971b, p. 5) de que fala Winnicott é fundamental para o desenvolvimento emocional do bebê. Identificamos, da mesma maneira, o quão importante ele pode ser para a construção parental, os ajustes adaptativos progressivos que a sensibilidade materna e paterna precisará empreender, todo esse processo requer tempo, espera e devoção. Winnicott (1961, p. 61) destaca a importância dos vínculos estabelecidos entre os pais e a sociedade: “a ‘contribuição’ que os pais podem dar à família que estão construindo depende em grande medida de seu relacionamento geral com o círculo mais amplo que os envolve, ou seja, seu contexto social imediato”.

É justamente na gestação dos novos elementos identificatórios que compõem os papéis de pai e mãe, que o indivíduo adulto será convocado a transitar entre aquilo que recebeu de seus próprios pais e o que consegue identificar como demanda do filho, diferenciando ou não, de suas próprias demandas. É uma tarefa delicada, e ao mesmo tempo grandiosa, que poderá ser atravessada de modo indelével por opiniões de pessoas próximas, pelas autoridades profissionais e até pelo Estado – interferências importantes que se interpõem entre os pais e a criança num momento de grande sensibilidade para os envolvidos.

A psicanálise reúne evidências sobre a necessidade estrutural de interposição na díade mãe-bebê para a constituição do sujeito. Esse corte tão necessário e fundador de um espaço terceiro pode ser, no entanto, incrementado com uma dimensão danosa ao processo de construção dos alicerces, tanto do ponto de vista da construção parental, como da perspectiva do bebê, que se refere a sua constituição psíquica.

Outro aspecto igualmente importante que encontramos na obra winnicottiana é o destaque conferido ao amadurecimento sexual dos genitores como elemento significativo para a construção parental. Em “Fatores de integração e desintegração na vida familiar”, Winnicott (1961) põe em pé de igualdade os aspectos sociais do núcleo familiar – considerando o modo como a família se relaciona com o que chama de círculos concêntricos ou círculos maiores da sociedade – e os aspectos sexuais do casal, incluindo a capacidade da dupla de obter prazer mutuamente como característica significativa na criação e preservação da família.

Há forças muito poderosas de criação e conservação da família que resultam da própria relação entre os pais e que foram detalhadamente estudadas. Essas forças estão ligadas à complexa fantasia sexual. (Winnicott, 1961, p. 61)

Nesse texto, ele amplia a temática destacando o aspecto da maturidade emocional que caracteriza algumas pessoas capazes de obter satisfação sexual “quando tais satisfações advêm de relacionamentos agradáveis tanto para a pessoa quanto para a sociedade, elas representam um dos pontos culminantes da saúde mental” (Winnicott, 1961b, 61). E acrescenta que, embora saiba que existem muitos casais que não conseguem fundar suas famílias sobre bases de ‘satisfação sexual física profunda’, os filhos e os demais envolvidos se beneficiariam quando o “pai e mãe têm facilidade de gozar da potência que deriva da maturidade emocional individual” (1961, p. 62).

Considerar a sexualidade de cada membro do casal e particularmente as peculiaridades desse encontro como elementos importantes para a construção parental pode representar um caminho incomum, especialmente sob a luz da teoria winnicottiana que tem na teoria do amadurecimento seu foco principal, mas que não prescinde do aspecto sexual e da importância que este tem no processo de desenvolvimento emocional do sujeito.

Ainda no mesmo texto acima citado, Winnicott segue discorrendo sobre a característica reparadora que o crescimento da família pode representar no entorno das fantasias inconscientes dos pais, que seria igualmente importante situar cada filho de modo diferente nesta fantasia, e que isso “depende do relacionamento dos pais na época da concepção, durante a gravidez, quando do nascimento e depois” (1961, p. 63).

Segundo Winnicott, a elaboração imaginativa da função do sexo é sempre singular; o modo como cada filho vai ou não se encaixar naquele contexto imaginativo e emocional dos pais confere de saída um início de vida muito diferente a cada filho do casal, assim como “enriquece e elabora a relação física dos dois” (1961, p. 64) – quando tudo vai bem –, ainda que todo o resto, no que diz respeito a configuração familiar e ambiente físico sejam os mesmos. A cota de afeto, desejo e parceria sofre, de tempos em tempos, variações de intensidade e qualidade e pode engendrar cenários psíquicos diversos ao longo de uma relação conjugal.

Se de um lado a simples sobrevivência da criança pode representar uma reparação às fantasias destrutivas e de culpa dos pais; de outro, a partir das demandas que o bebê produz, mas especialmente pelo modo desmedido que um ou ambos os pais se sacrificam em função do filho, pode também gerar uma necessidade compensatória de “viver sua adolescência temporã” (Winnicott, 1961, p. 66). A sexualidade dos pais, desde seus aspectos mais

primitivos e infantis aos mais nobres e sublimados parecem ser evocados pelo processo de construção e integração da parentalidade.

O processo de integração ao qual nos referimos considera, na relação entre pais e filhos, uma retroalimentação na qual a saúde e o bom desenvolvimento da criança conferem ao núcleo familiar certos elementos integradores, assim como a satisfação e harmonia entre os pais e – não menos importante – a satisfação de cada um dos pais em relação a si mesmo devolvem aos filhos tais elementos.

Dentro desse contexto embrionário da formação da identidade parental concomitante ao nascimento da vida psíquica do bebê, pensamos o quão importante são os elementos que sustentam o desenvolvimento emocional dos pais. O ambiente no entorno dessa família, nesse sentido, é o elemento fundamental, mas consideramos também como relevante o grau de desenvolvimento emocional que cada um dos pais pode atingir. Lembrando que, para Winnicott (1965c, p. 130), maturidade refere-se à vivência efetiva dos estágios de imaturidade e não à precocidade das experiências: “O adulto maduro tem a seu dispor todos os estados passados de imaturidade, e pode fazer uso deles por necessidade, por diversão, nas experiências secretas de auto-erotismo ou nos sonhos”.

Seguimos, então, com a ideia de fazer um paralelo entre o processo que acontece com a criança diante do nascimento da vida psíquica e a construção da parentalidade como elemento a ser integrado às construções identificatórias dos pais. Nesse sentido, o filho poderia figurar como um objeto subjetivo ao mesmo tempo que um objeto objetivamente percebido pelos pais, tal como acontece com a criança. A capacidade de metabolizar a ambivalência presente no processo rumo ao uso do objeto, desenvolve-se, segundo Winnicott, nas cinco etapas abaixo, e pode representar um dos caminhos em direção à maturidade:

(1) O sujeito relaciona-se com o objeto. (2) O objeto está em processo de ser encontrado, ao invés de ter sido colocado pelo sujeito no mundo. (3) O sujeito destrói o objeto. (4) O objeto sobrevive à destruição. (5) O sujeito pode usar o objeto. (Winnicott, 1969b, p. 131)

O uso do objeto prevê uma etapa de destruição e sua sobrevivência permitiria ao bebê seu manuseio, mas, neste caso, pensamos no acesso dos pais ao corpo e à subjetividade do filho. Há que se atravessar um processo de ambivalência e destruição, talvez até de desconstrução de fantasias a respeito do seu bebê, e, somente então, poder integrar e lidar com o bebê subjetivo e real que se apresenta a cada um dos pais.

3.2 O bebê (in) esperado e o fantasmático parental

Tomamos como bebê inesperado não aquele que fora concebido sem planejamento ou sem desejo, mas em especial aquele que se distancia demais das expectativas fantasmáticas dos pais. Consideramos para a presente discussão os fantasmas parentais conscientes, mas sobretudo os inconscientes: ambos incluem “a expressão da satisfação de um desejo, e podem ser definidos como fantasmas de desejo” (Lebovici & Soulé, 1980, p. 181). A compreensão da fantasia como expressão de desejos está ao lado da noção do potencial traumático que o conceito comporta. Quando Freud desvelou a potência da fantasia na construção sintomática das histéricas, abriu-se uma nova perspectiva para a compreensão do trauma, pois, para além da realização de desejos, a fantasia comporta, ao mesmo tempo, uma dimensão defensiva.

Sabe-se, de saída, que certa distância e inadequação do bebê real em relação à construção antecipatória dos pais a seu respeito é ponto de equilíbrio para ambos; do contrário, o bebê seria a encarnação do fantasma parental, o que poderia limitar no bebê o desenvolvimento da dimensão identificante do Eu que, constitucionalmente, diz respeito àquilo que não é produto passivo do discurso do outro e por isso confere um caráter de singularidade e autonomia ao Eu nascente. (Aulagnier, 1975)

O processo de acomodação das expectativas dos pais sobre o corpo real do bebê pressupõe incertezas impostas pelas condições do *encontro*, dado que envolve tanto fatores que dizem respeito à maturidade emocional dos pais, como fatores acerca da integridade física e emocional do bebê no nascimento, além das condições psicossociais do entorno.

O medo de gerar um bebê com necessidades especiais já foi considerado uma fantasia quase universal. Para Mannoni (1999a), esse medo teria raiz no sentimento de culpa decorrente de desejos incestuosos presentes no complexo de Édipo e comuns a todos os seres humanos. Compreendemos, portanto, que o roteiro edípico dos futuros pais será, de alguma maneira, evocado para a construção do parental, assim como para a acomodação das fantasias construídas previamente ao bebê real. As condições para tal acomodação relacionam-se com os *possíveis* de cada membro do casal em relação à forma como bem ou mal cada um efetivou a assunção da castração.

A presença de doenças ou deficiências no bebê pode representar obstáculos ao processo de assunção parental dos atributos que o social confere aos papéis de pai e mãe frente a esse bebê. É certo que a presença de deficiências relacionais podem ser tão obstaculizantes quanto as deficiências físicas; Mannoni (1999a) destaca, porém, uma

perspectiva que aponta peculiaridades na clínica com pais de crianças portadoras de necessidades especiais.

A autora identifica a possibilidade de uma psicotização do vínculo mãe-bebê, uma vez que essa mãe, diante de uma realidade muito distante do desejado ou, ainda, em conformidade com seus fantasmas de punição decorrentes de seus desejos incestuosos, poderia se destituir do papel simbólico de mãe, atribuindo aos profissionais de saúde a responsabilidade de acolher e maternar seu bebê.

A psicotização do vínculo promove uma indiferenciação entre os membros da família – a despersonalização materna pode se manifestar em forma de um sentimento de incapacidade para oferecer os cuidados iniciais ao seu bebê. Nesses casos, é possível que a mãe não consiga “nem reconhecer, nem aceitar e, ainda menos, valorizar a inevitável diferença que surge entre a criança real, este corpo singular, este recém-nascido e a representação psíquica que ela forjou dele” (Aulagnier, 2004, p. 15).

Para dar ao bebê condições de forjar sua própria história, é preciso que ele tenha sido pensado e falado. Tais representações e enunciados maternos correspondem aos processos antecipatórios que configuram as condições que permitem ao sujeito advir e se acomodar nestes corpos: o antecipado e o real, e então integrá-los.

Eis que o primeiro, o corpo idealizado, fora forjado pela mãe à revelia do bebê, portanto, será ela quem poderá oferecer também as condições de integração, ao se desprender, pouco a pouco, de suas idealizações à medida que se encanta com o bebê real. Essa interação é para Alvarez e Golse “o lugar de encontro da criança imaginária e da criança fantasmática dos pais com a criança real” (2009, p. 48).

Nem sempre, porém, esse processo é tranquilo e linear. A impossibilidade da mãe em ajustar suas idealizações de modo a conseguir ancorar no corpo real do bebê sua produção fantasmática, prevê o que Aulagnier chama de “traumatismo do encontro” (1986a). A autora insiste no fato de que um corpo não pode ser habitado sem uma história que o antecipe, porém, a realidade do bebê que se apresenta inadequado demais ao que foi fantasmaticamente antecipado, não encontra na mãe, um referente psíquico capaz de acolhê-lo.

Do lado da criança – que teve o primeiro capítulo de sua história suprimido –, isso poderia implicar dificuldades importantes quanto à constituição psíquica, mas, ainda com relação à mãe, é possível que desnude uma fragilidade de sua própria história que, possivelmente, encontrava-se escondida dela mesma. Isso exige um trabalho intenso de reelaboração e religação de conteúdos, entretanto, se a mãe fracassa nesse processo, “sua reação depressiva poderá desembocar num estado melancólico, num episódio psicótico ou na

instalação de um estado depressivo” (Aulagnier, 1986a, p. 51), podendo se configurar como o traumatismo do encontro.

Aulagnier destaca que o trabalho psíquico de elaboração dessa inconformidade em relação ao referente psíquico previamente construído pela mãe, capaz de promover o traumatismo do encontro, exige um trabalho semelhante ao luto, porém ainda mais intenso, pois a criança está *viva* e crescendo.

Os pais e, sobretudo a mãe, invocam de modo pungente seu passado infantil ao se verem diante da experiência parental. A fragilidade e dependência do bebê/criança, independentemente de estar diante de um filho biológico ou não, convoca-os a esse lugar de desamparo já experimentado por todos. Embora as prerrogativas da experiência parental não se submetam ao vínculo biológico, Aulagnier destaca um risco psíquico suplementar que a experiência da gestação pode comportar para algumas mulheres: “ela pode representar uma dura prova psiquicamente perigosa, já que vai reativar e mobilizar todo um passado relacional mais ou menos superado, que elas deverão reviver em forma invertida” (1986, p. 48).

O espaço relacional construído a partir do encontro mãe-bebê incide sobre os dois pólos em questão. A mãe projeta sua “sombra” sobre o bebê num movimento identificatório e, até certa medida – que não podemos jamais mensurar –, é o esperado:

A este corpo que a mãe embala, cuida e acalenta em seu seio, tão confundido com ela mesma, ela pede que confirme a identidade de sua sombra, e espera uma resposta que quase sempre é coincidente, porque ela a antecipa. A mãe se acha a única a possuir um saber sobre a criança, e este saber se baseia num saber sobre si própria. (Carneiro, 2010, p. 166)

O conceito de sombra falada postulado por Aulagnier comporta elementos da sexualidade da mãe, especialmente o modo como ela estruturou sua castração, mas também elementos da cultura que funcionam como chave de acesso ao bebê referente a sua própria história. Essa história pode ser exposta atrelada a uma lógica social e de parentesco e, portanto, não submetida à exclusividade de um porta-voz absoluto que detenha todo o saber sobre o passado dessa criança.

A dinâmica dos elementos que compõem a sombra falada está no entorno do bebê e faz parte dos elementos constitucionais, entretanto, comporta também os elementos de risco: “qualquer situação agida sobre a cena da realidade que se aproxime em demasia de uma representação fantasmática recalcada exercerá, em relação a esta última, um poder de imantação” (Aulagnier, 2004, p. 15).

Que tipo de fantasma o corpo do bebê percebido como *inadequado* ao desejo parental poderá suscitar? Questão impossível de responder exatamente, porque o conteúdo

fantasmático de cada membro do casal refere-se ao seu próprio percurso no desenvolvimento infantil, e há ainda a singularidade do bebê que pode ou não comportar a tal inadequação identificada pelos pais. Para alguns psicanalistas, o corpo, “em sua dimensão material, não comparece nesses casos como causa, mas como limite, e como provocador de ressonâncias de ordem fantasmática tanto para o sujeito infantil como para seus pais [...]” (M. C. Kupfer, 2000). O ponto central consiste nos recursos de que cada membro do casal e o bebê dispõem para elaborar e/ou se defender dos elementos conflitantes.

Com relação ao desenvolvimento psicosssexual do bebê, Aulagnier propõe que resquícios do Édipo parental sejam os precursores do Édipo no primário. Esse cenário seria palco das seguintes fantasias:

O desejo da criança que teve a mãe, num longínquo passado, era o desejo de ter uma criança de sua própria mãe e, se tudo evoluiu normalmente, sua infância foi marcada pelo desejo de ter uma criança do pai, e depois, por um desejo de criança cujo pai imaginário, não sendo mais o seu próprio pai, passou a ser este homem futuro. (Aulagnier, 1975, p. 80)

A diferença inserida pela autora em relação ao que propõe Freud nesse desfile de objetos fantasmáticos é o desejo da criança por um filho de sua mãe que, historicamente, remete a um desejo ainda mais primitivo que o desejo da menina por um filho do pai. A impossibilidade da mãe em acolher a singularidade do bebê, percebido como inadequado, poderia despertar defensivamente um processo de regressão a esse ponto primitivo de seu desenvolvimento libidinal em que desejou ter um filho de sua mãe.

Para a autora, um retorno à fantasia acima descrita é sugestivo de conflitos significativos no projeto identificatório dessa mãe, pois esse bebê primitivo é representante de uma parte do corpo da mãe – quando ela era criança – suscitado pelas vivências da mãe-adulta com o bebê real. Nesse sentido, o corpo do bebê tomará o status de objeto parcial/vital para o funcionamento psíquico da mãe como uma restituição narcísica, porém, põe em jogo a autonomia psíquica do bebê para salvar a mãe da angústia de mutilação a que foi acometida outrora. Essa experiência, que suscita o risco de “amputação”, ocorreria no processo primário de funcionamento psíquico e seria precursora da angústia de castração.

O futuro psíquico dessa criança atrela-se em alguma medida ao papel do porta-voz, assim como ao discurso daqueles que atendem às demandas do bebê “e que exigem, em contrapartida, que a criança seja conforme à imagem que ocupou o seu futuro berço, antes que seu corpo o ocupasse” (Aulagnier, 1975, p. 84). A análise da relação entre o porta-voz, o corpo da criança e sua ação repressora oferece-nos as pistas sobre a problemática identificatória em questão – ela tem como função incontornável a decisão entre o que é

“psicose da não-psicose”; os desvios nesse processo de transmissão que se dá “de sujeito a sujeito, de um reprimido necessário às exigências estruturais do Eu” (Aulagnier, 1975, p. 110) é o que abre espaço para o terreno das psicoses.

A posição terceira ocupada pelo representante da função paterna pode ser o elemento decisivo para o desfecho dessa problemática. Ao pai cabe a tarefa de testemunhar a existência de uma ordem cultural e social a qual ele próprio se submete e, graças a isso, se interpõe à díade marcando um corte estrutural. Um movimento desviante nesse percurso seria, por exemplo, um pai ou representante da função paterna que pretendesse encarnar o “legislador onipotente”.

Assim como cada membro do casal parental pode pôr em jogo um repertório único com relação à sua produção fantasmática, cada um também pode funcionar como ponto de equilíbrio para a fragilidade do outro e, dessa forma, minimizar os efeitos projetivos sobre o bebê, transformando-os em elementos identificatórios ofertados e que são passíveis de ser integrados e/ou recusados por ele.

Existe um processo de interação entre os elementos fantasmáticos que provêm dos pais – oriundos de suas histórias infantil e familiar – e aqueles que são, muito precocemente, engendrados pelo bebê, e que respondem a contingências atuais. Alimentar-se na fonte fantasmática parental é uma experiência fundamental – e, portanto, constitucional – no processo de subjetivação. Do lado do bebê, infere-se que:

O aparecimento do fantasma é essencial para o desenvolvimento da criança, porque ela (a vida fantasmática) vai eliminar a distância existente entre a experiência vivida, as suas necessidades psíquico-somáticas e as suas capacidades de integração psíquica. (Alvarez & Golse, 2009, p. 51, parênteses nossos)

O processo de construção do fantasmático comporta tanto elementos constitucionais como patológicos. Lebovici e Soulé (1980) fizeram um compilado sobre a construção do fantasmático na obra de alguns teóricos. Em Klein, segundo os autores, o fantasma comporta as mesmas características defensivas e de satisfação de desejo postuladas por Freud, mas acrescentam que, para ela, os fantasmas são representações psíquicas das pulsões libidinais e destrutivas; além disso, propõe uma linha de evolução na qual os fantasmas primários são vividos sem diferenciação entre fenômenos somáticos e mentais: “os fantasmas são vividos nas sensações; mais tarde, adquirem a forma de imagem plástica e de representação dramática” (1980, p. 185). Sobre a obra de Winnicott, observam que o fantasma pode ser descrito “como uma das consequências da união da criança e dos cuidados maternos” (p. 186), e que há a alucinação de um objeto sem que ele tenha sido percebido como um objeto

separado. Reforçam, ainda, que essa união pode ser compreendida, de acordo com M. Faim, a partir do “investimento do recém-nascido pelo narcisismo materno” (1980, p. 186). Acrescento uma última interpretação dos autores sobre o fantasmático como “o produto da relação contínua entre a mãe e a criança, da mesma forma que a imagem do corpo e a linguagem” (1980, p. 187) – agora baseada em uma apresentação de Benassy e Diatkine em consonância com Lagache.

Sem a pretensão de propor algum tipo de síntese entre as diferentes propostas acima apresentadas acerca do conceito de fantasma em psicanálise, queremos apenas destacar a presença fundamental de um elemento sem o qual o desenvolvimento do fantasmático não seria possível: a presença de uma mãe que toca, acalenta e enuncia algo para e sobre esse bebê.

Se o fantasmático surge como necessidade representativa – seja na função de satisfação de um desejo, seja na função defensiva –, em ambos os casos inclui necessariamente a interação com um cuidador que ofereceu ao bebê uma experiência satisfatória capaz de ser evocada pela fantasia, ou com um cuidador que figura como o operador da frustração/invasão, que colocaria em jogo os fantasmas defensivos. Entendemos assim que a experiência sensorial oferece os primeiros elementos para a produção fantasmática que deverá ser incrementada com o cruzamento entre os fantasmas/desejos parentais.

Aos pais cabe a tarefa de integrar três elementos complexos: 1º a criança fantasmática que estabelece relação com o passado parental e uma projeção de futuro mais a nível inconsciente; 2º a criança imaginária, filha do desejo e dos sonhos parentais relativamente representáveis por palavras; 3º o bebê real (Alvarez & Golse, 2009). Ao bebê cabe o trabalho de metabolização dos elementos heterogêneos oferecidos pelas figuras parentais e dos elementos advindos de suas próprias pulsões.

Observamos em Aulagnier, conforme mencionado, que no processo de desenvolvimento libidinal da criança houve, num momento anterior ao desfecho edípico, o desejo de receber da mãe um bebê que tem valor de objeto parcial, e que o retorno a esse bebê fantasmático primitivo, diferente do bebê imaginário que a menina esperou ganhar do pai, abre espaço para problemas na interação mãe-bebê e pode representar riscos para o processo de construção do papel parental e constituição psíquica do bebê.

O elemento paradoxal nesse contexto é, pois, o fato de o bebê real confrontar o desejo e o projeto parental atual ao mesmo tempo em que se mostra capaz de encarnar o bebê outrora “vitalmente” desejado. Assim, o que denominamos bebê (in)esperado pode comportar desejos

fantasmáticos e imaginários absolutamente inconciliáveis do ponto de vista lógico, mas integráveis do ponto de vista subjetivo e inconsciente.

São muitos os elementos que concorrem para o desenvolvimento paralelo entre o parental e a constituição psíquica do bebê. A fatalidade de um traumatismo do encontro implica o fracasso conjunto de vários desses elementos: a capacidade de investimentos provindos da função materna, o corte e a sustentação oferecidos pela função paterna, o estabelecimento do contrato social entre os pais e a sociedade e, por fim, os recursos internos do bebê para administrar todas essas demandas e projeções.

A heterogeneidade desses elementos impõe um árduo trabalho psíquico aos envolvidos. Nesse sentido, quando o conteúdo *inesperado* que se apresenta no corpo ou no psiquismo do bebê faz ressonância com o passado fantasmático parental, temos as condições para a potencialização do inquietante, tal como propõe Freud (1919) com o conceito de *Unheimliche* – o estranho familiar.

A sustentação ambiental entraria como pedra de apoio quando falha esse suporte inicial no contexto familiar. Ao ambiente cabe oferecer os recursos por meio da sustentação e da linguagem para elaboração do conteúdo inquietante presente em tais fantasias; entretanto, a excessiva idealização do papel parental presente no ideal contemporâneo impõe barreiras à expressão dos afetos hostis, o que não os impede nem de existir, nem de mostrar os seus efeitos.

Capítulo 4. O contexto político-institucional da perinatalidade no Brasil

*Qual a proporção de indivíduos antissociais
que a sociedade pode conter sem perder sua
tendência inata à democracia?
(Winnicott, 1950a, p. 231)*

Apresentamos aqui um panorama das principais políticas públicas relacionadas à mulher e à criança implementadas no Brasil nas últimas décadas, situando-as no cenário político. A gestação de alto risco está no centro de nossa temática e, por essa razão, introduzimos esta discussão localizando o conceito de *risco* no cenário contemporâneo.

4.1 O risco

O conceito de risco comporta concepções específicas para cada área do conhecimento. Em saúde, o conceito é definido como um perigo potencial, que considera a possibilidade de ocorrer uma reação adversa à saúde de pessoas expostas a ele, ou ainda a possibilidade de dano físico, psíquico, intelectual, moral, social, ou cultural do ser humano.

É a partir dos anos 60 que o conceito de risco começa a ganhar força. Ele se torna acessível e de certa forma incontornável, na década de 80, devido a sua crescente incidência na mídia. A diversidade qualitativa dos riscos marcou esse período, em especial com o cenário construído em torno do medo de contaminação pelo vírus da AIDS. O risco está sempre presente; desde o risco de terrorismo, que engendra um contexto de guerra sem fim, a questões climáticas, o estilo alimentar restritivo, tudo isso impõe um modo de relação diferenciado com passado e futuro. No passado, encontramos decisões ou pessoas responsáveis pelos flagelos atuais; no futuro, o desconhecido, o perigoso, que pode romper com o “equilíbrio” presente.

A tentativa de dimensionar o risco está intrinsecamente ligada aos esforços no sentido de controlar o futuro e prevenir o indivíduo ou a coletividade de tais danos. Há, também, uma dimensão subjetiva nesse movimento de sinalizar o risco e associá-lo a uma decisão pessoal e/ou coletiva que teria o poder de impedir ou minimizar as consequências previstas: trata-se da dimensão de responsabilidade de cada sujeito frente a possíveis adversidades que podem acomete-los.

Vaz (2018) destaca um aspecto ético e político acerca do conceito de risco. Segundo seu entendimento, há uma tendência a vincular consequências negativas às práticas de prazer e mais especificamente a uma decisão a ser tomada pelo sujeito. Para o autor, esse conceito “orienta a busca de uma ação passada que poderia não ter sido realizada e que foi a responsável, no todo ou em parte, pela existência dos sofrimentos presentes” (p. 106).

Vaz analisa as consequências da ascensão do conceito de risco nos últimos anos e a influência no processo de subjetivação. Segundo o autor, em vez de almejar mudanças e novas conquistas para o futuro como fazia o homem moderno, a atualidade trouxe uma necessidade de *preservação do presente*, ou seja, o futuro se dá como uma ameaça à continuidade do presente. Diante disso, como garantir a continuidade linear ou ao menos conhecida do presente?

Abrimos aqui um parêntese para destacar que as primeiras linhas deste capítulo foram escritas em março de 2020 em Paris, justamente no momento inicial da primeira onda da pandemia na Europa, num contexto de risco e total incerteza quanto às consequências que o novo coronavírus poderia trazer à humanidade. A ideia exposta por Vaz soava leviana, na medida em que sugeria uma certa crítica a esse movimento de relacionar as consequências adversas do futuro a uma responsabilidade pessoal ou atribuída a um líder, por exemplo.

Nossa contrariedade se dava justamente porque havia um cenário de indignação por parte da comunidade científica diante das declarações do então presidente do Brasil, que constantemente negligenciava as medidas de proteção individual e a gravidade daquilo que se tornaria meses depois uma carnificina da população brasileira, especialmente daqueles que tinham menos recursos econômicos.

Ocorre que a responsabilidade pela má gestão das políticas públicas de saúde e econômica durante essa pandemia tornaram-se visíveis a qualquer crítico amador, mesmo assim, por detrás de nossos divãs on-line, observávamos a culpabilidade sendo partilhada e ressignificada entre os sobreviventes dos casos graves e familiares enlutados. Cada vítima, em sua singularidade, seja por ter negligenciado o risco, seja por ter aderido ao chamado tratamento precoce com ineficácia comprovada (Furlan & Caramelli, 2021), seja pela impossibilidade de se proteger adequadamente em função da insegurança econômica, precisou lidar, ainda que vítima dessa política de morte, com alguma quota de culpa e responsabilidade em seu íntimo. Daí a relevância da compreensão dessa relação apontada por Vaz acerca do anúncio do risco e da distribuição da responsabilidade. Fecho o parêntese.

Vaz (2018) faz uma relação entre medo e poder de controle, pois o contexto de risco permite ao Estado a adoção de políticas securitárias. Contudo, no contexto acima exposto

acerca da pandemia, havia uma inversão no método de controle: o projeto político previa justamente mascarar o risco real e minimizar o medo da população com a inserção de um coquetel de drogas ineficazes a fim de gerar uma sensação de proteção e de “permitir” que a roda da economia não parasse. Nesse sentido, o conceito de risco tal como difundido na atualidade prevê uma mudança no modo de se relacionar com o passado, na medida em que impõe individualmente, independente do contexto social, uma sensação de responsabilidade por decisões “tomadas” no passado, assim como um receio em relação a mudanças e incertezas que o futuro representa, daí a necessidade de preservação do presente.

Retornando ao conceito de risco, passamos a discutir suas implicações no processo de gestação. O ideal pós-moderno de preservação do presente recai também sobre o contexto de uma gestação que é, paradoxalmente, uma situação em que a própria lógica do desenvolvimento prevê mudanças ao longo de todo o processo. Uma gestação considerada de alto risco denuncia sempre, em alguma medida, o risco de morte materna e/ou fetal.

Evitar a mortalidade materno-infantil está entre os objetivos explicitados logo no prefácio da 6ª edição do “Manual de Gestação de Alto Risco” recentemente publicado pelo Ministério da Saúde: “A mortalidade materna é uma das maiores chagas médico-sociais que maculam nosso país [...] O estupor só aumenta quando a avaliação das mortes revela a inevitabilidade dos óbitos em 90%.” (Brasil, 2022c, p. 8)

Evitar a morte é o pano de fundo no contexto do pré-natal de alto risco. Uma vez inserida nessa modalidade de acompanhamento, a mulher permanecerá até o fim dessa gestação, independente da evolução. A ideia vigente é a de uma “avaliação continuada de risco” que permita uma estratificação do risco para oferecer a tecnologia adequada e necessária a cada caso. Existem coordenadas para a inclusão nesse tipo de acompanhamento que teoricamente não deveriam se limitar a uma lista fechada de patologias, muito embora o próprio manual dedique 96 % de suas quase setecentas páginas à definição e ao mapeamento de condições adversas associadas ao risco na gestação. A proposta do Ministério da Saúde é, no entanto, identificar “condições” que classificam a gestante como de alto risco:

Algumas características individuais, condições sociodemográficas, história reprodutiva anterior, condições clínicas prévias à gestação podem trazer risco aumentado de patologias incidentes ou agravadas pela gestação. Todavia, essas características não compõem uma lista estática e imutável e devem ser avaliadas segundo o perfil epidemiológico das gestantes de determinado contexto. (Brasil, 2022, p. 13)

No caso do acompanhamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a proposta é que a gestante continue sendo acompanhada pela Atenção Primária em Saúde (APS), mesmo

quando encaminhada para outro equipamento de saúde especializado, pois “é no território que as relações sociais e demandas ocorrem” (Brasil, 2022, p. 11). A ideia é que isso seja implementado a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), que deve organizar as equipes de referência por meio de equipes multiprofissionais a fim de garantir um conjunto de serviços coordenados de saúde perinatal.

A partir do momento em que o contexto de risco gestacional é identificado – guardadas as diferenças sociais e regionais –, abre-se uma via diferente no acompanhamento da díade e, em tese, a estrutura de equipamentos e profissionais é ampliada. O acesso às consultas médicas com intervalo reduzido e a disponibilidade de um número maior de exames são os primeiros pontos a serem disponibilizados às mulheres incluídas no programa, tanto na rede pública como na rede privada de saúde. Para além da dose suplementar de cuidados, que sinais o contexto de risco oferece a essas mulheres? Do ponto de vista emocional, tanto para a família, quanto para o bebê, esse ambiente antecipatório atravessado pelo risco parece ser capaz de imprimir suas marcas no processo de constituição psíquica do bebê e na construção parental.

Retornamos à ideia inicial de articular risco, controle social e distribuição de responsabilidades. Num primeiro momento parece razoável que se considere a responsabilidade da própria gestante frente à vulnerabilidade das condições de sua gestação; entretanto, as falhas na gestão e execução de tais políticas conferem um ônus subjetivo que deverá ser partilhado com essas mulheres que, diante de abortamentos, más-formações e doenças, precisam se haver com sua parcela de responsabilidade sem, no entanto, poder mensurar as falhas dessa estrutura de cuidado que anuncia de saída, quase como um álibi, um risco de morte para a díade.

Há que se considerar o impacto subjetivo de gestar e nascer em um contexto de risco anunciado e estruturado socialmente. Esse processo envolve tomadas de decisões que poderão impactar para sempre a vida dos envolvidos, visto que toda decisão implica uma consequência e, portanto, uma relação de culpabilidade e/ou superação. O cenário social tecido na relação da família com os profissionais de saúde antecipa a chegada de um bebê e confere elementos importantes para a construção do papel parental, que contará desde o início com uma marca específica do atravessado social. Trata-se da função paterna que pode ser encarnada pela equipe de saúde ao se interpor como uma faceta da dimensão social entre a família e o bebê; assim, poderá figurar como estruturante, na medida em que introduz nessa antecipação relacional os parâmetros da cultura ou, ainda, como entravante, tendo em vista que se omite ou se impõe como detentora exclusivo do saber-poder sobre a saúde do bebê e da mulher.

4.2 O contexto político da perinatalidade no Brasil

O objetivo aqui é percorrer o caminho de construção das principais políticas públicas voltadas à saúde da mulher e da criança no cenário político brasileiro nas últimas décadas. As primeiras políticas públicas em relação à mulher e à criança começam timidamente a ganhar espaço no cenário nacional a partir de 1937 – período Getulista –, quando o departamento nacional do então Ministério da Educação e Saúde institui ações para proteção da maternidade, infância e adolescência. A Constituição de 1934 introduziu a “licença-gestante” que era custeada pelo empregador, o que representava barreiras à contratação de mulheres. Somente em 1974, durante a ditadura militar, esse custo foi transferido para a previdência social.

Foi no ano seguinte – 1975 –, ainda sob o regime repressivo da ditadura, que, na alternância de poder entre os generais, tivemos o período conhecido como milagre econômico, seguido do conseqüente endividamento do Estado. Nesse contexto, em que a geração de emprego era crescente e a mão de obra feminina já representava uma força importante para a engrenagem econômica, foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PNSMI), o qual tinha a redução da *mortalidade* materno-infantil como principal objetivo. Eis aqui uma importante política pública nascendo com a missão de evitar a morte da mulher/trabalhadora.

O acesso à saúde era limitado aos trabalhadores contribuintes. Nesse período, o Ministério da Previdência e Assistência Social geria o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1977.

Com o processo de redemocratização em curso no país, ainda sob o comando do general Figueiredo – último presidente do regime militar no poder –, nasce o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) no ano de 1983. O objetivo técnico se mantém em torno da redução da *mortalidade* materno-infantil, porém, as discussões foram incrementadas por princípios de universalização da saúde que estariam, alguns anos depois, presentes na base da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Outro ponto importante foi o atravessamento de discussões levantadas pelo movimento feminista que versava sobre o direito reprodutivo da mulher.

No ano de 1984, o PAISCMC foi subdividido em duas frentes: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), mantendo seus objetivos no sentido de “diminuir a *morbimortalidade*

infantil e materna e alcançar melhores condições de saúde por meio do aumento da cobertura e da capacidade resolutiva dos serviços” (Brasil, 2011b, p. 13, *itálico nosso*).

A criação dessa política contou, pela primeira vez, com a voz das mulheres. Houve intensa participação de organizações do movimento de mulheres que buscavam uma visão integral da mulher para além da anatomia: “o que elas defendiam era que o *integral* se referisse também ao contexto social, psicológico e emocional das mulheres a serem atendidas” (Osis, 1998, p. 29). Os anos de silêncio e morte da ditadura militar chegam ao fim, mas é também a morte que impede Tancredo de ser empossado: o primeiro presidente eleito por voto indireto após vinte e um anos de regime militar foi substituído por seu vice José Sarney, que governou de 1985 a 1990.

O direito universal à saúde aparece como um importante compromisso assumido na constituição de 1988 que balizou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que consagrou a proteção integral à infância e à juventude, ambos no ano de 1990, quando o povo também elegeu democraticamente o primeiro presidente após a ditadura militar: Fernando Collor. O Brasil se alinha e, em certa medida, se adianta em relação ao cenário internacional, assumindo importantes pactos e convenções internacionais sobre os direitos humanos das crianças. Paralelamente a essas conquistas, o Brasil vive uma grande decepção com a destituição do presidente Collor no ano de 1992, quando foi substituído pelo vice-presidente Itamar Franco.

O desafio da década de 90 foi justamente a transição e implementação do SUS, já que a desigualdade na distribuição de recursos e no acesso à saúde eram enormes. Nos anos finais do INAMPS, a divisão orçamentária era feita da seguinte maneira: “a região sudeste recebia 59% dos recursos, tendo 44% da população. As regiões norte e nordeste recebiam 20% dos recursos, para uma população equivalente a 34%” (Brasil, 2002a, p. 26). O cuidado e a proteção parecem mirar o setor econômico: geograficamente, o alvo inicial eram as capitais econômicas, e socialmente o alvo foram as mulheres com empregos formais.

A distribuição de recursos e as formas de financiamentos do SUS eram os desafios dos governos de Itamar (1992-1994) e de Fernando Henrique (1995-2002). Nesses anos desenvolveram-se no Ministério da Saúde várias iniciativas no campo da humanização da atenção à saúde, alinhadas com programas internacionais.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi implantada em 1992. O aleitamento materno é uma das estratégias mais eficazes adotadas contra a *mortalidade infantil* (Escuder, Venancio, & Pereira, 2003; Victora, 2009), e é com base em estudos que comprovam essa relação que o ministério da saúde adota o programa Iniciativa Hospital

Amigo da Criança (IHAC), uma estratégia da Organização Mundial da Saúde (OMS), em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), criada com a finalidade de “apoiar, proteger e promover o aleitamento materno, consistindo na mobilização de profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades para mudanças em rotinas e condutas visando prevenir o desmame precoce” (Lamounier, 1998, p. 319). O conjunto de medidas para atingir a meta de ampliação do aleitamento materno foi denominado pelo Ministério da Saúde “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, no qual são detalhadas as estratégias (Brasil, 2008).

Em 1994, é criado o Programa Saúde da Família (PSF), para fortalecer a Atenção Primária com equipes multidisciplinares compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde que trabalham em Unidades de Saúde da Família, nas casas dos pacientes e nas comunidades com ações preventivas e de promoção da saúde (Brasil, 2000).

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) instituído em 2000 tem entre suas prioridades “concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de *morbimortalidade* materna, peri e neonatal registradas no país” (Brasil, 2002b, p. 5), além de melhorar a cobertura, o acesso e a qualidade do acompanhamento em todas as etapas do período perinatal, buscando investimento e ampliação das unidades hospitalares dessa rede.

Os programas da última gestão foram mantidos e continuados pela gestão seguinte do presidente Lula (2003-2010); o desafio, porém, era promover a integração e ampliá-los. Em 2003, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Humanização (PNH), que apostava na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. A discussão em torno da definição de humanização ganha força. “Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (Brasil, 2004b, p. 6).

Ainda em 2003, foi criada a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), que ajudou na construção de políticas públicas de combate à violência contra mulheres.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), instituída em 2004, ultrapassa os limites da saúde reprodutiva e abrange novos temas como diversidade e desigualdade de gênero e racial. A PNAISM, assim como as políticas anteriores, estabelece diretrizes para a redução da *mortalidade materna*, dos abortamentos em condições de risco e da precariedade da assistência obstétrica e de anticoncepção. Inclui também a atenção às mulheres vivendo com HIV/Aids, doenças crônicas e câncer ginecológico; o combate à

violência doméstica e sexual; a melhoria da saúde de mulheres adolescentes e na menopausa, de lésbicas, negras, indígenas, trabalhadoras da área rural e em situação de prisão (Brasil, 2004a).

Em 2005, o Ministério da Saúde, através da secretaria especial de políticas para as mulheres, lança a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. O objetivo era garantir os direitos da população (homens e mulheres adultos e adolescentes) à saúde reprodutiva e sexual, voltando-se ao planejamento familiar. A proposta era ampliar a oferta de métodos contraceptivos reversíveis, acesso à esterilização voluntária, e a introdução de métodos de reprodução humana assistida, todos pelo SUS (Brasil, 2005a).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) é criado em 2008 para apoiar as equipes de saúde da família. Ampliando as ações da Atenção Básica do SUS, está prevista a inclusão de profissionais como psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, profissionais de educação física, farmacêuticos e fonoaudiólogos (Brasil, 2010).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi criada em 2009, alinhada também à Política Nacional de Atenção Básica:

[...] muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas. (Brasil, 2009, p. 5)

A cientista política Eleonora Menicucci fez uma análise do setor de saúde no governo Lula e concluiu que foi um misto de continuidade e mudança: “se no âmbito setorial não se verificaram mudanças ou ações de maior envergadura, o saldo em relação aos determinantes da saúde foi extremamente positivo” (2011, p. 531).

Os destaques do governo Dilma (2011-2016) – primeira presidenta mulher do Brasil, que viria a ser destituída do poder em meados de seu segundo mandato – foram a criação da Rede de Atenção Psicossocial, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e o Programa Mais Médicos, que visava suprir a carência de médicos em regiões de difícil acesso.

No ano de 2011 foi instituída a Rede Cegonha, composta por quatro componentes principais: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança, e sistema logístico com transporte sanitário e regulação. Nessa proposta, que prevê a criação de casas de parto e a participação de doulas e enfermeiras, observamos um esforço de modificação no olhar em relação ao nascimento, além de resgatar o protagonismo da mulher:

Trata-se de um modelo que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza. Não se pode esquecer jamais que dar à luz não é uma doença ou um processo patológico, mas uma função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher e o(a) parceiro(a) envolvido(a). (Brasil, 2011c, p. 5)

Essa rede sistematizou um importante conjunto de diretrizes e protocolos que serão apresentados abaixo conforme exposto no site da Secretaria de Estado de Saúde:

- Boas Práticas ao Parto e Nascimento – Organização Mundial da Saúde, 1996.
- Manual de Orientação sobre o Transporte Neonatal – Ministério da Saúde – Brasília, 2010.
- Gestação de Alto Risco - Manual Técnico – Ministério da Saúde – Brasília, 2012.
- Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco – Cadernos de Atenção Básica nº32. Ministério da Saúde – Brasília, 2013.
- Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia – Ministério da Saúde – Brasília, 2014.
- Atenção às Mulheres com Gestação de Anencéfalos - Norma Técnica – Ministério da Saúde – Brasília, 2014.
- Checklist do Parto Seguro – Organização Mundial da Saúde, 2015.
- Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal - 2016 – Ministério da Saúde – Brasília, 2016.
- Diretrizes de Atenção à Gestante - A operação cesariana – Ministério da Saúde – Brasília, 2016.
- Diretrizes de Estimulativo Precoce – Ministério da Saúde – Brasília, 2016.
- Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia – Ministério da Saúde – Brasília, 2016.
- Protocolo de Atendimento à Gestante, Puérpera e Recém-nascido - Mato Grosso do Sul, 2017.
- Caderneta da Gestante – Ministério da Saúde – Brasília, 2016. (Brasil, 2022e)

Em 2015, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), ela propõe uma articulação entre gestores estaduais e municipais e tem por objetivo:

Promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento. (Brasil, 2018, p. 9)

As estratégias dessa política são organizadas em torno de sete eixos cuja finalidade é orientar gestores e trabalhadores sobre as ações e serviços de saúde no território, são eles:

Eixo I – Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido.

Eixo II – Aleitamento materno e alimentação complementar saudável.

Eixo III – Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral.

Eixo IV – Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas.

Eixo V – Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz.

Eixo VI – Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade.

Eixo VII – Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno.

Tanto a Rede Cegonha quanto a PNAISC, para além da sofisticação dos cuidados previstos, tinham em seus objetivos primários a função de promover a redução da mortalidade materno-infantil.

Após o processo político de impedimento da presidenta Dilma, o cargo foi substituído pelo então vice-presidente Michel Temer entre 2016 e 2017. Observamos que nesse breve período não houve grandes alterações nas políticas públicas já implementadas em torno da mulher e da criança; entretanto, com a Proposta de Emenda à Constituição que ficou conhecida como a PEC do teto de gastos públicos, a saúde sofreu uma redução orçamentária importante no ano de 2016 e, especialmente para o SUS, o impacto foi enorme.

Nessa gestão, no ano de 2016, foi instituído o Programa Criança Feliz, que trata da intersetorialidade na visita domiciliar e tem entre seus objetivos capacitar os profissionais que atuam no atendimento às famílias, estruturado

para oferecer uma visão abrangente do conjunto de políticas existentes no âmbito do governo federal presentes nos territórios, e sua interface com o Programa Criança Feliz. Espera-se que quando da realização das visitas e da identificação de demandas provenientes das famílias atendidas, o acesso às políticas seja viabilizado. (Brasil, 2017, p. 3)

De acordo com Bravo e Pelaez (2020), Temer inicia o que as autoras denominam contrarreforma na saúde. Elas apontam para discontinuidades ideológicas importantes em relação às diretrizes fundadoras do SUS e vislumbram uma perspectiva pessimista em relação ao governo que o sucede:

A partir do governo Temer verifica-se a aceleração e a intensificação das políticas que contribuem para o desmonte do Estado brasileiro. No governo Bolsonaro tem-se o aprofundamento das contrarreformas iniciadas no governo anterior, haja vista a proposta central de reforma da previdência apresentada ao Congresso Nacional, em fevereiro de 2019, e as declarações de que será necessário fazer mais com os mesmos recursos, que retira do horizonte um maior aporte de recursos orçamentários para as políticas sociais. (Bravo & Pelaez, 2020, pp. 194-195)

Tal como previsto, a descontinuação de programas sociais e de saúde se concretizou a passos largos na gestão do presidente de extrema direita Jair Bolsonaro (2018-2022). O primeiro ponto foi o desmonte do programa Mais Médicos, expulsando do país os médicos cubanos que faziam parte de um convênio firmado em gestões anteriores e que atuavam na atenção primária e cobriam regiões remotas do Brasil.

Em 2020, houve um decreto presidencial que possibilitava privatizações na Atenção Primária em Saúde; entretanto, a repercussão negativa em vários setores da sociedade levou à revogação do decreto. Dentre as principais mudanças relacionadas ao materno-infantil, observamos a divulgação pelo Ministério da Saúde de uma nova Caderneta da Gestante, a substituição da Rede Cegonha pela Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI) e, para encerrar a gestão de maneira desastrosa, o Ministério da Saúde lança o documento Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento, com o objetivo de orientar os profissionais nesse contexto. As três iniciativas foram realizadas em 2022, último ano da gestão.

A nova Caderneta da Gestante, anunciada em maio 2022 pelo Ministério da Saúde em comemoração ao dia das mães, confronta evidências científicas e conquistas já consolidadas como, por exemplo, o acompanhamento da gestante por uma equipe multiprofissional. Ela promove práticas comprovadamente não eficazes como o incentivo à amamentação como método contraceptivo: “A amamentação exclusiva já oferece uma proteção contra uma nova gravidez até os primeiros 6 meses, mas só se a mulher estiver amamentando em livre demanda e se sua menstruação ainda não tenha retornado” (Brasil, 2022b, p. 44).

A caderneta indica a prática da episiotomia – corte feito no períneo durante o parto para facilitar a saída do bebê – contraindicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 2018, e também o uso do soro com ocitocina para indução do trabalho de parto e o rompimento da bolsa das águas. Enquanto na versão anterior da caderneta esses procedimentos apareciam com a ressalva de que “não devem ser realizados de rotina” (Brasil, 2018, p. 30), na atual, tais procedimentos “podem ser indicados pela equipe médica após avaliação da necessidade” (Brasil, 2022, p. 32). Essas práticas fazem parte de uma “tradição”, mas carecem de evidências científicas e implicam riscos, além de terem o potencial de causar dor e complicações desnecessárias (Pasche, Albuquerque, & Martins, 2010). Na versão anterior havia um espaço para o “Plano de Parto”, uma carta feita pela própria gestante, orientada pela OMS, na qual poderia registrar por escrito suas preferências em relação ao processo do parto, procedimentos médicos de rotina e cuidados do recém-nascido previamente discutidos com a equipe de saúde, no sentido de personalizar a experiência,

entretanto, o espaço para o plano foi suprimido do documento, e é assim que a voz da mulher vai sendo censurada pouco a pouco.

A caderneta da gestante é um importante instrumento de cuidado e acompanhamento – especialmente entre mulheres com menor escolarização e acesso a informações –, e faz diferença ter em mãos um documento simples, em linguagem acessível, que esclarece sobre um procedimento médico duvidoso que “não deve ser realizado de rotina”. Para além do que a mulher possa fazer com essa informação, tal divulgação promove um alerta que inibe o profissional médico de fazê-lo sem a devida justificativa, entretanto, para dar sustentação a essa virada ideológica de retirar o protagonismo da mulher, foi preciso dar mais poder aos médicos, concentrando neles a decisão inconteste, mesmo contrariando evidências científicas.

O terreno começou a ser preparado em maio de 2019, quando numa tentativa de calar os movimentos sociais feministas em torno da humanização do parto, o Ministério da Saúde, alinhado ao Conselho Federal de Medicina – órgão presidido por aliados políticos do atual presidente –, assinou um despacho orientando que o termo “violência obstétrica” era inadequado e deveria ser abolido de documentos oficiais e dos textos sobre as políticas públicas.

O movimento de humanização do parto iniciado nos anos 80 persegue a relação entre as práticas obstétricas e evidências científicas justamente para combater o estigma de “alternativo”, mas também para que a concepção de humanização possa ser legitimada enquanto paradigma que sustente um modelo a ser preconizado. A publicação de documentos governamentais que vão na contramão das políticas anteriores que buscavam alinhamento com a Organização Mundial da Saúde e tantos outros órgãos comprometidos com a saúde integral e os direitos humanos põe em risco a saúde do brasileiro e, principalmente, da brasileira.

A Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), criada também em 2022 sem a devida discussão com setores importantes da sociedade, altera e incorpora a Rede Cegonha. O anúncio inesperado pelo Ministério da Saúde foi duramente criticado por gestores de saúde e especialistas, pois exclui a enfermeira obstetra e ações de serviços que contemplem as crianças, ao mesmo tempo em que centraliza o acompanhamento do pré-natal em torno do médico obstetra. A RAMI deixa de incentivar o Centro de Parto Normal – equipamentos próximos ou dentro de maternidades inaugurados pela Rede Cegonha –, onde partos normais, que não fossem de risco, eram conduzidos por enfermeiras obstetras, obstetras e doulas. Esses profissionais são excluídos da proposta e o parto passa a ser tratado como um evento perigoso que deve se manter dentro dos hospitais.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass – e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems – emitiram uma nota crítica sobre a substituição do programa que não passou por qualquer pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT):

Os dois Conselhos lamentam o desrespeito ao comando legal do SUS com a publicação de uma normativa de forma descolada da realidade dos territórios, desatrelada dos processos de trabalho e das necessidades locais, tornando inalcançáveis as mudanças desejadas: qualificação da assistência à saúde das mulheres, gestantes e crianças do País. (Conasems, 2022)

A terceira e última proposta implementada por essa gestão no campo do materno-infantil que selecionamos para esta discussão foi a apresentação do manual “Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento” (Brasil, 2022a). Esse documento ganhou notoriedade após a repercussão pública no entorno do caso de uma criança de onze anos, vítima de estupro, que teve o direito ao aborto negado por um hospital em Santa Catarina. O hospital alegou ter feito a recusa baseado nas indicações técnicas desse manual, documento que dita como limite para o procedimento a idade gestacional de vinte e uma semanas e seis dias, sem nenhum amparo legal.

O documento é revestido de estratégias que preconizam “cuidados”, mas a grande novidade que introduz é a possibilidade de a mulher ser investigada e processada após o procedimento, mesmo tendo sido feito dentro da lei, pois a legislação brasileira que é da década de 40 prevê três situações para a realização do aborto: quando há risco para a vida da gestante, em caso de gestação resultante de estupro e para fetos anencefálicos – a terceira possibilidade foi acrescentada em 2012.

A perseguição às mulheres no contexto do abortamento legal começou em 2020, quando o Ministério da Saúde publicou a portaria de número 2.282, cujo primeiro parágrafo impõe ao profissional médico a necessidade de informar o procedimento às autoridades policiais:

É obrigatória a notificação à autoridade policial pelo médico, demais profissionais de saúde ou responsáveis pelo estabelecimento de saúde que acolheram a paciente dos casos em que houver indícios ou confirmação do crime de estupro. (Brasil, 2022d, p. s.p.)

Estão, portanto, a mulher e os profissionais da saúde, cerceados em seus direitos e deveres, em um contexto de fragilidade emocional para a mulher, submetidos ao crivo da autoridade policial. Mesmo a mulher que opta pelo aborto para salvar a própria vida deverá se precaver em relação às provas, porque poderá ser investigada.

Analisando detalhadamente o manual sobre abortamento, observamos que ele condensa uma importante virada na diretriz ditada pelas políticas públicas desde a década de 70: evitar a morte materno-infantil é o objetivo primeiro previsto em todas as políticas nacionais e internacionais voltadas à mulher e à criança, entretanto, é a primeira vez que observamos uma tendência a desconsiderar o risco de morte da mulher em função de uma ideologia.

A criança citada acima, que teve o seu direito ao aborto negado pelo Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, foi separada de sua família e alojada em uma instituição para menores com o objetivo de impedir a família de buscar os meios de realizar o aborto, como demonstra a reportagem do *The Intercept Brasil* (2022). Em seguida, a mídia divulgou um vídeo da juíza Joana Ribeiro Zimmer tentando convencer a criança a levar adiante a gestação – quando é sabido que, em função da idade, põe em risco a vida da menina. A juíza então propõe: “Você suportaria ficar mais um pouquinho com o bebê na barriga?” (Guimarães, Lara, & Dias, 2022).

As várias formas utilizadas para convencer essa criança a continuar a gestação impetrada por um abusador adulto passaram pela tentativa de ofertar-lhe um presente, a possibilidade de escolher o nome do bebê e tudo o mais de que pode dispor o requinte fascista. E qual foi o documento em que a juíza baseou sua decisão? Exatamente esse manual sobre o abortamento. Após o cumprimento da lei e dos direitos dessa criança, o hospital foi obrigado a ceder os restos mortais do feto para análise e investigação. É a ideologia que se sobrepõe à preservação da vida, e eles escolhem quais vidas valem a pena preservar.

Logo nas páginas iniciais do manual observamos a defesa da tese de que todo aborto é um crime:

Não existe aborto “legal” como é costumeiramente citado, inclusive em textos técnicos. O que existe é o aborto com excludente de ilicitude. Todo aborto é um crime, mas quando comprovadas as situações de excludente de ilicitude após investigação policial, ele deixa de ser punido, como a interrupção da gravidez por risco materno. (Brasil, 2022d, p. 14)

Como não falar em revitimização de uma pessoa que, antes de ser acolhida em sua dor, ainda que tenha seus direitos garantidos, será colocada na posição de criminosa até que se prove o contrário. E o que diz o manual em relação a mulher que recebe a indicação de aborto quando a manutenção da gestação põe em risco a sua vida?

Para a interrupção da gravidez por risco de morte da mulher, é recomendável que dois médicos atestem, por escrito, a condição de risco da mulher que justifica a interrupção. É desejável, ainda, que um dos médicos seja especialista na área da doença que motiva a interrupção. Também é necessário o termo de consentimento assinado pela mulher no qual ela

declara estar ciente dos riscos do prosseguimento da gravidez ou concorda com a decisão do aborto. (Brasil, 2022d, p. 15)

O texto parece burocratizar o processo a ponto de impor barreiras tanto ao equipamento de saúde, quanto à própria gestante que, sob a maquiagem de protagonismo, precisará se posicionar e atravessar o caminho burocrático frente à urgência de salvar a própria vida.

No capítulo sobre “acolhimento”, contido nesse documento, há uma sugestão de roteiro para o profissional psicólogo diante da mulher solicitante ou indicada ao aborto, lembrando que, das três situações previstas por lei: na primeira, a mulher decide entre continuar a gestação ou preservar a própria vida; na segunda, se ela não for uma criança, decide entre seguir ou não a gestação de um feto que é fruto de uma violência sexual e, no terceiro caso, a mulher decide entre prosseguir ou não com uma gestação cujo feto possui um comprometimento incompatível com a vida. Diante desse cenário, vejamos um trecho do roteiro sugerido ao psicólogo pelo documento:

Podem estar incluídas no roteiro de conversa questões como a maternidade e o desejo de ser ou não ser mãe, a sexualidade e o relacionamento com o parceiro. Assim como, na perspectiva da prevenção da repetição do abortamento, é importante o espaço para elaboração subjetiva da experiência, com a verbalização dos sentimentos, a compreensão dos significados do abortamento no contexto de vida de cada mulher. (Brasil, 2022c, p. 32)

A proposição da temática sobre o desejo materno, a sexualidade e a relação com o parceiro parece estar alinhada a uma atitude de sensibilização e convencimento da mulher no sentido oposto ao procedimento. O ponto mais aviltante e descabido do trecho se refere à “prevenção da repetição do abortamento”, pois, dentre as situações de que estamos tratando, duas excluem qualquer possibilidade de decisão ou prevenção da mulher (estupro e anencefalia). A presunção de mentira no discurso da mulher está textualmente registrada nesse tópico. Como falar em desejo de ser mãe, sexualidade e relacionamento com o parceiro quando o tema é o estupro?

O discurso vigente autoriza e sustenta o desrespeito e a violência contra a mulher. A violência obstétrica – proibida até de ser mencionada – encontra condições e respaldo legal nesse contexto ideológico. Se antes o objetivo norteador das políticas públicas era evitar a morte, passando por um processo de sofisticação dos valores em torno da vida ao longo dos anos, atualmente o cenário político brasileiro acerca do materno-infantil passa por um retrocesso inimaginável: a palavra e o corpo da mulher são postos em discussão sem sua participação. A antropóloga, professora e ativista Débora Diniz vem constantemente trazendo a público a denúncia do controle dos corpos femininos pelo patriarcado:

Há muita dor no parto, mas não são as dores das contrações e da expulsão que transformam o rito de parir em um momento violento — a violência é causada pelo abuso do poder médico e pela alienação das mulheres do processo decisório. (Diniz & Carino, 2019)

O ideal de preservação do presente apontado por Vaz no início deste capítulo pode ser identificado na manutenção de alguns aspectos de políticas referentes ao materno-infantil. O discurso político vigente que tenta conceder à mulher o lugar de “princesa” não o faz de modo inocente. A mudança, o novo e tudo aquilo que os ideais feministas preveem de alteração na estrutura social são encarados como perigosos, enquanto a estabilidade está na preservação do controle do patriarcado – daí o retrocesso nas políticas em torno da mulher que, desde Freud, é considerada um “continente negro”. Quem, senão a mulher, encarna tão bem o risco?

Capítulo 5. Desejos, planos e fantasias antes e depois do parto: narrativas das entrevistas

Apresentaremos um pouco da história e dos relatos colhidos, antes e depois do parto, de 11 núcleos familiares. Do 1º ao 6º núcleo familiar temos as famílias inclusas no programa de acompanhamento para gestação de alto risco que compõem o grupo 1. O grupo 2 é composto por cinco famílias com gestação típica que vai do 7º ao 11º núcleo familiar.

Embora a proposta inicial fosse a realização de três entrevistas para cada núcleo familiar, na prática apenas quatro núcleos familiares completaram as três etapas de entrevistas, os demais núcleos têm um conjunto de apenas duas entrevistas cada, sendo uma antes e outra depois do parto. Essas entrevistas foram transformadas em narrativas construídas a partir dos encontros, registrados em áudio, entre a entrevistadora e os familiares.

Todos os nomes dos participantes e das três instituições onde a coleta de dados foi realizada foram alterados ou omitidos para preservar a identidade e o sigilo das informações.

5.1 Narrativas núcleo familiar 1 – Regina e Caio

Narrativa M1

Gestante: Regina, 35 anos, contadora.

Pai do bebê: Caio, 35 anos, engenheiro. Participou desta entrevista.

Instituição: Hospital público. Tempo de gestação: 36 semanas

Data da 1ª entrevista: 28/03/2018 Previsão do parto: 18/10/2018

Fator de risco: Mioma, diabetes e obesidade.

1) Informações pessoais do casal:

Regina: Tem 35 anos, é formada em contabilidade, atualmente trabalha em casa, tem um irmão de 37, sua mãe tem 59 anos, o pai tem 65, eles são casados. Ela teve um aborto espontâneo em 2010. O casal vai oficializar a união ainda antes do nascimento da bebê.

Caio: Tem 35 anos, é engenheiro, tem duas irmãs mais novas de 30 e 22 anos, a mãe tem 59 anos e o pai faleceu há quatro anos, eles eram casados. Mostra-se muito calmo e sereno diante dos riscos que a gestação representa para sua esposa e filha.

Bebê: J., sexo feminino. **Filhos:** não tem

2) Gestação

A gestação aconteceu no limite do que poderia vir a impedi-la: a gestante estava com cirurgia marcada para a retirada de um mioma e o cenário não era bom, a diabetes elevada aumentava o risco de perder o útero, pois, caso tivesse uma hemorragia durante o procedimento, seria necessário fazer a retirada do útero para poupá-la. O casal conhecia bem os riscos. A confirmação da gestação veio na semana da cirurgia, que foi cancelada

para dar início ao acompanhamento gestacional de alto risco. Os exames acusavam um mioma de 9 cm antes da gestação, o crescimento dele também poderia inviabilizar o desenvolvimento do bebê e provocar um aborto espontâneo.

Avaliando a gestação, ela considera estar numa fase melhor, conta que no início chegou a desmaiar de tanta dor. O desafio atual é manter-se na dieta “ultra rigorosa”, ela estava com mais de cem quilos quando engravidou e isso dificulta o cenário que já é bem complicado. Até o momento ela ganhou treze quilos.

O pai se considera tranquilo, diz que o sofrimento dele é vê-la sofrendo, menciona também os desmaios dela como sendo a situação mais complicada que precisou enfrentar. Questiono-a sobre a razão dos desmaios, ela explica que o limiar de dor era tão alto que ela “apagava” – a dor teria começado junto com os movimentos da bebê: “quando ela encostava no mioma, a dor vinha”. Ao término dessa explicação vem a fala dela sobre o quanto essa criança é desejada e planejada por eles. Faço uma pequena brincadeira e confirmo a informação ao constatar que eles aproveitaram o “último minuto do segundo tempo para marcar o gol”.

Para driblar a dor, ela aprendeu a fazer uma massagem que afastava o feto do mioma, e explica que depois o útero foi esticando e a dor desapareceu. Completa que o sofrimento foi tanto que não houve tempo para ficar ansiosa com a chegada da bebê – é o que responde quando as pessoas perguntam sobre suas expectativas.

O marido a interrompe e conta sobre outra grande preocupação que tiveram no início da gestação: ela tem histórico de gestações gemelares na família e, até a confirmação, receavam porque “seria como uma gestação de três porque o mioma poderia crescer como um bebê”. Pergunto sobre o tamanho do mioma e o marido responde que era de nove centímetros no início e atualmente estava com doze, o que era bem positivo, pois o crescimento fora pouco.

A saúde da bebê é boa, a única preocupação é com relação ao peso dela – ela já está grande – em função da diabetes da mãe e não pode engordar muito mais.

3) Aspectos fantasmáticos

Quando pergunto se tem algo que a preocupa, ela não precisa pensar para responder, o medo de morrer no parto parece estar muito presente e é instantaneamente evocado com uma carga de emoção. Ela acredita que o parto deve ser cesariano em função do peso da criança, mas ainda não tem certeza sobre isso.

Tento sutilmente investigar se o medo de morrer é uma construção sua diante do cenário ou se de fato o médico havia mencionado algum risco real; o marido interrompe com sua tranquilidade característica e esclarece cuidadosamente, sem falar em morte, que o risco é absolutamente real. Ele explica que a retirada do mioma durante o parto foi descartada justamente pelo risco de hemorragia e a dificuldade de cicatrização que a diabetes provoca – o mioma estaria localizado no exato local onde se faria o corte da cesárea, mas ele não pode ser tocado, daí a dúvida sobre o parto.

Ela toma a palavra, em tom menos sereno que o marido e diz que “eles nunca utilizaram a palavra morte, mas a gente deduz, não é?”. O esposo falou que o problema é sério, mas que ficou maior com o “Dr. Google”. Ele conclui o assunto dizendo que a última ultrassonografia trouxe uma notícia boa: o mioma havia se deslocado um pouco da linha de corte da cesárea.

Ela fala novamente sobre o desafio da dieta, diz ficar muito mal-humorada porque está sempre com fome, não pode comer nem as coisas para diabéticos que estava habituada antes da gestação; ele diz que ela vive a base de carne e salada.

Ela fala que não consegue imaginar como será o rostinho da bebê, mas diz sonhar muito com ela, tem sonhos bons e muitos sonhos ruins. Pergunto sobre os sonhos e ela diz que tem muitos sonhos onde os vê sem ela, é como se ela estivesse em espírito vendo o marido e a filha. O relato é carregado de emoção. Abrimos um espaço para o silêncio, depois retomei o diálogo com uma pergunta ao pai sobre como ele tem lidado com isso. Ele quebra o clima tenso e diz que lida com brincadeira “digo a ela que vou buscá-la no inferno”, ele completa dizendo que leva na esportiva e que não entra “nessa espiral ruim que ela entra”.

Quanto ao pai, sobre se consegue imaginar como será a bebê, ele responde em tom de brincadeira que “não sonho, não imagino, não cogito, sou mais cartesiano”.

4) Sustentação

Ele pensa sobre o tema, mas não consegue indicar alguém ou alguma coisa que represente para ele uma sustentação; ela toma a palavra, lançada para ambos, e diz que vê no irmão seu apoio financeiro diante de alguma emergência, mas acredita que o apoio emocional fica entre o casal mesmo, um ajuda o outro. Ele concorda e reafirma o modo como eles se ajudam.

Ela exalta a qualidade do marido em oferecer apoio a ela, diz que “mesmo para reclamar dele, é com ele que eu falo”. Retorno ao marido e pergunto se ele se sente apoiado por ela.

Ele responde afirmativamente e explica que é uma pessoa introspectiva, que demanda menos esse tipo de apoio, e brinca ao mensurar essa necessidade numa porcentagem de 5% na relação, mas sabe que pode contar com ela quando precisar.

Sobre o que a filha vai precisar depois de nascer, ela diz em tom de brincadeira que tem tudo planejado até a faculdade dela. “Não sei bem o que ela vai mais precisar, mas o que eu mais gostaria de fazer por ela é dar experiência de vida”, explica que pensa como todo mundo sobre escola e outras coisas, mas sonha poder oferecer uma viagem curta, permitir que ela ande sozinha de metrô, quer dar autonomia para que ela seja independente. “Eu sei que essa autonomia às vezes a pessoa tem ou não, vai mais dela do que de mim, mas eu quero abrir o caminho para ela”. Conta que as pessoas dizem que ela vai ter medo de deixar quando ela nascer, e reitera: “que esse medo seja meu, não dela, mesmo assim ela vai”.

Ele completa dizendo que eles têm um combinado feito antes da gestação, e prezam por uma educação baseada em experiências: “quero ver minha filha pisar na grama”.

Sobre o que imagina que mais vai precisar depois do parto, ela responde com bom humor: “estar viva”. O marido sorri, tento manter o clima e digo: “só rindo, não é?”

5) Projetos pessoais

Apesar de todos os medos ela tem planos profissionais; está trabalhando muito pouco atualmente, mas tem uma proposta de retornar para um escritório onde já trabalhou; diz que financeiramente seria muito bom para a família. Não pretende se afastar totalmente do trabalho nem no primeiro mês, planeja incluir a filha em sua rotina, mas confessa que não sabe se vai conseguir. Caso venha a aceitar a proposta de retornar ao escritório, planeja cumprir a licença maternidade trabalhando de casa e depois vai recorrer a uma creche. Ele diz que também trabalha em casa e estará junto para ajudá-la.

O combinado é que ela amamente e que ele dê os banhos. Ela ficou irritada com as críticas que recebeu quando falou sobre isso na família; diz que questionam o fato de ela confiar o banho de uma recém-nascida a ele. Sente-se incomodada com comentários do tipo “dê valor”, referindo-se ao fato de o marido dividir as tarefas da casa com ela; diz que não entende por que nunca foi chamada de “boazinha”, já que divide as mesmas tarefas de trabalho e obrigações no lar que o marido.

Ele explica que as famílias têm um pensamento mais antigo “são mais tradicionais no sentido de pensar que essas obrigações são das mulheres, mas a gente está quebrando este paradigma”.

Narrativa M2 – Núcleo 1 Regina e Caio

Data do parto: 03/04/2018 Data da entrevista: 18/07/2018

Participantes: O casal e a criança Local da entrevista: Consultório particular

Sexo e idade do bebê: Feminino, 3 meses e 15 dias.

1) Ambientação

Logo na primeira interação, quando pergunto se está tudo bem com o casal, a entrevistada responde descontraidamente: “eu não morri” e sorri. Reajo no mesmo tom de brincadeira, apesar da sensação de ter sido descoberta, pois de fato havia essa apreensão da minha parte antes do contato telefônico.

Pergunto sobre a rotina; eles contam que colocaram a bebê para dormir no berço, mas adaptaram uma rede dentro do berço, desde o início. Explicam que atualmente ela não cabe mais na rede, porém, a bebê permanece no quarto ao lado. Fazem uso da babá-eletrônica. Justificam que tinham medo de terem dificuldade para tirar a bebê da cama; eles conhecem situações em que a criança deu muito trabalho aos pais para passar por esse processo e por isso decidiram de comum acordo tentar fazer diferente.

Ela acredita que a rotina com a filha está mais fácil do que imaginaram, “Não é nada do que as pessoas diziam para nós”; e o pai completa que ficavam velando o sono dela com medo dela acordar, mas entende que foi um processo e que hoje ela já dorme oito horas seguidas.

Houve uma pequena discordância entre o casal no início, sobre a interpretação do choro, ele achava que era “manha”, ela sentia a necessidade de acalantar, e conta que aguardou um pouco, como o marido propunha, mas logo pegou a criança em seus braços para acalmá-la.

2) Aspectos fantasmáticos:

Ela fala sobre a crença que tinha no fato de que a personalidade da criança é “moldada pelo ambiente”; tinha o sonho de proporcionar um ambiente muito adequado ao desenvolvimento da filha, e completa que ainda tem esse desejo, mas reconhece que ela tem muito mais vontade própria do que poderia imaginar. “Eu sei que ela só tem três meses, mas tem muito mais personalidade do que eu estava esperando”. Questiono se isso é bom ou ruim, ela responde que isso está tranquilo; imaginava que “teria que mostrar tudo para ela, mas a gente leva ao médico e ela está superdesenvolvida, esperta”.

Eles não encaram esse momento como um desafio porque parece seguir um curso tranquilo. O fato de a bebê dormir oito horas seguidas durante a noite é bastante comentado

e parece que tem um peso importante na avaliação do casal sobre a tranquilidade da experiência.

A dificuldade apontada pela mãe refere-se à amamentação; teve muita dificuldade por não ter leite suficiente: “Eu tive que entrar com a mamadeira também”, conta que isso foi frustrante. O pai disse que foi difícil ver o sofrimento da esposa, e compreendia que “o leite dela não era suficiente para um bebê de quatro quilos e meio” (10:15). Ele também queria que o leite materno fosse a única fonte, mas diz que conversaram bastante e decidiram inserir a mamadeira.

A mãe retorna ao fato de que a maior dificuldade enfrentada pelo casal vem do exterior e se referem às críticas que recebem, acredita que o modo como eles agem incomoda ou é diferente do que a família espera. Conta que fica brava pelo fato de as pessoas só falarem sobre a criança; diz que tem vontade de conversar sobre outras coisas. Ela fala que “é o bebê que tem que se adaptar a gente, ele é o diferente, não a gente se adaptar...”, antes de completar a frase reconsidera o fato de que muitas coisas mudaram, mas justifica que ela não é somente mãe e que já tinha outros papéis antes dela nascer. (12:03)

Sobre as críticas que receberam me apontaram o fato de terem saído com ela antes dos três meses, o banho ser responsabilidade exclusiva do pai, além do fato de que optaram por banho de chuveiro em vez de banheira. A mãe dela parece ficar muito surpresa com as decisões deles; há comentários do tipo “você não tem dó?”, e percebe que os comentários são sempre no sentido de desaprovar.

Ela volta a falar sobre a dificuldade com a amamentação; acreditava que daria a mamadeira por um tempo e depois poderia parar, mas continua dando peito e mamadeira. O pai completa que fizeram um trabalho para diminuir a mamadeira e aumentar o leite materno, mas ainda é difícil. Ela diz que está mais tranquila com isso, que carrega a mamadeira sem problemas, mas sempre se depara com os seguintes comentários: “Nossa! Você não tem leite?”, “Tão novinha, tomando mamadeira”; ela costuma não prolongar o assunto para não se chatear.

O final da gestação foi bem complicado, passou muita dor e muita fome. O parto foi um pouco adiantado. Conta que foi abaixar para limpar um líquido que havia derramado em seu pé e sentiu um desconforto, foi ao banheiro e percebeu um sangramento.

No hospital o médico deu entrada na internação para a realização de uma ultrassonografia, com o exame soube que a cesariana seria no dia seguinte; a sogra a acompanhava e se precipitou nas ligações para os familiares para contar que o parto tinha sido agendado. A gestante não teve a chance de dar essa notícia ao esposo e sentiu-se muito desrespeitada; ao

relatar o episódio, ainda com emoção expressa na voz e no olhar, reflete que talvez tenha exagerado pelo fato de estar num momento muito delicado. A postura do marido é, o tempo todo, de apoio e de validar a indignação dela.

O agendamento do parto no centro cirúrgico, apesar de ser considerado uma emergência, foi escalado por último dentre as prioridades do dia; isso a obrigou a ficar por doze horas de jejum; sendo diabética, teve muitos problemas, além da fome. Ambos ficaram descontentes com isso. Ela não sabia que iria demorar tanto: “eu me preparei, fiz uma maquiagem para poder guardar uma foto bonita daquele momento, mas ninguém me buscou! (Diz emocionada). Toda aquela adrenalina passou”. Na hora em que foi chamada sentia-se frustrada e com muita fome.

Apesar do sentimento de frustração, conta que a emoção voltou na hora que encontrou com o marido todo paramentado; disse que ele a acalma muito, ela sempre dava as recomendações para o caso de não sobreviver ao parto, ele, porém, sempre encarava isso com bom humor, apesar da tensão com o assunto. Eles sorriem lembrando que o combinado era não deixar a filha ser preconceituosa e conservadora como a família do pai. Entro no clima descontraído e relembro uma fala do esposo de que a buscaria até no inferno caso o deixasse sozinho com a filha; eles sorriem e completam com outras lembranças.

O fato de a criança não ter chorado na hora que nasceu a fez viver longos segundos angustiantes; diz que pensou que ela poderia ter problemas ou que tivesse nascido morta, mas logo o médico disse que estava tudo bem, e em seguida ela chorou. Eles limparam a bebê e logo a trouxeram para ela.

A grande dúvida era se ela teria cabelo; existia muita brincadeira na família sobre essa questão porque, na família do pai, as crianças nascem carecas e, na família da mãe, com cabelo. O pai esclarece: “nasceu um par de bochechas com peruca”. (28:59)

Após o parto fizeram várias perguntas ao pai sobre o histórico de doenças familiares, em seguida pediram para ele sair; ele conta, em tom irônico, que só foi ter notícias sobre elas após duas horas. A mãe explica claramente que ele pensou que as perguntas eram um indício de que a filha teria algum problema.

Ela teve contato pele a pele com a bebê na primeira hora, depois a colocaram no bercinho; a preocupação dela era poder ver o marido, mas dependia do retorno dos movimentos das pernas, conta que se esforçou muito para agilizar esse momento. “Eu só queria um momento só nosso, mas não teve, a família queria ajudar, mas...”, mesmo quando foram

para casa demorou mais de um mês para poderem ficar a sós; as avós se revezavam para ajudar, mas nitidamente ambos se sentiram invadidos por isso.

Sobre a impressão que teve, “quando eu vi o rostinho (muda o tom para o manhês e se dirige à bebê), ela é minha cara [...], a boca, eu vi o nariz que era igual ao meu, o olho”. Ela ficou surpresa porque esperava que fosse a cara do pai, tinha isso como certo, mas sugere uma satisfação com a surpresa. Diante daquela fala jubilosa o pai parece ter tido a mesma impressão que tive e faz uma brincadeira: “chato, né?” Ela sorri, orgulhosa.

Pergunto se teriam feito algo diferente, o pai toma a palavra e diz que teria expulsado os familiares antes. A mãe diz que teria procurado antes o apoio da ginecologista que a ajudou com a amamentação.

Ela diz que não está sendo a mãe que imaginou que seria; tinha receio de ficar muito mole, tal como as pessoas antecipavam, no entanto, reconhece que isso tem um fundo de verdade, mas não se modificou tanto como o discurso dos outros pregavam. Conta que já deu uma bronca na filha quando ela deu uma mordida em seu peito; não acreditava que conseguiria, mas percebe que vai conseguir educá-la. “Eu tinha uma expectativa de ser a pior mãe do mundo por ser muito mole, e percebi que não sou”.

O pai confirma que está sendo o pai que imaginava: “eu sou mais prático, sistemático, muito chato com a rotina”; ele diz que tenta discriminar se é manha ou não, “acredito que estou sendo um bom pai, cumprindo o que eu tinha programado”. (39:57)

3) Sustentação

Pergunto se cada um se sente apoiado pelo outro. O pai é o primeiro a responder que sim. Em seguida ela toma a palavra e também confirma, completando que sente necessidade de colocar a bebê para dormir para poder conversar com ele, e diz que as vezes ele está com sono ou com vontade de namorar, “mas meu foco é sempre conversar”, ambos sorriem e fazem brincadeiras com o assunto.

Pergunto se falta ajuda de alguém, ela responde que falta ajuda de todos, queixa-se da falta de apoio. O pai toma a palavra e diz que o apoio que gostariam de receber não é para as tarefas, e esclarece que esse tipo de ajuda eles preferem evitar, mas sentem falta de um apoio psicológico e de respeito pelas decisões que tomam com relação aos cuidados da filha.

Eles relatam várias críticas, inclusive o fato de terem pintado o quarto da menina de azul. Neste momento a bebê demanda a troca da fralda.

Ela sentiu-se muito bem apoiada e bem atendida pela equipe médica. Não foi possível fazer a retirada do mioma em função do risco de hemorragia e por isso terá que cuidar disso mais adiante.

Retomaram a vida sexual após quarenta dias, estavam ansiosos porque tiveram dificuldade no fim da gestação, mas ela explica que estão retomando aos poucos. Houve um atraso em sua menstruação que a deixou aflita; fez os testes e descartou a possibilidade de gravidez. Ela notou minha apreensão antes de anunciar que o resultado deu negativo e brincou com a situação. A gestação dela teve vários fatores de risco e por isso provavelmente demonstrei, involuntariamente, a surpresa.

Ela foi interpelada pela sogra que, ao saber que houve a possibilidade de uma nova gravidez se mostrou surpresa com o fato de eles terem retomado a vida sexual tendo uma criança tão pequena! Ela falou sobre o desconforto de tratar desse assunto com a sogra, mas relatou em tom de brincadeira.

Eles sentiram o distanciamento da avó materna; ela demonstrou um pouco de receio para pegar a criança no colo, e foi o pai quem insistiu para que ela a pegasse.

4) Projetos pessoais e familiares

Ela continua trabalhando de casa, porém, num ritmo bem mais lento. Tem uma proposta de trabalho para início imediato, mas não tem berçário que aceite a criança com menos de 4 meses, portanto, está negociando e vendo a possibilidade de aguardarem um pouco mais.

Eles não querem deixar com as avós. (54:00)

A decisão de colocá-la em uma escola é de comum acordo entre eles.

5) Bebê

a. Peso e tamanho do bebê

i. Nascimento: 4,590

ii. Data da entrevista: 7,5

b. Amamentação: continua com o peito e o complemento

c. Sono: dorme 8 horas durante a noite

d. Preferências: Não perceberam nenhuma preferência. Eles têm o hábito de colocá-la na cama acordada para se acostumar.

e. Desenvolvimento: Está acima do peso, mas está bem porque ela é grande. (sic)

Narrativa M3 – Núcleo 1 Regina e Caio

Data da entrevista: 09/01/2019

Idade do bebê: 9 meses

Participantes: O casal e a criança Local: Consultório particular.

1. Sustentação

A mãe continua trabalhando em casa e cuidando da filha, mas reconhece que o momento atual ficou mais difícil porque a filha está engatinhando e ensaiando os primeiros passos, tem tido mais dificuldade para conciliar a supervisão da criança e as demandas do trabalho. Embora a sustentação fosse a proposta de temática inicial, as questões em torno das decisões profissionais e sobre o que fazer com a criança se impuseram.

Eles decidiram que é o momento de colocá-la na escola, não somente para facilitar o trabalho da mãe, mas também porque reconhecem que ela necessita conviver com outras crianças. (A mãe pede para o pai tirar o sapato da criança para deixá-la mais à vontade)

A vaga que ela pleiteava ainda antes do parto continua em aberto; existe a possibilidade de assumir o posto ainda este mês e, por isso também, já se adiantaram na busca por uma escolinha. (4:04)

Caso consiga o novo trabalho a decisão é de colocar a filha na escola em período integral; caso isso não ocorra, eles vão optar por meio período para continuar trabalhando de casa.

Eles fizeram algumas visitas e já optaram por uma das escolas. Preferem investir mais quando ela estiver no ensino fundamental; acreditam que para brincar a criança não precisa de uma estrutura muito elaborada.

A dificuldade do momento, apontada pela mãe, é por não conseguir fazer um telefonema de trabalho no ambiente de casa em função das demandas da criança, mas completa que: “é uma delícia, eu adoro!”

A mãe brinca com o fato de que descreve a filha como sendo agitada, exatamente no momento em que a criança está imóvel no colo do pai, observando nossa conversa. Diz que não acha que dá trabalho, até gostaria de ter mais um filho, só não tem por falta de condições físicas. “Ela se encaixa na minha vida, não parei minha vida por ela”.

A dificuldade do pai é com a impulsividade da criança que, neste momento, se aventura com os primeiros passos e exige supervisão. Explica que, quando chega em casa, assume os cuidados com a filha; só ele a põe para dormir.

O casal consegue fazer sobrar um tempinho para eles depois de colocá-la para dormir, mas confessam que ainda não conseguiram deixá-la com alguém para passear sem ela. O lazer costuma ser restaurante, e se sentem à vontade para levá-la. Ela comentou sobre um plano de irem para praia sem a filha, mas desistiram em função do receio dele – ela deixa claro que por ela eles iriam.

Ele explica meio constrangido que “tudo é um processo, não só pra gente, mas para as pessoas que vão ficar com ela”. Não me contendo ao lembrar do sujeito “cartesiano” da

primeira entrevista e faço uma brincadeira: “você era mais racional na primeira entrevista, não?” Todos riem. Eles ainda não deixaram a criança com nenhuma das duas avós.

A decisão de colocá-la na escola chegou aos ouvidos das avós que vieram questionar o casal sobre se eles têm coragem de deixá-la em uma escola tão nova. Eles contam que acabam optando por não falar muito sobre o assunto porque sempre recebem críticas. (16:30) Eles têm outras opções, no entanto, acreditam que a escolinha é a melhor escolha.

2) Aspectos fantasmáticos

Sobre o desenvolvimento da criança, a mãe diz que está ótimo, sorri e diz: “mas eu sou mãe, não sei”. Ela começou a engatinhar muito cedo, logo começou a ficar de pé, mas ficava com o pé torto porque ainda era muito cedo para andar.

A mãe conta que ela balbucia “mãe, pai, vó e dedé”.

Este mês interrompeu a amamentação; sente muita pena, “eu fico morta por dentro” quando a criança tenta pegar o peito, mas decidiu porque ainda sofria muito com a amamentação; sentia muita dor no processo. A mãe lamenta o fato de que o peito a acalmaria quando está com dificuldade de dormir, mas reconhece que não pode ceder. O pai diz que por ele “demorou”, acredita que o desmame poderia ter sido mais cedo diante do quanto era doloroso para sua mulher. Sempre foi a favor da amamentação exclusiva, mas não a qualquer preço. (22:40)

A família dela era a favor de prolongar a amamentação. Pontuo que o apoio dele deve ter sido importante para ela se sentir mais segura na decisão; ela confirma e diz que ele não pensa só na filha, que consegue ver o lado dela também. “Não esperava isso dele, de verdade! Ele conseguiu fazer com que eu não me sentisse tão mal, mas ainda sinto falta”. Reflete que está sendo mais difícil para ela do que para a criança.

O lazer da família se resume a passeios a restaurantes, mas esse já era o perfil do casal antes da chegada da filha. A mãe sente que a filha é bem recebida nos locais, não sente constrangimento, porém, se ela chorar, o combinado é sair com ela do ambiente.

Pergunto se a mãe é a mesma de antes da maternidade. Ela responde sorrindo que não, o marido completa: “em hipótese alguma”. Questiono-os e obtenho a resposta da mãe: “eu sempre penso nela primeiro, existe uma luta interna que me faz tentar ser aquela pessoa de antes, mas não consigo”. Reflete que perdeu um pouco da vaidade na gestação, em função das dificuldades de saúde; atualmente se culpa por não conseguir fazer as unhas e o cabelo “me sinto mal com isso”, queixa-se da falta de tempo. “Prefiro arrumar ela do que me arrumar, mas gostaria de voltar a me arrumar”.

Depois dessa reflexão ela pede a opinião do marido sobre esse assunto. (28:00) Ele ficou pensativo e disse em tom mais sério: “você abriu mão de você; não consegue mais se preocupar consigo mesma. Você esquece de fazer as coisas para você, esquece até de comer [...]” ela completa “tudo o que eu falei que não deixaria acontecer...”.

Pergunto ao pai o que ele mudou, e ele responde prontamente: “estou mais mole, né?” Brincamos novamente com essa constatação, e a esposa completa que ele até chora, coisa que não acontecia antes do nascimento da filha.

3) Vida conjugal e profissional - Esse tema foi abordado no tópico anterior da entrevista.

4) Bebê

- Peso e tamanho do bebê: 10 kg
- Amamentação: parou há 9 dias.
- Sono: Ótimo.
- Preferências: É sempre o pai quem troca, dá a mamadeira no colo e a faz dormir, depois a coloca no berço.

5) Protocolo IRDI

Idade	Indicadores	Presente	Ausente	Não verificado
De 0 a 3 meses e 29 dias	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.	✓		
	2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).	✓		
	3. A criança reage ao manhês.	✓		
	4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.	✓		
	5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	✓		
De 4 a 7 meses e 29 dias	6. A criança começa a diferenciar o dia da noite.		✓	
	7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.	✓		
	8. A criança faz solicitações à mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.			✓
	9. A mãe fala com a criança, dirigindo-lhe pequenas frases.	✓		
	10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.	✓		
	11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.	✓		
	12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.	✓		
	13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.	✓		
De 8 a 11 meses e 29 dias	14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.	✓		
	15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.	✓		
	16. A criança demonstra gostar ou não de alguma	✓		

	coisa.			
	17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.	✓		
	18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.	✓		
	19. A criança possui objetos prediletos.	✓		
	20. A criança faz gracinhas	✓		

5.2 Narrativas núcleo familiar 2 - Thácia

Narrativa M1

Gestante: Thácia

Pai do bebê: David (não estava presente)

Bebê: O exame indica sexo masculino

Instituição: Hospital público.

Tempo de gestação: 27 semanas

Data da 1ª entrevista: 28/03/2018 Previsão do parto: 23/06/18

Fator de risco: A paciente nomeia os seguintes diagnósticos: transtorno borderline, automutilação compulsória involuntária, depressão, ansiedade e dupla personalidade; na sequência, sorri e completa em tom jocoso e ao mesmo tempo altivo: “estou cagada”.

1) Informações pessoais do casal:

Thácia: É a filha caçula, sua irmã é quinze anos mais velha, a relação com a irmã é descrita como sendo muito complicada pois seria fruto de um estupro que sua mãe sofrera ainda muito jovem – tentou um aborto e não teve êxito. A gestante, porém, seria mais amada porque “enquanto ela é fruto de um estupro, eu sou fruto de um casamento”. Sobre seu pai, diz que a abandonou aos dois meses de idade por ser menina. A mãe e a irmã moram juntas; ela foi convidada pela irmã a deixar a casa da família após uma briga em que chegaram a se agredir fisicamente; retornou seis meses depois e foi expulsa novamente quando contou sobre a gravidez. A casa foi uma aquisição em conjunto entre a mãe e a irmã, que é casada e tem um filho de um ano e oito meses. Sua mãe está pagando os custos de um lugar precário para ela morar, diz que falta até o alimento. Antes de se instalar nesse local contou com a ajuda de amigos, mas chegou a se prostituir para se manter. Relatou duas tentativas de suicídio. No final da entrevista volto a questioná-la sobre a segunda tentativa, mas ela retifica a informação em tom de deboche dizendo que “tecnicamente essa foi a nona tentativa”.

David: Não estava presente. Tem 27 anos, superior incompleto, está desempregado.

2) Gestação

Ela inicia a entrevista falando sobre “a relação de muito ódio que tem com o pai da criança”. Ele não reconhece a paternidade, e ela o processou pedindo auxílio-alimento e a audiência será em poucos dias. Conta que engravidou dele no início de 2017, mas terminaram; acredita que ele ficou com medo; em seguida ela desenvolveu “uma leve depressão” (sic), porém na sequência tentou o suicídio. Depois retifica a fala: “perdi o bebê e tentei o suicídio”. (1:11)

Em setembro do mesmo ano voltaram a se falar, saíram novamente e foi quando engravidou de novo. Ele, no entanto, não reconhece a paternidade, “porque ele é burro e não sabe fazer a conta das semanas”. A história se repetiu; em outubro romperam o relacionamento e em novembro novamente teria tentado o suicídio, grávida de poucas semanas. Adiante, essa história é recontada de outra maneira; ela teria planejado, mas não executado a tentativa de suicídio justamente porque fez o teste de gravidez antes, ou seja, descobriu a gestação quando tinha tudo planejado sobre o suicídio que seria executado com remédio para eutanásia de animais, porém, nesse momento, decidiu recorrer a sua mãe.

A mãe dela teria perguntado a ela o que gostaria de fazer. Ela respondeu que não sabia, relata que sua mãe disse o seguinte: “vou te levar primeiro num padre [porque a gente é católica], depois numa clínica de aborto e vou comprar o *citotec*, mas não quero influenciar, a decisão é sua” (6:50). Explicou que sua gravidez foi um milagre porque era estéril, diz ter exames que comprovam.

Ela foi morar numa favela; nesse período o pai do seu bebê se envolveu com outra pessoa, mas eles acabaram passando o Natal juntos. Chegou a ter anemia no início da gestação por falta de alimentação, dada a condição econômica precária. O ex-namorado, porém, alegava não ter dinheiro para ajudá-la, mas conta indignada que ele foi viajar para o Sul; diante disso, decide processá-lo para solicitar pensão para alimentos-gravídicos.

Pergunto a razão que a fez decidir por continuar a gravidez; ela responde que foi após a conversa com uma amiga que é freira e vive na Alemanha. Relata que já teve dois abortos e receava não conseguir ser mãe, por isso decidiu seguir com a gestação. Explica que ambos foram abortos espontâneos, quando questionada sobre o assunto.

Sabia que não conseguiria seguir sem apoio; recorre a sua mãe que concorda em ser sua doula. Diz que se corta desde os 12 anos, mas a mãe só veio ter consciência há pouco tempo, quando presenciou a situação. Elas procuraram tratamento com uma psicóloga e com um psiquiatra; iniciou a medicação em 11/2017 até poucos dias atrás, quando, então, decidiu parar por conta própria em função do mal-estar e da azia que sentia. Questiono sobre o risco de parar com a medicação e ela muda o discurso, agora diz que só diminuiu e que comunicou, através da mãe, o médico do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que teria endossado a mudança.

Acredita que está mais equilibrada, embora, há um mês, tenha entrado num estado denominado por ela de hibernação: desligou-se por horas. Faz acompanhamento bimestral; na infância fez um acompanhamento psicológico. Diz ser a primeira vez na vida que se sente mais serena, e consegue conversar com as pessoas sem sentir raiva e ódio.

Confirmou o sexo do bebê no dia anterior e pergunto como se sentiu com a notícia: “confesso que fiquei bem aliviada”. Conta que participa de um coletivo feminista e pensa que “se fosse uma menina, negra, criança, que vai passar por todas as dificuldades que eu passei, [pausa] não quero!” Continua: “não queria uma menina, mas se viesse, amém! Pensei que se fosse menino, pelo menos eu conseguiria ensiná-lo de uma forma feminista [...] eu poderia ensinar pelo menos a um homem uma educação civilizada, eu fiquei muito feliz.”

Se fosse menina se chamaria X, já o nome dele veio através de um sonho em que ela via o filho entregando para ela um diploma da faculdade com esse nome. A amiga freira que mora na Alemanha teria dito a ela o mesmo nome sem que soubesse do sonho.

3) Aspectos fantasmáticos

Pergunto se existe algo que a preocupa?

“Eu tenho medo de bebês [pausa], eu tenho medo de olhar, de segurar, de tocar, é muito pequeno, frágil”.

Descreveu uma situação recente quando estava na procissão: “lá estava cheio de bebês e crianças, um bebê ficou olhando para mim, e eu entrei em pânico, simplesmente me faltou o ar, doeu a cabeça, a nuca, minha pressão subiu horrores e eu desmaiei”. Ela foi levada para o hospital, recebeu os cuidados, mas não teve coragem de contar para a médica o motivo de sua crise “seria estranho uma grávida falar que tem medo de bebês”.

Pergunto se ela tem ideia sobre o porquê desse sentimento diante de um bebê? “Não sei, já tentei olhar para as minhas memórias, já fiz constelação, não sei, é simplesmente um pânico”.

Sobre o parto deseja que seja natural, já fez o plano de parto, conversou com a mãe a respeito. Sabe que pode precisar de cesariana, mas se estiver tudo bem, prefere o natural.

Pergunto se o parto será aqui no hospital: “gostaria que o parto fosse no Hmom (não entendo) porque aqui é uma carnificina”. Ela explica que viu uma situação que a assustou enquanto recebia medicação no ambulatório: a enfermeira teria aparecido com a mão cheia de sangue dizendo que a auxiliar havia cortado um bebê durante uma cesariana.

Tanto a mãe, quanto a irmã dela são doulas e desaconselham o parto no hospital em função das situações que presenciaram: fórceps, episiotomia, etc.

Pergunto se pode imaginar a carinha dele? “Tento não pensar, acho que é desnecessário, ele será único”. Acredita que conseguirá superar esse medo de bebê, diz ser muito forte.

Depois diz que tem mais receio de “não ser boa o suficiente, não saber trocá-lo, ou de machucá-lo”.

4) Sustentação

Não tem gostado muito do acompanhamento no hospital; explica que tem um pouco de fobia de toque. Em seguida relata ter vivido um estupro em 2016 (18:20); foi agredida por um estranho e acordou num parque no Sacomã, não se lembra de nada: “para contornar essa situação, pelo fato de não me lembrar de nada, comecei a escrever poesia para me expressar; elas eram muito boas, daí comecei a apresentá-las, foi o que me fez conseguir falar a respeito, mas quando soube que precisaria fazer exame de toque, meio que dei uma surtada”, explica para mim que já leu sobre o assunto e que esse tipo de exame não é necessário antes do oitavo mês: “o que eles fazem ali é uma violência obstétrica, isso não é necessário, inclusive já denunciei na ouvidoria porque ela me machucou”.

Pergunto se ela chegou a explicar para a profissional que essa situação era difícil para ela? “Expliquei que era desconfortável para mim; ela respondeu que era desconfortável para todas as mulheres e você não é exceção. Existem mulheres que não estão preparadas para cuidar de outras mulheres”.

Questiono se isso interfere em sua sexualidade? Responde que sim; conta que tem dificuldade com o toque desde a infância, depois do estupro isso piorou muito, hoje não suporta ser tocada do tórax para cima: “hoje mesmo não as deixei tocarem no meu seio. Eu sei que vou ter um filho, ele vai precisar se alimentar e vai ter que me tocar, então, não quero que seja algo prejudicial nem para ele, nem para mim, até porque ele também é homem, vou precisar de ajuda”.

Ela tentou acordo com o pai de seu filho, mas ele faltou ao encontro. Diz que pediu demissão para se livrar do pagamento da pensão; ela acredita que a mãe dele está por trás dessa decisão.

A mãe dela é indicada como único suporte, mas na sequência diz que não confia em ninguém, nem na mãe. Pergunto sobre o papel das freiras, uma vez que ela as mencionou várias vezes; ela responde que são suas amigas, mas “não confio nas pessoas”.

Pergunto o que falta para que a experiência da gestação seja melhor?

“Muitas coisas, um pai presente, a parte financeira, estrutural, moradia, inúmeras coisas.”

Completa que já conseguiu passar metade do caminho e o resto vai correr atrás.

Pontuo que ela descreve uma calma em sua vida que coincide com a gestação. Ela confirma e diz que:

Pode parecer estranho para a senhora, mas antigamente eu não conseguia identificar felicidade, era sempre depressão ou euforia, hoje eu consigo ficar triste e saber o motivo, fico no meu canto, leio um livro até passar; as vezes me sinto como um bebê, é estranho você reconhecer suas emoções, para a maioria das pessoas é normal, para mim está sendo uma novidade, é legal!

Elege o leite como a maior necessidade do seu bebê após o nascimento. Com relação a ela, acredita que ela precisará de apoio.

5) Projetos pessoais

Pretende voltar a trabalhar; imagina que poderá colocá-lo numa creche em fevereiro de 2019, quando estará com mais ou menos oito meses. Planeja voltar a estudar, terminar a escola à distância e quando ele estiver com uns quatro anos, quer fazer uma faculdade.

Confirmando a afirmação de que ela pretende contar com o auxílio de uma creche; ela responde: “infelizmente, porque eu fiquei dos seis meses até os sete anos numa creche e sei como é ruim, eu passava a maior parte do tempo com outras mulheres que não era a minha mãe”. Ela faz uma menção ao sobrinho que é criado pela irmã em casa.

Ao falar, dá-se conta de que precisará ficar um tempo em espera até poder voltar a trabalhar. Ponto que é apenas um período e que isso não dura para sempre; ela diz que ela e os limites são coisas que não combinam, não se imagina tendo que parar tudo por outra pessoa.

Narrativa M2 - Thácia

Data do parto: 09/06/2018

Data da entrevista: 18/10/2018

Participantes: mãe

Local da entrevista: Consultório particular

Sexo e idade do bebê: 4 meses e 9 dias

1) Ambientação

No primeiro contato ela parecia bem e sorridente, verbalizou estar bem, mas parecia preferir falar do parto ao momento presente. Quando perguntei sobre o momento inicial com a criança ela se deslocou imediatamente para o relato do parto: “Foram três dias, dez horas e quarenta e três minutos de trabalho de parto”. Ela sorriu diante de minha expressão exclamativa, em seguida conclui: “dói muito, quero mais não, desisto”.

2) Aspectos fantasmáticos:

O bebê nasceu de parto normal com 2,310 kg na maternidade pública em que ela fez o pré-natal. Ela deu início ao trabalho de parto três dias antes quando começaram as contrações;

foi ao hospital, o exame detectou três dedos de dilatação, a orientação foi retornar para casa. Nesse momento ela chamou sua doula e iniciaram os exercícios para favorecer o parto. A internação se deu na manhã do dia 8, foi para a sala de parto na madrugada do dia 9, o bebê nasceu na tarde do dia 9, “foi lindo, perfeito”. Indago se foi como ela imaginou; responde prontamente que não. Queixa-se do fato de que estava na maca, ela desejava fazer o parto de cócoras, mas a equipe não autorizou; no entanto, pode retirar o bebê por conta própria, a médica só olhava, ela mesma fez o parto como desejava. Estava acompanhada da mãe e da doula.

Ela fala com sorriso jubiloso sobre o filho, a escolha do nome; neste momento ele estava com 4 meses, 7,7 kg.: “ele está lindo lá, perfeito”.

Sobre o bebê diz que ele tinha uma rotina até os três meses, mas neste momento estaria em transição, dormindo em horários diferentes. Recentemente detectou um rompimento do tímpano dele; diz ter se sentido culpada, mas a médica esclareceu que pela profundidade não poderia ter sido com o cotonete, além disso surgiu uma pinta na cabeça dele, o cabelo da região caiu e formou pus, ela sorri sinalizando uma preocupação, mas completa dizendo que ele é perfeito e que está bem.

Retomo o assunto do tímpano questionando como ela soube. Ela observou uma mudança na qualidade do sono e a presença de secreção. Foi receitado antibiótico; parece que restou como sintoma a presença de um ruído no ouvido, mesmo depois do término do remédio. Ela diz que foi tenso levá-lo ao hospital aos quatro meses.

Pergunto sobre o que tem sido mais difícil. Ela retorna para o momento presente e diz que hoje especialmente é um dia difícil porque será seu primeiro dia de trabalho; relata que chorou no caminho de casa para o consultório porque se sentiu despedaçada ao deixá-lo, mas está feliz por poder realizar um sonho que é trabalhar com tranças em um salão de beleza.

Retorno ao período referente aos três primeiros meses. Ela conta que morava numa casa precária e, passado um mês após o nascimento do bebê, sua mãe e irmã alugaram uma casa maior para ela ficar com a criança. Sente que neste local teve mais condições de estabelecer uma rotina com as atividades da casa e da criança. O problema foi que não teve leite na primeira semana e relata uma crise importante de síndrome do pânico quando ainda estava na primeira casa, e conta que pensou em tirar a própria vida. Esse primeiro mês ficou sozinha com a criança porque sua mãe não pode ajudá-la, estava com a relação abalada com a irmã, o pai da criança a buscou no hospital, mas depois se afastou, e ela diz que partiu dela a decisão de não permanecer com ele. Ela reflete que ele lhe fazia mal,

imagina que a mãe dele exercia uma pressão forte sobre ele e que, em seguida, recaía sobre ela através dele.

Ela fez todos os trâmites legais para estabelecer visitas e pensão, mas diz que não quer ter contato com ele, nem quer que a criança tenha contato com pai; justifica dizendo que o pai se mostra muito imaturo para uma pessoa de 28 anos. Relata uma visita à família dele para que a criança fosse apresentada à avó do pai; diante disto pergunto se, então, está convencida da necessidade de visitas. Ela rebate e diz que não, se descreve como possessiva e controladora, e na sequência diz que a família do pai da criança é tóxica, “não quero que amanhã ou depois meu filho chegue em casa dizendo que a vovó e a tia disseram que você é isso ou aquilo”, complementa dizendo que eles têm essa cultura: “não quero contato...não quero que meu filho tenha contato com eles”.

Pergunto se a presença do pai teria feito falta a ela, uma vez que este o abandonara ainda bebê. Ela faz uma pausa e responde refletindo que é difícil dizer que sente falta de uma coisa que nunca teve, mas diz que sentia vontade de ter quando via as outras crianças, mesmo sem saber o porquê, confessa que gostaria de ter. Fala que foi ajudada pela irmã a lidar com isso, sua irmã também não teve a figura paterna, na sequência conclui que reproduziu o comportamento da mãe de ter um filho sem a presença masculina. Reitera que por enquanto vai deixar as coisas assim porque está feliz.

Pergunto com quem deixou o bebê para sair, já que hoje será o primeiro dia de trabalho. A criança tinha ficado com a irmã que, junto com o cunhado, foram escolhidos para serem os padrinhos do bebê; ela fez a ordenha do leite e deixou com a irmã.

Sobre a amamentação relata grande dificuldade no início, diz não ter tido leite na primeira semana, mas conta que o bebê ganhou 300 gramas no período de internação. Relata que pôs o bebê no peito logo após o nascimento, e disse que doeu. Pergunto sobre sua dificuldade em ser tocada nos seios; diz que está conseguindo superar, mas precisou contar com a ajuda da irmã, que é doula e benzedeira, e adotou o hábito de se tocar antes de dar o peito para sentir que está bem. Ao relatar o período de internação reformula o discurso e diz que se sentiu invadida com a manipulação das enfermeiras e até com o próprio bebê, insistiu porque havia lido algo sobre a instalação do vínculo quando há amamentação logo depois do parto.

Ao descrever essas vivências em torno da amamentação diz que não sofreu violência obstétrica na maternidade por conta do plano de parto e da doula, mas teria sofrido racismo. Após o parto, já no quarto, sentiu muita dor acompanhada de um sangramento; chamou a enfermeira, relatou a situação e pediu uma medicação para alívio da dor, a

enfermeira teria respondido da seguinte maneira: “não precisa, preto aguenta dor”. (15”). Ela que sempre se posiciona como uma ativista nessas situações, preferiu relevar (sic) porque não se viu em condições “nem de pensar, quanto mais de brigar”. Esse episódio foi em torno das 14h, às 20h veio outra enfermeira, ela se queixou novamente porque não conseguia amamentar, nem ir ao banheiro de tanta dor. Esta disse que falaria com o médico para administrar a medicação, mas não retornou. À meia-noite chamou pela terceira vez outra enfermeira, essa disse que a dor era normal e que ela deveria ter paciência.

Ela estava em um quarto de enfermaria com outras duas mulheres; relata ter sido a única a não receber medicação regular para dor. A medicação só veio para ela às 5 da manhã do dia seguinte; a médica passou e atendeu prontamente seu pedido. Ela conclui que esses impasses, junto com a dificuldade na amamentação e o fato de estar sendo tocada muitas vezes, “foi coisa demais para mim num período curto de tempo”.

Outro fator de fragilidade foi o fato de a criança ter nascido com baixo peso; isso exigiu a realização de muitos exames. De três em três horas faziam o exame de dextro, a criança chorava, a mãe não conseguia acalmá-lo e chorava junto, sem que ninguém os ajudasse: “foi um dos momentos mais horríveis porque eu não sabia o que fazer”.

Ela seguiu o acompanhamento psiquiátrico com medicação durante a gestação, mas ficou sem esses remédios no período de internação. Logo após o parto retomou o uso, mas relata que parou novamente há um mês porque estava muito “lesada” (sic), com dificuldade para cuidar do bebê. Perguntei se não seria o caso de conversar com o médico sobre isso para ver uma medicação mais adequada. Ela disse que sua medicação estava em falta na rede pública e que não conseguiu consulta, por isso optou por utilizar remédios mais naturais.

Questiono se o bebê é uma criança calma, ela responde “lesada, eu diria”, acredita que a medicação que tomou durante a gestação teria influenciado “muito na maneira que ele é”. Ela pensa que não pode ser normal uma criança dormir 6 horas direto desde os quinze dias de vida; segue na descrição: “ele não chora, não reclama, ele é perfeito, só sorri”. Questiono então por que ela estaria entendendo isso como anormal. Ela responde que o médico havia advertido que a medicação poderia interferir no desenvolvimento do bebê. “Eu gosto de pensar que não é a medicação, mas eu sei que é, eu me engano para não me magoar tanto”.

O filho de sua irmã é descrito como modelo por ela em relação ao padrão de comportamento, inclusive quando pergunto sobre a continuidade da amamentação com o seu retorno ao trabalho, ela responde que pretende continuar até os dois anos porque se

espelha no sobrinho que é muito inteligente. Questiono se ela vê relação com a amamentação, ela responde que sim, embora reconheça que existem outros fatores.

Pergunto se teria feito algo diferente? Ela responde que não teria tido o filho, “por mais que ele tenha vindo em uma circunstância positiva, de mudança...ao mesmo tempo em que eu queria acabar com minha vida, queria algo que me levasse além, para frente, mas percebi que me cortou em alguns aspectos, não posso sair, todos os amigos sumiram, não eram amigos”. Ela fala da força que o filho lhe confere, mas não deixa de perceber que ele “corta muitas coisas”, impede-a de fazer coisas que gostaria, como ir à boate, fazer maquiagem artística; desejava ir a uma *rave* em seu aniversário e nada disso lhe é possível. Sobre a questão acerca de possíveis medos, faz uma pausa e diz que não havia contado isso a ninguém: “tinha muito medo de me matar”, e segue contando que durante o primeiro mês de vida da criança teve um pesadelo recorrente: no sonho ela sempre estava tentando matar o bebê, asfixiando-o, esfaqueando-o ou dando remédio a ele, “coisas horríveis”. Pergunto se isso já estava presente na gestação, ela diz que sim, mas de outra forma, sempre desejava um aborto espontâneo.

Ela reflete que a fala da mãe a ajudou a assumir essa decisão, porque a mãe a lembrava de que teria apoiado um aborto, no início, caso essa fosse a vontade dela, mas foi ela própria quem decidiu prosseguir com a gestação.

Faço uma observação em tom de questão sobre o medo de fazer mal a si e à criança; ela confirma as duas coisas. Complemento com a pergunta sobre se ela se sente segura em relação a isso neste momento? Ela diz que “sim porque ele é lindo, é perfeito, ele é incrível, uma pessoinha com uma luz, incrível”. Reflete que Deus não enviaria um filho a ela se não fosse capaz de cuidar: “eu sei que vai dar certo”.

Pergunto se ela está sendo a mãe que imaginava que seria? Ela diz que nunca pensou sobre isso, na verdade nunca desejou ser mãe, nunca quis ter filhos, se imaginava solteira até os quarenta anos, com muitos gatos e cachorros, apenas. Ainda nesta reflexão, ela diz: “eu acho que sou uma bo...ainda posso melhorar”, faço uma pequena intervenção dizendo que ela quase disse que é boa, pergunto se não poderia seguir na afirmação, ela rebate dizendo mais uma vez que ainda pode melhorar. Justifica que não consegue acordar de madrugada para atendê-lo; diz que quando ele chora o coloca no peito sem acordar.

3) Sustentação

Ela diz não se sentir apoiada pelo pai de seu filho; ele voltou a trabalhar após o nascimento da criança e disse para ela que foi pelo filho. Ela diz, no entanto, que a presença dele é

indiferente, mas explica que fez de tudo para ele estar presente durante o parto e ele se recusou, assim como no período da gravidez; justifica que não era para voltar com ela, mas pelo filho (que ainda não tinha nascido) ter lembranças dele. Ela percebe o lapso e emenda explicando que é agora, a partir do quarto mês, que a criança começa a ser capaz de reconhecer, mas o pai não quer. Pontua a afirmação dela em tom de pergunta, ela reafirma que ele não quer. Questiono sobre pensão, ela diz que ele dá um valor insignificante, mas depois completa que é inconstante e que às vezes ele esquece.

Pontua a necessidade de um apoio psiquiátrico e psicológico, neste momento reafirmo a necessidade de retomar o vínculo com o CAPS e ofereço também contatos de clínicas-escola. Ela considera que o plano de parto foi fundamental para que tivesse um tratamento adequado pela equipe, porém, sente que a equipe do pós-parto deixou muito a desejar, fala do seu interesse em processá-los, especialmente pela atitude racista.

Sobre a retomada da vida sexual, ela diz que não consegue, se descreve como passional, acredita que as pessoas não teriam paciência de esperar o seu tempo; na sequência, diz que conheceu duas pessoas: o primeiro estaria disposto a aguardá-la, mas ela não quis; o segundo não quis esperá-la e se envolveu com outra pessoa.

4) Projetos pessoais e familiares

A entrevista aconteceu horas antes de ela começar no trabalho novo, seria seu primeiro dia. Ela diz que está feliz, que se trata da realização de um sonho, mas traz vários argumentos para justificar a falta de expectativas, basicamente como forma de prevenir a frustração.

Diz estar insegura por ter deixado o filho sem ela; sente que precisa construir uma pessoa diferente do que era, acrescenta que não gosta de mudanças. Não considera a possibilidade de colocá-lo numa creche neste momento; deseja ter condições de colocá-lo numa escola particular. Ela sonha e planeja colocá-lo em uma escola X, com um método pedagógico não tradicional, mas muito reconhecido.

Pergunto se há interferências nas decisões dela sobre a criança, responde que vêm de toda parte, da mãe, da irmã, do cunhado, todos opinam sobre o que ela deve fazer ou não com o bebê.

5) Bebê

- a. Peso e tamanho do bebê
 - i. Nascimento: 3,310 kg – 46 cm.
 - ii. Data da entrevista: 7,700 (4 meses)
- b. Amamentação: Segue com o aleitamento materno sem problemas no momento, ela diz que ele é um “tourinho, esvazia as duas mamas em cada mamada”.

c. Sono: Ela não tem paciência para fazê-lo dormir, quando está sozinha chega a ficar até as três da manhã, até ele ser vencido sozinho pelo sono; quando sua mãe está na casa, é ela quem o faz dormir.

d. Preferências: Não é de chorar, mas faz um barulhinho quando quer mamar; tem o hábito de passar três vezes a mão sobre as superfícies.

e. Desenvolvimento: Ela diz que ele tem desenvolvimento de uma criança de seis meses. Diz que ele a solicita muito, não fica longe dela nem para ela tomar banho, porém, ele não chora, diz que no máximo resmunga. Ela diz que normalmente sabe o que ele quer. Dirige-se a ele com apelidos carinhosos, mas conta que não tem o hábito de fazer “vozinha infantilizada”. Conta que ele gosta quando ela canta para ele. Ela conclui dizendo que qualquer pessoa pode ter um filho, mas criar uma criança e saber que ela pode se tornar uma pessoa incrível é algo muito especial. Neste momento ela decide compartilhar um devaneio infantil; diz que aos 12 disse que aos 22 faria algo que mudaria o mundo, sorri e diz: “quem sabe ele não será o novo presidente do Brasil, da ONU...”.

Narrativa M3 – Núcleo 2 Thácia

Data da entrevista: 17/04/2019

Idade do bebê: 10 meses e 11 dias

Participantes: mãe

Local: Consultório particular.

1) Sustentação

Ela começou a conversa dizendo que está há uma semana sem fumar. Pergunto se está conseguindo, ela responde que depois de uma crise de asma não teve alternativa. Essa informação não havia aparecido nas duas primeiras entrevistas. Ainda neste momento inicial da conversa ela diz que está bem melhor do que estava quando conversamos, está mais adaptada à maternidade.

Pergunto sobre o trabalho que iria começar no dia da última entrevista, ela disse que teve uma crise de pânico no caminho do trabalho, desviou-se para uma igreja, conversou com um padre, mas não conseguiu ir. Em outro momento conseguiu remarcar um teste no mesmo local, porém, não foi aprovada. Diz que não desistiu, mas reconhece que precisa se especializar mais; além disso, pensa que o fato de ter brigado com a família no dia anterior e ser a primeira vez que se separava do filho foi muito pesado para ela.

Atualmente trabalha com artesanato e tem conseguido pagar as contas básicas. Ela conta que mora sozinha há quase três anos; após uma briga com a irmã, saiu de casa e precisou morar em pensões e até em uma boate onde foi camareira; em seguida começou a fazer uns trabalhos como modelo. Nessa época, engravidou, retornou à casa da mãe, mas foi expulsa novamente quando descobriram a gravidez. Sua mãe, porém, não a abandonou, seguiu oferecendo suporte financeiro e emocional.

Ela muda o assunto para falar do quão lindo e fofo é seu filho, lamenta não ter podido trazê-lo, pois deve ir a uma entrevista de emprego após nossa conversa, tal como na última entrevista.

Faz quinze dias que seu filho iniciou a escola maternal. Ela o colocou na escola que desejava e havia comentado na entrevista anterior; trata-se de uma escola com um método pedagógico não-convencional, e diz estar contando com a ajuda financeira de sua mãe para isso. A escola fica em outra cidade, é a irmã dela quem faz o deslocamento para levar e buscar o filho e o sobrinho; ambos estão na mesma escola.

Ela o levou no primeiro dia, houve um período de adaptação com carga horária reduzida que precisou ser ampliado pela dificuldade da criança em permanecer na escola. Ela acredita que sua energia atrapalhou o processo. Reconhece que ainda estava muito possessiva em relação a ele. Buscou ajuda com o líder religioso (candomblé) e conseguiu se acalmar e colaborar com o processo.

Ela comenta sobre o acompanhamento que a criança faz com uma neuropediatra, mas não ficou muito claro a razão do encaminhamento, pois ela justificou com o fato dele ser muito ativo, que já anda e fala algumas coisas. Tentei entender melhor e ela reafirmou que o motivo seria a precocidade por ele já andar e falar aos dez meses.

O pai da criança está há cinco meses sem visitá-lo, pediu uma foto do bebê para ela, mas ela não enviou. Questiono se ela o autoriza ver o menino? Ela responde que “não mais”. Conta que planeja pedir a guarda integral na justiça. Pergunto se ela acha que isso vai ser melhor para a criança? “Eu não sei, eu quero o melhor para ele, mas também quero o melhor para mim”. Justifica que essa situação a faz reviver um período de sua infância que já havia esquecido, e se refere ao abandono de seu pai. Peço para ela explicar melhor de que maneira o pai do seu filho promove essa repetição. Ela diz que o fato de não se importar, de tratá-lo com indiferença; reflete um pouco e diz que o desafio agora será entender que “meu filho não sou eu e que ele não vai passar as mesmas coisas..., quero dizer, ele vai passar as mesmas coisas, mas...a minha possessão ainda não deixa”. Na sequência, o discurso muda e diz que no dia anterior o pai havia pedido para ver a criança, ela teria autorizado, mas ele não apareceu. Pergunto se ele cumpre com a obrigação da pensão, ela responde citando o valor e dizendo que isso é esmola, não pensão e, completa, “ele cumpre naquelas.”

Questiono sobre o que ela sente pelo pai de seu filho; inicialmente diz que nada, depois diz que o ama, mas “prefiro ele lá do outro lado do mundo e eu na China” (dependendo da perspectiva, estariam bem perto, mas não pontuei o ato falho). Ela conta que eles tentaram reatar, mas houve muita interferência da família dele e a tentativa terminou após uma briga do casal que terminou em agressão física mútua. Ela volta a dizer que ele tem a opção de visitar o filho toda semana, mas que escolhe não fazer.

Sobre se passou alguma situação difícil nesse período, diz que para todas as situações difíceis conta com sua mãe. O bebê teve sarampo aos seis meses e com os banhos que sua mãe dava tudo se resolveu em quatro dias.

2) Aspectos fantasmáticos

Para falar sobre o desenvolvimento do bebê, volto ao aspecto da precocidade dele, questiono se isso a preocupa. Diz não se preocupar pelo fato de ter sido igual com ela. Neste momento começa a descrever o desenvolvimento infantil dela: “com seis anos já tinha peito e um desenvolvimento maior que uma criança de 12 anos”. Retomo a questão sobre se isso a preocupa, ela diz que o que a preocupa é como ele poderá se encaixar em uma sociedade tão quadradinha. Pontuo se ela não acha que ao longo do desenvolvimento isso não poderia se igualar ou se aproximar das outras crianças. Ela responde prontamente que não, porque ela nunca teria se igualado em termos de desenvolvimento aos demais da sua idade “tanto no ensino fundamental, como no ensino médio”, prossegue: “eu não quero que ele entre na média, criança que entra na média acaba se tornando massa”.

Refaço a pergunta sobre o que ela espera, então, da criança?

Responde que espera que “ele seja ele, sem influências minha ou da família...(pausa), se ele for *cross-dresser*¹⁷que seja; se ele for *gay*, amém; se ele for trans, amém também, se ele for feliz assim”.

Questiono se teria feito algo diferente, e ela responde novamente que não teria tido ele; justifica que “é muito difícil ser mãe aos 22 sem um namorado, marido ou alguma estabilidade masculina, sem ter terminado os estudos”. Continua dizendo que: “esse não foi meu sonho de princesa, no meu sonho feminista também não se encaixava isso, mas quem eu seria sem ele, quando eu descobri a gravidez eu ia me suicidar”. Ela segue fazendo algumas reflexões e diz que se isso fosse aos 32, talvez tivesse condições de proporcionar ao filho as coisas que sua mãe lhe ofereceu.

Retomo a dificuldade anteriormente mencionada acerca do toque (ser tocada), e ela diz que continua com a dificuldade, mas explica que em relação a criança já é bem mais fácil, porque gosta de amamentar, mantém a intenção de seguir com a amamentação até os dois anos.

Indago se ela teria percebido alguma diferença nesse aspecto do toque no contato com outra pessoa que não o filho. Ela diz acreditar que sim, porque teria um encontro marcado para o fim do mês. Ela disse que estava há um ano e dez meses sem contato físico com

¹⁷ Transformista

ninguém. Pergunto sobre a tentativa de voltar ao relacionamento com o pai de seu filho; ela explica que “não foi esse tipo de voltar”, justifica dizendo que a mudança corporal que a gravidez promoveu a faz se sentir num corpo estranho; explica que com todas essas mudanças não se sentia pronta para ser tocada por um homem ou uma mulher, “porque sou bissexual”. A expectativa para o encontro é consigo mesma, pois acredita estar mais preparada do que quando estava com o pai do seu filho.

Ela diz que praticamente não tem lazer com a criança, mas pensando um pouco mais, observa que o lazer deles se resume a ir à casa da mãe dela e ao parque, mas completa dizendo que não gosta muito de sair; acredita que seja por causa da síndrome do pânico, precisa se preparar muito antes de sair, às vezes um dia antes, diante disso prefere ficar em casa, cozinhar para o filho e ir para a varanda fumar, “mas agora, nem isso”, já que parou de fumar.

Ela é artesã e consegue trabalhar em casa, além de visitar a casa de sua mãe, também tem uma tia e uma prima a quem visita, e sente que seu filho é muito bem recebido nesses lugares.

Ela não se considera a mesma pessoa de antes da maternidade; a resposta vem sem hesitação, mas a princípio não sabe explicar o porquê, depois reflete que “deve ser pela presença dele, as mudanças da gravidez, as dificuldades que passei; ter um ser dependente de mim e eu aprender a ser dependente de uma outra pessoa...(pausa), isso acaba te dando força, te dá algo especial, algo que você não tinha antes”. Então sua vida está melhor, pergunto. Ela responde: “diferente, porque minha vida era ótima antes dele e está ótima com ele”.

OBS: No item 19 do IRDI, falando sobre suas preferências, ela diz que ele não gosta de carrinho, que ele prefere boneca; ela as oferece para ele, é uma espécie de boneca sagrada.

3) Vida conjugal e profissional

Não sabe se o pai do seu filho tem outra pessoa. Faz planos profissionais para além do artesanato; diz estar muito interessada em trabalhar formalmente em qualquer coisa que lhe dê uma garantia financeira. Diz estar estudando para o ENEM (Exame Nacional do Ensino Médio), planeja comprar um carro e uma casa até seu filho completar dez anos. Depois fala do sonho de ser empresária; gostaria de ter um salão especializado em cabelo afro. (33”) Na sequência, fala sobre o sonho de ter uma ong, conta uma história trágica de uma amiga que acabou falecendo de câncer e por isso gostaria de prestar-lhe essa homenagem.

4) Bebê

a. Peso e tamanho do bebê: 11 kg, não lembra do tamanho

Pergunto se ele faz acompanhamento pediátrico, diz que não por ter dificuldade em sair de casa sozinha. Questionei sobre o acompanhamento que ela fazia no capes, ela diz que está sem médico e que pretende processá-los. Permanece sem medicação, mas não teve crise depois que parou. Quando pontuo a necessidade do pediatra, ela retifica a informação e diz que faz apenas dois meses que não o leva, mas que pretende retomar.

b. Amamentação: Ela segue com o aleitamento materno e não pensa em parar.

c. Sono: Demora para dormir, mas permanece dormindo quatro horas seguidas. Uma médica sugeriu que ele tenha terror noturno. Pergunto a razão, ela explica que ele acorda gritando e chorando a noite, não a reconhece, passa um tempo e volta a dormir. Ela tenta acalmá-lo, oferece peito e chá nestas situações.

d. Preferências:

5. Protocolo IRDI

Idade	Indicadores	Presente	Ausente	Não verificado
De 0 a 3 meses e 29 dias	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.	✓		
	2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).	✓		
	3. A criança reage ao manhês.	✓		
	4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.	✓		
	5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	✓		
De 4 a 7 meses e 29 dias	6. A criança começa a diferenciar o dia da noite.	✓		
	7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.	✓		
	8. A criança faz solicitações à mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.	✓		
	9. A mãe fala com a criança, dirigindo-lhe pequenas frases.	✓		
	10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.	✓		
	11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.	✓		
	12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.	✓		
	13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.	✓		
De 8 a 11 meses e 29 dias	14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.		✓	
	15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.	✓		
	16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.	✓		
	17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.	✓		
	18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.	✓		
	19. A criança possui objetos prediletos.	✓		
	20. A criança faz gracinhas	✓		

5.3 Narrativas núcleo familiar 3 – Denise e Irineu

Narrativa M1 – Núcleo 3 Denise e Irineu

Gestante: Denise

Pai do bebê: Irineu

Instituição: Hospital particular (paciente internada) Tempo de gestação: 18 semanas

Data da 1ª entrevista: 07/02/2018 Previsão do parto: 09/07/2018

Fator de risco: A paciente apresenta crises de enxaqueca e espasmos semelhantes a um estado convulsivo. As investigações até o momento não detectaram nada orgânico que justificasse o quadro. Ela explicou que nem sempre um sintoma está ligado ao outro, eles aparecem de maneira independente. A enxaqueca e os espasmos começaram há 3 anos, mas a crise veio na quarta semana de gestação. Ela teve crise mesmo com a medicação psiquiátrica; recusa-se a tomar o *frontal* por conta dos efeitos que foram muito ruins (fica completamente dependente até para ir ao banheiro). Há uma equipe composta por ginecologista obstetra, neurologista, psiquiatra e psicólogos acompanhando o caso. Com relação ao bebê o risco detectado é a baixa no líquido amniótico que estaria no limite mínimo. A primeira crise aconteceu na semana em que ela faria o exame do cariótipo (síndrome de Down) e por esta razão não foi possível, agora com o avanço da gestação o exame tornou-se contraindicado. O médico apresentou a ela um risco de síndrome de 1/57. Ela relata não estar preocupada com isso, explica que o filho será amado de qualquer maneira, diz ter experiência com a irmã que é excepcional e com uma tia surda, mas acha que o bebê está bem.

1) Informações pessoais do casal:

Denise: Tem 40 anos, é a filha do meio; sua irmã mais velha tem 41 anos, e tem um problema cognitivo significativo; o irmão tem 36 anos. É formada em Direito, mas não atua; casou-se pela segunda vez. O pai era operário e a mãe cabeleireira. Descreve uma vida difícil; na infância precisava cuidar dos irmãos para a mãe trabalhar. Relata um episódio no qual chegou a desmaiar na escola porque ficava sem almoço – levava o irmão caçula na escola e ao voltar não tinha tempo de comer, ela e a irmã iam para outra escola juntas. A coordenadora teria ameaçado levar a situação ao conselho tutelar. Descreve uma cena dela no carrinho com a mamadeira ao lado e sua mãe saindo para levar a irmã ao médico.

Na adolescência desconfiaram de sua sexualidade; ela era a única das primas que não havia namorado até então, conta que perdeu a virgindade no final da faculdade, com 23 anos. Aos 25 sentiu-se muito mal em função da condição financeira da família; estavam todos com muitas dívidas, e a mãe não parava de fazer contas em uma caderneta, ao mesmo tempo em que desenvolvia uma compulsão alimentar.

Neste período decidiu sair de casa e foi acolhida por uma amiga costureira, ficou lá por cerca de dez dias, sentiu-se explorada e limitada em suas decisões; com medo de perder a calma, decidiu ir embora com o caminhoneiro que havia conhecido recentemente. Eles tinham passado uma única noite juntos, viu-se muito confusa, mas aceitou o convite e foi com ele para a Bahia. Voltou de lá grávida; os pais nunca aceitaram essa relação, mas respeitavam. Quando estava decidida a se separar dele em função do alcoolismo e de sua postura agressiva, conta que foi praticamente “estuprada” por ele. Ele teria feito sexo com ela enquanto dormia e dessa relação nasceu seu segundo filho. A mãe dela, já convencida a apoiá-la na separação, voltou-se contra ela. Quando a situação ficou insustentável voltou para a casa de seus pais com os dois meninos; eles dormiam na lavanderia.

Com o marido atual, diz ter seguido todos os ritos importantes para os pais, namorou, noivou e se casou. Descreve-o como muito compreensivo e amoroso com seus filhos.

Irineu: Tem 57 anos, não estava presente, é motorista de ônibus, tem um filho do primeiro casamento.

Bebê: Não sabe o sexo, um dos exames apontou pequena tendência para o sexo feminino.

Filhos: E, 13 anos – por parte de mãe.

C, 10 anos – por parte de mãe.

M, 25 anos – por parte de pai.

2) Gestação

A gestação foi planejada. O marido, que já tem um filho de 25 anos, cogitou ter um bebê, mas a princípio a ideia foi recusada por ela. Depois veio o pedido de seus filhos por uma irmã. Ela demorou a se convencer, mas se viu no limite da idade e decidiu fazer a retirada do DIU (dispositivo intrauterino) em julho; combinou com todos que tentaria até dezembro e que, se isso não acontecesse, desistiriam da ideia.

A confirmação da gravidez se deu durante um exame transvaginal que precisou fazer em função da variação atípica em sua menstruação, a suspeita era de menopausa precoce. Em seguida faria uma mamografia, mas a médica a impediu justamente porque detectou o feto.

A percepção corporal é, segundo seu relato, muito diferente das outras duas gravidezes, nas gestações anteriores não teve dúvida alguma, soube detectar em seu corpo as transformações iniciais da gestação antes de qualquer exame, porém desta vez não imaginava e teve dificuldade em se convencer. Os filhos participaram da expectativa com o exame de farmácia, porém, ao contar para o marido ficou um pouco decepcionada com sua postura reticente. Ele pediu para ela se conter, justificando que, pelo fato dela ter quarenta anos, seria importante aguardar os três primeiros meses. Ele não quis “pulverizar” (sic) a informação; conta que não pode contar para muita gente.

A entrevistada não se sentiu à vontade para contar à família que a gravidez foi planejada; preferiu dizer que engravidou com o DIU para não ser julgada. Durante a entrevista, que durou duas horas e meia, o marido ligou para ela duas vezes; estava empenhado em conseguir a liberação de um exame mais complexo junto à operadora de convênio médico.

3) Aspectos fantasmáticos

Ela parece tomada pelo seu estado de saúde, não consegue falar sobre o bebê. Sempre que eu tentava entrar nesse tema, ela reagia com uma frase que sintetizava a questão no sentido de concluir que o bebê está bem.

Ainda não sabe o sexo, mas em um dos exames o médico deu uma pequena possibilidade de que seja menina; ela demonstrou uma discreta satisfação com isso. Ao falar dos exames se referiu ao bebê como um “menino muito agitado”. Contou que o marido se referia a ele

como seu “grudinho”. Ela fala sobre os riscos em torno do bebê de modo muito superficial, em seguida fala das medidas normais e encerra o assunto.

Disse que o parto será cesariano porque os outros dois primeiros também foram e ela não poderia tentar o parto normal sob o risco de romper a cicatriz. Não foi possível investigar com clareza sua preferência em relação ao sexo ou às imagens que faz do bebê, assim como o modo como lidou com o pós-parto nas outras gestações, em função de sua necessidade de falar de si e da sua história.

4) Sustentação

Os filhos e o marido representam seu ponto de apoio. A irmã mais velha, portadora da limitação cognitiva é, segundo a paciente, a mais implicada com ela, e também ligou durante a entrevista. Essa irmã foi atropelada recentemente por uma empilhadeira e se recupera de uma cirurgia na perna, mas não deixa de ligar e oferecer apoio.

Acredita que o bebê vai precisar de amor e atenção, mas ficou bem perdida com a pergunta sobre as necessidades dele ao nascer. Sobre o que ela vai precisar após o parto, respondeu que será o apoio. Mostrou-se muito grata em relação à equipe do hospital, sente-se apoiada, destacou o empenho deles em conjunto para descobrir o que ela tem. Repetiu algumas vezes que o seu caso é um desafio para a equipe. Emocionou-se ao falar do aniversário do filho que seria no fim da semana e que provavelmente não estaria ao lado dele.

3) Projetos pessoais

Não está trabalhando atualmente. Conta que foi um pedido do marido que não trabalhasse para cuidar de si e do bebê, mas não relatou saída recente de algum trabalho. Pretende ficar em casa no início para cuidar do bebê, mas planeja retomar sua vida profissional. Sonha em voltar a estudar para conseguir sua carteira da ordem dos advogados. Outro sonho seria a Psicologia, mas volta atrás dizendo que precisaria terminar o que começou se referindo à OAB. Explica que sempre começa e nunca termina as coisas em sua vida.

Narrativa M2 – Núcleo 3 Denise e Irineu

Data do parto: 28/05/2018

Data da entrevista: 24/10/18

Participantes: O casal e o bebê.

Local da entrevista: Consultório particular.

Sexo e idade do bebê: sexo feminino, 5 meses e quatro dias.

1) Ambientação

Ao entrarem no consultório perguntei ao casal se estavam bem. A pergunta que era apenas uma formalidade comum a qualquer encontro gerou um estranhamento; solicitaram

esclarecimento se a questão se referia ao tratamento no hospital ou à saúde da bebê. Foi necessário explicar que era apenas para saber como estavam no dia de hoje. Houve um pequeno hiato em nosso diálogo e, diante do estranhamento frente à questão que se endereçava a eles, parti para a primeira questão sobre a bebê.

A mãe disse que a adaptação da criança e o estabelecimento da rotina inicial foi relativamente fácil. Ambos participam da rotina; o pai assume mais aos finais de semana, em função do trabalho, mas os filhos mais velhos da entrevistada participam e colaboram em função da fragilidade de sua saúde – as crises continuaram após o parto.

Foi o pai quem respondeu à questão sobre o que acharam mais difícil; ele disse que sair do hospital sem a bebê teria sido o mais complicado para ambos, entretanto, a gestação dela como um todo foi muito difícil.

Os filhos receberam muito bem a irmã, e o marido acredita que a “esperteza” da filha tem a ver com a estimulação que os meninos fazem com ela. A mãe conta novamente sobre a insistência deles em relação a uma irmãzinha. É a entrevistada quem fala sobre o filho do marido que também é muito carinhoso com a irmã.

2) Aspectos fantasmáticos

Houve outras internações ao longo da gestação após nosso primeiro encontro, que aconteceu quando ela estava internada. O parto foi em outro hospital mais especializado em gestação de alto-risco. Nesse hospital também houve um período de internação antes do parto; chegou a ir para semi-UTI, depois UTI, durante essa última internação; após uma crise, detectaram a baixa do líquido amniótico, o que determinou a decisão do parto prematuro com 34 semanas. A bebê estava prevista para 09/07, porém nasceu em 28/05. Foi necessário tomar medicação para a maturação do pulmão da bebê. O parto foi cesariano, como já era previsto, e a bebê precisou ir para a UTI, a mãe teve alta antes da filha.

Eles iam todos os dias ao hospital para acompanhar o desenvolvimento da bebê. Ela acrescenta que o parto não teria sido fácil; a bebê estava em posição sentada, ela precisou tomar duas anestésias, falaram sobre uma hemorragia importante.

Ele explica que a gestação foi, de um modo geral, muito complicada para todos. Conta que não puderam curtir como imaginavam. É o marido quem fala sobre as pequenas frustrações, como por exemplo o fato de ela ter sido impedida, em função da internação precoce, de usar o vestido que havia programado para ir ao hospital no dia do parto. Ela,

porém, faz um gesto ao fundo, sugerindo que isso não teria sido tão importante, provavelmente fazendo uma comparação com as intercorrências médicas dela e da bebê.

Eles falam das dificuldades do período em que a bebê ficou internada, a mãe não estava muito bem em função do parto, e também porque ainda não tinha conseguido acertar a medicação para suas crises. O deslocamento diário para o hospital e as demandas dos filhos mais velhos tornaram esse período ainda mais complicado.

O pai participou do parto e nos vinte dias seguintes esteve à disposição em função do afastamento concedido pela empresa em que trabalha. A mãe finalmente toma a palavra e fala sobre a frustração de não levar a filha com ela e da dificuldade sobre o início da amamentação, que foi iniciada por sonda e mamadeira. O marido acrescenta a percepção de amadurecimento promovido pela experiência de frequentar a UTI e ver outros bebês. “Todo mundo já viu uma gestação, até um parto, mas essa realidade muita gente não conhece”, pondera, ao falar que foi difícil, mas teve ganhos.

A entrevistada completa que essa experiência os uniu ainda mais; ele detalha como era a expectativa pelos pequenos ganhos em torno da saúde da bebê.

A bebê não chorou ao nascer, foi apenas um gemido. O pai demorou alguns segundos a perceber que a bebê já tinha sido retirada. A mãe diz que ela nasceu cansada, o que relaciona à falta do líquido amniótico. Ao vê-la pela primeira vez a impressão do pai foi de que ela tinha tudo a ver com ele, embora estivesse um pouco inchada; queixa-se da rapidez com que a mostraram, após a visão de poucos segundos ficou tentando lembrar da feição dela, mas não conseguia.

A mãe conta que não viu a filha. Nos poucos segundos em que ela foi apresentada à mãe, só foi possível ver a “caixa” que a comportava. Na sequência, o marido foi acompanhar a bebê no berçário e fazia essa ponte levando as informações para a esposa sobre o estado de saúde e os detalhes físicos da bebê.

O pai falou sobre um sentimento de completude do ciclo e realização de ver a filha, sentia vontade de pegá-la; já a mãe sentia medo de pegá-la; conta que via aquela “perninha do tamanho de um dedo” e pensava “se eu pôr a mão na minha filha, do jeito que sou grosseira, eu posso quebrar ela”. Ela diz que ao mesmo tempo que tinha a realização, como mencionou o marido, sentia que no fundo não tinha feito o trabalho direito; conta que foi muito chocante quando viu a filha, e refletia: “meu Deus... o que eu fiz de errado para ela estar nessa situação?” Conta que já tinha uma percepção de fragilidade da bebê durante a gestação; ela a chamava de “minha borboletinha”, porque os movimentos eram muito suaves, completa que era como se já estivesse lutando pela vida, assim como na UTI onde

ela, segundo a mãe, parecia resignada diante das perfurações por agulhas. A entrevistada interpretou os movimentos fetais, especialmente em momentos difíceis quando estava na UTI, como intenção de viver e motivar a mãe a não desistir. (24:00)

A primeira atitude foi evitar visitas. Falaram um pouco da falta de apoio, a mãe da entrevistada não sabe até hoje que a gestação foi planejada, pensa que foi uma falha do DIU, pois não aceitaria bem. O pai dela era o único a visitá-los.

Não teriam feito nada diferente. O pai explica que a prematuridade os deixou muito atentos aos riscos, e que receberam instruções, pois ela não pôde receber as imunizações no hospital.

Ela conta que a punção que faria para investigar possíveis deficiências foi anulada em razão dos riscos implicados em função da saúde dela que já estava debilitada, ela se encontrava internada. Pergunto a ela o que teria passado em sua cabeça em relação a isso. Ela diz que esse medo a acompanhou durante toda a gestação; um pouco pelo uso dos remédios, também pelo fato de ter uma irmã especial e por fim em função de sua idade (40 anos). Durante o exame morfológico foi dito a ela que havia uma pequena chance de a criança ter algum tipo de síndrome. Ela conta que nesse momento disse para si mesma que seu bebê já era amado independente de qualquer coisa, mas ao mesmo tempo temia, porque sabia de perto as dificuldades que sua mãe passou com sua irmã.

Diante dessa possibilidade, ela conta que o marido lhe disse: “estamos juntos para o que der e vier, é a nossa filha”; seu marido escuta atento enquanto ela fala sobre a parceria dele neste momento difícil. Ele toma a palavra, um pouco hesitante pela emoção, e diz que deve confessar que “travou” diante da notícia de gravidez; acredita que desenvolveu alguns problemas de saúde na época. Explicam que ele “travou a coluna” a ponto de ter dificuldade para fazer pequenos deslocamentos. Ele relaciona o problema físico à dificuldade de aceitação da notícia, explica que houve um alarme falso de gravidez dois meses antes, ele teria contado a várias pessoas e depois não soube lidar com o fato de ter que desfazer aquilo; acredita que ainda estava preso à decepção da primeira experiência. Ele conta que ficava muito tenso durante as ultrassonografias; a esposa acrescenta que ele esperava que a bebê desse tchau durante o exame, e reconhece que o modo como agia acabava machucando a esposa: “Mas não era maldade minha, eu estava mais acelerado, queria ver a neném pronta”.

Após o teste do pezinho não pensaram mais nisso. O marido ainda se preocupa muito com a saúde da esposa; diz que no dia da entrevista saiu chateado para o trabalho porque viu que a esposa estava em crise e precisou deixá-las, e sente que essa preocupação o

desgastou muito nos últimos tempos. Eles contam com a ajuda do pai da entrevistada quando tem crises e o marido não está em casa. Ela disse que teve medo do que poderia acontecer com a filha, não com ela. O marido toma a palavra e diz que já aprendeu que “durante a crise seus órgãos não se alteram”; depois referiu-se à pressão provavelmente para dizer que não há grandes alterações físicas: “sei que ela fica um pouco cansada depois da crise, sei que ela não perde a consciência, apenas não consegue se expressar e depois fica tudo bem”.

A experiência foi bem diferente, mas os outros partos também foram cesarianos.

Ela ficou reflexiva quando perguntei se estava sendo a mãe que imaginou que seria; pensou e disse: “acho que sim...não tenho manual, mas acho que sim”. O pai disse que pode afirmar com certeza que sim, conta sobre o quanto está curtindo: tem porta-retratos dela no trabalho, fica escutando o áudio das risadinhas, diz que é ele quem compra as roupinhas da filha.

Entramos em um clima de brincadeira e pontuei o quanto ele estava “babando” na filha. Neste momento a entrevistada diz em tom mais sério: “daí ele entra num mundo de [Irineu e nome da filha]”. Pergunto delicadamente se isso é uma crítica, ela responde “eu acho que tudo tem que ter um equilíbrio”, e rapidamente o marido admite que precisa equilibrar as coisas. Ela dá um exemplo do dia anterior à entrevista. Ele foi buscá-las na casa da sogra e chegou falando sobre o vento, falando com a bebê, e esqueceu de cumprimentá-la; ela falou também sobre o filho mais velho dele, que estaria um pouco enciumado. Ela considera legítimo o ciúme do irmão: “afinal filho é filho”. Ele não contesta nada, diz que acumulou muita coisa, trata-se de uma coisa que idealizei na minha mocidade (ter uma menina).

3) Sustentação

Ela sente-se muito apoiada pelo marido: “em função de meu problema de saúde, Deus não poderia ter me presenteado com um parceiro melhor”. Fala também sobre a ajuda dele com seus filhos que não são filhos dele. Contou sobre o último sábado em que ele decidiu que ela não faria nada na cozinha, preparou tudo para ela, do café ao jantar.

Ele também disse sentir na esposa uma parceria, mas se queixa do jeito explosivo, embora admita saber que esse é o jeito dela. Às vezes ela se sente sufocada com o excesso de proteção, mas ele diz que o intuito é poupá-la ao máximo para evitar as crises. Ela completa que essa foi uma orientação do neuro.

A mãe da entrevistada tem se mostrado mais receptiva atualmente, e observa as qualidades do genro, porém, é o pai dela quem representa a maior ajuda à família, pois às vezes o marido não consegue chegar a tempo para socorrê-la e conta com a ajuda do sogro que mora perto.

Eles ficaram muito satisfeitos com a equipe médica.

O esposo responde que retomaram a vida sexual com cautela, porque já tem consulta marcada para fazer a vasectomia. Pergunto se foi logo em seguida da quarentena ou se teriam demorado; responde que demorou um pouco mais, percebo um desconforto, e ele completa: “acho que nunca falei diretamente para ela, mas antes da gestação, às vezes eu percebia que após a relação vinha uma crise, eu ficava pensando se poderia estar causando aquilo.”

A entrevistada demonstrou surpresa e insatisfação em relação a isso porque se sente mal por ter engordado e pensa que ele pode ter perdido o interesse nela. Ele rebate que nunca vê uma mulher gorda como algo pejorativo; diz a ela que “praticamente não vê diferença no corpo dela de quando trabalhavam juntos”, mas prefere suprimir seu desejo a causar mal: “ela sabe que meu amor por ela continua o mesmo, se não é que aumentou”. Ela reconhece que seu organismo ainda está muito desregulado. Após encontrar as calcificações no cérebro, vem tentando acertar a dose dos remédios para tentar evitar as crises, mas ainda está em processo.

4) Projetos pessoais e familiares

Retomo sua fala da entrevista anterior sobre o desejo de trabalhar; ela diz que gostaria muito de voltar a trabalhar. O marido entra na conversa e diz que não gostaria que ela voltasse tão cedo, mas admite que depois de um ano até acha possível; ela, porém, diz que acredita que após seis meses já seria possível. Caso ela volte ao mercado de trabalho, eles pretendem contar com o berçário para deixar a filha.

5) Bebê

a. Peso e tamanho do bebê

i. Nascimento: 42 cm e 1,920 kg.

ii. Data da entrevista: 60 cm e 7,240 kg.

b. Amamentação: toma fórmula e pega o peito “como um carinho”, segundo a mãe a medicação praticamente secou seu leite, conta que chegou a ordenhar 340 ml de leite na maternidade. Ela chorou de tristeza quando secou.

c. Sono: O sono é bom, dorme a noite toda. A mãe diz que se o pai não acordar a bebê para a mamada das 4h, ela dorme até as 6 da manhã sem acordar. De manhã ela aguarda os irmãos se despedirem para ir à escola. (55:00)

d. Preferências: O pai diz que ela gostou do berço; a mãe completa que às vezes ela coloca a bebê um pouco na cama, ela pega um pouquinho o peito e já dorme, a mãe espera até a hora de tomar o remédio e depois a coloca no berço.

6) Protocolo IRDI

Idade	Indicadores	Presente	Ausente	Não verificado
De 0 a 3 meses e 29 dias	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.	✓		
	2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).	✓		
Manhês do pai	3. A criança reage ao manhês.	✓		
	4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.	✓		
	5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	✓		
De 4 a 7 meses e 29 dias	6. A criança começa a diferenciar o dia da noite.	✓		
	7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.	✓		
	8. A criança faz solicitações à mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.	✓		
O pai	9. A mãe fala com a criança, dirigindo-lhe pequenas frases.	✓		
	10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.	✓		
	11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.	✓		
	12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.			✓
	13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.			✓

Obs: Aos 13:25 a criança convocou o pai com um sorriso, ele correspondeu instantaneamente e falou com ela em tom manhês. Aos (55:00) solicitou e foi atendida com a mamadeira. A mãe acredita que ela só chora quando está com fome, diz que mesmo com a fralda suja ela não chora.

5.4 Narrativas núcleo familiar 4 – Janaína e Paulo

Narrativa M1 – Núcleo 4 Janaína e Paulo

Gestante: Janaína, 27 anos, projetista elétrica.

Pai do bebê: Paulo, 39 anos, motorista. (Não estava presente)

Instituição: Hospital particular

Tempo de gestação: 31 semanas

Data da 1ª entrevista: 09/03/2018

Previsão do parto: 02/05/2018

Fator de risco: Histórico de dois abortos, sangramento com 5 semanas, houve uma espécie de deslocamento. Necessita de tratamento com anticoagulante.

1) Informações pessoais do casal

Janaína: Tem 27 anos e um irmão de 29; tem bom relacionamento com a mãe, mas se preocupa com ela pelo fato de ter que dar suporte a seu pai – marido dela – que é alcoolista; além disso, ela precisa cuidar da mãe dela, avó da gestante, que é idosa e requer cuidados. A família tem uma única criança que é a filha de seu irmão. Seu bebê que

morreu teria sido o primeiro neto. Há um conflito com a família do marido: a sogra está alheia a essa gestação, apenas o sogro parece dar-lhes apoio. Ela é projetista e seu local de trabalho é bem distante de onde mora, ressentido-se com isso e com o tratamento que passou a receber da chefia depois de ter engravidado, mas não se vê em condições de abandonar esse emprego.

Paulo: Não estava presente. Ele tem 39 anos, ensino médio completo, é motorista rodoviário, descrito por ela como muito companheiro e atencioso com suas necessidades e fragilidades.

Bebê: Optaram por não saber o sexo, entretanto, ambos apostam que o sexo do bebê seja menino. Eles já têm um nome para menina e outro para menino, o nome masculino é o mesmo do primeiro bebê que morreu.

Filhos: V, 11 anos (por parte de pai)

Aborto 1: F. – Natimorto – 6 meses

Aborto 2: 6 semanas

2) Gestação

Procurou o médico para se preparar para a gestação; explica que foi uma grata surpresa conhecer seu médico, pois ele se propôs a investigar o seu caso para descobrir o que havia acontecido (abortos). A gravidez aconteceu antes do término da investigação. Com 5 semanas veio o sangramento, detectaram um descolamento, o médico entrou com anticoagulante como medida preventiva, e ela precisou acionar a justiça para receber a medicação de alto-custo.

Ela gostaria que fosse parto normal; conta com alegria que o bebê está na posição certa, mas não descarta a possibilidade de uma cesariana, sabe que pode precisar. A gravidez aconteceu provavelmente pela falha no anticoncepcional, conta que teve uma infecção de garganta e acredita que o antibiótico fez o contraceptivo falhar. Fez um teste de farmácia e detectou a gestação; ficou com receio de o médico não gostar porque ainda não havia terminado os exames investigativos, mas foi bem acolhida por ele que prontamente fez os primeiros pedidos de exames do pré-natal. Os exames do bebê estão normais.

O marido já desconfiava da gravidez; disse que não foi surpresa porque estava imaginando. Ela completa a explicação dizendo que ele já sabia, porque havia visto ela grávida das outras vezes e por isso conseguiu deduzir. Conta que ambos ficaram muito felizes. Ela explica que tem bastante facilidade para engravidar, o problema é “segurar”.

2) Aspectos Fantasmáticos

Ela e o marido têm muito medo de perder esse bebê; estava muito ansiosa, mas conseguiu se acalmar um pouco com uma fala do seu médico: “esquece tudo o que você viveu até agora, é uma experiência nova”. Ela diz que: “me assegurei nisso”.

Está casada há 5 anos. No primeiro aborto teve um parto normal, “como se ele estivesse de nove meses”, com contração e todas as etapas de um parto: “ele nasceu pelos pés”. Naquela semana tinha passado em consulta, estava tudo bem com o bebê. No sábado de manhã começou a sentir contrações, mas interpretou como sendo dor de barriga; ao perceber um sangramento, correu para o hospital. O hospital, porém, recusou a paciente por não dispor de maternidade após uma recente mudança, ao tentar se deslocar para outro hospital, sua bolsa estourou, o marido decidiu retornar ao hospital para aguardar uma ambulância em função do trânsito que estava intenso no momento.

Mais tarde concluiu que seu bebê já havia morrido no primeiro hospital, porque não conseguiram detectar os batimentos cardíacos, mas a confirmação só veio no hospital de destino (12:52). Ela acredita que foram negligentes com ela; que omitiram a percepção de que o bebê já estava morto para evitar o trâmite burocrático do processo.

Ao chegar ao segundo hospital “estava com o cordão umbilical para fora, em trabalho de parto, mas eles colocaram o aparelho e já não escutaram o coração”; repete o fato de o bebê ter nascido pelos pés e sem chorar, o que a fez deduzir que ele tinha nascido sem vida, “mas até então ninguém havia me falado nada, de repente entrou uma enfermeira do berçário e perguntou: ‘por que vocês mobilizaram todo mundo do berçário se o bebê já nasceu sem vida?’”. Foi dessa maneira que chegou até ela a confirmação de morte de seu bebê. “Foi um choque para mim, não sei se ela pensou que eu já sabia... daí a outra enfermeira veio, me amparou, conversou comigo, mas eu desabei”. Todo esse processo ocorreu na sala de pré-parto, não houve tempo de ir para o centro cirúrgico.

A gestante explicou que não pôde ficar com acompanhante: “neste momento era eu e eu”. A equipe perguntou a ela se gostaria de ver o bebê, ela aceitou e disse que “ele estava formadinho”. Diz que foi muito duro superar tudo isso, mas acredita que está bem; essa nova gestação ajudou-a a superar: “é claro que nenhum filho substitui o outro, mas até por isso vou dar o mesmo nome, era um menino e se esse for um menino vai *continuar sendo F.*”

Na segunda gestação procurou a mesma médica que havia feito o parto do bebê que faleceu: “ela é espetacular”, no mesmo hospital. Com seis semanas, porém, ao fazer uma ultrassonografia, a médica ultrassonografista diz que não detectou os batimentos; explica a ela que quando isso acontece é porque a mãe fez um aborto espontâneo, e recomenda que volte após uma semana para refazer os exames. “Aí já fiquei desesperada, pedi que ela liberasse o laudo, vou passar com minha médica porque ela está aí hoje”.

Ao passar com sua médica ela confirmou a informação dizendo que se não foi possível detectar os batimentos cardíacos era porque o bebê havia morrido; recomendou que ela se internasse já na madrugada daquele dia para fazer a curetagem.

“Ao passar com o Dr. F (hospital atual) soube que é possível não detectar os batimentos com seis semanas, daí fiquei com essa dúvida, será que ele tinha morrido mesmo?” Questiono se a médica (espetacular) não havia feito o exame para confirmar, ela responde que não, nem a médica do pré-natal, nem a equipe que fez o procedimento de curetagem. (19:00)

Para piorar essa situação fantasmática, a gestante diz que “nesta gestação também não dava para escutar muito bem os batimentos do bebê quando ele estava com seis semanas”, mas desta vez a conduta do médico responsável pelo exame foi diferente; ele diz: “estou na dúvida se estou escutando, mas você volta na próxima que acho que já vai dar para escutar”. No próximo exame foi possível escutar, “daí fiquei naquela dúvida né? Mas vou deixar para lá porque não adianta ficar pensando o que seria, isso não volta...”. (20:00)

Ela diz que hoje não volta para casa com dúvidas; se acha que vai esquecer, anota para perguntar. Está com um pouco de medo do parto, pela dor, receia também o fato de a pressão subir, mas se considera confiante. Intui que o parto será normal: “como o outro escorregou, eu acho que tenho facilidade para ter parto normal”.

Fala sobre sua dificuldade em pegar três conduções para ir trabalhar; está pegando atestado, mas ainda não pode se afastar. Tentou pegar férias no trabalho, mas sente que a empresa não quer colaborar. “Sinto medo de ... por um erro meu, alguma coisa dar errado”. O casal acredita que o bebê seja um menino.

Ela consegue imaginar como será o bebê: “um pouco pelo que eu vi do outro e pela última ultrassom 3d, deu para ver o rosto. Acho que vai ser bem parecido comigo...principalmente o nariz, tem bastante cabelo”. Brinco dizendo “quero ver se nascer à cara do pai”, ela sorri e diz que “dizem que quando é menina, nasce mais a cara do pai e o menino puxa mais para mãe”. Eles pediram para o médico ultrassonografista não revelar a eles o sexo do bebê.

A família não gostou da ideia de colocar o mesmo nome do feto que morreu no bebê que irá nascer. Ela explica que se tivesse registrado não colocaria, mas, como não precisou, “A gente tinha muita vontade de pôr esse nome, como a gente não conseguiu pôr, a gente optou por colocar neste aqui”. Explica que ficou na dúvida se não estava fazendo uma coisa errada, mas volta a explicar que decidiu pelo fato de o outro não ter sido registrado.

Ela conta que o marido disse que “a gente faz isso como uma homenagem, é uma recordação que vai ficar pela vida inteira”.

3) Sustentação

Ela volta a falar sobre o aborto; diz que foi muito difícil superar porque é muito calada, não gostava muito de falar do assunto. Quando a mãe dela comentava sobre a idade em que a criança estaria, sentia-se afetada pelo assunto, mas não conseguia falar. O marido foi a única pessoa com quem conseguiu dividir um pouco dessa angústia.

Chegou a passar com psicólogos quando era mais nova, e pensou em procurar um tratamento para ajudá-la com isso, mas acabou não buscando. A mãe também é indicada como um ponto de apoio; reconhece que o fato de ela mesma ser fechada atrapalha; acredita que se fosse mais aberta seria melhor. Conta que sua mãe tem muita preocupação com o marido alcoolista e com a avó dela, mãe de sua mãe, que está doente. A gestante não se sente à vontade de levar mais preocupações à sua mãe e por isso deixa de dividir suas aflições.

Explica que o marido chama a responsabilidade para ele; diz que “agora somos nós dois, um conta com o outro”. Está se sentindo perseguida no trabalho, acredita que após engravidar a empresa voltou-se contra ela, e tem certeza de que farão o possível para dificultar. Ela descreveu uma situação de assédio moral por parte de um dos diretores pelo fato de ela entregar atestados médicos. (30:00). Decidiu que não vai se preocupar com isso agora, não quer lidar com isso neste momento.

Do que o bebê mais vai precisar?

“Ele vai nascer precisando de muito carinho e atenção”. Explica que sua família está apoiando e que estão muito ansiosos para o nascimento. “Seria o primeiro neto, mas agora que nasceu minha sobrinha, vai ser o segundo neto”; faz menção ao bebê que morreu novamente. Apresenta um contraponto em relação à família do marido, e diz que sua sogra nem sabe da gestação, apenas o sogro os apoia.

Do que o casal mais vai precisar? “Estar sempre unidos, Deus me livre se acontecer alguma coisa ou vir a acontecer algum probleminha ou mesmo se estiver tudo bem, a união dos dois é fundamental”.

4) Projetos Pessoais

Não pretende retornar para o trabalho; está decidida a pedir demissão no retorno da licença. Está enviando currículos, porque acredita que não será rápido para conseguir outro trabalho. O marido apoia a decisão.

Voltando a esse assunto, menciono um período de estabilidade garantido à mulher no retorno da licença-maternidade. Expliquei que provavelmente não irão dispensá-la logo no início, como gostaria; diante disso, pergunto o que pretende fazer? Diz que se não tiver conseguido outro trabalho, terá que suportar esse período. Reflete que vão realmente esperar esse período porque não é fácil contratar alguém que faça o que ela faz, mas diz que não vai contar com isso.

O retorno ao trabalho está previsto para o fim do ano; o plano é deixar o bebê com a mãe neste período de férias; no ano seguinte ele deverá ir para uma creche ou escolinha particular. Já buscaram informações para ambas as possibilidades. Não pretende parar de trabalhar: “como vou ter um filho e não poder dar o melhor para ele?”

Narrativa M2 – Núcleo 4 – Janaína e Paulo

Data do parto: 12/04/2018

Data da entrevista: 23/10/2018

Participantes: A mãe e a bebê.

Local da entrevista: Consultório particular.

Sexo e idade do bebê: Feminino, 6 meses.

1) Ambientação

A entrevistada inicia a conversa falando sobre o estado de saúde de seu bebê; em razão disso ela acabou adiando algumas vezes a data da entrevista, isso também foi determinante para que tomasse a decisão de pedir demissão no trabalho. Já havia uma insatisfação e logo percebeu que não tinha espaço para acordo; por isso, optou por deixar o trabalho para cuidar da filha, “tanto que eu queria ela, vou dar prioridade para outra coisa” questiona, mas explica que continua fazendo alguns projetos de casa para complementar a renda, pois o marido não conseguiria manter o mesmo aluguel e os gastos sozinho. A criança chegou a ir à escola durante um mês quando ela retornou ao trabalho.

Conta que o marido está encantado com a menina, especialmente por parecer com ele, tanto na aparência como nos “trejeitos”; conta que o outro filho não parece com ele. Quanto a ela, “estou amando ser mãe”, completa que é muito boazinha e calma. Faço um comentário amistoso concordando com a fala dela porque a criança está bastante tranquila em seu colo.

Ela descreve uma rotina muito bem estabelecida com a criança: mama às 22h, acorda em torno das 5h para mamar e fazer a troca de fraldas, depois segue dormindo até as 8h, mama novamente e tem um cochilo em torno das 11h. Conta que no início não conseguia almoçar

porque ela estava sempre solicitando, mas agora já consegue ter esse tempo porque está bem coordenada com a rotina dela. Além de comer, já consegue trabalhar em casa.

Ela elege o ciúme do marido em relação à família dela como a situação mais difícil que enfrenta no momento; diz que ele não tem contato com a família dele, a mãe o rejeita e o restante da família, com exceção do pai, não são receptivos com ela, por essa razão seu marido decidiu afastar-se completamente da própria família. Em contrapartida, a família dela, especialmente sua mãe, se faz muito presente. Ela descreve um cenário complexo, onde ele a proíbe de chamar ou compartilhar informações com sua mãe; no entanto, em certos momentos ele agradece a ajuda dela e diz que gostaria de viver o mesmo na família dele.

Ela está muito tensa com essa situação; sua mãe mostra-se compreensiva, mas demanda informações e mais acesso à neta, o que acaba funcionando como pressão para a entrevistada. O marido a questionou se ela viria para a entrevista na companhia da mãe; ela disse que não, mas se queixou, pois era um dia frio e chuvoso, ela precisou se deslocar com transporte público carregando uma bolsa, a bebê e um guarda-chuva e deixou de convidar sua mãe para não o contrariar.

O irmãozinho não demonstrou dificuldade em recebê-la; pergunta sobre a irmã, mas ao mesmo tempo não é muito afetivo com ninguém, pensa que não é nada específico com a bebê.

2) Aspectos Fantasmáticos

Ela conta que estava preparada para os dois tipos de parto; não tinha expectativa nesse sentido, porém, na semana do parto teve herpes labial, precisou até usar máscara para pegar a bebê após o parto.

Em consulta pré-natal seu médico detectou um baixo fluxo de sangue e por isso decidiu pela cesárea; o bebê não seria mais prematuro e ela se mantinha no tratamento com anticoagulante. Foram os médicos plantonistas que realizaram o parto e ela ficou muito satisfeita com o modo como foi tratada por toda a equipe.

Em função das complicações que viveu, decidiu por não ter outro filho; justifica que ela já tem um irmão (filho do pai). Nesse momento a criança parece demandar atenção, dirijo-me a ela em tom de brincadeira e falo sobre seu sorriso.

O marido não conseguiu chegar a tempo para o parto, pois ela passou em consulta no hospital e foi encaminhada na sequência para o centro cirúrgico. Em telefonema, pediu que ela não deixasse sua mãe, que a acompanhava, assistir ao parto em seu lugar; o sexo do

bebê seria revelado para eles no nascimento e por isso ele não queria que ela entrasse em seu lugar; entretanto, a entrevistada sentiu necessidade da presença da mãe e não impediu a sua entrada, pensava em omitir a informação para não o desagradar, mas não foi possível.

Ao tomar conhecimento de que não sabiam o sexo do bebê, o médico entrou na brincadeira e disse que só mostraria quando o pai chegasse. A situação gerou expectativa no centro cirúrgico, inclusive entre a equipe de enfermeiros. Ao retirar o bebê, o médico tapou o sexo com a mão e só depois do choro retirou a mão e falou “é uma menina”. Ela pensava que fosse um menino, mas fala com a voz embargada sobre a emoção que sentiu ao constatar que era uma menina. Não houve contato pele a pele com o bebê nesse primeiro momento.

O marido falou com a sogra por telefone após o parto e ambos esqueceram de falar sobre o sexo da criança, após alguns segundos, ele liga novamente para questionar e recebe a informação de que é uma menina, pergunta também sobre a bochecha dela, na expectativa de que seja como a sua, a sogra confirma que sim. A entrevistada disse ao marido que ele foi o primeiro a pegar a filha, para consolá-lo por não ter podido ser o primeiro a vê-la.

A pega no peito não foi muito tranquila, a filha perdeu peso e acataram a sugestão da enfermeira para utilizar o bico de silicone no mamilo; a partir de então ela começou a mamar a contento, seguiu com peito e mamadeira até os quatro meses quando então ela passou a rejeitar o peito. A mãe ficou preocupada, mas foi tranquilizada pelo médico.

Menciona a perda do emprego como o que teria saído do esperado, gostaria de ter condições de oferecer tudo de melhor para a filha “graças a Deus ainda não está faltando nada, mas a gente se preocupa”. Ela agradece o fato de estar conseguindo trabalhar em casa com a filha, ponto que deve ser desafiador, ela diz que o marido também ficou impressionado ao constatar que não foi capaz de assistir a um filme e cuidar dela ao mesmo tempo.

Sobre a impressão que teve em relação ao bebê “Ela nasceu perfeitinha, sem nenhuma deformação, perfeitinha de saúde... porque eu tinha medo de acontecer alguma coisa, você sabe que eu já tinha perdido dois bebês”. Fala também sobre o senso de responsabilidade que recaiu sobre si. Admite que fez um “check-up geral” para saber se ela era normal, tinha essa preocupação e sentiu logo um grande alívio.

Fala novamente do trauma dos abortos e completa “uma gravidez não substitui a outra, a gente sempre lembra, mas graças a Deus estou deixando essa parte da tristeza e da saudade”.

A dificuldade inicial foi a adaptação com coisas simples como pegar e dar banho. Chegou a se queixar no hospital porque não ensinaram, mas o marido a acalmou dizendo que

ficasse tranquila que ele sabia dar banho; foi ele quem deu o primeiro banho em casa. Diz que não faria nada diferente do que fizeram.

Ela tenta obter do médico orientações sobre como proceder com a criança, mas não sente abertura dele em relação a isso. Teve medo de morrer, ficou muito tensa pelo fato de ser alérgica, reforçou várias vezes essa informação e teve problemas para se recuperar da anestesia. Classificou como experiências muito diferentes o parto que teve o aborto, e esse último. A preocupação foi muito intensa, mas no momento ficou tranquila.

Sente que está sendo uma mãe até melhor do que imaginou que seria e diz saber que precisa conciliar as necessidades de mulher, mãe, esposa e filha. Disse ao marido que pretende voltar a trabalhar não somente pela necessidade do dinheiro, mas por ela mesma. Retoma o assunto de estar *pressionada entre o marido e a mãe*. (38:00)

3) Sustentação

Diz sentir-se apoiada pelo marido, “às vezes sim”, pensa e justifica que ele assume a responsabilidade com o filho mais velho quando ele está na casa do casal, mas sempre que toca no nome do menino completa com uma crítica a ele ou a sua mãe.

Silencia e pensa sobre minha questão em relação a falta de apoio ou ajuda; conclui que sente muita falta de frequentar a igreja; conta que é católica e frequenta a igreja desde os sete anos, e conclui que sente falta do apoio espiritual. Sente que o marido, embora não se oponha, não contribui para que ela possa ir: “eu gostaria de ter mais pulso com essas coisas para enfrentar, mas não falo para evitar briga”.

Retomaram a vida sexual após os quarenta dias de abstenção recomendados pelo médico; explicou que se preocupavam porque sempre ouviram falar que quando nasce um bebê o casal se distancia, mas reconhece que teve muito medo porque estavam sem método contraceptivo, depois tentou uma pílula e não se adaptou. Está animada com a possibilidade de ele operar, ele mostrou-se favorável. Volta a dizer que não quer mais outro filho.

4) Projetos Pessoais e Familiares

Está animada com a possibilidade de investir e desenvolver seu trabalho em *home office*; ela está iniciando, mas faz planos para formalizar juridicamente sua empresa. Já pensou no nome e em outros detalhes, mas aguarda o pedido de um projeto maior para dar esse passo. Essa semana recebeu um cliente na biblioteca municipal, já que não tem escritório; não hesito em demonstrar admiração diante de sua capacidade de adaptação.

Ela não descarta a possibilidade de voltar para o mercado de trabalho, mas se conseguir levar dessa maneira vai permanecer assim para poder ficar mais tempo com a filha. Quando voltou a trabalhar, precisou deixar a filha na escola pelo período de um mês até pedir demissão.

Neste momento, a criança vocaliza animadamente, dirijo-me a ela e faço algumas brincadeiras. (45:00) O marido apoiou a decisão dela de sair do trabalho; ela sofreu muito para deixar a criança na escola – não tinham alternativa, porque a mãe dela mora muito longe e seria caro e inviável essa rotina de deslocamento.

Após o preenchimento dos IRDIs pergunto se há alguma coisa que ela queira falar e ela pede ajuda sobre como lidar com esse ciúme dele em relação à mãe; conta que se sente perdida porque ao comentar com a mãe ela reage mal, diz que ele está errado e que tem que mudar. Conversamos um pouco sobre o tema e encerramos a entrevista.

5) Bebê

a. Peso e tamanho do bebê

i. Nascimento: 3.600 kg / 48 cm

ii. Data da entrevista: 7 kg / 60 cm

b. Amamentação: Houve dificuldade com a pega, perdeu peso inicialmente, mas foi resolvido com bico de silicone para proteção do mamilo. Seguiu com aleitamento materno e fórmula concomitante; aos quatro meses o bebê começou a rejeitar o peito e ficou com a mamadeira. Atualmente alimenta-se bem, agora com sopa e frutas.

c. Sono: Tranquilo, dorme a noite toda.

d. Preferências: Tem rituais bem estabelecidos: à tarde sempre dorme após o banho e a mamadeira, mas precisa balançar. À noite brinca com a chupeta no berço até pegar no sono e tem um lado de preferência para dormir.

6) Protocolo IRDI

Idade	Indicadores	Presente	Ausente	Não verificado
De 0 a 3 meses e 29 dias	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.	✓		
	2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).	✓		
	3. A criança reage ao manhês.			✓
	4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.			✓
De 4 a 7 meses e 29 dias	5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	✓		
	6. A criança começa a diferenciar o dia da noite.	✓		
	7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.	✓		
	8. A criança faz solicitações à mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.	✓		
	9. A mãe fala com a criança, dirigindo-lhe pequenas frases.			✓

	10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.	✓		
	11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.	✓		
	12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.			✓
	13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.	✓		

5.5 Narrativas núcleo familiar 5 – Karol

Narrativa M1 – Núcleo 5 Karol

Gestante: Karol, 25 anos, ensino médio completo.

Pai do bebê: Vagner, 25 anos, desempregado, ensino superior incompleto. Não participou das entrevistas.

Instituição: Pública

Tempo de gestação: 27 semanas

Data da 1ª entrevista: 21/03/2018

Previsão do parto: 10/05/2018

Fator de risco: A paciente sofre de convulsões desde os 15 anos de idade, além de alteração no funcionamento da tireoide (hipo). A primeira gestação foi cesariana para evitar uma convulsão no parto, pois a situação pode ser disparada pelo nervoso.

1. Informações pessoais do casal

Karol: É a sexta de um total de 7 filhos; conviveu com seu pai até os 5 anos, faz 4 anos que ele faleceu. Está desempregada, mas trabalhava como vendedora e líder de equipe. É casada e tem um filho de 2 anos. A relação com o marido não estava boa quando engravidou, romperam pouco tempo depois da confirmação da gestação por iniciativa dela; voltou a morar como sua mãe numa casa cheia de irmãos e sobrinhos. O motivo do rompimento foi o envolvimento dele com drogas e com atividades ilícitas. Entende que isso não estava sendo bom para seu filho; o pai continua a visitar o filho e mantém bom relacionamento com ela. A gestante demonstra uma tranquilidade impressionante ao falar da situação, e não deixa escapar indícios de mágoa ou lamentação.

Vagner: Não estava presente. Tem 25 anos, superior incompleto, não está trabalhando. Ele mantém contato com ela e o filho, mas não tem regularidade ou compromisso com as obrigações financeiras; ela, porém, demonstra nutrir sentimentos por ele.

Bebê: Sexo identificado por ultrassonografia como feminino.

Filhos: M, 2 anos.

1. Gestação

Inicia a conversa contando sobre o rompimento com o marido, mas explica que se sente tranquila com o fato de não estar junto com ele porque essa decisão foi consciente, ambos conversaram e chegaram a essa saída como melhor opção para todos, mas confessa que vive uma instabilidade: “tem dias que acordo feliz, em outros, acordo chorando”.

Relata um sentimento muito bom em relação à filha, “um contato de mãe e filha”. Ela foi orientada pela médica a fazer o parto normal. Diz que fica um pouco nervosa quando pensa sobre isso, tem medo de dor e de ter convulsões, explica que o primeiro filho nasceu de parto cesariano porque o médico – de um hospital particular – acreditava que seu estado

emocional poderia ser gatilho para convulsões. Ela diz que vai conversar melhor com a médica e, apesar desse relato receoso, conclui que gostaria de ter uma nova experiência com o parto normal.

A gestação não foi planejada. Ficou assustada quando soube, não aceitou muito bem inicialmente, mas eles ainda estavam juntos. O rompimento veio quando ela estava com três meses de gestação. Ela ofereceu ajuda ao esposo, propôs um tratamento com internação, mas ele recusou, perdeu o emprego, intensificou o uso de drogas e começou a se envolver em atividades ilícitas, o que foi para ela o limite: “percebi que ele estava sendo uma má influência, até para o meu filho ver o pai neste estado, fazendo coisas erradas, então sentamos e conversamos, mas ele preferiu continuar no vício”. A família apoiou a decisão e a acolheu.

Sobre o dia em que descobriu a gestação, fez um teste de farmácia na presença do marido, depois foi confirmar com um exame de sangue no Posto de Saúde. Diz que ela não recebeu muito bem, mas ele teria ficado feliz com a notícia. Tem falado sobre a bebê para o filho mais velho, que inicialmente não expressava nenhum tipo de sentimento, mas já fala o nome da irmã.

A saúde da bebê é boa, não há problemas. Ela toma remédios para prevenir as convulsões e regular a tireoide; segundo ela, para proteger a criança.

A família dela também se assustou inicialmente com a notícia da gravidez, mas aceitou facilmente. A família dele é da Bahia; aqui só tem o pai e o irmão, mas foram avisados por ela da gestação.

2. Aspectos fantasmáticos

A maior preocupação para ela é o medo de ficar nervosa no dia do parto e complicar, entrar em crise convulsiva. O primeiro filho nasceu num hospital particular, a equipe foi atenciosa e a informou sobre a decisão da cesariana para protegê-la do risco da convulsão.

Consegue imaginar a carinha de sua bebê. Durante a ultrassonografia a médica teria dito que “ela tem um olhão bem grande”, a partir dessa descrição e da imagem do filho quando era bebê, ela consegue imaginar; segue dizendo que o filho é mais claro que ela porque o pai também é mais claro: “imagino parecido com meu filho, pele mais clara que a minha, cabelo cacheadinho, olhos um pouco grande...”. Com o primeiro filho não conseguia imaginar como seria. Torce para que a filha seja mais calma porque o filho seria bem “hiperativo”!

3. Sustentação

Sente-se protegida e apoiada por seus familiares, explica que em sua casa tem sempre alguém, é uma casa cheia e nunca está só. Em primeiro lugar está a irmã como ponto de apoio.

A questão financeira é o ponto que a preocupa, está recebendo o bolsa-família (256,00), mas depende quase que integralmente da ajuda dos familiares. O ex-marido não está ajudando, ele não representa segurança para ela, mas tem livre acesso ao filho, embora não tenha uma regularidade nas visitas. Diante da expressiva tranquilidade dela ao falar do ex-marido, pergunto como está o coração dela com isso? Ela se assusta e diz: O meu?”, confirmo e ela responde que:

Algumas pessoas estão dizendo que isso é coisa da gravidez, mas o sentimento que eu tinha por ele parece que saiu, não sinto mais nada! Vejo ele como um amigo, ele é pai e tem direito. Algumas pessoas dizem que é normal enjoar do marido na gravidez, não sei se é isso, ele até achava que eu estava com outra pessoa, mas não estou, tive que comunicar a família dele e agora ele está normal.

Está muito satisfeita com o tratamento recebido no hospital; cita a médica do pré-natal, a que fez o exame e até as funcionárias da recepção; define todos como sendo muito atenciosos.

Não reconhece ciúme no filho, por enquanto.

Diante da pergunta sobre o que a bebê mais vai precisar, fica confusa e depois responde que está preocupada com a parte financeira, mas explica que “ela já tem quase tudo, só falta o berço, o resto é (pausa) amor e cuidado é que ela vai precisar”.

Acredita que o que mais vai precisar é de apoio, não quer se sentir sozinha, mas reflete que na casa onde está morando tem sempre alguém para ajudar.

4. Projetos Pessoais

Já trabalhou, mas estava desempregada quando engravidou; tem um trabalho em vista que é o local onde trabalhou anteriormente. Já está viabilizando uma vaga na creche para o filho mais velho. O plano de retornar ao trabalho vai depender do quanto a bebê vai querer mamar; o filho foi desmamado recentemente por conta da gestação, mas ela pediu a sua ex-chefe um prazo de seis meses a um ano para retornar ao trabalho.

Narrativa M2 - Núcleo 5 Karol

Data do parto: 12/05/2018

Data da entrevista: 06/09/2018

Participantes: Mãe e a bebê

Local da entrevista: consultório particular

Sexo e idade do bebê: 3 meses e 24 dias

1) Ambientação

Com um tom de voz suave e tranquilo, a entrevistada fala sobre a presença de muitas complicações e dificuldades no início: “como você sabe, né?”, talvez sugerindo que todo processo inicial com um bebê seja difícil, mas insisto e peço para ela me explicar de quais complicações ela estava falando. Sem muita introdução ou chance de seguir o meu roteiro, sou guiada para o relato do parto. Foi um parto muito complicado para ela e para a filha.

Em outro momento, falou sobre a rotina inicial, período em que acordava muito durante a noite, porém neste momento já dorme a noite toda e alimenta-se com fórmula.

Ela elegeu dois momentos como os mais difíceis até agora: o primeiro, quando acordou do coma e soube que teria que ir para casa sem a filha, que permaneceria internada, e o segundo quando o médico falou a ela sobre a possível necessidade de amputação dos dedos do bebê.

O irmão mais velho demonstrou claramente um comportamento enciumado com a chegada da irmã; queria pegá-la e ao mesmo tempo pedia colo quando ela chorava. Foi a mãe da entrevistada quem notou que ele precisava de um pouco mais de atenção; ela parece ter acatado a percepção e a orientação de sua mãe com muito respeito e abertura.

2) Aspectos Fantasmáticos

Retomando o relato sobre o parto, ela disse que teve doze convulsões na sala de espera para o parto, porém, a docilidade transmitida pelo seu tom de voz calmo e pausado parece um tanto paradoxal. Conta que foi rapidamente conduzida à sala de parto em função da emergência. Abandonaram o plano de parto normal, pois a sequência de convulsões fez com que faltasse oxigênio para o bebê e era preciso acelerar o processo. Conta que a bebê nasceu “morta”, o processo de reanimação durou mais de uma hora e meia; em seguida à conduziram para um tratamento de hipotermia, segundo a mãe, para proteger o desenvolvimento cerebral da criança. A entrevistada seguiu com uma hemorragia, que culminou numa segunda cirurgia para a retirada do útero. Durante esse procedimento teve outra convulsão, acabou ficando três dias inconsciente na UTI. Ela recuperou-se e acabou tendo alta antes da filha.

Todos os dias ia até o hospital para acompanhar o estado de saúde da criança; a hipotermia causou uma queimadura nos dedos da bebê, chegaram a cogitar amputação, mas felizmente não foi preciso. A criança teve alta após um mês de internação.

Ao sair do coma, a entrevistada, que havia chegado ao hospital numa quinta-feira, pensou ser sexta-feira, não guardou nenhuma lembrança do parto. A mãe da entrevistada precisou

assinar um termo de autorização para essa segunda cirurgia; havia risco de morte ou de sequelas cognitivas, segundo a explicação de sua mãe.

Perguntei se ela tinha intenção de ter mais filhos, ela respondeu que não e completou em tom de brincadeira que a retirada do útero foi a única notícia boa depois que acordou: “eu tenho um menino e uma menina, chega, está ótimo”. (5:49)

Ela relata como “estranha” a primeira impressão que teve da filha. A cena parece ter sido um pouco chocante, a criança estava na UTI ligada aos fios e à sonda; conta que sentiu-se mal, reflete e diz que sentiu tristeza.

Não faria nada diferente. Sente que a família tomou as decisões certas no período em que esteve desacordada e não se arrepende de nada que tenha feito.

Pergunto se sentiu medo de alguma coisa em relação à bebê; ela diz que ao saber que sua filha iria para a UTI vieram vários medos: em relação à internação, lembrou do problema que falaram sobre os dedinhos, “probleminha de respiração”, chorou muito quando se deu conta de que teria que ir para casa sem ela. “Mas a perturbação foi só no começo”, conta que os dedinhos já voltaram ao normal e que está tudo tranquilo. Ela sentiu medo de que pudessem tirar sua filha dela. Diante da indicação de uma nova cirurgia após o parto, no período em que permaneceu desacordada, os médicos pediram autorização a sua família para o procedimento; a explicação que a família deu a ela é que havia o risco de ela ficar com sequelas “ficar retardada” e isso fez com que ela pensasse que poderiam julgá-la incapaz de cuidar da criança; pensou na possibilidade de o hospital se recusar a entregar a criança a ela ou até mesmo dar a guarda ao ex-marido.

O pai da criança compareceu ao hospital no dia do parto, mas estava alcoolizado e foi impedido pela família dela de participar.

A entrevistada tentou um diálogo de reconciliação com o pai de seus filhos após ele dizer a ela que tinha vontade de recuperar sua família. Diante desse pedido ela foi receptiva e impôs algumas condições, tais como procurar ajuda profissional para tratar o vício em drogas e álcool e se comprometer a procurar um emprego para que pudessem alugar uma casa; mesmo antes da separação eles ocupavam um quarto na casa da família.

Ele concordou, mas não pode sustentar o combinado e voltou a cometer os mesmos erros, o que acabou por complicar a relação dela com os irmãos (ela tem cinco irmãos homens) que não aceitam as atitudes de seu ex-marido. Atualmente acredita que não sente mais nada por ele, sente que não restou mais aquele sentimento de antes, mostra-se bem aberta ao fato de ele conviver com as crianças e ocupar seu papel de pai, independente da relação

que tiveram, mas que infelizmente ele sempre promete e nunca cumpre sobre a visita às crianças. (19:00)

Ambos os partos foram cesarianos, o último teria sido normal, não fossem as convulsões. Conta que o parto do primeiro filho foi muito diferente; começa pelo fato de ter sido em um hospital particular, não teve convulsões, saíram juntos do hospital, teve muito leite, pode amamentá-lo, pode vê-lo após o parto, “então foi bem diferente”.

Me ocorreu perguntar se ela estava sem a medicação que previne as convulsões. Ela diz que não e que nem o médico soube explicar o porquê de tantas convulsões, estando medicada, mas o próprio médico, ao investigar como estava seu estado emocional no momento em que a crise se instalou – ela disse que estava com muito medo do parto normal, como tinha uma boa impressão do parto cesariano que teve com o primeiro filho – não conseguiu aceitar essa imposição. Mesmo com os argumentos dos médicos, diz que sentia muito medo: “não sei se foi por causa disso, mas acho que pode ser”. (21:10)

Ela acredita estar sendo a mãe que imaginou que seria, que tem condições de cuidar bem da criança, teve medo de não conseguir porque com o filho mais velho teve a ajuda do esposo e agora não mais, mas sente que consegue dar conta. Questiono sobre se ela tem ao menos a ajuda financeira dele; ela diz que não, mas que está sendo orientada para pedir o divórcio, pois até o momento haviam feito apenas a separação de corpos e que nesse processo solicitaria uma pensão para os dois filhos que o casal tem. Ela ouviu boatos de que ele está fazendo um trabalho informal, mas não enviou nenhuma ajuda desde que a criança nasceu.

3) Sustentação

O relato acima dispensa a pergunta sobre se ela se sente apoiada por ele.

Sente-se bastante apoiada pelos irmãos e pela mãe. Conta tanto financeiramente com os irmãos (todos trabalham), como com a ajuda da mãe que, embora tenha se casado recentemente, sai do trabalho e passa na casa dos filhos todos os dias para ajudá-los. Ela hospeda em sua casa um tio que veio de longe e ainda não arrumou emprego, e ele tem prestado grande ajuda. O filho de quatro anos ainda não vai à escola.

Em relação à equipe médica, conta que se sentiu muito bem tratada, diz não ter o que reclamar; havia um receio porque ouviu muitos relatos ruins em relação ao hospital e à equipe médica, mas diz que com ela foi tudo ao contrário. Falo em tom de brincadeira que faltou apenas terem acatado seu pedido por uma cesariana; em tom de defesa, ela me conta a justificativa da médica para recusar a ela esse pedido.

O bebê chorou e foi atendido com a mamadeira.

Sobre a retomada da vida sexual, diz que apareceram pretendentes, mas diz explicar sua situação a eles, sente que não está mais no tempo de “ficar”, precisa de um relacionamento sério. Conta que teve um rapaz por quem se interessou, ele é da mesma igreja que ela frequenta, eles tinham uma amizade, e conta que começou a nascer um sentimento, porém, há um mês a família dele descobriu que ele tinha problema com drogas e álcool; explica que ninguém, nem ela, nem a família dele desconfiavam porque ele não demonstrava nada, hoje ele está internado numa clínica de reabilitação. A internação foi compulsória, ele estava na casa da entrevistada no dia em que a equipe técnica o pegou a força, conta que foi uma cena horrível. A família dela até apoiava no início, mas após esse episódio mostraram-se muito contrariados, especialmente pelo fato de ela já ter vivido isso com o ex-marido. Aos poucos, começo a entender que possivelmente já existia um relacionamento para além da amizade. Ela conta que no próximo final de semana irá com a família dele visitá-lo na clínica.

4) Projetos Pessoais e Familiares

Sobre os planos profissionais, diz que sempre trabalhou na empresa X desde os dezoito anos. Começou como vendedora e chegou a líder de equipe, deixou o trabalho quando o filho mais velho nasceu; depois de um tempo retornou e saiu novamente quando descobriu que estava grávida de novo. Ela diz que as portas dessa empresa estão sempre abertas para ela. Pergunto se planeja retornar; responde que ainda não sabe, pois recebeu uma proposta de uma concorrente, está em dúvida sobre o que fazer, mas sente que não poderá voltar ao trabalho antes da filha completar um ano: “por causa da situação dela, eu acho que ninguém vai saber cuidar, já que ninguém da minha família pode”.

5) Bebê

- a. Peso e tamanho do bebê
 - i. Nascimento: 3,350 kg
 - ii. Data da entrevista: 5,750 kg
- b. Amamentação: A mãe não conseguiu amamentar, apesar de ter leite, em função do período que ficou na UTI separada da filha.
- c. Sono: No começo tinha o sono muito leve, mas atualmente dorme muito bem.
- d. Preferências: Fala sobre as preferências da criança ao ser pega no colo.
- e. Desenvolvimento: Segue normalmente o desenvolvimento.
- f. Iniciar uma brincadeira com o bebê: Ela responde muito facilmente a minha brincadeira, olha, sorri e interage.

6) Protocolo IRDI

Idade	Indicadores	Presente	Ausente	Não verificado
De 0 a 3 meses e 29 dias	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.	✓		
	2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).			✓
	3. A criança reage ao manhês. (eu falei)	✓		
	4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.			✓
	5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.		✓	
De 4 a 7 meses e 29 dias	6. A criança começa a diferenciar o dia da noite.	✓		
	7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.	✓		
	8. A criança faz solicitações à mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.	✓		
	9. A mãe fala com a criança, dirigindo-lhe pequenas frases.		✓	
	10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.	✓		
	11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.	✓		
	12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.			✓
	13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.			✓

5.6 Narrativas núcleo familiar 6 – Paloma e Romeu

Narrativa M1 – Núcleo 6 Paloma e Romeu

Gestante: Paloma, 27 anos, ensino médio completo, recepcionista.

Pai do bebê: Romeu, 30 anos, cursando engenharia, representante comercial.

Instituição: Hospital particular

Tempo de gestação: 36 semanas

Data: 23/03/2018

Previsão do parto: 18/04/2018

Fator de risco: Colo do útero curto, faz uso de medicação desde a 32ª semana para segurar a gestação.

1) Informações pessoais do casal:

Paloma: É a filha caçula, tem um irmão de 29 anos, trabalha como recepcionista em um hospital.

Romeu: Não estava presente. Tem 30 anos, é representante comercial e estudante de engenharia. Ele tem o pai e um irmão de 35 anos, perdeu a mãe há cinco anos.

Bebê: Identificado pelo exame como do sexo masculino.

Filhos: B, menina – 3,6 anos

2) Gestação

Inicialmente conta que essa gestação foi planejada, assim como a primeira, que veio após cinco anos de casados, mas na sequência explica que, apesar de desejada, não foi exatamente planejada. Ela diz que eles querem ver os filhos crescer juntos, reflete que eles terão três anos e meio de diferença de idade.

A gestação aconteceu numa pausa do anticoncepcional, ela planejava engravidar, mas ainda voltaria a tomar a pílula porque acreditava ainda não ser o momento ideal. A menstruação atrasou dez dias, sentia muita dor nos seios, resolveu fazer um exame de urina, mas deu negativo, porém, esperou mais uns dias e no exame de sangue deu positivo. Diz que era o que ela queria, não era bem o momento, mas era o que queriam.

Fez o exame no hospital em que trabalha, as colegas do laboratório ligaram para ela retirar o resultado do exame. Ela estava muito ansiosa e por isso pediu que a colega dissesse o resultado por telefone, assim ela teve a confirmação. Chorou e foi cumprimentada pelas colegas ao redor. Ao sair do trabalho comprou uma caixa de presentes; nela colocou dois brigadeiros com uma bandeirinha cada, contendo um nome de menino e outro de menina, seu marido recebeu a notícia dessa maneira.

O pai da criança ficou surpreso e emocionado, foram apenas três semanas sem remédio e a gravidez aconteceu. Após o nascimento planejam fazer uma vasectomia.

Fala com empolgação sobre o quanto está bem; esforça-se para explicar o quanto esse fator de risco é algo menor diante da experiência da gestação. Conta que teve o mesmo problema na gestação da primeira filha, porém a complicação começou um pouco mais cedo na primeira gestação: foi com 28 semanas, enquanto nessa o problema apareceu apenas com 32 semanas, “comecei a usar remedinho, mas é só...não tenho problema de pressão, agora que minhas pernas começaram a inchar”.

Fala que não faz acompanhamento de alto-risco. Percebo que o médico não a informou sobre isso e opto por não esclarecer. Aos quatro meses de gestação soube o sexo do bebê, diz que era o que esperava, já intuía que seria um menino. Acredita que o marido também ficou feliz; explica que ele já queria um menino na primeira gestação, embora tenha ficado muito feliz quando soube que seria uma menina: “até chorou”.

Nesta gestação, porém, antes de saber o sexo ele havia dito que gostaria que fosse uma menina para fazer companhia à filha; explica que é muito amigo do irmão e talvez quisesse que a filha tivesse esse tipo de relação com a irmã. “Mas quando a gente descobriu que era menino, a gente ficou feliz da mesma forma porque o importante é vir com saúde, né?”

3) Aspectos Fantasmáticos

Preocupa-se com o retorno ao trabalho, mas busca não ficar “bitolada” com isso. Não sabe se sua mãe estará ainda morando aqui para ajudá-la, teria que levá-lo para uma escolinha com seis meses e não sabe se conseguirá fazer isso. Justifica que foi uma criança planejada, sente que iria se cobrar muito por deixá-lo e completa dizendo que tudo será

conforme a vontade de Deus. Após esse relato, fala com segurança que o planejamento é não voltar ao trabalho, mas acredita que isso a deixa um pouco insegura porque não sabe se precisará pedir demissão ou se será demitida.

Os exames indicam que o bebê está bem. Afirma que o parto será cesariano: “uma, que ele está sentado, ele é um bebê grande, e depois, na gestação da minha primeira filha, com 41 semanas não tinha nenhuma dilatação, daí teve que ser cesárea”. Diz não sentir medo do parto, gostaria que fosse parto normal para se recuperar mais rápido por conta da filha mais velha, porém, já se conformou com o fato de que provavelmente será cesariana mesmo.

Não consegue imaginar a fisionomia do bebê, mas acredita que pode ser parecido com o esposo; viu algumas fotos dele quando bebê e imagina que poderá ser parecido. Com relação à primeira filha, disse que ela veio completamente diferente do que havia imaginado.

Pergunto como ela imaginava a primeira filha. Diz que: “por eu ser muito branca, de cabelo liso e bochechuda, imaginava que ela seria assim, parecida comigo”. Conta que ela demorou muito a vir para o quarto e quando chegou “veio moreninha como ele, com um bronzeado bonito, sabe? Daí eu disse: nossa! Ela é moreninha! Porque eu sou muito branca, né?”. A única coisa que se confirmou foi o olho bem preto, diz que sonhava com esse olho, “mas é um amor tão grande que.... é a característica dela, veio do jeitinho dela”. Explica que as pessoas dizem que ela parece com a mãe, reforça mais uma vez que ela própria, porém, tinha a pele muito branca e o cabelo “escorrido, liso”; tirando isso, são parecidas.

4) Sustentação

O marido é a primeira pessoa a quem recorre diante de uma necessidade. Por ser representante comercial, às vezes precisa viajar para o interior do estado e se não puder falar com ele recorre a seu pai, depois diz que recorre ao pai e à mãe. Outra pessoa que poderia ajudá-la seria seu cunhado, “em último lugar recorreria a meu sogro, porque ele é uber e poderia me ajudar também”.

Não mudaria nada no cenário da gestação. O marido é sempre a primeira opção, mas a família oferece uma rede de apoio. Ele é a primeira pessoa a quem ela solicita diante de uma necessidade.

Acredita que o bebê vai precisar muito dela; quer amamentar “porque da primeira filha só consegui amamentá-la após o segundo mês”; sofreu muito com um ferimento nos mamilos. Chegou a ficar três dias sem dar o peito, mas conseguiu reverter após “um banho de vó”

que sua avó lhe recomendou. A criança voltou a pegar o peito e foi amamentada até os dez meses. Reforça que sua maior preocupação é poder amamentá-lo.

Com relação a ela, acredita que vai precisar muito da ajuda do marido e da mãe, porque a cesariana deixa a mulher muito dependente.

5) Projetos Pessoais

Retomo o tema dos projetos perguntando se entendi bem a decisão de que ela pretende deixar o trabalho ao término da licença-maternidade. Ela confirma que pretende parar neste primeiro momento, mas depois deseja retornar ao mercado de trabalho, porém, na área em que estudou, fez técnico em estética. Quer ter o próprio negócio, acredita que neste trabalho poderia gerir o próprio horário, gostaria de trabalhar apenas meio período. O plano é que seu filho vá para a escola apenas com um ano e meio, como sua filha, assim poderia trabalhar também meio período. Ela relata que o marido está de acordo com os planos.

A filha mais velha fica na escola em período integral, a gestante planeja deixá-la apenas meio período na escola durante sua licença maternidade. Pergunto se ela conseguirá cuidar de duas crianças sozinha; responde muito segura que sim; explica que sente muita “agonia” à tarde porque imagina que a filha quer ir embora. Ela própria se sente assim no trabalho, sente muita vontade de ir embora e acredita que sua filha deva sentir a mesma coisa na escola.

Narrativa M2 – Paloma e Romeu

Data do parto: 21/04/2018 Data da entrevista: 08/08/2018

Participantes: O casal, a filha mais velha e o bebê. Local da entrevista: Consultório particular

Sexo e idade do bebê: Sexo masculino, 3 meses e 17 dias

1) Ambientação

A irmã mais velha do bebê foi a primeira a interagir comigo. Anotei seu nome, perguntei o nome do irmãozinho para ela; ela pediu para acrescentar o nome da prima no meu formulário. A mãe inicia dizendo que está tudo bem: “eu achava que seria um pouquinho mais difícil com relação à adaptação, mas foi mais tranquilo do que imaginei”.

Sobre a rotina ela começa dizendo que a filha mais velha está ficando em período integral na escolinha; diferentemente do que tinha planejado, optou pela escola em período integral, porque decidiu que retornará ao trabalho. Ela passa o dia todo com o bebê e quando a filha chega é a hora do banho – primeiro o bebê e depois a filha; diz que às vezes ela própria

consegue tomar banho antes do marido chegar. A filha intervém e diz que o pai vai para a academia; a mãe justifica, aparentemente um pouco desconcertada, que ela nem vê quando o pai vai à academia porque está dormindo. O pai só fala ao ser convocado, diz que sua rotina não alterou tanto ainda, mas supõe que vai mudar bastante quando a esposa voltar a trabalhar.

O marido diz que não mudou nada, mas na sequência acrescenta que a vida de casal mudou muito porque sobra pouquíssimo tempo para ficarem juntos. Ela achou que seria mais difícil em relação ao ciúme da filha, mas sente que foi melhor do que esperava; já o pai diz que a menina tem muito ciúme quando ele pega o filho no colo.

2) Aspectos Fantasmáticos

O fim da gestação foi descrito por ela como muito cansativo, pois trabalhou até a 38ª semana, o bebê nasceu na 40ª semana. Chegava em casa após o trabalho e tinha as demandas da filha e da casa; a privação de sono foi muito complicada. O parto foi cesariano, como estava previsto, mas conta que ficou mais medrosa desta vez. Supõe que o problema com a anestesista – a dificuldade em encontrar sua veia – pode ter sido a causa. Tremia muito, ficou muito nervosa, mas sentia confiança no médico.

O pai acompanhou o parto e diz que foi uma emoção diferente; acredita que se tivesse outro filho também seria diferente das duas experiências que viveu. Ele ficou preocupado, mas sentia muita alegria: “ainda mais para um pai, ter um filho homem é o ápice da alegria, você poder jogar bola, poder ensinar as coisas”. Ele acrescenta que “com um menino o pai vai poder realizar algumas vontades suas, vê um horizonte muito maior do que uma menina”, e completa que não vê a hora que ele cresça para poder curtir mais: “por enquanto é com a mãe, porque ela tem o mamazinho, a voz fina que faz ele sorrir...”. Ele conta que com a filha foi a mesma coisa, no início era só a mãe, mas hoje em dia diz que ela é “um grude com ele”.

O pai ficou hesitante sobre a primeira impressão que teve do bebê; a mãe o lembrou do relato dele sobre esse momento inicial em que o bebê chorou e logo pegou a mãozinha para chupar e parou de chorar: ele observou que os outros bebês choravam sem consolo, daí concluiu “meu filho é inteligente igual ao pai dele” e arrancou sorriso de todas nós.

A mãe também hesita inicialmente e depois diz que a primeira impressão é de muito amor, pensa um pouco mais e diz que tinha receio de não saber amá-lo tanto quanto ama sua filha; talvez por ser menino, como se não soubesse ou pensava que seria mais difícil, mas explica que na realidade nada foi dividido, tudo foi dobrado em termos de amor e “a

impressão que eu tive dele é de que seria muito calmo, desde a gestação já pensava isso porque ele era muito quietinho, às vezes eu esquecia de que estava grávida”.

Pergunto sobre a impressão que teve em relação ao aspecto físico; ela responde que procurou não pensar muito, mencionou novamente a surpresa com a cor de pele e cabelo da primeira filha e por isso decidiu não pensar porque sabia que seria totalmente diferente do que imaginava, mas para sua surpresa ele nasceu muito parecido com ela; ressaltou a cor de pele dele, pois nasceu bem mais branco que a irmã.

O pai diz que nesta gestação conseguiu dar mais atenção à barriga; a mãe o corrige e diz “para mim você diz né? Para minha pessoa”. Ele concorda, mas reitera “para o bebê na barriga também”. Ela justifica que ele teve muito problema profissional na gestação da filha; pensa que talvez tivesse esperado ela crescer um pouco mais, era o que queriam: ver os dois crescerem juntos, mas confessa que é ainda muito dependente e isso dificulta as coisas.

Diz não ter ficado com medo; foi mais tranquilo comparado aos momentos iniciais em casa com a primeira filha. Dormiram juntos o primeiro mês no sofá; no segundo ele já foi para o berço, bem diferente da primeira experiência, pois ela tinha medo da criança morrer, mas dessa vez conta que foi muito mais tranquilo. A preocupação do marido foi com uma experiência recente de internação da esposa em função de um cálculo renal; foi preocupante porque precisou ficar com os dois filhos e dar fórmula para o bebê, que seguia em aleitamento materno exclusivo. A experiência de separação foi igualmente tensa para a mãe.

Ela confirma que foi tudo muito diferente, mais tranquilo, menos medos. Os pais falam da preocupação com as decisões sobre escolinha, babá e condições financeiras.

Ela diz não saber se está sendo a mãe que imaginou. Reflete um pouco e diz que nunca imaginou como seria. O marido toma a palavra e diz que ela está sendo melhor do que ela poderia ter imaginado, que ela sempre foi uma pessoa muito chata, mas como mãe não, ela é mais acolhedora. “Achei que a chata da casa seria ela, mas sou eu quem tenho que fazer essa parte e corrigir a minha filha”. Ela demonstrou surpresa com a fala. Perguntei se ele já havia lhe dito isso, e ela disse sorrindo que não.

Já o marido não hesita em dizer que achava que seria um pai melhor, mais brincalhão; sempre gostou muito de criança, mas juntou o cansaço, as responsabilidades. Ele gostaria de ser mais participativo nas brincadeiras, mas é tomado pelas tarefas; a esposa alivia para ele dizendo que ele faz o possível. Ele diz que procura ser bem protetor para ela e para os filhos, e se antecipa na realização de algumas tarefas para facilitar.

3) Sustentação

Ela diz sentir-se cem por cento apoiada por ele. Ele diz que ela é sua “ajudadora” e explica que conta com ela para tomar decisões profissionais e pessoais, “nós somos bem parceiros”.

Não se sente pressionado pelas novas demandas, ele as entende como parte do ciclo da vida, diz acreditar que a realização de um homem depende de ter uma família com filhos e esposa.

Os dois dizem sim para a percepção de que falta uma ajuda da família, o pai sente que não pode contar com a ajuda dos avós e da família.

O pai respondeu à pergunta sobre a equipe médica e a classificou como fantástica! Ela está de acordo com ele. Eles optaram por pagar o parto justamente por confiarem no médico.

Pergunto sobre a retomada da vida sexual e mais uma vez é o esposo que responde em tom de brincadeira: “está como uma criança engatinhando”, e explica que a amamentação é um pouco complicada para ela, “ela não tem muita vontade”. Eles esperaram a quarentena e logo em seguida retomaram a vida sexual, mas encontram dificuldade em relação a isso em função das tarefas e horários para dormir.

4) Projetos Pessoais e Familiares

O plano inicial era sair do trabalho, mas percebeu que tanto pelo aspecto financeiro, como pela saúde mental sente que deve voltar; ele diz que ela é uma mulher moderna, ela completa que trabalha desde os quinze anos e teria dificuldade de deixar tudo para ficar em casa.

O marido parece apoiar incondicionalmente a decisão dela de voltar ao trabalho, diz ainda que ela não tem nada de dona de casa, mas que é uma baita mulher, “se precisar acordar as três da manhã e trabalhar das seis as seis ela cumpre sem problemas, mas quer ver o humor dela mudar é dizer que é dia de faxina”. Ela percebeu que sente falta da rotina de se arrumar e sair de casa, confessa que se sente contrariada em deixar as crianças o dia inteiro na escola, mas não vê outra alternativa.

Inicialmente o plano é deixar o bebê durante os primeiros meses com a avó materna; esta tem planos de mudar-se para outro estado, mas se dispôs a ficar com o neto por alguns meses. A filha mais velha continuará na escola em período integral. A mãe tem planos de contratar uma babá. Pergunto se eles estão de acordo com essa decisão, o pai responde que não se sente confortável em deixar com a sogra: “porque ela é muito irresponsável, ela

decide viajar de uma hora para outra e nos deixa na mão”. Diante dessa fala dele, olho para a esposa para observar sua reação; ela sustenta a fala do marido e explica que sua mãe fez isso várias vezes quando dependiam dela para cuidar da filha.

5) Bebê

a. Peso e tamanho do bebê

i. Nascimento: 3090 kg

ii. Data da entrevista: 6100 kg

b. Amamentação: Pegou bem o peito, pretende inserir suco e papinha na próxima semana; ela tem a segurança de que ele pega bem a fórmula porque fez o teste quando precisou se internar recentemente. O plano é começar a intercalar a fórmula em setembro e seguir com a amamentação de manhã e à noite.

c. Sono: Ele dormiu praticamente toda a entrevista; o barulho das conversas e da irmã não o incomodou em nada. Ele tinha o hábito de dormir da meia noite às seis da manhã, mas recentemente começou a acordar às três da manhã para uma mamada, daí vai até às nove da manhã.

d. Preferências: Não falou nada sobre isso.

e. Desenvolvimento: Faz o acompanhamento pediátrico e até o momento está tudo normal.

f. Iniciar uma brincadeira com o bebê: Ele dormiu durante toda a entrevista, apesar de o ambiente estar bem barulhento.

6) Protocolo IRDI

Idade	Indicadores	Presente	Ausente	Não verificado
De 0 a 3 meses e 29 dias	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.	✓		
	2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).	✓		
	3. A criança reage ao manhês. (relato do pai)	✓		
	4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.			✓
	5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.			✓

5.7 Narrativas núcleo familiar 7 – Ariel e João

Narrativa M1 – Núcleo 7

Gestante: Ângela, 33 anos, farmacêutica

Pai do bebê: João, 26 anos, operário

Instituição: Hospital particular

Tempo de gestação: 37 semanas

Data da 1ª entrevista: 26/01/2018

Previsão do parto: 12/02/2018

1) Informações pessoais do casal:

Ariel: É a filha do meio, tem 33 anos, a irmã 36 e o irmão 27. É casada e formada em Farmácia, atua numa farmácia pública com medicação de alto-custo. Relatou uma família afetiva e muito participativa. Os seus pais estão muito presentes e preocupados com essa fase final da gestação. Existe uma crítica em relação ao marido que, segundo ela, parece estar um pouco alheio ao momento e às suas necessidades. Repete algumas vezes sobre a

imaturidade do marido, que é mais novo que ela (não faz menção a esse dado senão quando perguntado). Está casada há dois anos; o relacionamento dura cinco anos. Mostrou-se constantemente emocionada durante a entrevista, mesmo quando o assunto parecia não justificar. Ao final pediu espaço para falar sobre uma situação que a tem deixado muito preocupada; chorou muito para contar que viu, às escondidas, um exame de seu irmão cujo resultado indica que ele foi contaminado por uma doença tratável, mas sem cura. Estava completamente atordoada com a dúvida sobre se deveria abordá-lo ou não para oferecer ajuda a ele. Não havia contado para absolutamente ninguém. Disse a ela que na próxima entrevista não abordaria esse assunto na presença do marido e que ficaria a critério dela falar ou marcar outro encontro para falar como está lidando com isso.

João: Não participou da primeira entrevista. Tem 26 anos, ensino médio completo, é operário. Os pais dele são casados, ele tem uma irmã que é um ano mais velha.

Bebê: Sexo masculino identificado por exame.

Filhos: não têm.

2) Gestação

Relata que ficou meio anestesiada quando confirmou a gestação, “não que eu não quisesse”, imaginava que teria dificuldade para engravidar, tal como aconteceu com sua irmã e com sua tia que fez tratamento de fertilização, no entanto em poucos meses a gestação aconteceu. Não teve nenhum problema de saúde, mas psicologicamente sentiu-se vulnerável, especialmente pelo fato de se perceber limitada e dependente. Agora, no fim da gestação, está percebendo que não consegue fazer as mesmas coisas que sempre fez; sua irmã tem um bebê de seis meses e tem insistido em conscientizá-la sobre as dificuldades iniciais com o bebê recém-nascido.

Insiste na queixa sobre o quanto essa experiência tem atravessado sua vida, ao passo que com relação à vida do marido nada mudou. Conta que ele gosta de jogar futebol, na sequência fala sobre um contratempo que teve com as chaves de sua casa, precisou contar com a ajuda de seu pai porque seu marido estava sem bateria no celular, argumenta que poderia ser uma emergência com o bebê e fica chateada por ele não ter esse comprometimento. O fato de ele ter ficado incomunicável, sabendo que ela está no fim da gestação e poderia precisar dele a qualquer momento, deixou-a muito chateada. Sente que o marido espera que ela peça socorro ao pai dela em vez dele, como se ele estivesse em segundo lugar em relação a essa obrigação.

Confirmou que seu bebê seria um menino quando estava com 17 semanas; o nome já está definido. Novamente reforça que estava sozinha nesse exame. Relatou um sonho que teve, em que teria tido dois meninos chamados R. e A. Diz ter gostado do sexo da criança que fora antecipado pelo sonho. Acredita que o marido também gostou, mas fez o comentário: “depois a gente tenta uma menina”, o que a fez pensar que essa talvez fosse sua preferência.

A cesariana já está agendada. Diz ter mioma, mas acredita que essa decisão é mais em função do medo de sentir dor, embora sua mãe a encoraje a tentar o parto normal. A irmã teve um aborto antes do filho que hoje tem menos de 1 ano. A entrevistada estava acompanhando a irmã no exame em que constatou a morte fetal da primeira gestação. Isso a deixou muito preocupada quando precisou fazer a sua primeira ultrassonografia.

3) Aspectos Fantasmáticos

Espera que o filho não seja parecido com o marido no aspecto da passividade diante das coisas. Ela acredita que será um pouco agitado, a tirar pela movimentação em sua barriga e também porque ela própria era uma criança agitada.

O grande fantasma enfrentado por ela neste momento só veio à tona nos momentos finais da entrevista, quando falou sobre o exame de seu irmão a que teve acesso sem o consentimento dele e que aponta para uma contaminação. Iniciou um discurso no sentido de que isso poderia ter sido evitado, apontando um intenso sentimento de culpa, lamentando o fato de não o ter orientado melhor (ela é farmacêutica). Acolhi a queixa e me posicionei mais incisivamente sobre sua impotência diante do que pode ter acontecido com ele. Ela relatou sua suspeita de que ele seja homossexual, explica que por ser de uma família tradicional acredita que ele não se sentiu à vontade para abrir essa informação.

Ela está vivendo um momento em que não consegue pensar em outra coisa; lida com uma dúvida obsessiva sobre se deveria falar com ele sobre esse assunto ou não. Isso tem tirado seu sono, mas teme que ele se sinta invadido e constrangido, ao mesmo tempo, gostaria de apoiá-lo na busca pelo tratamento. Retomei com ela alguns aspectos de como está sendo esse momento para ela, com todas as demandas e fragilidades, mas também para ele que ainda está se acomodando com essa informação. Discutimos sobre como pode ser complicado para ambos lidar com isso neste momento, deixei claro que ela teria toda a liberdade de tratar do assunto com o irmão se sentisse que isso a deixaria mais aliviada, mas pontuei que ficar planejando e tentando criar situações para entrar nesse assunto a todo o momento poderia elevar ainda mais sua ansiedade. Ela recuperou o controle emocional e pudemos concluir.

4) Sustentação

Sente sua família como seu ponto de apoio. Também percebe apoio da família do marido, mas entende que a criação é diferente e que o modo deles de expressar também é diferente.

Percebeu que a sogra ficou feliz quando ela a convidou para acompanhá-la a um exame; reflete dizendo que às vezes pode ser que ela própria não dê abertura.

O fato de precisar pedir a ajuda ao marido em vez de ele ser capaz de detectar suas necessidades parece ser um ponto importante que a tem contrariado.

Ela não mora na mesma cidade em que faz o acompanhamento, mas explica que já morou nesta cidade e por isso se sente mais à vontade em fazer o acompanhamento nesta região. Gostaria de fazer o parto neste hospital, mas desistiu porque não permitem visitas à maternidade durante a gestação.

Preocupa-se com a possibilidade de seus pais ficarem muito sobrecarregados para ajudar os filhos, pois já ajuda a sua irmã com o filho; justifica que eles não são mais jovens.

Acredita que o seu bebê vai precisar muito dela. E quanto ao que ela vai precisar, diz sorrindo: “de ajuda”.

Percebe-se como ciumenta e sistemática, tem receio de ficar nervosa com a postura da sogra em relação ao seu bebê; conta que ela beija as crianças na boca e isso é inaceitável para ela.

5) Projetos Pessoais

Essa etapa não foi realizada em função da condição emocional diante do relato sobre seu irmão; ela ficou emocionalmente muito descompensada. Fazia uma semana que estava com essa informação sem poder dividir com ninguém. A entrevista foi encerrada apenas após ela recuperar o equilíbrio emocional e ter condições de ir embora.

Narrativa M2 – Núcleo 7 Ariel e João

Data do parto: 12/02/2018

Data da entrevista: 18/05/2018

Participantes: Mãe e o bebê.

Local da entrevista: Ambulatório de ginecologia

Bebê: Sexo masculino, 3 meses e 6 dias.

1) Ambientação

“O começo foi bem *punk*”.

Conta que veio dirigindo até o hospital para a entrevista; voltou a dirigir com exatos 40 dias após o parto. Os primeiros dez dias foram mais tranquilos porque contou com a ajuda de sua mãe; esta ficou à disposição durante dia e noite para ajudá-la quando o bebê chorava, disse que pôde descansar um pouco nesse período, mas depois ficou muito difícil. O marido também estava de férias nesse período inicial, “mas não ajudava muito porque não sabia trocar o bebê”, ele levantava com ela quando o bebê chorava a noite, mas não o

trocava. Ela sentia muita vontade de voltar a dormir deitada, pois não conseguia no final da gestação, por conta da barriga e depois por conta da cirurgia.

O bebê se mostrava inquieto no colo da mãe enquanto conversávamos. Ela decidiu fazer uma pausa para dar o peito; antes, porém, fez uma conversinha com ele em tom manhês. O bebê pegou avidamente o peito e ela pode continuar o discurso normalmente.

2) Aspectos Fantasmáticos:

Contou que inicialmente o bebê estava dormindo num suporte ao lado da cama do casal, depois passou para o redutor de berço no meio do casal. Quando o bebê fez um mês, o esposo foi para o sofá da sala; esse período coincidiu com o retorno dele ao trabalho. O cenário permanece assim até o presente momento. O marido parece descontente e pede para colocá-lo no berço, “mas, *tadinho*, ele é tão pequenininho para dormir sozinho no berço, eu falei que a gente pode colocar ele de volta no Moisés ao lado da cama para ver se ele acostuma!”

Queixa-se da falta de tempo. Não conseguiu seguir o conselho da irmã de dormir toda vez que o bebê dormisse; não conseguiu deixar para depois as tarefas da casa e isso a estafou. Esperava ansiosa pelo horário do marido chegar em casa para poder segurar um pouco o bebê. Diante da dificuldade desse período, passou a ir para a casa da mãe durante o dia; sentiu que foi melhor porque só precisava se preocupar com o bebê, a mãe dela fazia a comida e as obrigações da casa.

Pergunto a ela o que achou de o marido ir dormir na sala; ela diz que inicialmente não gostou, mas que não consegue colocar o bebê no berço. O marido propôs colocar uma babá-eletrônica, mas ela mostra-se resistente e justifica ter medo de não ouvir o choro dele.

Com relação ao parto, ela conta que agendou com o plantonista (outro hospital particular), chegou em jejum e sem dilatação, percebeu que a emergência estava lotada; estava preocupada em ficar muito tempo sem comer, mas o médico a colocou no soro e liberou a ingestão de água de coco. Ela ficou numa sala de pré-parto por quase cinco horas; acabou ficando nervosa com a demora e com o ambiente – descrito como tenso –, pelo fato de ter outras mulheres com dor, aguardando pelo parto normal.

Demorou, até que liberassem a entrada do marido para acompanhá-la; a família dela ficou todo esse tempo no hospital aguardando sem contato com ela, só os viu depois do parto; a família do marido foi avisada sobre o atraso e chegaram mais tarde no hospital. Ela considera que essa demora foi o que saiu diferente do que esperava.

O bebê veio para ela antes do banho, depois do banho ficou mais um pouquinho. Sobre a impressão que teve: “eu achei que ele não parecia com ninguém porque ele veio tão branquinho, tão branquinho [...]”. O bebê retornou do berçário com um penteado de moicano; ela o achou parecido com o pai, mas depois, sem o penteado, percebeu que era muito parecido com ela. Confirmando a informação absolutamente nítida! Ela disse que não imaginava que ele seria tão parecido com ela.

Pergunto sobre alguma dificuldade inicial e ela diz que o mal-estar já começou no carro, ao colocá-lo no bebê conforto, sentia que estava fazendo algo errado com a cadeirinha. (11:05) “Eu só queria chegar em casa, me deu um pânico”.

Neste momento o bebê demanda atenção, ela o atende e faz uma brincadeirinha com ele, ele responde com um sorriso.

Ao chegar em casa, sua mãe lá estava para recepcioná-los com um almoço.

Conta que o marido demorou muito para se arriscar a dar o primeiro banho, porém, atualmente, ela já estabeleceu uma rotina de tomar o próprio banho com o bebê, ele fica ao lado no bebê-conforto, dentro do banheiro, vai conversando com ele para distraí-lo até chegar a hora dele entrar no chuveiro com ela. Conta que ele estressa um pouquinho quando ela precisa demorar um pouco mais, daí requer mais conversa e brincadeira para distraí-lo.

Ela (14:00) acredita que falta um pouquinho mais de paciência para que ela seja a mãe que imaginou que seria; explica que às vezes tem dificuldade em fazê-lo parar de chorar e preocupa-se pelo fato de que terá que deixá-lo com sua mãe. (Saio do consultório para pegar água para ela, que estava amamentando; durante minha ausência, ela fala em tom *manhês* o tempo todo com o bebê).

Ela está tentando construir uma rotina, mas sente que ainda não está muito estabelecida.

3) Sustentação

Questiono sobre o sentimento de estar sozinha com as obrigações que mencionou na primeira entrevista. Ela diz que está tudo igual. Sente-se contrariada por ter que pedir ao marido que a ajude; gostaria que ele percebesse que ela está precisando de sua ajuda. Percebe que falta sensibilidade ao marido quando a chama para trocar o bebê em vez de fazê-lo.

Por outro lado, ela reconhece que se sente incomodada com coisas que ele faz, mesmo sendo idêntico ao que ela própria faz – deu o exemplo de quando tenta treinar o bebê para pegar no sono sem o colo, ele chora e ela reconhece o “chorinho” como parte normal do

processo, no entanto, quando o marido faz o mesmo, interpreta como descaso pelo fato de ele ficar menos tempo com a criança. (20:00) Ela não interpreta como desprezo para com ela, pelo contrário, observa que “ele [o marido] é quem está mais carente, coitadinho”.

Explica que ainda não retomaram a vida sexual; justifica pelo fato de estar com escape por conta da pílula, mas depois fala também sobre a falta de vontade. Ela se dirige ao bebê durante toda a entrevista e nesse momento diz a ele: “estou deixando o papai de lado né?”, o bebê olha atento para o rosto da mãe. Ela confirma que não tiveram nenhum contato sexual após o nascimento do bebê. Relata que o marido tem insistido em colocar o bebê no berço para retornar para a cama do casal.

Sentiu-se muito bem atendida pela equipe do hospital em que fez o parto; não relatou nenhuma queixa.

Percebe que começa a apostar no marido para que ele possa ajudá-la com o bebê. Conta que foi ao *shopping* e o deixou com o pai, ficou duas horas fora, sorriu e contou em tom de ironia que ele não deu a mamadeira com a justificativa de que o bebê não sentiu fome.

4) Projetos Pessoais e Familiares

O retorno ao trabalho está programado para 27/07/2018. O plano é deixá-lo com a mãe dela, a avó tem o apoio de seu marido que é aposentado; eles cuidam do primeiro netinho que é 7 meses mais velho que o filho dela.

A irmã e ela pretendem contratar uma ajudante para sua mãe; essa é uma condição colocada pelo marido dela. Escolinha é algo que está fora dos planos dela. Na família dele não há ninguém disponível para ajudá-los.

Ela não teve a oportunidade de conversar com o irmão sobre a questão que a preocupava, mas parece resignada diante da decisão dele de não compartilhar a informação. Contou-me sobre a preocupação com a irmã que está com um princípio de pânico.

5) Bebê

- a. Peso e tamanho do bebê
 - i. Nascimento: 3,370 kg.
 - ii. Data da entrevista: 5,335 kg (na última consulta, a próxima seria logo após a entrevista)
- b. Amamentação: teve problemas no início (rachaduras e empedramento), mas recebeu ajuda e apoio da irmã que é enfermeira. Ela segue com aleitamento materno exclusivo, pretende continuar quando retornar ao trabalho, planeja fazer a ordenha no trabalho e a noite para supri-lo no período em que estará fora.
- c. Sono: Às vezes dorme a noite inteira, mas algumas vezes acorda duas ou três vezes.
- d. Preferências:
- e. Desenvolvimento: Tudo dentro do normal.

Narrativa M3 – Ariel e João

Data da entrevista: 12/09/2018

Participantes: O casal e o bebê

Idade do bebê: 7 meses.

Local: Pediatria do hospital

1) Sustentação

Fizemos a ambientação e pedi que o esposo assinasse ao TCLE, pois foi sua primeira participação.

Ela sentiu-se tranquila e segura para retornar ao trabalho porque o bebê ficou com sua mãe. O primeiro desafio foi quando sua mãe precisou se ausentar para ir a uma consulta médica; ela não teria com quem deixar o bebê naquele dia, isso a desestabilizou a ponto de fazê-la chorar. O relato resgatou a emoção que aparecia em seus olhos marejados. Ela pensou em várias alternativas: a primeira delas era acompanhar sua mãe com o bebê até a consulta e depois deixá-los retornar para casa, enquanto ela se encaminharia para o trabalho com um pouco de atraso, mas foi desencorajada por sua mãe; em função do frio que fazia naqueles dias, o bebê teria que ser retirado do berço antes das cinco da manhã para fazer uma longa viagem. A única saída que encontrou foi deixá-lo com seu pai, mas entendi que isso não foi confortável para ela. Deixou-o dormindo e, antes das nove da manhã, sua mãe já havia retornado. Ela ficou muito apreensiva com a situação; o marido observava muito atento o relato dela, mas parecia não ter participado com a mesma intensidade desse dilema.

Fiz um discreto apontamento sobre a emoção dela e perguntei ao pai como ele lidou com essa situação. Ele não acrescentou nada ao episódio relatado por ela, mas disse que as coisas mudaram quando ela voltou a trabalhar, porque se sente mais responsável pelo filho, já que ficou com a tarefa de trocá-lo de manhã e levá-lo para a casa dos avós antes de seguir para o trabalho. Isso os teria aproximado mais. Ele disse que foi difícil na primeira semana, mas já está muito bem adaptado. A mãe levanta mais cedo para amamentar o bebê e o coloca na cama com o pai para dormirem mais um pouquinho, já que ela sai mais cedo para o trabalho.

Observo pela dinâmica descrita que o bebê já saiu da cama do casal. Pergunto como conseguiram? O pai responde prontamente que foi difícil; ela replica com cuidado, mas com um tom de mágoa: “difícil por quê? Era eu quem acordava!” Ela contou que agora o bebê acorda apenas uma vez e ficou mais fácil.

Para o pai esse período inicial foi muito difícil pelo fato de ter ficado quase quatro meses dormindo no sofá. Ele acredita que foi sua insistência que a fez tomar a decisão de colocá-lo no berço.

Eles recebem ajuda dos pais e do irmão dela para os cuidados com o bebê. O fato de o priminho mais velho estar bem adaptado com o bebê os deixa mais tranquilos.

A decisão de deixar com os pais dela foi de comum acordo. A escolinha está programada para quando ele estiver andando. O pai fala em colocar o filho e o sobrinho em turnos alternados; a mãe corrige e diz que não, que serão colocados no mesmo período para dar sossego à sua mãe.

O clima da entrevista é bom, ela brinca muito com o bebê e atende às solicitações dele que parece muito atendo às modulações de voz e ao olhar da mãe, porém, aos poucos ela deixa escapar um pouco de contrariedade com o marido. A família deles parece muito envolvida e aparentemente não fazem interferência invasiva no modo como eles estão conduzindo.

Para ambos, o cenário atual é o ideal. É o pai quem retorna mais cedo e busca o filho na casa dos avós. Ela só busca a criança no dia em que o marido tem futebol.

2) Aspectos Fantasmáticos

Pergunto se fariam algo diferente do que fizeram, o pai prontamente responde que colocaria o filho mais cedo no berço. Ela escuta-o pacientemente, mas discorda e diz que teria feito igual. Explica que foi mais cômodo para ela porque estava operada, justifica que não tem espaço para colocar um berço no quarto e isso teria sido o ideal. Ele concorda com a justificativa sobre a cesárea, mas ratifica que foi muito tempo.

Questiono sobre quais seriam as atividades de lazer da família. Ela conta que não retomaram a vida social, saem apenas para festas de família. Ainda não foram nenhuma vez ao *shopping* com o bebê, o marido parece estar contrariado com isso, mas ela encobre a voz dele e diz “ele vê muita gente, qual a necessidade de ele ir ao shopping?” Pontuo que talvez tenha sido suficiente para o bebê, “mas com relação à mãe dele, ela não tem vontade de sair?” Ela explica que quando precisa ir ao shopping deixa-o com o pai e vai correndo comprar o que precisa. Falo em tom de brincadeira: “então você vai resolver alguma questão, não passear”; ambos concordam. O pai diz que eles gostavam de ir para baladas quando eram solteiros e que isso não é mais possível. Ela diz que prefere não sair porque fica muito preocupada.

É o marido quem fala sobre o medo dela em lidar com contaminações; na fala dele ela se incomoda demais com as pessoas que pegam ou beijam o bebê. Lembro e verbalizo que ela é farmacêutica; o pai confirma e diz que fica numa situação complicada quando precisa mediar esse conflito, especialmente quando é sua mãe quem faz isso.

A pergunta sobre se ela é a mesma de antes do bebê é a gota d'água para eclodir uma emoção que vinha sendo discretamente contida durante a entrevista. A princípio não entendi o porquê daquela emoção. “Para ele (o marido) eu acho que ainda sou a mesma, mas no trabalho não sou mais tão perfeccionista, não me preocupo com coisas pequenas, meu foco é outro, não vou perder minha saúde aqui (referindo-se ao trabalho), mudou muita coisa”. Quando faço a mesma pergunta ao pai, ele responde com certo constrangimento: “esse é o problema, eu continuo sendo o mesmo, eu tenho que melhorar”. Pergunto “como assim? Não entendi.” Ela brinca com o bebê e tenta esconder as lágrimas que não cessam, o bebê fica agitado e começa a bater uma das mãos sobre a mesa. Ele prossegue: “Eu continuo jogando bola, gosto de sair para tomar minha cerveja...” Ela toma a palavra e diz: “A bola não é o problema, mas o problema é sair e não ter horário, acaba o futebol e eles têm um churrasco, daí fica o domingo inteiro fora de casa, chega à noite e o menino está dormindo”. Ele dá algumas explicações sobre por que demora para chegar, e ela fala ao fundo “é muita justificativa”. Ele tenta minimizar dizendo que no momento acabou o campeonato e que por isso está mais em casa aos domingos.

Diante da tensão presente no ambiente digo: “parece que falta um pouco de conversa”. A esposa rebate instantaneamente “a conversa existe, mas ele não muda”. Ele fica olhando para mim com uma expressão angustiada, o bebê volta a bater na mesa, digo a ele que parece que existe um pedido dela. Ele responde sorrindo: “faz tempo”.

3) Vida Conjugal e Profissional

Aproveito o clima para questionar sobre a relação do casal. Ela reconhece que ele sempre foi desse jeito, que o conheceu assim, inclusive gostava de acompanhá-lo nos jogos, mas não vê mais condições de continuar como era antes, sabe que ele deve permanecer com essa atividade de que ele tanto gosta, mas acredita que ele poderia dividir melhor o seu tempo. Ele diz que não tem nada do que se queixar com relação a ela, sabe que tem que melhorar com relação ao horário que chega em casa. Eles falam que retomaram a vida sexual, mas as mágoas ainda atrapalham a retomada satisfatória da vida sexual. (24:00)

Após essa etapa, colhi as informações do bebê e na despedida, quando o áudio já não estava mais sendo gravado, o pai concluiu: “então o errado sou eu”. Contornei a situação dizendo que não era nosso objetivo identificar o culpado, mas a conversa poderia ajudá-los a entender o que está acontecendo nesse processo de adaptação que exige muitos ajustes de todos.

4) Bebê

- a. Peso e tamanho do bebê: 8,600 Kg., 68 cm.
- b. Amamentação: Mama de madrugada, no trabalho ela ordenha e “a noite ele quer ficar pendurado no meu peito”. De manhã ela dá um peito e ordenha o outro, no trabalho ela faz a ordenha na hora do almoço.
- c. Sono: acorda uma vez a noite.
- d. Preferências: para dormir tem que ninar e por um pouco no peito. A mãe tem mais facilidade, mas o pai também consegue fazer dormir.

5. Protocolo IRDI

Idade	Indicadores	Presente	Ausente	Não verificado
De 0 a 3 meses e 29 dias	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.	✓		
	2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).	✓		
	3. A criança reage ao manhês.	✓		
	4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.	✓		
	5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	✓		
De 4 a 7 meses e 29 dias	6. A criança começa a diferenciar o dia da noite.	✓		
	7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.	✓		
	8. A criança faz solicitações à mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.	✓		
	9. A mãe fala com a criança, dirigindo-lhe pequenas frases.	✓		
	10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.	✓		
	11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.	✓		
	12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.			✓
	13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.			✓

5.8 Narrativas núcleo familiar 8 – Alice e Wagner

Narrativa – M1 – Núcleo 8 Alice e Wagner

Gestante: Alice, 23 anos, recepcionista.

Pai do bebê: Wagner, 32 anos, operário.

Instituição: Hospital particular

Tempo de gestação: 20 semanas

Data da 1ª entrevista: 23/03/2018

Previsão do parto: 20/08/2018

1) Informações pessoais do casal

Alice: Tem ensino médio, é a filha caçula, tem 23 anos e uma irmã mais velha com 27 anos, é recepcionista em um ambulatório do hospital. A gestação antecipou o casamento que estava sendo preparado com muito cuidado.

Wagner: Não estava presente. Está com 32 anos, tem um irmão gêmeo, os gêmeos são os caçulas de um total de 7 filhos. Tem ensino médio completo e trabalha como operador de máquinas.

Bebê: Sexo masculino identificado por exame de ultrassom. O nome foi escolhido pelo pai.

Filhos: Não tem.

2) Gestação

A gestação não foi planejada. Chorou muito no início porque não estava casada. O casamento estava programado para setembro de 2018, estavam pagando o *buffet*, porém confirmou a gestação em dezembro de 2017, e precisaram antecipar a festa para fevereiro, mas conta que acabou realizando seu sonho; conseguiram fazer a festa tal como planejado, precisaram abrir mão apenas da lua de mel. Apesar de chorar muito, explica que sempre quis ser mãe, não gostaria de demorar muito para engravidar após o casamento, porém brinca dizendo que não era para ser tão rápido. A gravidez aconteceu durante a troca de anticoncepcional, explica.

Percebia que estava muito nervosa com os preparativos para o casamento e a gestação ao mesmo tempo, mas acredita que após essa correria sentiu-se mais tranquila. Estavam aguardando a entrega de um apartamento financiado, mas precisaram alugar uma casa porque ele ainda está em construção. Acredita que precisarão esperar um pouco mais após a entrega do mesmo para que tenham condições de fazer a reforma. Explica que o orçamento mudou com os preparativos para a chegada do bebê.

Os exames estão bem, e o médico mencionou apenas que o tamanho do útero ou do colo pode estar pequeno/curto; ela fará outro exame para confirmar.

Na Páscoa, engordou um pouquinho a mais e deverá tomar mais cuidado.

Retomo o assunto da detecção da gestação e peço que ela descreva o dia. Ela e o noivo foram ao *shopping* para comprar um teste de farmácia, ela fez o teste no banheiro e percebeu a presença de apenas um risquinho (negativo). Contou sobre o resultado para o noivo e quando foi mostrar o dispositivo para ele, o segundo risquinho havia aparecido, porém, em tonalidade mais clara que o primeiro risco. Retornaram à farmácia e pediram ajuda ao balconista para interpretar, este teria dito que aquilo não era gravidez por estar muito claro. Ela explica que hoje entende que o risquinho estava claro porque se tratava de uma gestação de poucos dias e a presença do hormônio que indica a gravidez ainda era baixa.

Decidiu fazer o exame de sangue no próprio hospital onde trabalha, e quando foi retirar o exame percebeu que poderia ser positivo pela cara da colega que fechava o envelope com um sorriso. A colega perguntou se ela já sabia. Ela respondeu que não, em seguida a menina desejou-lhe os parabéns, antecipando a informação contida no papel.

Ela sentou-se, sentiu que a pressão caiu, ficou muito assustada, “sempre tomei remédio, a gente acha que não vai acontecer, mas quando a gente menos espera acontece.” Explicou novamente sobre seus sonhos e os planos para aquele momento. Reforçou que a gravidez era algo que sonhava, mas não neste momento.

O bebê é um menino, o pai escolheu o mesmo nome do filho de um jogador de futebol famoso. A confirmação do sexo masculino foi antecedida por uma ultrassonografia em que o médico havia indicado 75% de chance de ser uma menina; ela completa dizendo que “trata-se de um médico que não costuma errar”. Teria sido difícil consolar o marido, pois ele queria muito um menino; ela também preferia um menino por ter muita menina na família. No mês seguinte, quando já estava quase convencendo o marido das vantagens de ter uma menina, a confusão foi desfeita, e agora eles estão seguros de que é um menino.

A sogra já tinha feito um vestido para a “menina”. Pontua que a gestação exigiu dela bastante adaptação.

Ela completa dizendo que o pai e a mãe são evangélicos, mas aceitaram sua gravidez, apesar da decepção, porém a avó e a tia ficaram chateadas, chegaram a ficar um tempo sem falar com ela; isso a deixou muito triste, mas ela apegou-se ao fato de seus pais a terem apoiado.

3) Aspectos fantasmáticos

Fala com um sorriso no rosto que se sente mais feliz agora. Percebe que é possível curtir o casamento e o bebê ao mesmo tempo. Diz que tinha medo de não poder engravidar por ter ovários policísticos.

Sente um pouco de medo do parto; supõe que seja por nunca ter feito nenhuma cirurgia. Nunca teve preferência sobre a via de parto, mas acredita que nenhuma mulher quer, hoje em dia, se submeter ao parto normal. Faço um apontamento sobre a prevalência desse tipo de parto em hospitais particulares como aquele pelo qual ela é acompanhada; ela pondera e diz que pode ser por isso que colocou na cabeça de ter parto cesariano, mas já está quase convencida de que será dessa forma. (15:28)

Acredita que o bebê vai se parecer com ela, explica que o marido não tem muita foto de bebê. “Dizem que menino puxa mais a mãe”. Sobre o jeito de ser, acredita que será mais calminho, porque ele mexe pouco e porque o esposo também é muito calmo. Ela também seria calma, ainda que um pouco menos que o marido, “eu imagino o D. uma criança calma”.

Em seguida fala sobre sua adolescência, mostra uma posição crítica em relação à imagem que faz de si. Acredita que foi rebelde por ter namorado muito nova, sente que poderia ter sido mãe muito mais nova, aos 13 anos talvez, agradece por isso não ter acontecido com ela. Conta que parou de estudar por dois anos nesse período, mas depois retornou e fez até um curso técnico. A irmã engravidou aos 14 anos.

Quer cuidar do filho de forma diferente de seus pais, que são muito bons, mas prenderam demais, não deixavam as filhas fazer nada, “eles reconhecem isso hoje em dia”. (19:20)

4) Sustentação

O esposo é a primeira pessoa a quem recorre diante de uma necessidade; depois vem a mãe dela que, apesar de a considerar muito boa, percebe como invasiva.

Ela diz que tenta oferecer apoio a ele da mesma forma que recebe; pensa que ele sabe que também pode contar com ela nas necessidades, mas reconhece que ele fica sobrecarregado com as demandas dela. Ela chorou muito diante das mudanças nos planos e ele precisou ser forte para segurar essa situação. O bebê vai precisar de “todo o cuidado e dedicação”; citou também a estabilidade financeira e reforçou a dedicação dela. Fala sobre sua preocupação em dar conta das necessidades dele.

Ela diz que, assim como o bebê, vai precisar de atenção. Está um pouco “pra baixo” porque está engordando, tem receio de como vai ficar seu corpo depois do parto, tem medo de não emagrecer.

5) Projetos pessoais

Pensa em retornar ao trabalho após o período de licença, e para isso contará com a ajuda da mãe para ficar com seu bebê. Sonha com um emprego melhor, mas pretende voltar para o mesmo trabalho. A escolinha será uma opção um pouco mais adiante, mas está certa de que nunca vai parar de trabalhar; imagina que para ter um segundo filho terá que planejar muito bem. “A mulher tem que ser independente e se eu tiver que depender do meu esposo, vou ficar bem chateada”. Pensa ser muito importante poder comprar suas coisas e ter certa liberdade, baseia-se no modelo de relação construído entre sua irmã e o cunhado; vê a irmã como muito dependente dele e está certa de que não quer isso para si.

Pontua que ela mencionou desejo de se diferenciar do modelo de cuidados oferecidos pelos pais, assim como do modelo conjugal estabelecido entre a irmã e o marido. Ela completa que sabe não existir mãe perfeita, mas quer construir seu próprio jeito de cuidar.

Ela reflete sobre sua infância e diz que o pai era muito bravo e a mãe muito nervosa, porém a mãe não se impunha; acabava deixando os filhos fazerem o que desejassem por dificuldade de impor e sustentar limites diante das birras e insistências.

Narrativa M2 – Núcleo 8 Alice e Wagner

Data do parto: 11/08/2018

Data da entrevista: 12/12/2018

Participantes: Mãe, pai e bebê.

Local da entrevista: Hospital particular

Bebê: Sexo masculino, 4 meses.

1) Ambientação

Entraram falando sobre a gengiva do bebê, explicando que ele estava meio “chatinho”; acreditam que há uma coceira anunciando os dentinhos.

Pergunto sobre como eles estão. Ela responde, mas fala sobre o bebê: “eu acredito que ele seja uma criança até calma, mas está entrando numa fase que está ficando enjoadinho por causa dos dentes”. Completa que já passou aquela fase de não dormir à noite, “foi bem difícil, as pessoas falam, mas só passando para entender o que é, até eu que sou calma fiquei estressada e muito cansada”, na sequência diz que essa fase já passou, sente-se bem porque agora ele já estaria dormindo a noite toda.

Convoco o pai para falar um pouco. Ele me responde dizendo que está bem, reconhece que a parte mais difícil fica com ela, que está com o bebê 24 horas, mas que tenta ajudar quando chega do trabalho; comenta rapidamente que ela fica brava porque ele não sabe fazer as coisas direito. Peço que explique um pouco mais a rotina e como é essa ajuda quando chega do trabalho. Ele diz que depende do cansaço, que às vezes chega com sede, porque não tem tempo de beber água durante o dia, mas procura pegar o bebê assim que pode, principalmente quando está chorando, mas explica que se ele estiver dormindo, não mexe com ele. Ela intervém e diz: “automaticamente o bebê já o conhece e parece que sente saudade do pai”.

O casal explica que o esposo faz um revezamento com três horários diferentes de trabalho; ela diz que isso dificulta criar uma rotina efetiva porque estão sempre mudando. Em um dos horários ele chega por volta das 14h; em geral, ela o espera para poder almoçar. Ela diz se esforçar para estabelecer uma rotina para a criança, mas acredita que seria mais fácil se o marido tivesse um horário fixo de trabalho. Nesse momento a criança começa a mostrar mais desconforto, a mãe dirige a atenção para a criança e diz em tom manhês “ixi tá enjoadinho”. Ela o posiciona melhor e continua falando sobre sua tentativa de fazê-lo reconhecer o dia e a noite, mas demonstra dificuldade em dividir a atenção entre mim e a

criança. Peço um momento e digo que vou pegar brinquedos para o bebê numa caixa ao lado. Ela entrega o objeto com uma brincadeira para o bebê.

Ponto que entendi que essa fase de acordar à noite passou, mas gostaria de saber quais as dificuldades da fase atual. Ela diz que sempre conseguiu cozinhar com ele sobre a pia ou a mesa; ele permanecia quietinho, mas percebe que de uns dias para cá isso não está sendo mais possível; ele demanda atenção e colo o tempo todo. Ela começa a pensar que pode ser porque recebem visitas que o pegam o tempo todo; diz que não reclama, mas isso poderia estar atrapalhando. O pai acrescenta que agora ele gosta de ficar sentado. Falo em tom de brincadeira: “será que é porque ele está crescendo?” Ela responde sorrindo que sim, e diz que tem dias que não consegue fazer mais nada. Justifica que nunca fica irritada com ele e que sempre gostou de trabalhar, mas reconhece que já está “agoniada de ficar em casa”.

Pergunto se sente saudade do trabalho. Ela faz uma pausa e me corrige, “sinto falta de sair de casa porque meu trabalho estava muito estressante”. Fala sobre a falta que sente de sua rotina.

Pergunto ao pai o que estaria mais difícil para ele nesta fase; ele titubeia e a mãe o encoraja em tom suave e amistoso: “pode falar.”. Ele diz que sente dificuldade para descansar, que em seu trabalho tem risco de acidente e precisa descansar para garantir a concentração e isso estaria difícil nessa fase. A esposa complementa dizendo que ele realmente dorme pouco e por isso estaria exausto; acrescenta que consegue dormir mais porque o bebê já dorme a noite inteira, e fala em tom de confissão que às vezes consegue dormir até as dez da manhã. Ele retoma a palavra, diz que isso é muito gratificante, e ela completa com a mesma conclusão.

2) Aspectos fantasmáticos

Ela diz que o término da gestação foi tranquilo, o parto foi uma cesárea agendada. O marido acrescenta que não houve qualquer intercorrência durante a gestação (8h25), brinca dizendo que ela pode acordar, fazer a maquiagem e ir para o hospital. Ambos descreveram o parto como uma experiência bonita e emocionante; conseguiram fotografar como desejavam e ela completa: “é uma coisa assim que não dá para explicar (faz pausa – sorri), é maravilhoso mesmo”. Ele menciona os movimentos bruscos na hora de tirar o bebê da barriga dela; observou que os batimentos cardíacos dela foram para 150 bpm.

Pergunto sobre a primeira impressão em relação ao bebê; ela titubeia, sorri e diz que “gerar uma vida é uma sensação muito boa, inexplicável”. Em seguida fala sobre a preocupação que veio: “será que a gente vai dar conta?”; explica que antes eram só os dois, o que lhes

permitia fazer o que quisessem, “agora mudou toda nossa vida, nossa rotina”. Retomo a pergunta especificando a impressão física que ela teve do bebê. Ela sorri e diz “achei ele lindo, maravilhoso!” Me dirijo ao pai com a mesma pergunta: “eu também (pausa para pensar), é o maior presente que Deus pode dar para nós”. Ela diz que achou a boca, o olhar e o nariz do bebê parecidos com ela; o pai intervém e diz que 90% das pessoas o acham parecido com ele, mas até escondeu isso dela.

Questiono se houve alguma preocupação. É o pai quem responde que apareceu uma pequena alteração no exame do pezinho que o preocupou, fizeram uma versão ampliada do exame e, nesse segundo exame, o hormônio da tireoide já havia normalizado. Ela reforça que ele nasceu bem saudável, que não ficou enjoado, nem com febre nas primeiras vacinas. Sobre o que teriam feito diferente, ela toma a palavra e diz que teria ficado mais tranquila em relação ao tempo do bebê, que talvez pudesse esperar o parto normal, que é o natural (sic). Reflete que se tivesse outro filho esperaria até quarenta e duas semanas pelo parto normal, que a cesárea foi feita com trinta e nove semanas. Continua refletindo e diz que foi a ansiedade de ver logo o bebê, mas se queixa do fato de ser um caminho comum a todas as mulheres de que esteve próxima durante o pré-natal. Ele compartilha a crítica e acrescenta que é mais fácil para os médicos; ela completa: “o normal é o natural da vida, mas só agora estou entendendo isso, no próximo parto eu vou esperar mais, isso eu faria sim diferente!”.

Pergunto ao pai se faria também algo diferente. Ele retorna ao tema trazido por ela, diz que chegou a falar sobre o parto normal, mas não conseguiu convencê-la porque ela estava muito ansiosa; conta que ela pegou licença vinte dias antes porque estava muito cansada, daí sentia que precisava fazer a cesárea logo para não perder esse período da licença sem o bebê.

Ela diz não ter sentido muito medo por ela, preocupava-se mais com o bebê; já o pai temia pela vida da esposa, por isso ficou muito focado no monitor dos batimentos cardíacos. Ela intervém e diz que se trata de uma cirurgia, e ele completa: “uma cirurgia muito invasiva, a gente acha que não porque é moda, mas é uma grande cirurgia”. Ele disse que ficou tranquilo com a primeira visão do filho porque observou que “ele era perfeitinho, vi os bracinhos”. Neste momento ele lembra que tinha algumas preocupações na gestação; durante o exame de ultrassonografia chegou a perguntar à médica se o bebê teria algum traço de síndrome de Down. (17:16) A médica disse que não, mas “essa era uma preocupação minha, sempre tem um risco, não é?” ele conclui; acrescenta, ainda, que um dos motivos de sua preocupação era o fato de a esposa ter feito uso de uma medicação

forte, ela esclarece que usou uma medicação dermatológica que contraindica gestação por um período, mas tinha sido há um ano. Como, segundo ela, não há muito consenso sobre o intervalo necessário para engravidar, ficaram preocupados, embora seu obstetra tinha lhe dito que não teriam problemas com isso.

Eles ficaram surpresos com a gestação porque acreditavam que seria mais difícil engravidar por conta dos ovários policísticos, retomam o assunto sobre a surpresa e a correria para adiantar para fevereiro o casamento que estava agendado para setembro.

Sobre se está sendo a mãe que imaginou que seria, diz que sim, mas relembra que ficou os primeiros quarenta dias com a mãe; nesse período sentia-se muito insegura, estava sempre com a sensação de que faltava algo, de que poderia fazer melhor e não conseguia.

“Eu tinha medo de tudo, achava que sempre estava faltando alguma coisa, que eu tinha que ser melhor ainda, eu estava dando o meu melhor, mas não sei se era coisa da minha cabeça, eu chorava muito e me perguntava se eu estava sendo uma boa mãe”; com um pouco de hesitação conclui que “eu acho que eu fiz meu máximo, até minha mãe dizia ‘você cuida muito bem dele’, mas para mim eu tinha que ser melhor ainda e por isso eu chorava”. Ela diz que o choro durou uns quarenta dias, que tudo era motivo, às vezes implicava com a temperatura da água que sua mãe preparava para o banho do bebê, ao contar se dá conta de que suas queixas não tinham sentido.

Ele fala sobre a mesma questão de estar sendo ou não o pai que imaginou (20:40). Inicia dizendo que está sendo um pouco melhor pelo fato de não ter referência de pai: “eu estou aprendendo com ele (o bebê), procuro dar atenção para ela e para ele, mas me preocupo muito com moradia, saúde, o bem-estar também...passear, eu não tive nada disso”, completa dizendo que só agora, após ter um filho, consegue ver sentido em estar trabalhando.

3) Sustentação

Ela diz sentir-se apoiada pelo marido; que desde a gestação ele é muito cuidadoso, preocupava-se em fazer suco de frutas para ela se alimentar bem, diz que ele tem sido bom pai e bom marido.

Pergunto a ele como tem encarado as cobranças da paternidade. Ele pensa, silencia uns segundos e diz “não é fácil né?”. A esposa intervém sorrindo e diz: “é porque eu exijo muito, pode falar”. Ele diz: “mas eu não encaro como uma cobrança da paternidade, encaro como um dever meu e ao mesmo tempo é prazeroso”. Ela retoma a palavra e diz que mesmo ele ajudando ela exige mais; às vezes pede a ele que levante na madrugada para

pegar o bebê quando sabe que ela é quem deveria levantar, “porque minha licença maternidade é para isso, não é?” Ela parece constrangida com a “confissão”. Pergunto se ele sentia como um abuso dela, esses pedidos? Ela mesma antecipa a resposta dele e diz “um pouco”; ele confirma sorrindo com a mesma frase. Ela volta a dizer que errou um pouco com isso. Insisto na pergunta: “será que ela errou?” Ele diz que às vezes se sacrifica um pouco, mesmo tendo que se levantar muito cedo, porque quer que ela durma um pouco mais. O constrangimento dela parece que vai aumentando: “daí o coitado que trabalha o dia inteiro fica sem dormir”. Pontuo para ela: “mas você não trabalha o dia inteiro cuidando do bebê?” Ela muda o tom na mesma hora e diz “mas é isso que eu falo para ele, que às vezes eu me canso mais do que quando trabalhava fora”. Ele concorda e diz que preza pelo descanso dela. Nesse ponto da conversa ela diz que o discurso sobre “a licença-maternidade ser para cuidar do bebê” vem dele; ressalta que se esforça para mostrar a ele que é muito cansativo passar o dia inteiro com essa responsabilidade. Timidamente ele diz que entende que é mais trabalho que na empresa.

Ela explica um pouco da rotina: “troco em média dez fraldas por dia, amamentação toda hora, sinto que com o leite parece que ele suga toda minha energia, eu fico mesmo muito cansada”.

Pergunto se sentem falta de apoio e ele responde que não sente falta de ajuda de terceiros; ela se queixa um pouco do fato de a família não ter muito o perfil de ajudar, mas o marido fecha a questão dizendo: “essa é uma obrigação nossa”. Ela concorda com a afirmação dele.

Acredita que foi bem tratada pela equipe médica responsável pelo parto, mas se queixa do tempo de espera em jejum; que chegou às 6 e só foi fazer o procedimento às 13h. Havia combinado com o médico chegar às 6h para fazer os preparativos, e o parto seria em torno das 8h, porém teve cinco partos antes do dela. Conta que a espera foi muito angustiante, não entendeu o porquê de uma moça chegar depois dela e fazer o parto primeiro; só pode se alimentar após as 19h.

Depois de ver o bebê esse estresse passou; observou que muitas mulheres têm problema para amamentar na maternidade, e ela, apesar da dor, não teve dificuldade. O bebê teria feito a pega muito bem. O marido contou que o bebê deles veio para o quarto antes do bebê da mãe que pariu primeiro, ele fez essa observação para acalmá-la, contou. O esposo não teve queixa da equipe em relação a ele.

Retomaram a vida sexual logo em seguida ao término da quarentena proposta pelo médico, mas ela explica que “agora voltou ao normal, mas esse começo foi bem difícil, a gente não

pensa nisso, fiquei tão esgotada que o foco era só o neném”. Ele concorda que no primeiro mês é bem difícil e não sobra tempo para pensar nisso, embora seja difícil ficar sem.

Falando dessa intensidade do início, eles lembraram de um episódio no quinto dia de vida do filho. Ele engasgou com o leite e chegou a aspirar um pouco pelo nariz, ambos se desesperaram, e agora refletem que foi por falta de experiência, mas correram para o hospital de pijama mesmo, e ao chegar lá o bebê já estava bem. Ela estava com os pontos da cesárea, desceu vários lances de escada correndo com o bebê; observam que se descontrolaram.

4) Projetos pessoais e familiares

Voltar para o trabalho após a licença maternidade faz parte dos planos dela. Chegaram a cogitar uma pausa de um ano para ficar com o bebê, mas ela refletiu sobre as dificuldades do mercado de trabalho e o sentimento de tédio que experimenta em casa, e convenceu-se de que voltar é a melhor opção.

O plano é deixar o bebê com a avó materna. Ela não consegue pensar em outra alternativa em que confie, “talvez uma escola com câmera onde eu possa vê-lo, mas ainda prefiro minha mãe”. Essa decisão parece ser de comum acordo, ele fala do desejo da avó de ter um neto, e completa que antes dela engravidar já contavam com essa ajuda.

5) Bebê

- a. Peso e tamanho do bebê
 - i. Nascimento: 3060 kg
 - ii. Data da entrevista: 6 kg (antes o pai tinha dito 7 kg, mas ela o corrigiu) O ganho de peso segue saudável, tal como esperado.
- b. Amamentação: aleitamento materno exclusivo.
- c. Sono: Acordava de 3 em 3 horas até pouco tempo, há duas semanas está dormindo a noite toda, da 0h às 7h.
- d. Preferências: Ela diz seguir umas orientações que viu no *youtube* e por isso não a balança para dormir, o deixa no berço e, às vezes, dá um carinho e coloca a “naninha”. Quando o marido trabalha no período noturno, ela deixa o bebê dormir com ela na cama, mas reconhece que isso pode complicar, o pai mostra-se sutilmente contrário a permanência desse hábito.
- e. Desenvolvimento:

Narrativa M3 – Núcleo 8 Alice e Wagner

Data da entrevista: 02/05/19

Idade do bebê: 8 meses

Participantes: Os pais e o bebê.

Local: Consultório particular

1) Sustentação

Ela inicia a conversa falando sobre o retorno ao trabalho e as dificuldades que isso lhe impôs, conta que se sente segura por poder deixar o filho com sua mãe, mas confessa que se pudesse ficaria em casa com ele. Gostaria de parar um ano de trabalhar para cuidar dele, mas sabe que não pode porque estão reformando o apartamento para mudar; o marido toma a palavra e reafirma a impossibilidade diante da decisão que tomaram de mudar de casa.

Ela se ressentida por não ter visto o primeiro passo do bebê, diz que não o viu andar, replico suavemente que ela viu e vê o filho andar, ela sorri e diz que queria ter sido a primeira a ver.

Ela chega em casa todos os dias em torno das 18h; considera que não chega tarde, mas gostaria de estar mais tempo com a criança para poder curtir. A rotina varia em função do horário de trabalho dele, mas em geral levam o bebê para a avó de manhã e se encaminham para o trabalho. Na volta é a mãe quem geralmente busca: “Nunca me senti tão cansada, estressada e ao mesmo tempo tão feliz, não trocaria essa vida por outra sem ele não”.

A maior dificuldade que ela encontra neste momento é o sono, diz que dorme muito pouco. Reflete que, apesar de o bebê já estar dormindo bem à noite, há muita tarefa para organizar depois do trabalho. Neste momento estão morando na casa dos pais dela; saíram da casa de aluguel para concluir a reforma do apartamento que compraram, estão programando a mudança para breve e, neste período, dizem que a rotina está diferente, pois não precisam cozinhar quando chegam, mas essa não é a rotina normal.

Ela acorda às cinco da manhã e às vezes se vê organizando as coisas do dia seguinte até a meia-noite. Ela se sente bem dormindo oito horas por noite, mas tem dormido em média cinco horas e sente que não é suficiente. Ele elege as contas como a maior dificuldade, mas reflete um pouco mais e diz que “tudo está muito difícil... para comer, para sair”; ela acrescenta “a vida a dois”, e ele confirma esse ponto. Ela diz sentir falta de andar de mãos dadas com ele; depois do bebê isso não foi mais possível porque tem o bebê e as bolsas para carregar. Ele completa reconhecendo que a maior dificuldade é dela mesma, em função do acúmulo. Ele tem um tempinho de descanso; no horário atual de trabalho chega em casa às 15h e ela e o bebê só chegam às 18h, e ele aproveita para repousar um pouco. É ela quem passa na casa de sua mãe para buscar o bebê ao retornar do trabalho.

Nesse momento o bebê chama a atenção de todos com a brincadeira e o barulho que faz com o brinquedo, atendemos ao chamado da criança e trocamos o brinquedo para não prejudicar o áudio.

A decisão de deixar o bebê com a avó materna havia sido tomada antes mesmo de ele existir, brincam. A avó aposentou-se há pouco tempo e segundo eles esperava um neto para

cuidar, mas ela reconhece que sua mãe está bem cansada com a tarefa, que seu pai ajuda muito pouco. Pergunto se o marido não consegue ficar com o filho sozinho, eles respondem que raramente ele teve a oportunidade de ficar – no máximo duas horas, quando a avó precisou sair. Ela pontua que ele é muito cuidadoso, mas não consegue cumprir toda a rotina da criança, que inclui a fruta, o leite, o almoço, o sono: “parece que para ele é só dar leite”, ela se queixa. Pergunto se ele gostaria de ter esse tempo com o filho, e ele confirma que sim. Ela diz que gostaria muito de ter tempo para ambos curtirem a criança, sentar-se e brincar com ele; reflete que no final de semana às vezes conseguem, mas é raro.

2) Aspectos fantasmáticos

Para falar sobre o desenvolvimento do bebê ela toma a palavra e fala com júbilo sobre a avaliação da pediatra, pois ele ganha peso, engatinha e segue muito bem no processo de desenvolvimento. Ambos destacam o quanto o bebê é saudável; o pai fala que nem congestão nasal ele tem, e a mãe acredita que isso se deve também ao fato de não frequentar berçário. O pai fala da percepção de que o bebê quer a presença dos pais: “não é uma criança que quer ficar sozinho”.

Direciono-me a ela para perguntar se teria feito algo diferente, mas é ele quem toma a palavra e diz em tom de brincadeira que teriam feito um menino e uma menina gêmeos para criar tudo de uma vez. Ela volta à minha questão e diz que não consegue se lembrar de nada, mas que sempre tentou dar o máximo. Ele a faz lembrar de coisas materiais que gostaria de ter comprado e não fez; ela confirma, mas parece lidar como se isso não fosse mais importante. Ele não identifica nada que faria diferente, e reafirma a vantagem de deixar o bebê com a sogra em vez de escolinha.

O lazer da família é basicamente ir ao *shopping*. Ela diz que praticamente não há lazer, foram uma vez a um parque, mas sempre acabam indo a *shoppings*. Ele fala que raramente fazem uma viagem e não exemplificou nenhuma. Contam que gostavam de frequentar bares com música ambiente e que sentem saudade disso, porém nunca mais foram; relatam duas saídas para tomar um chope, porém, levaram o bebê porque ela não se sente à vontade de deixá-lo com sua mãe no final de semana pelo fato de já cuidar do bebê a semana inteira.

Sobre a aceitação dos parentes e amigos em relação à criança parece um tema tranquilo para ambos. Ela fala que por ser a única criança da família, ele é muito querido. Ele

compartilha a mesma impressão, mas pontua que o filho é muito querido e disputado, mas especialmente quando está tudo bem: “se chorar eles devolvem depressa”.

Ela considera não ser a mesma pessoa de antes do nascimento do filho, hoje tem muito mais responsabilidade: “é diferente, tudo o que eu faço é pensando nele”. Diz que era muito vaidosa e até sente um pouco de falta disso, mas além do tempo, prefere não gastar o dinheiro mais com essas coisas e sim com o bebê. Completa dizendo que se tornou mais amorosa e compreensiva com sua mãe após a maternidade. Ele se considera mais responsável após a paternidade, o trabalho tomou um sentido diferente, além disso pensa mais sobre o cuidado consigo mesmo no trabalho e no trânsito por saber que tem o filho para criar.

3) Vida conjugal e profissional

Eles já haviam falado um pouco sobre as dificuldades da vida a dois. Pedi que falassem um pouco mais sobre esse tema. Ela inicia falando que se sente muito cobrada por ele, que ele é muito rápido com as coisas e diz que ela é muito devagar. Pontua que não se considera lenta, mas tem como característica pensar mais antes de agir. Pensei que falariam da sexualidade, mas ela exemplificou com o estresse antes de vir para a entrevista; diz que ele pegou a bolsa sem nada dentro e deu por resolvido, ele justifica que é sempre muito pontual. Ela reconhece que ele é sempre pontual, mas se queixa de ter que pensar e fazer tudo sozinha antes de um compromisso, e conclui dizendo que se sente muito cobrada e que isso a faz brigar com ele, mesmo que depois peça desculpas.

Pergunto se ela sente falta de dividir melhor as tarefas. Ela confirma, mas em seguida pontua: “ele me ajuda, mas é sempre cobrando, falando...você não fez ainda isso?” Ele parece um pouco incomodado e diz que ela havia mudado o rumo da pergunta que fiz; ele a lembrou: “vida conjugal”! Ela ficou meio desconsertada e senti a necessidade de amenizar. Disse que o que ela estava dizendo poderia ser considerado o tema que ela sente como complicado na vida conjugal. Ela completa dizendo que sente falta de mais tempo com ele, mas retoma a discussão dizendo que apesar de brigar e xingar, sempre pede desculpas e reconhece os erros. Ele confirma a dinâmica do casal e diz que nunca reage, nem aumenta o tom de voz quando ela se excede; ela confirma e diz em tom de brincadeira que isso, às vezes, também a irrita.

Ele justifica dizendo que não sabe se é um defeito, “mas até na empresa quando um chefe vem me dar bronca, eu dou risada”; ela responde sorrindo: “isso é péssimo!”; e confirma

que ele tem o hábito de rir quando ela está nervosa, ela não gosta, mas diz sorrindo que já está até se acostumando.

Eles adotam um tom mais cômico para falar das diferenças; ela retoma o assunto sobre a falta que sente de assistir a um filme abraçados e coisas que há muito não fazem. Pergunto a ele sobre como se sente, e ele diz que “o homem quando fica sem esse detalhe...fica mais pilhado mesmo”. Pontuo de forma interrogativa: “sexo?”. Eles confirmam juntos. Dizem que a frequência das relações sexuais diminuiu em função das obrigações, explicam que era até mais fácil quando o bebê era mais novinho, mas agora estaria mais difícil. Eles colocaram o bebê para dormir em outro quarto, mas sentem a necessidade de buscá-lo no meio da noite.

4) Bebê

- a. Peso e tamanho do bebê: mais ou menos 8,100 kg / mais ou menos 70 cm
- b. Amamentação: Peito só a noite, mas está quase parando. Come bem, a mãe prepara as papinhas no final de semana e deixa com a mãe. O pai sugere comprar papinhas prontas para aliviar o trabalho dela, mas ela não aceita.
- c. Sono: Ele dorme bem, mas quando acorda na madrugada vai para cama dos pais, ela diz que ele quer abraçar ela.
- d. Preferências: Banho, mamadeira e dorme na cama.

5) Protocolo IRDI

Idade	Indicadores	Presente	Ausente	Não verificado
De 0 a 3 meses e 29 dias	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.	✓		
	2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).	✓		
	3. A criança reage ao manhês.	✓		
	4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.			✓
	5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.			✓
De 4 a 7 meses e 29 dias	6. A criança começa a diferenciar o dia da noite.	✓		
	7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.	✓		
	8. A criança faz solicitações à mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.	✓		
	9. A mãe fala com a criança, dirigindo-lhe pequenas frases.	✓		
	10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.	✓		
	11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.			✓
	12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.			✓
	13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.	✓		

De 8 a 11 meses e 29 dias	14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.	✓		
	15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.	✓		
	16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.	✓		
	17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.	✓		
	18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.	✓		
	19. A criança possui objetos prediletos.		✓	
	20. A criança faz gracinhas	✓		

5.9 Narrativas núcleo familiar 9 – Jussara e filhos

Narrativa M1 – Núcleo 9 Jussara e filhos

Gestante: Jussara, 25 anos, ajudante de perua escolar.

Pai do bebê: Rinaldo, 36 anos, motorista de caminhão. (não participou desta entrevista)

Instituição: UBS

Tempo de gestação: 9 semanas

Data da 1ª entrevista: 24/05/2018

Previsão do parto: 28/12/2018

1) Informações pessoais do casal:

Jussara: Tem 25 anos, é a quinta filha de seis irmãos, o mais velho e o caçula são homens, as demais são mulheres. O pai dela abandonou sua mãe quando ela tinha 5 anos, o irmão caçula tinha 2 anos. Diz ter sentido muito a falta dele, mas hoje só teria sobrado o sentimento de desprezo por ele. Sua primeira filha nasceu quando tinha 16 anos, foi morar com o pai da menina, rompeu com ele quando a criança estava com 2 anos, o motivo da separação teriam sido agressões dele para com ela. A filha ficou morando com o pai e a avó paterna e atualmente mantém contato com ela apenas por telefone. O segundo filho dela, primeiro do casal, “veio de enxerido porque eu só estava com o pai dele há duas semanas, foi um descuido”, porém o relacionamento deu certo e o casal continua junto. Ela trabalha como ajudante de perua escolar.

Rinaldo: Tem 36 anos, é motorista, estudou até a 5ª série. Seu pai é falecido. A esposa não soube precisar idades da sogra e cunhados. Ele não estava presente na entrevista.

Bebê: Não sabe o sexo.

Filhos: P, 8 anos (filha por parte da mãe) e C, 5 anos (primeiro filho do casal)

2) Gestação

A gestação foi planejada; tentaram durante um ano e meio. Ela inicia a conversa falando de seu desejo de ter uma menina. Resistiu um pouco em explicar essa preferência, mas ao sentir-se um pouco mais ambientada pode contar sobre a frustração de não conviver com sua filha mais velha, “é como se não tivesse, porque ela mora com o pai”.

Ao se separar, deixou a casa do casal quando a filha tinha dois anos; a menina ficou sob os cuidados do pai e da avó paterna. A decisão de sair de casa se deu em função de agressões que sofria do marido. Ela retornou para a casa de sua mãe e disse que não pode trazer a filha porque não teria condições de criá-la. Pergunto se ela está sem contato com a menina,

que hoje tem oito anos. Diz que se falam por mensagens de celular, mas apenas quando a menina quer; acredita que fizeram a cabeça dela, ela não quer mais vir para a sua casa: “por isso eu peço a Deus que seja uma menina”.

Ela fez muitos testes de gravidez e todos davam negativo, o marido dizia que ela não poderia engravidar mais, até que deu positivo. Estava sozinha quando viu o resultado; imediatamente ligou para o marido chorando, ele demorou a acreditar, ela precisou ir até o trabalho dele, que é bem perto da residência, para conversarem. Mesmo assim ele teve dificuldade em acreditar, disse que ela estava ficando doida; a certeza só veio no dia seguinte com o exame de sangue que fez na UBS.

Pergunto como será se vier um menino? Ela responde sorrindo que será bem-vindo, diz os nomes que escolheu para menina ou menino. Fez uma ultrassonografia vaginal que detectou um pequeno descolamento; vai mostrar esse exame na consulta de hoje.

3) Aspectos fantasmáticos

Não demonstra preocupação com a gestação; diz estar muito tranquila porque tem fé em Deus. Fala que não pode reclamar porque tudo está indo bem.

A primeira filha nasceu a fórceps, o segundo parto foi uma cesárea; ela acredita que deverá fazer outra cesárea porque teve complicações nos pontos da cirurgia e isso a impediria de ter um parto normal. Refaço a pergunta no sentido de saber, independente da indicação, qual seria a preferência dela; diz que gostaria que fosse cesárea mesmo porque não tem dilatação.

Ela diz ter sonhado com a bebê: “ela era bem branquinha, de cabelos pretos, igual ao meu menino”, diz que se puxar à mãe será calma.

Sentiu certo estranhamento com a aparência do menino porque “ele nasceu bem cabeludo, com cabelos pretos... e como sou meio loira... minha menina nasceu ruiva, ruiva, achei que ele também seria.” Além disso, o menino veio muito agitado, diferente da mãe, que se autodescreve como calma.

4) Sustentação

A sua mãe é a primeira pessoa a quem ela recorre em situação de emergência e, às vezes, uma de suas irmãs. Pergunto sobre o pai dela, nesse momento uma tensão se faz presente, percebo seus olhos discretamente marejados, fala sobre o sentimento de abandono e a falta que ele lhe fez.

Pergunto se ela se sente apoiada pelo marido; responde que sim, mas faz uma expressão facial que contraria um pouco a resposta afirmativa. Ponto isso e ela me explica que ele trabalha das 8h às 20h e por isso não tem como ajudar muito; fala em tom de brincadeira que dá uns gritos, mas ele faz o possível.

Pergunto a ela o que falta para sua gestação ser melhor e ela responde “ter certeza que é uma menina”. Ainda não começou o enxoval porque está muito cedo, vai esperar saber o sexo.

No dia da entrevista ela faria a segunda consulta do pré-natal, diz ter gostado da enfermeira que a acompanha, mas queixa-se da demora nos exames. A ultrassonografia que tinha em mãos foi feita em clínica particular porque tinha uma espera de seis meses.

O filho do casal ficou muito enciumado com a novidade da chegada do bebê, chegou a chorar nos primeiros dias, mas já estaria se acostumando: “ele fala que quer uma irmã. Uma menina!” Ela explica que ele era muito apegado à irmã mais velha, mas como ela não quer mais vir para a casa da mãe, ele sente muita falta, conta que chegou a ficar doente. A filha soube da gravidez da mãe pelo pai, o ex-marido, e ela tem um relacionamento amistoso hoje em dia, embora não tenha sido sempre assim.

O bebê, segundo a mãe, vai precisar de muito amor e carinho. Pergunto se sonha alguma coisa para o bebê, ela responde sucintamente “ter condições”. Sobre o que ela precisará, enfatiza: “muita paciência”.

5) Projetos Pessoais

Planeja parar de trabalhar quando o bebê nascer, questiono se não voltará após a licença, ela reafirma que não e explica que quer descansar porque está há dois anos trabalhando, “quero curtir ela”. Digo sorrindo: “ou ele”. Ela sorri e diz que sente que é uma menina.

Investiguei um pouco mais sobre se a decisão de parar de trabalhar seria definitiva em sua vida, responde que não e justifica que seu filho também é pequeno. Hoje ela precisa deixá-lo na casa da tia às 11h da manhã, a tia leva e busca-o na escola, só mais tarde a mãe consegue pegá-lo na casa da tia, “com dois filhos isso vai ficar inviável”. Por fim diz que seria muito caro pagar alguém para ficar com as crianças.

Sobre o desejo de voltar a estudar, diz que tentou retomar o supletivo, mas não conseguiu ninguém para ficar com seu filho. Diz que a mãe dela ficava com os netos, mas não podia ficar todos os dias porque trabalhava, embora atualmente esteja desempregada.

Narrativa M2 – Núcleo 9 Jussara e filhos

Data do parto: 29/12/2018

Data da entrevista: 24/07/2019

Participantes: Mãe, filho de 6 anos e o bebê. Local da entrevista: UBS
Bebê: Sexo masculino, 6 meses e 25 dias.
Filho: C, 6 anos

1) Ambientação

Antes que nos sentássemos no consultório médico cedido pela UBS, ela me contou que estava sozinha porque seu marido estava preso; ela estava visivelmente abalada. No início não fiquei à vontade para aprofundar o assunto porque o filho de seis anos estava presente; não tinha a dimensão do quanto o menino estava ciente daquela realidade, porém, mais a frente ela e o menino, inclusive, falaram mais abertamente sobre a situação.

Era contrastante a postura das duas crianças: o bebê animado, demandando nossa atenção; já o menino estava cabisbaixo, demonstrava contrariedade e tristeza.

Inicialmente falo em tom de brincadeira com o bebê, que se mostra atento e sorridente, ele tentava acessar o irmão mais velho que parecia querer demonstrar que estava contrariado. Dirijo-me mais uma vez ao bebê e digo: “Me conta porque o seu irmão está bravo”; continuo brincando e falo “ahh, você ainda não sabe falar...”, o irmão de 6 anos me olha, sem nada falar. Observo o bebê convocando insistentemente o irmão; verbalizo isso também em tom de brincadeira entre eles e o clima começa a melhorar um pouco com o mais velho.

A prisão do esposo desestabilizou totalmente a dinâmica da família, ele está no presídio há dois meses por tentativa de homicídio, foi pego em flagrante e ainda aguarda o julgamento. Após o ocorrido tem recebido mais ajuda de sua mãe. “Estou sem chão”, mas decidiu não visitar; está magoada, acredita que ele devia ter pensado na família. Ela conta com o seguro-desemprego dele para sustentar os filhos no momento. Ela diz com raiva que não pretende visitá-lo, porém, adiante na entrevista o filho fala dos planos de visitar o pai com a tia e a mãe.

Não teve grandes dificuldades no início para estabelecimento da rotina. Pergunto sobre as dificuldades iniciais e ela responde: “com o bebê, nada”. O marido não conseguia ajudar muito em função do horário estendido de trabalho, mas ela conseguia cuidar dos dois meninos.

Diz que o filho, que estava presente na entrevista, lidou bem com a chegada do irmão, não demonstrou ciúmes, “só agora que ele está assim (ele continuava embotado), mas é por causa do pai”. Ele foi pronunciar a primeira palavra nos minutos finais da entrevista, havia feito aniversário no domingo anterior. Brinquei falando que logo ele iria para a escola de

menino grande, só então, ele quebra a rigidez e completa animado que vai com “gel no cabelo e mochila”.

Ao final da entrevista, após colher os dados sobre o bebê, senti necessidade de falar com o filho mais velho sobre a situação do pai. Pergunto como se sente em relação a isso, mas, antes, perguntei se sabia o que havia acontecido com seu pai; responde que sabe e está feliz e triste. Aprofundo um pouco mais e ele explica que feliz porque acredita que o pai vai sair da prisão e triste porque sente muita saudade. Falei sobre a possibilidade de fazer uma cartinha para o papai, ele me disse que já “escreveu um desenho” para o papai.

2) Aspectos fantasmáticos

Correu tudo bem no fim da gestação. O parto acabou sendo cesariano, mas ela passou uma noite inteira em trabalho de parto; chegou a nove dedos de dilatação, sofreu muito com dor e fome até decidirem pela cesariana.

Ela demorou um pouco a responder sobre sua primeira impressão ao ver o bebê, ficou alguns segundos em contemplação jubilosa até responder bem calmamente: “ahh não sei... ele é meu grude né”. Insisto na pergunta um pouco mais, e ela responde “não foi o que imaginei”; como assim, insisto, ela diz: “o rosto!”, mas sua expressão jubilosa era tão clara que não me contive e acabei traduzindo em palavras: “você quis dizer que não o imaginava tão lindo?”. Ela consente sorrindo e completa: “os olhos dele”. O bebê mostra-se atento a nossa conversa, me dirijo a ele em tom manhês e digo: “mamãe não sabia que eu era tão lindo assim”; ele reage com entusiasmo. Então você ficou encantada? Ela diz pausadamente e com um sorriso no rosto: “eu fiquei a-pai-xo-na-da”, mas imediatamente muda o tom para corrigir o filho mais velho que se movimentava na cadeira ao lado quase atrapalhando a conversa.

Não faria nada diferente do que fez no início. O marido não podia ajudá-la muito porque trabalhava o dia todo, mas isso não aparece como queixa. Pergunto se a mãe a ajudou no início, ela diz que não, a ajuda veio somente agora em função da ausência do marido.

Teve medo só durante o parto. Fala da fama que o hospital tem de não ser muito bom, “tinha medo de acontecer o pior”. Após o parto colocaram o bebê ao seu lado para ficar junto dela.

Ela diz ter sofrido mais após esse parto, pois no anterior, não havia sentido dor, ela não cita o primeiro.

Sobre a pergunta se ela está sendo a mãe que imaginou que seria, ela diz que “no começo sim, agora tenho um pouco de desgosto”; ela conta que teve dificuldade para cuidar do

bebê logo que aconteceu a prisão do marido: “meu leite secou e não conseguia dar banho no bebê”. Ela estava ficando deitada, sem abrir a janela, daí sua mãe começou a ajudá-la. Ela explica que isso ainda acontece; tem medo da família da vítima fazer mal a ela ou a seus filhos.

3) Sustentação

Ela interpreta o acontecido como um abandono, “ele me abandonou quando eu mais precisei”. Atualmente, com a ausência forçada do marido, conta com a ajuda de sua mãe.

Ela não se queixou do hospital, mas falou da fama ruim que o hospital tem de não atender bem as mulheres. A longa espera pelo parto normal e o jejum prolongado foram os pontos ruins. Ela ficou uma noite inteira em trabalho de parto, chegou a nove dedos de dilatação, mas diante da dificuldade, optaram pela cesariana.

O casal guardou o resguardo de quarenta dias e retomaram normalmente a vida sexual.

4) Projetos pessoais e familiares

Ela não pretendia trabalhar nesse momento, mas o acontecimento com o marido a obriga pensar em alguma saída. Já começou a procurar emprego, explica que “eles dependem de mim agora”. Pretende colocá-lo na creche. Ela só conversa com o marido por carta, a família dele não a ajuda.

Fiz as orientações sobre os benefícios que ela pode pleitear, e ela disse ter vergonha de abrir essa informação para a técnica de referência da UBS. Insisti um pouco sobre ela ter direito de recorrer a esses benefícios e sobre a postura ética dos profissionais; ela ficou pensativa, mas não confirmou se iria fazer a solicitação.

5) Bebê

- a. Peso e tamanho do bebê
 - i. Nascimento: 4,100 kg e 50 cm.
 - ii. Data da entrevista: + ou – 7 kg, tamanho não lembra, mas ele faz acompanhamento com a pediatra.
- b. Amamentação: mama no peito e come papinha, não pegou mamadeira. Não come muito bem, é mais peito. Ela diz que gosta de amamentar, não planeja parar.
- c. Sono: O sono do bebê é muito bom, mas nos primeiros dias do acontecimento com o pai ele reagiu com febre.
- d. Preferências: “Ele só quer eu, é só dar o peito que ele dorme, tudo é peito para ele.”
- e. Desenvolvimento: ok.

6) Protocolo IRDI

Idade	Indicadores	Presente	Ausente	Não verificado
-------	-------------	----------	---------	----------------

De 0 a 3 meses e 29 dias	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.	✓		
	2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).	✓		
	3. A criança reage ao manhês.	✓		
	4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.	✓		
	5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	✓		
De 4 a 7 meses e 29 dias	6. A criança começa a diferenciar o dia da noite.	✓		
	7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.	✓		
	8. A criança faz solicitações à mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.	✓		
	9. A mãe fala com a criança, dirigindo-lhe pequenas frases.			✓
	10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.	✓		
	11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.	✓		
	12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.			✓
	13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.	✓		

5.10 Narrativas núcleo familiar 10 – Luana e Théo

Narrativa M1 – Núcleo 10 Luana e Théo

Gestante: Luana, 29 anos, professora.

Pai do bebê: Théo, 28 anos, operário.

Instituição: Hospital particular

Tempo de gestação: 34ª semana.

Data da 1ª entrevista: 02/03/2018

Previsão do parto: 05/04/2018

1) Informações pessoais do casal:

Luana: Tem 29 anos, é a filha mais velha de quatro irmãos, na sequência vem uma irmã com 27, outra com 25 e o caçula com 22 anos. É casada e formada em pedagogia, foi convocada recentemente para atuar na educação de jovens e adultos. Casou-se aos 26 anos, mas logo se separaram, precisou retornar à casa dos pais; após um ano retomou seu casamento. Teve uma vida difícil do ponto de vista econômico e preocupa-se muito com o futuro.

Théo: Não estava presente. Tem 28 anos, é o filho mais velho, tem um irmão de 26 e uma irmã de 23 anos. Tem ensino médio completo e trabalha como operário. É ex-usuário de drogas, viveu um longo período entregue às drogas e distante de sua própria família.

Bebê: Sexo feminino identificado pelo exame de ultrassonografia.

2) Gestação

A gestação não foi planejada, passavam por uma crise na relação. Ela nunca quis ter filhos e a principal preocupação era com o fato de estar desempregada; tinha receio de não suprir as necessidades da criança. Logo no início da gestação foi convocada pela prefeitura para

dar aulas, isso foi para ela uma grande alegria; acredita que foi o fator decisivo para que pudesse começar a curtir a gestação.

A confirmação da gestação veio num período em que o casal estava brigado, apesar de estarem morando juntos, não estavam se falando. Ela contou sobre a gestação por mensagem de celular; estavam em casa, ele foi imediatamente até ela e mostrou-se contente com a notícia, entretanto, ela complementa o relato com um tom de contrariedade, pois percebeu que ele conseguiu manifestar mais alegria ao contar para a mãe dele. Ela entende que foram se acostumando aos poucos com a ideia e parece que agora está muito mais fácil de lidar com isso.

Iniciou o pré-natal na rede pública e relata ter sido muito bem atendida. No fim da gestação seu marido também conseguiu um emprego que lhe proporcionou um convênio médico. Ela, então, passou com dois obstetras e não sentiu segurança, agora segue com um médico do hospital com quem estabeleceu uma relação de confiança. Diz que a grande vantagem do particular é a rapidez na realização dos exames, explica que chegava a esperar mais de um mês para retirar o resultado de um exame de sangue. A preferência de ambos era por um menino; ela fala com desenvoltura e tranquilidade como foram se acostumando com o fato de ser uma menina, convenceram-se de que é melhor assim, pois o pai deu muito trabalho à sua mãe e talvez uma menina seja mais fácil de criar.

3) Aspectos fantasmáticos

Ela parece reunir vários aspectos fantasmáticos, a começar pelo discurso que sustentava sobre a decisão de que não teria filhos. Tinha duas justificativas: a primeira em função da dificuldade financeira que seus pais passaram quando os filhos eram pequenos, lembra-se de pensar que se fossem somente os pais, eles não sofreriam tanto; desde pequena sentia-se mal por não trabalhar, queria muito ajudá-los a minimizar a preocupação com as despesas. A segunda razão era em função das palavras frequentemente repetidas pelos pais diante dos conflitos provocados pelos filhos; nesses casos, os pais diziam a eles que “pagariam” com os próprios filhos e que era muito difícil ter filhos. A gestante guardou um medo de ter filhos; era como se um filho fosse o representante de uma vulnerabilidade econômica e fonte de expiação para os erros cometidos por ela.

Sonhou tendo um parto normal. Na experiência do sonho foi rápido e tranquilo, mas tem preferência pelo parto cesariano pelo fato de poder programar a data e por ser menos dolorido, no entanto o pré-natal sugere que será parto normal. Ela relata muitos medos com relação ao parto; mostrou-se impactada por uma frase utilizada pelos antigos: “o parto é

um pé na cova e outro fora”, e foi categórica ao dizer que tem medo de falecer. Justifica que participa de grupos de gestantes e as vê voltando vivas do parto e isso a tem acalmado, pensa que esse medo foi potencializado pela notícia de uma parente distante de seu pai que faleceu recentemente no parto, também pelo fato de a sogra ter lhe contado que teve pré-eclâmpsia na gestação de sua última filha que também veio a falecer.

Não consegue imaginar como será sua filha fisicamente. Acredita que se for parecida com ela será muito emocional, não vê isso como positivo, preocupa-se com o fato de a filha ser uma menina; tem receio de ela sofrer com as dores, a menstruação, e segue dizendo que se preocupa com o *bullying*, relata que sofreu muito com isso na escola.

Em conversa com o marido eles disseram que desejam que a filha seja bonita para não sofrer tudo que sofreram; o marido disse a ela que quer criar uma menina forte para enfrentar as dificuldades da vida. Perguntei a ela o que havia passado na escola. Contou sobre os apelidos e as brincadeiras com sua aparência (testa e olhos); em seguida fala sobre ser negra, explica que não adianta mascarar: “isso dificulta”. Pontuei a mistura que ela faz das histórias da geração que a antecede (financeiro), da própria história (*bullying*) e da próxima geração (medo de que a filha sofra *bullying*), e digo em tom amistoso que a filha vai escrever a própria história. Ela diz que nunca pensou sobre isso, relata que viveu crises depressivas, diz que chorava muito, mas não procurou uma psicóloga. (10:50)

4) Sustentação

Aponta a família como seu porto seguro – tanto a sua como a família do marido. O trabalho é o principal fator de sustentação apontado por ela, além da família. Antes a principal dificuldade seria o desemprego, mas agora não identifica nenhum problema.

Está muito feliz com a possibilidade de terminar o pré-natal no hospital; a rapidez na realização dos exames foi o que mais lhe deu segurança; está bem contente com o obstetra que a acompanha.

Atualmente pode dizer que se sente apoiada pelo esposo. Não foi sempre assim, mas no momento sente apoio e segurança nele.

Acredita que a bebê vai precisar de cuidados. Ela imagina que vai precisar de disposição para atender às necessidades da filha.

5) Projetos pessoais

Sair do emprego para ficar com a filha em casa não é uma opção. Ela se mostra muito feliz com a conquista deste trabalho. Pessoalmente não tem restrições com creche, embora a tradição da família seja de que a criança só pode ir à escola quando for capaz de falar.

Pensando na rotina atual, imagina que poderá ficar com a filha durante o dia e precisará de ajuda no período da tarde e noite; ainda não conversou sobre o assunto com o esposo, mas se a sogra concordar em ficar com a bebê até o pai chegar, no fim da tarde, essa será uma opção viável. Ela não pode contar com a ajuda de sua mãe porque esta mora longe e trabalha em dias alternados.

Narrativa M2 – Núcleo 10 Luana e Théo

Data do parto: 01/04/2018

Data da entrevista: 28/07/2018

Participantes: Mãe, pai e bebê.

Local da entrevista: Consultório particular

Bebê: Sexo feminino, 3 meses e 27 dias.

1) Ambientação

Eles dizem estar bem, mas fazem uma ressalva sobre a bebê, que é descrita como nervosa, “ela grita muito, é bem agitada”.

Existe uma rotina estabelecida, mas está complicada, pois a criança ainda dá muito trabalho durante a noite e tende a dormir melhor durante o dia. Eles estão com dificuldade para acalmá-la. (4:42) Teve dificuldade com a amamentação, precisou inserir uma mamadeira de fórmula para complementar a mamada da noite, pois a mama secava e ela continuava chorando de fome; além disso não estava ganhando peso suficiente. Pegou bem a mamadeira, mas não aceita, de jeito nenhum, a chupeta.

Para a entrevistada a maior dificuldade do momento é o fato de a criança estar muito apegada a ela, não aceita a intervenção do pai; ele diz que consegue pegá-la, às vezes, especialmente aos finais de semana quando ela já acorda na presença dele. Para o pai, a maior dificuldade é passar algumas noites em claro, a interrupção do sono tem sido muito cansativo para ele.

2) Aspectos fantasmáticos

O final da gestação foi tranquilo, apesar da dor na coluna. Os colegas de trabalho a pressionaram para sair de licença um mês antes, porque temiam algum problema, diziam que a barriga dela estava muito grande. Não era o que desejava, porque queria aproveitar todo o período da licença com a filha, mas acabou cedendo. Sobre o parto, chegou com dores ao hospital e foi encaminhada para a sala de pré-parto; a enfermeira perguntou se ela

preferia parto normal ou cesárea, ela disse preferir cesariana, porém a enfermeira disse que a bebê já estava saindo e que o parto normal seria mais simples.

As ordens e correções da enfermeira sobre seu modo de respirar e fazer força a deixaram tensa, porém essa tensão foi aliviada com a chegada do médico que usou um tom mais doce na conversa com ela, e também colocou uma música no centro cirúrgico para melhorar o ambiente. Ela disse que foi necessário anestesiá-la e fazer a episiotomia. O pai aguardava paramentado na sala ao lado, porém, quando foi autorizado a entrar, sua filha já estava recebendo os primeiros cuidados médicos ao lado, só então pai e mãe viram a bebê, que foi rapidamente levada, e não houve contato pele a pele da mãe com a criança. Ela se queixou porque gostaria de ter recebido a bebê logo após o parto.

A mãe relata com pesar não ter sentido a alegria que imaginava ao ver a filha, em função do esgotamento físico que sentiu. Só foi receber a bebê duas horas depois; nesse intervalo ficou apreensiva com a impressão de que a bebê era “feinha”, mas ao recebê-la emocionou-se demais e se surpreendeu: “como minha filha é linda”.

O pai também não compreendeu muito bem a situação, pois, ao entrar, o médico passava sua filha para a enfermeira. A única coisa que conseguiu notar nos instantes em que a bebê passou em sua frente foi que tinha “um beicão grandão”; fala em tom de brincadeira que isso seria decisivo para não confundir com outro bebê; havia uma preocupação em guardar a imagem para o caso de haver alguma confusão entre bebês. Ele fala do amor que sente pela filha, mas acredita que por ser menina vai estar mais ligada à mãe.

Ela foi ao hospital duas vezes no dia do parto: na primeira vez foi orientada a voltar para casa e acredita que se eles a tivessem internado na primeira vez as coisas não teriam sido tão angustiantes, poderia ter feito uma foto e ficado mais tranquila, gostaria de ter se programado melhor para esse dia, “essa parte foi muito chata” repete várias vezes essa frase. O esposo concorda que teria sido bem melhor se eles os tivessem acolhido na primeira tentativa, pois voltaram menos de duas horas depois em um contexto emocional muito pior. Ela ficou sozinha, sem a presença do marido antes e durante o parto, ele até tentou entrar, pois achou que tinham esquecido ele, mas foi impedido pelo enfermeiro.

A fala do enfermeiro que condicionava a capacidade de ela fazer força para evitar que a bebê entrasse em “sofrimento fetal” foi para ela desesperador, começou a sentir medo de eles optarem pelo parto a fórceps; teve medo de que poderia causar à filha.

Ela responde sem hesitação que acredita estar sendo a mãe que imaginou, diz que tinha muito medo, mas sente que está fazendo bem feito, completa que sempre recebe elogio do pediatra. O pai também responde que sim, porém meio hesitante; acrescenta que a sua

ausência durante muitas horas do dia é um problema. (25:34) O pai contou que foi o primeiro a trocar a fralda da filha, ainda no hospital.

3) Sustentação

Ela também é enfática ao afirmar o quanto se sente apoiada pelo marido, relata o quanto faz diferença quando ele consegue chegar um pouco mais cedo e aos finais de semana “a melhor coisa é ter alguém parceiro assim”. Ele parece ter gostado de ouvir a esposa falando sobre ele e completa “é que eu gosto de ficar em casa, eu só saio às vezes para jogar um futebolzinho, mas eu gosto de ficar com elas”.

Ele também diz se sentir compreendido por ela, reconhece que tem ficado nervoso por não conseguir dormir e ela o compreende, mas completa que “às vezes ela é chata”.

É o esposo quem toma a palavra para dizer que não sente falta da ajuda externa porque se incomoda com palpites e intromissão: “eu prefiro sofrer um pouco, mas fazer do nosso jeito”. Ela intervém e diz: “também penso igual a ele”.

Sobre a experiência com a equipe médica e o hospital ela disse que teve um enfermeiro que provocou um pouco de tensão, mas todo o restante da equipe foi muito acolhedora. O pai ficou bem chateado de ter perdido o momento do nascimento, mas não se queixou no dia porque sentiu que o tratamento para com sua esposa estava sendo bom e acabou por compensar a frustração.

A mãe trocava a bebê durante a pergunta sobre se eles retomaram a vida sexual. O esposo hesitou um pouco e disse que retomaram mais ou menos. Questiono se seria pelo fato de a bebê estar na cama com eles, e ele diz que é mais pelo fato da bebê ser muito nervosa e chorar muito, reflete e conclui que falta tempo. Fico na dúvida se houve a retomada ou não, ele confirma que sim, mas detalha que nesses quatro meses daria para contar nos dedos de uma mão quantas vezes conseguiram transar. Eles aguardaram os quarenta dias para ter a primeira relação.

4) Projetos pessoais e familiares

Pela programação, a entrevistada deverá retomar o trabalho como professora em dois meses; lamenta ter antecipado a licença, pois teria mais tempo com a filha.

Eles já planejaram deixar a bebê sob os cuidados da avó paterna no período da tarde, a avó virá até a casa do casal para olhar a bebê.

Sobre a possibilidade de deixar a criança na creche ela diz: “eu mudei, lembra que eu falei que não teria problema em deixá-la na creche? De jeito nenhum, não tenho coragem”. O

pai interfere e diz que não cogita deixar a filha em uma creche antes dela aprender a falar. Intervenho em tom de brincadeira: “espera aí, essa história de não ir para a creche antes de saber falar eu conheço, era coisa da família dela, não?” Ele responde sorrindo que sempre pensou assim, a esposa sorri e diz que ele foi orientado pela sogra. Eles demonstram tomar decisões democraticamente.

5) Bebê

a. Peso e tamanho do bebê

- Nascimento: 49 cm, 3,280 kg
- Data da entrevista: 60 cm, 6,475 kg

b. Amamentação: Eles se desentenderam um pouco sobre a amamentação, a bebê chorava e gritava muito após a mamada, o pai queria desde o princípio inserir uma mamadeira, mas a mãe foi muito resistente, pois queria manter o aleitamento materno exclusivo. Na primeira consulta pediátrica a bebê não havia ganhado peso suficiente, foi quando decidiram inserir a mamadeira.

c. Sono: A cólica estava atrapalhando muito o sono dela, ainda tem dificuldade à noite.

d. Preferências: A mãe menciona um vídeo que se chama “três palavrinhas”, que ela adora; o pai comprou um chocalho que, apesar de feio (sic) se tornou o objeto preferido dela.

e. Desenvolvimento: Sente que o desenvolvimento segue bem, tem ganhado peso, começou a observar as cores. Eles gravaram vídeo dela vocalizando.

6) Protocolo IRDI

Idade	Indicadores	Presente	Ausente	Não verificado
De 0 a 3 meses e 29 dias	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.	✓		
	2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).	✓		
	3. A criança reage ao manhês.	✓		
	4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.	✓		
	5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	✓		
De 4 a 7 meses e 29 dias	6. A criança começa a diferenciar o dia da noite.			

5.11 Narrativas núcleo familiar 11 – Thamires e Neto

Narrativa M1 – Núcleo 11 Thamires e Neto

Gestante: Thamires, 22 anos, garçonete.

Pai do bebê: Neto, 25 anos, operário.

Instituição: UBS

Tempo de gestação: 10 semanas

Data da 1ª entrevista: 07/06/2018 Previsão do parto: 06/01/2019

1) Informações pessoais do casal:

Thamires: tem 22 anos, é a terceira filha de um total de oito. Sua mãe biológica era prostituta e usuária de drogas, ela morreu há três anos, nunca soube quem era seu pai. Ela foi adotada pela babá, inicialmente sua mãe biológica pagava essa mulher para cuidar dela, com o tempo e o distanciamento da mãe, esta acabou solicitando a guarda dela. Na infância sua mãe tinha a guarda-compartilhada com os pais adotivos. Os irmãos foram sendo entregues para diferentes famílias ao longo do tempo. A casa deles fica no mesmo terreno dos pais adotivos. Esses pais se separaram há dois meses e essa situação está, ainda, bem delicada para todos.

Neto: Ele veio do Nordeste com os pais, trabalha na área operacional de uma indústria, é o irmão mais velho de cinco filhos. Seus pais têm dois filhos juntos: ele, que tem 25 anos, e uma filha de 22 anos. Após a separação, sua mãe teve mais duas filhas em outro relacionamento (17 e 13), seu pai também teve outro filho (16 anos) em outro relacionamento.

Bebê: Não sabem o sexo.

2) Gestação

O bebê foi planejado. Eles queriam um bebê há mais de um ano, porém, os médicos disseram a ela que seria complicado engravidar porque ela estava com vinte e sete cistos. Com o contraceptivo utilizado de modo terapêutico, conseguiu dissolver muitos dos cistos, mas ela foi resistente à outra medicação indicada para o tratamento porque a médica sugeriu a ela que possivelmente precisaria fazer fertilização, explicou-me que ficou chateada e preferiu conformar-se de que não poderia engravidar porque não teria condições financeiras para fazer tal procedimento. O marido, porém, guardou uma esperança de poder ser pai e decidiu fazê-la tomar a medicação sem que ela soubesse do que se tratava. Ele a fazia tomar e dizia a ela que era remédio para prevenir a dor de cabeça, que ela tinha com muita frequência.

Foi ela quem contou sobre o feito do marido, mas nesse momento ele se manifesta e fala sobre o quanto o desejo de ter um filho era algo presente em sua vida. Ele conta que estão casados há três anos e que deseja isso desde que se casaram. Ele diz que “foram os planos de Deus em nossas vidas”, em tom descontraído completo, “e um pouco de insistência da sua parte, não?” Eles riem e concordam.

Ela começou a desconfiar da gestação por conta do persistente mal-estar matinal, tinha muita dificuldade para escovar os dentes, sentia muito enjoo com o cheiro dos alimentos que eram preparados no restaurante onde trabalha. Diante disso, decidiram ir ao hospital particular do convênio, mas desistiram de fazer o exame porque cobraram uma taxa para realiza-lo.

Durante a semana foi com uma amiga até a UBS, “tinha certeza de que o resultado seria negativo, como tantos que fiz”, ela própria viu o resultado na fita inserida na urina, mas não conseguiu compreender. A enfermeira questionou se ela desejava a gravidez e foi

dando os parabéns a ela. Conta que demorou a acreditar, que ficou meio anestesiada, pediu para a enfermeira parar com a brincadeira. Não conseguia receber a notícia como algo real, explica que só pode começar a absorver a informação quando a enfermeira começou a preencher manualmente uma carteirinha de gestante para o acompanhamento do pré-natal, “neste momento comecei a tremer e a chorar”.

Ela foi para casa e chamou seus familiares próximos, rapidamente foram todos para sua casa. Era dia e seu marido chegaria no fim da tarde; como não tinha dinheiro, pensou numa alternativa para providenciar uma surpresa para ele; foi até a casa de uma amiga e pediu um sapatinho do bebê dela emprestado. Ele estranhou um pouco quando chegou e viu a família reunida em sua casa, mas a sogra foi logo oferecendo um pedaço de bolo. Ao abrir a boleira, lá estava o sapatinho e o teste positivo de gravidez. Ela contou que ele se emocionou muito. Dirijo-me a ele para perguntar como foi esse momento e me deparo com ele chorando diante das lembranças e da emoção que o relato dela resgatou.

Ele falou sobre a emoção que sentiu no primeiro exame de ultrassonografia que presenciou, na mesma semana da entrevista. Ambos ficaram muito ansiosos e tiveram pensamentos negativos com os primeiros comentários do médico, depois perceberam que estava tudo bem e curtiram muito a experiência de ouvir o coração do bebê.

Ela reforça que ainda sente muito medo; ele contrapõe dizendo que não. Ela explica sobre o mal-estar e a insônia e o quanto isso tem sido penoso para ela, mas novamente se recusa a tomar os remédios indicados pela médica para o alívio desses sintomas, mas justifica que tentou tomar e não sentiu melhora.

3) Aspectos fantasmáticos

Ela diz que ainda sente muito medo; fala sobre um sangramento que teve no dia anterior e do medo que sente de não sobreviver no parto, mas reflete que talvez seja porque vê muitos vídeos sobre o assunto que a deixam impressionada.

Conta que está passando muito mal, sente muito enjoo, tem vomitado com muita frequência, sente falta de ar e dores nas costas, chega a dormir no chão para tentar aliviar essa dor.

O trabalho é o que a deixa mais contrariada neste momento; não está feliz com o emprego, queixa-se pelo fato de ter que pegar peso e passar por situações estressantes. A voz fica meio embargada com esse relato, percebo o marido muito atento e um pouco angustiado com a queixa dela. Ela está há três meses nesse trabalho; tinha intenção de romper o contrato de trabalho no final da experiência, porém, descobriu a gestação nesse período.

Sente falta do tempo em que podia esperar o marido com o jantar pronto, atualmente sobra pouco tempo para ficarem juntos, pois trabalha no período da noite, o período em que ele fica em casa.

O marido diz inicialmente que nada o preocupa, mas pensa um pouco mais e começa a falar sobre os preparativos para a chegada do bebê e também sobre quando ela começa a passar muito mal: “eu pego para mim isso e fico muito preocupado”. Preocupa-se também com a alimentação dela, que não é muito boa, no entanto, ela rebate e diz que está melhorando.

Eles se dizem tranquilos em relação à saúde do bebê. Ela tem preferência por uma menina e ele por um menino. Ele escolheu o nome para o caso de ser um menino, ela também tem um nome escolhido, caso seja menina.

Ela diz preferir o parto cesariano por ser muito medrosa, “mas o importante é sair”; recorre ao exemplo da irmã que teve parto normal e teve uma ótima recuperação, mas ainda sim prefere cesárea. Comento em tom de brincadeira que os vídeos podem não estar ajudando-a muito a se encorajar. O marido toma a palavra em tom descontraído para “denunciá-la” sobre um costume estranho; diz que ela via vídeos de acidente de moto quando compraram uma moto e agora assiste a vídeos de partos bons e ruins.

Pergunto se eles imaginam a carinha do bebê; o marido responde instantaneamente que sim, “eu fico imaginando e dando risada... toda vez... eu estou trabalhando e fico pensando e, quando vejo, estou dando risada encantado”. Ele diz ter uma imagem, mas não a descreveu. Ela também diz conseguir imaginar, querer que o bebê tenha seus olhos. Ela brinca, “mas uma coisa eu já sei, vai vir com a cabecinha grande, não é, vida?”. Ele leva na esportiva a insinuação de que ele tem a cabeça grande e diz: “então é bom fazer cesárea mesmo”. Ambos apostam numa personalidade mais agitada da criança com base na agitação do casal, mas dizem saber que isso pode ser bem diferente do que imaginam.

4) Sustentação

Ela aponta o casal de pastores da igreja como as pessoas a quem podem recorrer diante de uma necessidade. Conta que tiveram um momento crítico nos dois primeiros meses de casados, no qual chegaram a se separar por dificuldade de adaptação. Foi com a ajuda deles que conseguiram se reaproximar e retomar a relação. A saúde dela é o fator crítico neste momento; trata-se do mal-estar característico do primeiro trimestre. A família dela é presente e participativa, entretanto, os pais (adotivos) dela se separaram há dois meses e a situação ainda é delicada. Somente nesse momento é que ela me conta que sua mãe

biológica havia morrido há três anos, que era usuária de drogas e trabalhava como prostituta. Ela tem pouco contato com os irmãos; dois irmãos saíram recentemente da cadeia. A mãe adotiva adotou outra menina que foi criada como sua irmã.

Eles não contam muito com a família, mas moram perto e sabem que se precisar eles ajudam. Eles se sentem apoiados um pelo outro.

Ela acredita que o bebê vai precisar de “muito amor e carinho, coisa que a gente não teve”. Ela se emociona bastante ao falar da dificuldade que o marido passou com o pai e também de tudo que ela própria enfrentou. Após um período de silêncio, ele diz que o bebê vai precisar de cuidado e atenção, mistura o assunto e fala da falta de atenção que ele próprio enfrentou; explica que ficou com o pai quando seus pais se separaram, mas não pode sustentar isso por mais que um ano; ficava muito sozinho enquanto o pai ficava no bar. “Eu sempre disse que quando eu tivesse um filho, eu seria o pai que eu não fu..., o pai que eu não tive”. Descreve suas idealizações a respeito de um pai soltando pipa com um filho, lamenta ter tido que trabalhar muito cedo, volta a falar da criança e que deseja que ela possa fazer cada coisa em seu tempo.

Sobre o que ela vai precisar depois do parto, diz que é atenção, “é porque sou meio doida e às vezes acho que ninguém me dá atenção”. Ela também resgata outro momento de sua infância; diz que quando era pequena, sua mãe biológica tinha sua guarda compartilhada. Quando estava na casa dela sofria violência física para fazer as tarefas, com lágrimas nos olhos e a voz embargada diz que era abusada pelo irmão, retoma o assunto sobre seu bebê e diz que essas coisas a fazem ter medo de que algo desse tipo possa acontecer a seu filho ou filha.

Diante da tensão e da vulnerabilidade exposta, faço alguns apontamentos sobre o casal e sobre esse desejo de proteger a criança de algo que eles próprios foram atingidos. Com poucas palavras, sinto que fui compreendida pelo esposo, que formula a seguinte frase: “a gente quer suprir o que a gente não teve, sendo que ele não precisa daquilo”. O esposo acredita que precisará se controlar porque tem uma tendência a ser um “pai babão”.

5) Projetos pessoais

Ela não pretende retornar ao trabalho após a licença maternidade; conta que sempre se virou com vendas de doces e outros produtos, tem o hábito de fazer o cabelo das amigas e isso sempre os ajudou. Ela diz gostar de cuidar da casa e da comida, ele também lamenta a ausência dela à noite em casa, ele acaba indo dormir cedo para driblar a solidão.

Ela diz “O que eu puder curtir eu vou”.

Narrativa M2 – Núcleo 11 Thamires e Neto

Data do parto: 27/12/2018 Data da entrevista: 16/08/2019

Participantes: Mãe, esposo e a bebê.

Instituição: Consultório particular.

Bebê: Sexo feminino, 7 meses.

1) Ambientação

Eles entraram alegres e interagindo com a bebê; dizem que estão bem. Falo com a criança que se mostra atenta e alegre, a mãe responde por ela em tom manhês.

A bebê já tem uma rotina estabelecida, dorme quase meia-noite todos os dias, mas depois vai até dez e meia, onze horas “se deixar”. Ainda está no peito, pois não pegou mamadeira.

Quando pergunto sobre a dificuldade do momento atual o esposo pede a palavra e diz que sua dificuldade maior é de demonstrar todo seu amor; explica que chega cansado e só pensa em dormir e descansar, mas relaciona isso ao que viveu com seu pai, explica que sempre ficou muito sozinho e nunca precisou muito de atenção, mas percebe que tem colocado a filha nessa mesma situação, como se ela não precisasse tanto de atenção, “eu sinto, eu sei que estou errando”. Ele se vê fazendo muito parecido com o pai, sente que precisa se policiar.

Volto a questão para a esposa e ela diz que o mais difícil para ela é ter vontade de dar as coisas para filha e não poder; explica que precisou sair do trabalho porque ela não pegou mamadeira e não ficava com ninguém. Sobre a autocrítica do marido ela diz discordar totalmente; acredita que ele é atencioso e compreende que ele esteja cansado, explica ainda que já pegou muito no pé dele para ele tirar isso da cabeça, mas acredita que seja um problema dele mesmo.

2. Aspectos fantasmáticos:

O final da gestação foi descrito como complicado. Tudo começou com um herpes, depois teve candidíase e por fim hemorroida; a disponibilidade de medicação para esses problemas era escassa em função do risco para o bebê.

O parto foi cesariano em função do herpes e foi realizado em hospital particular, embora eles tivessem começado o acompanhamento pela UBS. As dificuldades no trabalho também atrapalharam o final da gestação, chegou a sofrer uma queda acidental no trabalho. O marido descreveu como tumultuado esse período; foram muitas vezes ao médico. Ela trabalhou até quatro dias antes de internar.

Para o marido não houve nada de diferente do que esperava, já para a mãe, ela esperava que a filha pegasse mamadeira e que ela pudesse voltar a trabalhar, mas não foi assim. O pai completa que imaginou que seria assim, “eu acho difícil uma criança ficar com outra pessoa que não seja a mãe”. Pergunto se hoje já não estaria um pouco melhor esse aspecto; a mãe responde que está um pouco pior porque antes ela não ficava com outra pessoa por não ter pegado a mamadeira, porém, atualmente, “ela se joga para meu colo, ela não fica porque não fica mesmo”: explica que tentou ir à farmácia e ela fez um escândalo com sua mãe, e foi preciso retornar antes que chegasse ao destino.

Pergunto se o pai conseguiria acalmar a inquietação da bebê naquele momento ou se apenas a mãe saberia; ele diz que depende, “se for um escândalo, só a mãe mesmo”, mas normalmente usa o telefone celular para acalmá-la.

A mãe não conseguiu expressar o que sentiu ao vê-la pela primeira vez. Na verdade, mal conseguiu olhar porque ficou temerosa com a orientação de sua mãe para não levantar a cabeça (em função da anestesia); só olhou para o lado após o comando da enfermeira, entregaram a bebê ao pai e logo levaram ela. Ela completa que foi uma sensação inexplicável (16:00). Ela havia sonhado com a bebê e diz que ela nasceu exatamente como apareceu em seu sonho, com cabelo preto e liso. O esposo não tinha uma imagem prévia formada, mas tinha medo de doenças, e esse medo aumentou depois do acidente de trabalho.

As dificuldades iniciais foram as cólicas. Nos primeiros vinte dias o pai estava presente e se ocupava do banho, do umbigo. Quando ele voltou a trabalhar a mãe da entrevistada assumiu a tarefa do banho, pois ela tinha medo, só tomou para si essa tarefa quando a filha estava com um mês e quinze dias. Um mês após o parto ela sofreu outra queda, dessa vez com a bebê nos braços, e isso teria potencializado seus medos.

A entrevistada fala sem muito pensar que teria se acostumado ela no berço; a bebê está dormindo na cama do casal, a mãe completa que praticamente dorme com o peito para fora porque a filha procura durante a noite. O esposo sorri e conclui que se tivessem acostumado ela assim, teria sido melhor. Pondero sobre o nível de cansaço da entrevistada, que não consegue se ausentar nem mesmo para ir à farmácia, nem dormir uma noite inteira de sono.

O maior medo da entrevistada era morrer no parto, isso já havia aparecido na primeira entrevista, por esta razão queria tanto o parto normal. O esposo relata uma pequena intercorrência durante o parto, que não foi percebida por ela. Neste momento o pai tenta acalmar a criança, que está inquieta, a mãe se levanta enquanto fala e toma a criança nos

braços; descrevo essa cena para eles e pergunto a ela o porquê de não aproveitarem um pouco esse tempo em que ele assumiu a tarefa de acalmá-la. Ela diz que é automático e sorri; explica que tem medo dela chorar e fazer escândalo. Falamos um pouco em tom descontraído sobre o tema.

Ela responde positivamente à pergunta sobre se tem sido a mãe que imaginou que seria: “eu sou uma mãe descolada, apesar de superprotetora, não ligo das pessoas pegarem ela”. Ele responde que “tirando o começo, eu acho que estou me saindo bem, mas eu posso melhorar mais um pouco”; entendo que ele se referiu ao começo da entrevista, quando disse que gostaria de ser mais atencioso e presente, pois completa que “eu acabo fazendo muitas coisas que meu pai não fez”.

3) Sustentação

Ambos se sentem apoiados um pelo outro. O marido reconhece que ela é melhor nessa qualidade de apoiar do que ele; ela não concorda com ele nessa afirmação. Aponto que ele parece bem autocrítico.

Ela diz que falta apoio de ambos os lados da família, mas entende que sua mãe tem problemas de saúde e a própria dificuldade da filha em ficar com outras pessoas não permite que receba essa ajuda; completa que a sogra mora longe e também não consegue ajudar. Pergunto se falta oferta de ajuda ou se seria uma dificuldade dela em partilhar a criança e ela responde que acredita ser uma dificuldade dela mesma. (28:00)

Sentiu-se apoiada pela equipe médica, escolheu o dono do hospital para fazer seu parto, recebeu boas recomendações sobre ele. Conta que as enfermeiras ensinaram a dar o banho, gostou muito disso. O pai também teve uma boa impressão do hospital e da equipe (30:00), entretanto, queixou-se por ter passado fome na internação, o hospital não oferecia comida para o acompanhante e eles estavam numa situação crítica financeira. Eles não tiveram coragem de pedir ajuda para a família, precisaram dividir a alimentação dela.

Sobre a retomada da vida sexual, ela responde “até que sim”, ele diz “não como antes, está muito ruim”, ele explica que o medo da criança acordar (ela dorme na cama do casal) o deixa muito apreensivo, repete várias vezes que não está bom. Pergunto à entrevistada se ela sabia dessa insatisfação dele; ela responde que sim e completa que sente a mesma coisa. (32:36) Ela disse que até o quinto mês eles estavam ainda mais distantes, depois ela teria tomado uma atitude de aproximação e foi quando melhorou um pouco. Ele explicou que se sentia mal de “encher o saco dela” vendo que ela estava tão cansada. Falo brincando que “vai ver que isso não enche o saco dela”, e ela sorri em tom de consentimento.

Completo fazendo um comentário sobre o fato de eles terem me relatado várias coisas que estão complicadas pelo fato de a criança estar na cama do casal: dor nas costas, sono insuficiente e sexualidade. Ela relata uma tentativa de colocar a criança no berço, mas confessa que a criança dormiu e ela dormiu sentada ao lado, segurando a mão da filha, o marido a encontrou dormindo na cadeira às seis da manhã.

4) Projetos pessoais e familiares

Apesar da dificuldade em “desgrudar” da filha, a entrevistada planeja voltar a trabalhar.

O plano é esperar dois meses para fazer a inscrição da criança na creche (37:00), ela tem medo de escolinha, mas justifica que quer dar o melhor para filha e isso a motiva a querer voltar a trabalhar. O pai é favorável a escolinha e apoia o desejo dela em voltar a trabalhar. Eles demonstraram uma dinâmica bem democrática de decisão.

5) Bebê

- a. Peso e tamanho do bebê
 - ii. Nascimento: 3,125 kg /
 - iii. Data da entrevista: 9,600 kg /
- b. Amamentação: Está um pouco acima do peso.
- c. Sono: Dorme bem, almoça, come uma fruta e dorme, no fim da tarde tem outro soninho.
- d. Preferências: Para dormir precisa segurar a mão, gosta de barulho, incomoda-se com silêncio.
- e. Desenvolvimento: Está tudo certo, apenas um pouco acima do peso.

6) Protocolo IRDI

Idade	Indicadores	Presente	Ausente	Não verificado
De 0 a 3 meses e 29 dias	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.	✓		
	2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).	✓		
	3. A criança reage ao manhês.	✓		
	4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.			✓
	5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	✓		
De 4 a 7 meses e 29 dias	6. A criança começa a diferenciar o dia da noite.	✓		
	7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.	✓		
	8. A criança faz solicitações à mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.		✓	
	9. A mãe fala com a criança, dirigindo-lhe pequenas frases.	✓		
	10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se	✓		

	dirigindo a ela.			
	11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.	✓		
	12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.		✓	
	13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.	✓		

Capítulo 6. Categorização e Análise dos Dados

Apresentamos aqui o processo de extração dos elementos presentes nas narrativas que foram identificados como pertencentes às categorias analíticas previamente definidas. Tendo apresentado a sequência de narrativas no capítulo 5, agora temos a sequência dos relatórios de identificação das categorias analíticas, seguidos de um relatório síntese com a evolução dos elementos que emergiram em cada uma das categorias analíticas nos três momentos de entrevistas.

A proposta para interpretação de cada núcleo familiar segue a seguinte sequência:

- Narrativas: M1, M2 e M3¹⁸
- Relatórios de Identificação das categorias analíticas em M1, M2 e M3
- Relatório de evolução das categorias analíticas e do protocolo IRDI com base nos indicadores ausentes em cada um dos quatro eixos propostos pelo instrumento tal como descrito abaixo por Kupfer et al (2012b):

1. Suposição do sujeito: “é uma antecipação, pois o bebê ainda não está constituído como um sujeito, uma suposição que permita que as reações do bebê sejam tomadas pela mãe como um apelo.” (2012b, p. 97)

2. Estabelecimento da demanda: “a mãe precisa entender as primeiras reações involuntárias de seu bebê como um pedido dirigido a ela, e que e ela possa respondê-lo.” (2012, p. 97)

3. Alternância presença-ausência: “a mãe ou o cuidador apresenta uma alternância entre a sua presença e ausência física e simbólica na relação com o bebê.” (2012, p.97)

4. Função paterna: “a mãe deve situar um terceiro em seu laço com a criança, não fazendo desta criança um objeto de sua satisfação. Desta forma, a criança poderá renunciar às satisfações imediatas que antes advinham da relação com o próprio corpo e com o corpo da mãe ou cuidador.” (2012, p. 99)

Os relatórios contendo a análise da evolução das categorias analíticas de cada núcleo familiar serão utilizados como base para a confecção de uma análise global dos grupos 1 e 2 compondo os aspectos comuns, assim como os destoantes, concernentes a nossa temática; essa análise será apresentada no capítulo 7.

¹⁸ M1 – Momento 1, M2 – Momento 2, M3 – Momento 3

6.1 Identificação das Categorias Analíticas – Núcleo 1 Regina e Caio

6.1.1 Categorias analíticas M1 – Núcleo 1 Regina e Caio

1. Aspectos fantasmáticos prévios

a. Em relação aos pais

- Risco de perder o útero em uma cirurgia que seria realizada na semana em que descobriu a gestação.
- Medo de morrer no parto.
- A diabetes e a obesidade elevaram os riscos e as privações em termos de alimentação.
- As fortes dores do início da gestação provocam desmaios, ela associava as dores ao momento em que a bebê encostava no mioma.
- Para driblar essas dores fazia uma massagem para afastar o feto do mioma, acredita que as dores sumiram porque o útero foi esticando.
- Medo de uma gestação gemelar “seria como uma gestação de três porque o mioma poderia crescer como um bebê”.

b. Em relação ao bebê

- Medo de abortar a bebê em razão do crescimento do mioma durante a gestação.
- A preocupação com a bebê concentra-se em relação ao peso, pois ela já está grande em função da diabetes da mãe e não pode engordar mais.
- O mioma estava na linha de corte da cesárea, isso dificultaria o parto, mas no último exame houve um deslocamento.
- A mãe não consegue imaginar como será a filha, mas tem muitos sonhos com a bebê; na maioria os vê – a filha e marido – sem ela. O medo da morte é recorrente.
- Sobre como imagina a filha, o pai responde: “não sonho, não imagino, não cogito, sou mais cartesiano”.
- A mãe diz ter tudo planejado para a filha até a faculdade, mas destaca o desejo de oferecer “experiência de vida”; quer dar autonomia e oportunidades para ela aprender a caminhar sozinha.
- O pai complementa a informação e diz que faz parte de um combinado antes da gestação de que eles ofereceriam uma educação baseada em experiências.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- Ambos apontam um ao outro como principal fonte de apoio emocional.
- Ela exalta a qualidade do marido em oferecer apoio diante de decisões e momentos difíceis.
- Ele acredita que demanda menos esse tipo de apoio; mesmo assim, vê nela a pessoa com quem pode contar.
- Diante do retorno recorrente dela acerca do medo da morte, ele demonstra acolhimento e sempre encontra uma saída engraçada para driblar o clima ruim.

b. Familiar

- Ele não identifica alguém que represente apoio ou sustentação para ele.

- Ela aponta o irmão como alguém que representa apoio financeiro diante de algum imprevisto.
- A família é presente, mas é constantemente evocada no discurso deles como tradicionais e preconceituosos.
- Receberam críticas da família sobre os planos e as divisões de tarefas concernentes à bebê.
- A tendência da família é a de cobrar da mulher um protagonismo no cuidado da casa e da filha, e isso parece incomodar a ambos.

c. Institucional

- A temática institucional envolvendo a equipe médica não apareceu diretamente no discurso do casal, nem como crítica, nem como elogio.
- Mostraram-se bem conscientes e informados sobre as alternativas e os riscos envolvidos no pré-natal.
- Sobre o risco de morte observo que a equipe médica tratou com sutileza e honestidade.

3. Pontos de fragilidades

- Medo da morte prevalente nela, mas presente no discurso dos dois.
- Críticas da família, também mencionadas por ambos.
- Mau-humor dela em função da fome diante da rigorosa restrição alimentar.

4. Planejamento quanto:

a. Ao bebê

- Planeja conciliar trabalho remoto e cuidados à bebê desde o primeiro mês de vida da criança.
- Caso aceite uma proposta de trabalho que surgiu, cumprirá a licença maternidade trabalhando de casa e depois vai recorrer a uma creche.
- O pai também trabalha de casa e planeja dividir as tarefas acerca da filha.
- Há um combinado de que ela vai amamentar e ele vai dar os banhos.

b. À vida pessoal

- Trabalhar remoto durante a licença maternidade e retornar ao trabalho externo caso aceite a proposta que recebeu recentemente.
- Ela diz que a criança terá que se encaixar em sua rotina.

6.1.2 Categorias analíticas M2 – Núcleo 1 (Regina e Caio)

1. Aspectos fantasmáticos:

a. Em relação aos pais

- A primeira coisa dita por ela quando pergunto como está o casal é “eu não morri”, em tom de brincadeira.
- Ela sempre sonhou em proporcionar um ambiente muito adequado para a criança, mas percebe que a criança demonstra muita “vontade própria”

- “É o bebê que tem que se adaptar a gente, ele é o diferente, não a gente se adaptar...”, antes de completar a frase reconsidera o fato de que muitas coisas mudaram, mas justifica que não é somente mãe e que já tinha outros papéis antes dela nascer.
- Ela disse: “Eu tinha uma expectativa de ser a pior mãe do mundo por ser muito mole, e percebi que não sou”.
- O pai confirma que está sendo o pai que imaginava: “eu sou mais prático, sistemático, muito chato com a rotina”. Ele diz que tenta discriminar se é manha ou não, “acredito que estou sendo um bom pai, cumprindo o que eu tinha programado”.

b. Em relação ao bebê

- O fato de a bebê não ter chorado ao nascer deixou a mãe muito preocupada, mas se acalmou quando soube pelo médico que ela estava viva e logo em seguida ela chorou.
- O pai saiu do centro cirúrgico com a nítida impressão de que sua filha havia nascido com algum problema em função das inúmeras perguntas sobre o histórico familiar de doenças. Em seguida, pediram para ele sair e só foi ter notícias da esposa e da filha depois de duas horas; nada foi esclarecido.
- Ambos avaliam o fato de a criança dormir oito horas seguidas como um ponto muito positivo no sentido de facilitar a experiência.

2. Sustentação

a. Conjugal

- Ambos reiteram o fato de encontrar no outro o apoio emocional de que necessitam; desta vez ele foi o primeiro a tomar a palavra e confirmar isso.
- Ambos desejavam seguir com o aleitamento materno exclusivo, mas o esposo foi o primeiro a considerar a sugestão da mamadeira ao ver o sofrimento da esposa.
- Ela ficou chateada por não ter podido dar a notícia do agendamento do parto ao marido, a sogra teria se adiantado na ligação, o marido validou a indignação dela.
- A frustração dela com o excesso de horas na espera pelo centro cirúrgico foi contornada quando viu o marido todo paramentado para acompanhá-la durante o parto, justifica que ele a acalma muito.

b. Familiar

- As avós permaneceram na casa do casal durante todo o primeiro mês, em esquema de revezamento. Embora entendam que a intenção era ajudar, ambos perceberam essa ajuda como algo invasivo; estavam ansiosos por um momento mais íntimo com a filha, sem interferências.
- Ele lamenta não ter “expulsado” todo mundo antes.
- Sentem falta de apoio emocional da família, assim como respeito em relação às decisões que tomam sobre a filha.
- Ela sentiu-se desconfortável com o questionamento da sogra sobre o fato de eles terem retomado a vida sexual “tendo uma filha tão pequena”; a sogra tomou conhecimento desse fato ao visualizar um teste de gravidez utilizado por ela.

c. Institucional

- Ambos ficaram muito insatisfeitos com a demora no tempo de espera no pré-cirúrgico; passou de doze horas. O parto dela ficou escalado por último na lista do dia, não havia um horário definido, era necessário aguardar a disponibilidade do centro cirúrgico.

- “Eu me preparei, fiz uma maquiagem para poder guardar uma foto bonita daquele momento, mas ninguém me buscou! (Diz emocionada) toda aquela adrenalina passou.”
- O jejum prolongado alterou sua diabetes e a deixou com muita fome.
- As perguntas sobre o histórico de doenças familiares feita ao pai logo após o parto o deixou muito apreensivo acerca de algum possível problema de saúde da filha. Na sequência pediram para ele se retirar do centro cirúrgico e nada foi esclarecido; só teve notícias delas após duas horas.
- O apoio da ginecologista em relação à amamentação foi muito valioso para ela; lamenta não ter procurado antes.
- Apesar dos problemas no hospital que antecederam ao parto, ela ficou com uma impressão positiva da equipe médica, sentiu-se apoiada e validou a decisão deles de não terem tirado seu mioma para preservá-la. Ela terá que fazer isso mais adiante.

3. Pontos de fragilidades

- As críticas provenientes da família de ambos são apontadas por ela como a principal dificuldade enfrentada por eles.
- Sobre terem saído de casa com a bebê antes dos três meses, o fato da responsabilidade do banho da bebê ter sido atribuída ao pai e a opção deles por dar banho de chuveiro na criança em vez de banheira.
- A dificuldade com a amamentação em função da produção insuficiente de leite e dor ao amamentar obrigou-os a inserir a mamadeira.
- Comentários acerca da mamadeira por estranhos. Ela tem a expectativa de aumentar a produção de leite e diminuir a quantidade da mamadeira, mas não está conseguindo.
- “Nossa! Você não tem leite?” “Tão novinha, tomando mamadeira”.

4. Planejamento x execução quanto:

a. Ao bebê

- Eles cumpriram o combinado de a mãe ficar com a amamentação enquanto o pai assume a responsabilidade com o banho da criança.
- Ela está se dividindo entre os cuidados da filha e o trabalho, mas em um ritmo de trabalho muito reduzido.
- O planejamento é deixar a bebê no berçário assim que possível.
- As avós se disponibilizaram, mas essa não é uma opção para o casal.

b. À vida pessoal

- Ela está trabalhando de casa, porém num ritmo bem mais lento.
- A proposta de trabalho continua disponível, mas justifica que não há berçário que aceite um bebê aos quatro meses. Está negociando um adiamento no início.
- “É o bebê que tem que se adaptar a gente, ele é o diferente, não a gente se adaptar...”, antes de completar a frase reconsidera o fato de que muitas coisas mudaram, mas justifica que não é somente mãe e que já tinha outros papéis antes dela nascer
- “Eu tinha uma expectativa de ser a pior mãe do mundo por ser muito mole, e percebi que não sou”.
- Ele se percebe mais prático, como havia imaginado; é exigente com a rotina, se vê cumprindo o papel de bom pai.

- Eles anseiam pelo momento que a filha dorme; o foco dela é ter um tempo para conversar e, segundo ela, ele quer um tempo para namorar.
- Retomaram a vida sexual logo após a quarentena.

5. Adaptação ao bebê real

- “Não é nada do que as pessoas diziam para nós”.
- Ele conta que no início ficavam acordados com medo da bebê acordar, mas que foi um processo e que agora já estão mais tranquilos porque ela dorme oito horas seguidas.
- Retrocede um pouco no desejo de proporcionar um “ambiente muito adequado” ao perceber que a bebê tem mais vontade própria do que ela poderia imaginar.
- “Eu sei que ela só tem três meses, mas tem muito mais personalidade do que eu estava esperando”, diz a mãe.
- A bebê dormia inicialmente numa rede adaptada dentro do berço; atualmente permanece no berço que fica no quarto ao lado, contam com uma babá eletrônica.
- Ela achava que a bebê se pareceria fisicamente com o pai, mas ficou muito surpresa logo na primeira impressão ao observar a semelhança da filha com ela, descreve com muito júbilo cada detalhe.

6.1.3 Categorias analíticas M3 – Núcleo 1 Regina e Caio

1. Aspectos fantasmáticos:

a. Em relação aos pais

- Ela permanece que com a convicção de que a filha deve se “encaixar em sua vida” em vez de a fazer parar tudo.
- Ao mesmo tempo diz demonstrando contrariedade consigo mesma que perdeu a vaidade e prefere arrumar a filha a se arrumar.
- Ele se reconhece menos racional.
- Ele apresenta mais resistência em deixar a criança com as avós para fazer uma viagem do que a esposa.

b. Em relação ao bebê

- Além da necessidade de deixá-la na escola para que possam trabalhar, identificam na criança a necessidade de conviver com outras crianças.
- Eles sentem que a criança é bem recebida nos locais que frequentam.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- A interrupção do aleitamento materno se deu no oitavo mês de vida da criança. A mãe, que ainda sentia muita dor no processo, lamenta a interrupção, porém é apoiada pelo marido que acredita que isso poderia ter acontecido antes em função do sofrimento que causava na esposa.
- “Não esperava isso dele, de verdade! Ele conseguiu fazer com que eu não me sentisse tão mal, mas ainda sinto falta”

b. Familiar

- As avós parecem demonstrar disponibilidade para ficar com a criança caso necessitem, mas isso ainda não aconteceu nenhuma vez.
- Uma das avós os questionou sobre a decisão deles de deixar a criança na escola sendo ela “tão nova”.

c. Institucional

3. Pontos de fragilidades

- Ambos identificam a necessidade de a esposa retomar os cuidados consigo mesma
- Embora as críticas familiares ainda aconteçam, elas parecem ter menos peso neste momento.
- Dificuldade da mãe em conciliar o trabalho e as demandas da criança no ambiente da casa.

4. Planejamento x execução quanto:

a. Ao bebê

- Estão decididos a deixá-la na escola por meio período, se as coisas continuarem como estão, ou por período integral se ela conseguir a vaga de trabalho esperada.
- Ele tem dificuldade com a impulsividade da criança; ela ensaia os primeiros passos.
- Ele assumiu a responsabilidade de cuidar dela quando chega em casa do trabalho e a coloca para dormir.

b. À vida pessoal

- Ela ainda não assumiu a proposta de trabalho que comentou nas duas entrevistas anteriores, mas acredita que isso pode acontecer muito em breve; aguarda a liberação da vaga.
- Com a iminência dessa vaga de trabalho, eles já pesquisaram e escolheram uma escola onde ela ficará em período integral, caso a vaga se confirme ou em meio-período para que a mãe continue fazendo seus trabalhos de casa.
- “Ela se encaixa na minha vida, não parei minha vida por ela.”
- O pai está trabalhando fora, mas assume os cuidados em relação a filha quando chega em casa. Só ele a põe para dormir.
- O lazer do casal continua o mesmo de antes: costumam ir a restaurantes e conseguem levar a filha juntos.
- Planejam uma viagem à praia sem a filha, mas ele ainda não sente segurança de deixá-la com as avós, por ela eles já teriam ido.
- Ele se reconhece menos racional que antes em relação a filha, “estou mais mole, né?”
- Ela também acha que não é a mesma, ele confirma dizendo “em hipótese alguma”.
- “Eu sempre penso nela primeiro, existe uma luta interna que me faz tentar ser aquela pessoa de antes, mas não consigo.”
- Ela conclui que perdeu um pouco da vaidade devido às dificuldades de saúde, atualmente se culpa por não conseguir fazer as unhas e o cabelo: “me sinto mal com isso”, queixa-se da falta de tempo. “Prefiro arrumar ela do que me arrumar, mas gostaria de voltar a me arrumar”.

5. Adaptação ao bebê real

- Ela acredita que não será mais possível continuar conciliando o trabalho remoto com o cuidado e supervisão da filha. Ela demanda muita atenção neste momento, mas completa dizendo: “é uma delícia, eu adoro”.
- A mãe descreve o desenvolvimento da criança como ótimo. Ela engatinhou muito cedo, logo começou a ficar de pé e já balbucia “mãe, pai, vó e Dedé”. O desmame se deu há nove dias; ela dorme muito bem e é o pai quem faz o ritual da noite: faz a troca de fraldas, dá a mamadeira no colo, a faz dormir e depois a coloca no berço.

6.1.4 Relatório de evolução das categorias analíticas – Núcleo 1 (Regina e Caio)

1. Aspectos fantasmáticos:

a. Em relação aos pais

- O medo de morrer expressado pela mulher e validado por seu marido se impôs de modo pungente na primeira entrevista, porém, reaparece em tom de brincadeira na segunda entrevista quando ela me anuncia estar viva. Não observo atualização desse aspecto fantasmático após o nascimento do bebê.
- A percepção de que a bebê provocava dores na mãe quando encostava no mioma cessou ainda durante a gestação.
- O pai se descreve como cartesiano e mais racional, porém dá indícios claros de que isso está mudando, especialmente na última entrevista, quando mostra resistência ao pedido da esposa para viajar durante um final de semana sem a criança. Ele próprio reconhece estar “mais mole”
- A mãe, apesar de também sustentar um discurso de praticidade quanto a educação e cuidados em relação à criança; reflete que não tem feito exatamente isso, a reflexão vem logo após ter repetido a sua premissa de que “é a criança quem tem que se encaixar na rotina dos pais”.
- A mãe reconhece que perdeu um pouco a vaidade e sente que prefere arrumar a criança a se arrumar.
- A mãe também reconsidera algumas convicções prévias ao notar que a criança “tem vontade própria”.
- O processo de abandono dos aspectos fantasmáticos prévios é perceptível. Há uma modificação em conceitos e perspectivas previamente definidos sobre o ser mãe e pai, entretanto, ambos conseguem manter muitos dos pontos previamente planejados.

b. Em relação ao bebê

- A mãe tinha medo de abortar a bebê em função do crescimento do mioma, essa temática veio à tona quando relatou o parto, o fato da bebê não ter chorado ao nascer a fez pensar que ela poderia ter nascido morta.
- Havia uma preocupação com a saúde da bebê em relação ao ganho de peso durante a gestação; isso parece ter se atualizado no centro cirúrgico, quando fizeram várias perguntas ao pai; ele saiu de lá com a impressão de que a criança tinha nascido com algum problema.
- Ambos tinham um plano sobre a filha antes dela nascer que era o desejo de oferecer a ela experiências de vida. Aos nove meses identificam nela a necessidade de conviver com outras crianças em paralelo à necessidade da mãe de trabalhar fora; isso os ajuda a decidir por uma escola infantil, entretanto, ainda não conseguiram deixá-la com as avós nem uma única vez.

2. Sustentação

a. Conjugal

- O casal relata um ambiente de apoio mútuo e dá vários exemplos de situações que dão respaldo ao relato. A relação sugere preservação do desejo e do diálogo.
- Eles retomaram a vida sexual após o período da quarentena.

b. Familiar

- A família parece estar próxima e à disposição do casal. Isso aparece no acompanhamento da gestante às consultas e no período pós-parto em que as avós estiveram na casa do casal. Estas sugerem disponibilidade para ficar com a criança para eles trabalharem, entretanto, esse apoio vem com críticas e muita interferência no modo como os pais desejam conduzir os cuidados e a educação da filha, fazendo com que o aspecto invasivo esteja sempre presente na percepção de ambos, quando se referem às suas famílias.

c. Institucional

- O casal tem nível superior de escolaridade, são questionadores e se mostraram satisfeitos com os esclarecimentos acerca dos riscos e decisões da equipe médica.
- A grande insatisfação foi o tempo prolongado de espera por uma vaga no centro cirúrgico. Era um parto cesariano e isso decepcionou demais a ambos, mas especialmente a gestante, que é diabética e passou muito mal sem poder se alimentar, mas ela destaca o sentimento de decepção ao ver a adrenalina da espera ser superada pelo mal-estar físico e a frustração.
- A demora da equipe em dar notícias ao pai após o parto também trouxe insatisfação.
- O apoio da ginecologista no início da amamentação foi importante.

3. Pontos de fragilidades

- A interferência familiar com críticas ao modo como eles conduzem os cuidados em relação à criança foi o único ponto que se repetiu como fragilidade nos três momentos. Isso parece ter afetado mais intensamente o casal no momento 2, após o parto, quando estavam estabelecendo a rotina.
- As críticas sobre a amamentação oriundas da família e de terceiros causam grande incômodo.
- Ambos identificam a necessidade da mulher se cuidar mais; ela destaca aspectos estéticos, mas o esposo aponta até o fato de ela esquecer de comer em função dos cuidados com a filha.
- No momento 3, a fragilidade aparece na dificuldade em conciliar as tarefas com a criança, a casa e o trabalho remunerado realizado em casa.

4. Planejamento x execução quanto:

a. Ao bebê

- O casal tinha um planejamento bem definido sobre a divisão de algumas tarefas em relação à filha e vem cumprindo isso após o nascimento.
- O plano sempre foi contar com a ajuda de uma escola, embora tenham a disponibilidade das avós para cuidar da criança, continuam decididos a recorrer a uma escola já nos próximos dias.

- A impulsividade da criança diante da iminência dos primeiros passos tem gerado um pouco de desconforto ao pai.

b. À vida pessoal

- A mãe parece ter conseguido cumprir o planejamento de se dividir entre os cuidados da filha e alguns trabalhos pontuais que faz de casa, mas ela sugere que a quantidade de trabalho remunerado que consegue cumprir é bem menor que antes.
- O pai parece ter voltado ao trabalho externo, mas continua dividindo as tarefas em relação à filha ao retornar para casa.
- Eles voltaram a frequentar restaurantes, como era o hábito antes da bebê nascer.
- Eles retomaram a vida sexual logo após a quarentena.
- Ele se reconhece muito mais emotivo que antes.
- Ela percebe que perdeu muito do autocuidado e deseja retomar.

5. Adaptação ao bebê real

- A chegada da bebê promoveu bastante modificação em cada um dos pais; ela seguiu com o discurso de que a criança deve se encaixar na rotina dos pais, mas admitiu muitas situações em que se viu fazendo diferente. Ele também seguiu até certo ponto o discurso racional, mas já tem consciência do quanto a experiência tornou a dimensão emotiva mais próxima. Com relação à divisão de tarefas, conseguiram cumprir muito do que planejaram antes do nascimento.
- As iniciativas e demandas subjetivas da criança os surpreenderam; parece que tinham uma concepção prévia de que a criança fosse menos ativa nesse sentido, mas parece que essa constatação vem com uma surpresa positiva.

6. Considerações sobre o IRDI

No segundo momento a bebê estava com três meses, foram avaliados os indicadores de 1 a 5. No terceiro momento ela estava com nove meses e foram avaliados os indicadores de 6 a 20.

No momento 2, o casal estava em processo de estabelecer uma rotina, mas a bebê já dormia oito horas por noite; a amamentação foi o grande desafio desse período. A bebê estava saudável, apesar de um pouco acima do peso. No momento 3, a rotina já estava estabelecida e as tarefas bem divididas entre o casal. A dificuldade com a amamentação perdurou e nesse momento decidiram interromper o aleitamento materno. A bebê dispõe de boa saúde.

Observamos a ausência do indicador 5, referente ao eixo suposição do sujeito. Houve interação de ambos com a filha durante a entrevista, entretanto não foi possível observar a troca de olhares entre eles no momento 2.

6.2 Identificação das categorias analíticas – Núcleo 2 (Thácia)

6.2.1 Categorias analíticas M1 – Núcleo 2 Thácia

1. Aspectos fantasmáticos prévios:

a. Em relação aos pais

- Ela acredita que a gravidez a impediu de seguir em frente com o plano do suicídio.
- Ela conta que o pai duvidou da paternidade desde o início.
- Acredita que a gravidez foi um milagre, pois afirma que era estéril.
- Como teve outros abortos, receava não poder ter mais filhos.
- Ela confessa uma fobia de bebês.
- Diz que tem receio de “não ser boa o suficiente, não saber trocá-lo, ou de machucá-lo”.
- Fobia de toque, especialmente na região dos seios. A dificuldade em ser tocada vem da infância, mas piorou após um episódio de violência sexual vivida há dois anos.
- Ela acredita que o pai deixou o emprego sob influência de sua mãe para não cumprir com a pensão.
- Sente-se mais capaz de reconhecer suas emoções para além da euforia e da depressão; explica que hoje consegue se reconhecer triste, identificar o motivo e se preservar, “isso é novidade para mim”.

b. Em relação ao bebê

- A informação de que o bebê é do sexo masculino a deixou aliviada: “confesso que fiquei bem aliviada”, conta que participa de um coletivo feminista e pensa que “se fosse uma menina, negra, criança, que vai passar por todas as dificuldades que eu passei, [pausa] não quero!”.
- Conta que o nome do filho veio através de um sonho em que via a imagem dele entregando para ela um papel da faculdade com esse nome. A amiga freira que mora na Alemanha teria dito a ela o mesmo nome sem que soubesse do sonho.
- Sobre se imagina a aparência do bebê: “Tento não pensar, acho que é desnecessário, ele será único”.
- Sobre sua dificuldade em ser tocada na região dos seios diz: “Eu sei que vou ter um filho, ele vai precisar se alimentar e vai ter que me tocar, então, não quero que seja algo prejudicial nem para ele, nem para mim, até porque ele também é homem, vou precisar de ajuda”.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- A relação com o pai do filho é tensa, ela soube de uma outra pessoa na vida dele e de uma viagem que ele teria feito, ela parece ter ficado contrariada com isso.
- Ele duvida da paternidade.
- Ela diz tê-lo processado para requerer apoio financeiro para alimentação durante a gravidez.

b. Familiar

- O apoio de sua mãe foi fundamental para a decisão de continuar com a gestação.
- Sua mãe é apontada como referência no apoio emocional e financeiro, mas reitera que não confia em ninguém, nem na mãe.

c. Institucional

- A poesia teria sido um grande ponto de apoio para superar a experiência da violência sexual.

- Ela não tem confiança na equipe do hospital, sugere prática de violência obstétrica como exames de toque desnecessário, episiotomia e falta de acolhimento das enfermeiras em relação as suas fobias.
- Embora relate fazer um acompanhamento psiquiátrico pelo CAPS, não sugere engajamento e vinculação nem à instituição, nem à um profissional.
- Ela parece bem alinhada com ideais feministas, porém não ficou claro se participa atualmente de algum grupo.

3. Pontos de fragilidades

- A ausência de um companheiro, a precariedade financeira e de moradia são apontados como pontos de fragilidade.

4. Planejamento quanto:

a. Ao bebê

- Aponta o leite materno como algo de importância para o bebê.
- Planeja buscar uma creche para o filho quando ele estiver em torno dos oito meses.
- Lamenta ter que recorrer a uma creche e resgata sua história com a creche e o distanciamento da mãe como fonte de sofrimento.

b. À vida pessoal

- Quer retornar ao mercado de trabalho assim que possível.
- Planeja terminar o ensino médio a distância e entrar na faculdade quando ele tiver quatro anos.
- Demonstra pesar ao concluir que precisará esperar um período considerável para buscar seus sonhos, diz não se imaginar tendo que parar tudo por outra pessoa.

6.2.2 Categorias analíticas M2 – Núcleo 2 Thácia

1. Aspectos fantasmáticos:

a. Em relação aos pais

- O tema em torno das dificuldades vividas no parto atravessa as questões sobre o momento inicial com a criança.
- Conseguiu ter o parto normal como desejava, ela mesma retirou sozinha o bebê, sem intervenção da médica. Relata três dias de trabalho de parto: a internação se deu pela manhã e o bebê nasceu na tarde do dia seguinte.
- Ficou sozinha com o bebê nos três primeiros meses, quando ainda morava numa casa com menos conforto; nesse período pensou em suicídio novamente.
- Tem conseguido superar a dificuldade em ser tocada nos seios para amamentar seu filho, entretanto, se sentiu invadida pela manipulação das enfermeiras e, no primeiro momento, até mesmo pelo bebê.
- Se pudesse fazer algo diferente não teria tido o filho; reflete que se sente muito castrada em seus desejos.
- Ela nunca desejou ser mãe, quase arrisca dizer que está sendo uma boa mãe, mas não completa a palavra “boa”. Tento encorajá-la, porém ela justifica que precisa melhorar, pois

não consegue atendê-lo na madrugada, diz que quando ele chora o coloca no peito sem acordar.

b. Em relação ao bebê

- Ela fala com júbilo sobre a beleza do filho e o fato dele ter nascido “perfeito”.
- Conseguiu estabelecer uma rotina, mas a partir do quarto mês os horários de sono têm mudado bastante.
- Sobre a saúde do bebê, foi detectado um rompimento do tímpano. Ela disse ter se sentido culpada, mas a médica falou que, pela profundidade, não poderia ter sido com o cotonete. Surgiu também uma pinta na cabeça do bebê; em seguida houve formação de pus e o cabelo da região caiu, mas ela conclui que ele é perfeito e está bem. Ela diz ter chegado à questão do tímpano ao perceber uma piora na qualidade do sono.
- Justifica o desejo de amamentar o bebê até os dois anos; vê seu sobrinho que assim o faz e ela o considera muito inteligente.
- No primeiro mês de vida do bebê, teve medo de se matar e um pesadelo recorrente, em que se via matando o filho (asfixiando-o, esfaqueando-o ou dando-lhe remédio). Conta que isso já estava presente na gestação, porém em forma de desejo de um aborto espontâneo.
- Diz sentir-se segura no momento em relação a esses medos porque “ele é lindo, é perfeito, ele é incrível, uma pessoinha com uma luz incrível”.
- Compartilha um devaneio infantil em que acreditava que faria algo grandioso que mudaria o mundo; em seguida sorri e sugere que seu filho poderia dar conta dessa realização, “quem sabe ele não será o novo presidente do Brasil, da ONU...”.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- O pai da criança recusou-se a participar do parto, mas a buscou no hospital. Ela conta que ele se afastou logo em seguida, entretanto completa dizendo que foi sua a decisão de não mais ficar com ele. Conclui que ele lhe fazia mal e que era muito influenciado por sua mãe.
- Ela teria tentado estabelecer com ele um acordo sobre pensão e visitas, mas diz que ele não é capaz de cumprir, “não quer ter contato com o filho”. Completa que a família dele é tóxica e que não deseja que o filho frequente esse ambiente.
- Ainda não retomou a vida sexual, teve contato com duas pessoas, porém não prosseguiu.

b. Familiar

- Após três meses do parto sua mãe alugou uma outra casa para ela um pouco mais adequada; sente-se melhor nessa nova casa.
- A relação com a irmã estava abalada neste início.

c. Institucional

- Acredita que o plano de parto a protegeu da violência obstétrica no hospital.
- Relata uma situação de racismo ao ter sido negado a ela a analgesia pelas enfermeiras que teriam dito que “não precisa, preto aguenta”. Conta que não conseguiu reagir no momento, mas planeja processá-los por isso.

3. Pontos de fragilidades

- Teve dificuldades com o início da amamentação, não conseguia produzir leite.
- O episódio de racismo após o parto.
- O excesso de toque em seu corpo.
- O baixo peso do bebê no nascimento exigiu inúmeros exames, sentiu-se desesperada e chorou junto com o bebê quando se viu incapaz de fazê-lo parar de chorar após as picadas.
- Ela está sem medicação.
- Sente muita interferência da família (mãe, irmã e cunhado) em relação aos cuidados do filho.

4. Planejamento quanto:

a. Ao bebê

- O bebê ficou em casa sob os cuidados da irmã dela para que ela fosse ao trabalho; seria seu primeiro dia de trabalho logo após a entrevista.
- Não pretende colocá-lo numa creche agora.
- Almeja ter condições de colocá-lo numa escola particular que fica em outra cidade e tem uma metodologia bem diferenciada.

b. À vida pessoal

- Havia conseguido um trabalho e começaria logo em seguida a entrevista.

5. Adaptação ao bebê real

- Pergunto se o bebê é uma criança calma ao que ela responde “lesada eu diria”; acredita que a medicação que tomou durante a gestação teria influenciado “muito na maneira que ele é”. Ela pensa que não pode ser normal uma criança dormir 6 horas direto desde os quinze dias de vida, e segue na descrição: “ele não chora, não reclama, ele é perfeito, só sorri”. Questiono então por que ela estaria entendendo isso como anormal. Ela responde que o médico havia advertido que a medicação poderia interferir no desenvolvimento do bebê. “Eu gosto de pensar que não é a medicação, mas eu sei que é, eu me engano para não me magoar tanto”.
- Ela segue com o aleitamento materno sem grandes dificuldades, ele mama muito bem.
- Ela não tem paciência para fazê-lo dormir; ele acaba sendo vencido pelo sono, mas demora muito. Quando sua mãe está na casa é ela quem o faz dormir.

6.2.3 Categorias analíticas M3 – Núcleo 2 Thácia

1. Aspectos fantasmáticos:

a. Em relação aos pais

- Diz sentir-se bem melhor do que da última vez que conversamos, diz estar mais adaptada à maternidade.
- Ela conta que o pai está há cinco meses sem ver o garoto, mas quando questionada confirma que atualmente não autoriza as visitas. Mais à frente diz que ele havia pedido para ver o filho no dia anterior à entrevista, porém, não compareceu.
- Quando questionada sobre se ela acredita ser melhor para o filho manter o pai dele distante, responde que seu desafio é entender que “meu filho não sou eu e que ele não vai

passar as mesmas coisas..., quero dizer, ele vai passar as mesmas coisas, mas...a minha possessão ainda não deixa”.

- A dificuldade em relação ao toque permanece, porém explica que em relação à amamentação está bem melhor porque gosta de amamentar; continua com o propósito de amamentá-lo até os dois anos.
- Está há um ano e dez meses sem contato sexual, porém tem um encontro no fim do mês e sente-se um pouco mais preparada agora, no entanto, fala sobre o sentimento de estar num corpo estranho após a gestação e diz ser bissexual.

b. Em relação ao bebê

- O bebê foi encaminhado para fazer acompanhamento neuropediátrico, entretanto, ela atribui esse encaminhamento ao fato de o menino ser muito ativo (*antes era lesado*), por duas vezes confirmou que a razão seria a precocidade dele em função de já andar e falar aos dez meses.
- Retomo a questão sobre a precocidade da criança (razão do encaminhamento para o neuro); ela desliza para a própria história, diz que foi a mesma coisa com ela e descreve a precocidade de sua puberdade; conta que aos seis anos tinha um desenvolvimento maior que uma criança de doze anos.
- Sobre o que ela espera da criança, responde que espera que “ele seja ele, sem influências minha ou da família (pausa), se ele for *cross-dressing* que seja; se ele for gay, amém; se ele for trans, amém também, se ele for feliz assim”.
- Sobre o que ela teria feito diferente; reafirma que não teria tido o filho, aponta todas as dificuldades que enfrenta pelo fato de não ter um companheiro, sem ter terminado os estudos, e conclui que em seu sonho feminista não cabia uma criança.
- Diz que o filho não gosta de carrinhos, afirma que ele prefere bonecas e ela as oferece a ele. (Ela é artesã e produz um tipo de boneca, segundo ela, sagrada).

2. Sustentação:

a. Conjugal

- Questiono sobre o que ela sente pelo pai de seu filho. Inicialmente diz que nada; depois diz que o ama, mas “prefiro ele lá do outro lado do mundo e eu na China” (dependendo da perspectiva, estariam bem perto, mas não pontuei o ato falho). Conta que tentaram reatar, mas houve muita interferência da família dele e terminou após uma briga com agressão física mútua.
- Atualmente não sabe se o pai do filho tem um relacionamento amoroso com alguém.

b. Familiar

- O filho teve sarampo aos seis meses e foi sua mãe quem ajudou a cuidar da criança.

c. Institucional

- Continua sem medicação psiquiátrica, mas diz não ter tido crise após a interrupção, embora tenha citado alguns episódios de crise de pânico. Diz que o CAPS está sem médico, fala inclusive em processá-los.

3. Pontos de fragilidades

- Teve que parar o cigarro em função de uma crise de asma, isso a deixa mais ansiosa.
- As crises de pânico têm sido empecilhos para sair; acaba sempre optando por ficar em casa.

4. Planejamento x execução quanto:

a. Ao bebê

- A criança iniciou a escola maternal há quinze dias. Ele está na escola que ela sempre quis; para isso conta com a ajuda financeira da mãe e com a ajuda da irmã que o leva e busca na escola, pois seu sobrinho também estuda lá.
- Ela o acompanhou no primeiro dia e precisou estender o período de adaptação com horas reduzidas para que ele se adaptasse, ambos tiveram dificuldade em fazer a separação, ela se reconhece possessiva.

b. À vida pessoal

- Não conseguiu iniciar o trabalho programado para logo após a nossa última entrevista.
- Relatou uma crise de pânico que a fez desviar o caminho para uma igreja. Em outro momento conseguiu remarcar o teste, mas não foi aprovada.
- Segue trabalhando em casa com artesanato; diz estar conseguindo pagar suas contas básicas.
- Novamente diz ter uma entrevista logo após nossa entrevista.
- Deseja um trabalho formal que lhe ofereça um pouco de segurança financeira.
- Está estudando para o ENEM.
- Planeja comprar uma casa e um carro até seu filho completar dez anos.
- Fala sobre o sonho de ser empresária, de ter um salão para cabelos afros.

5. Adaptação ao bebê real

- Inicialmente não consegue descrever uma atividade de lazer com a criança, pensando mais um pouco diz que o leva para passear na casa da avó (sua mãe) e no parque.
- Não sabia o tamanho do bebê. Pergunto sobre o acompanhamento pediátrico, ela diz que não tem feito em função da dificuldade em sair sozinha; mais adiante diz que faz apenas dois meses que não o leva ao pediatra.
- Uma médica teria dito que o filho tem terror noturno, ele acorda gritando e chorando, não a reconhece, depois volta a dormir. Ela tenta acalmá-lo, oferece peito e chá nestas situações.

6.2.4 Relatório de evolução das categorias analíticas – Núcleo 2 (Thácia)

1. Aspectos fantasmáticos:

a. Em relação aos pais

- Diz que gravidez a impediu de cometer suicídio, mas nos primeiros meses após o parto, quando ficou só com o bebê, esse pensamento voltou a assombrá-la.
- Relata ter medo de bebês e de ser tocada, especialmente nos seios, ainda durante a gestação. O desconforto com a amamentação apareceu no primeiro momento, mas parece estar sendo pouco a pouco superado; o incômodo maior foi em relação à manipulação do seu

corpo pelas enfermeiras. Após dez meses, sente que a amamentação se tornou um processo tranquilo, no entanto, ter seu corpo tocado por qualquer outra pessoa continua sendo um desafio.

- Não retomou a vida sexual. Diz estar há um ano e dez meses sem contato sexual, fala sobre a sensação de estar num corpo estranho após a gestação, entretanto, diz estar mais preparada, aguarda um encontro que terá no fim do mês.
- Durante a gestação disse que não teria o filho neste momento da vida se pudesse escolher, e repete a mesma afirmação nas duas entrevistas após no nascimento.
- Antes do nascimento tinha medo de não saber cuidar e até mesmo de machucá-lo. Após o nascimento demonstra auto-reprovação em relação ao seu desempenho na maternidade. Justifica que não consegue atendê-lo adequadamente durante a noite; ela o amamenta sem acordar, pois dormem na mesma cama.
- Atribui a ex-sogra a responsabilidade de influenciar negativamente o pai de seu filho no sentido de não cumprir com as obrigações junto à criança. Ela é inconstante em relação a afirmações de que o pai não quer ver a criança. Por vezes ele é descrito por ela como totalmente ausente; na sequência, aparece a informação de que ele paga a pensão e de que havia pedido para ver a criança no dia anterior à entrevista. Mostra certa consciência de que mistura conflitos de sua infância com a história do filho em relação ao abandono paterno.

b. Em relação ao bebê

- Recebeu com alívio a informação sobre o sexo da criança, isso porque “se fosse uma menina, negra, criança, que vai passar por todas as dificuldades que passei, [pausa] não quero!” Durante a gestação ela relaciona o medo de ser tocada ao fato de ele ser um menino; explica que não quer que seja prejudicial para ele, nem para ela, ao ponderar que deverá amamentar.
- O nome da criança foi escolhido com base em um sonho em que ela diz ter visto esse nome em um diploma da faculdade; além disso a amiga freira também sugeriu o mesmo nome sem saber do sonho. Tinha um sonho de fazer algo grande pela humanidade, em tom de brincadeira sugere estar passando para o filho essa responsabilidade “quem sabe ele não será o novo presidente do Brasil, da ONU...”.
- Não tinha uma imagem prévia do bebê, mas mostrou-se muito encantada com a beleza e o temperamento dele.
- A criança apresentou uma perfuração do tímpano e uma pinta pouco comum na cabeça com formação de pus e queda do cabelo na região. Ao mesmo tempo em que me conta sugerindo que seja algo preocupante, logo na sequência minimiza e fecha o assunto dizendo que ele é perfeito. Em nosso último encontro contou que o filho foi encaminhado para avaliação de uma neuropediatra e disse que a causa seria sua precocidade, também por ser muito ativo. Entretanto, na entrevista anterior, descreveu uma criança calma, “lesada eu diria” (sic), mas na época falou com pesar que poderia ser em função da medicação psiquiátrica que ela tomava. Insisto sobre o motivo do encaminhamento e ela desliza para a própria história; conta sobre a precocidade de sua puberdade e de como sempre se sentiu diferente em relação aos colegas da escola.
- O desejo de prolongar a amamentação parece estar pautado no desejo de ver o filho se desenvolver tal como o sobrinho, filho de sua irmã.
- Na gestação experimentava, por vezes, um desejo de ter um aborto espontâneo, no primeiro mês de vida do bebê tinha um pesadelo recorrente onde se via matando o filho, asfixiando-o, esfaqueando-o, ou dando-lhe remédio. Diz estar segura no momento em relação a isso e recorre novamente a explicação de que ele é lindo, perfeito “uma pessoinha com uma luz incrível”.

- Ela interpreta que o menino não gosta de carrinhos e por isso oferece bonecas a ele. Trata-se de uma boneca de origem religiosa que ela confecciona como artesã. Sobre suas expectativas em relação a criança ela responde que espera que “ele seja ele, sem influências minha ou da família...(pausa), se ele for *cross-dressing* que seja; se ele for gay, amém; se ele for trans, amém também, se ele for feliz assim”.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- Os pais da criança não estavam em um relacionamento estável quando aconteceu a gestação. Ele demonstrou dúvida sobre a paternidade quando soube da gravidez. Ao saber que ele estava com uma outra pessoa e que teria feito uma viagem com ela, a gestante o acionou judicialmente para pedir pensão por alimentos gravídicos.
- Ela conta que o pai da criança se recusou a participar do parto, mas os buscou na saída do hospital. Diz que ele se afastou logo em seguida, mas depois diz que foi dela a decisão de não mais ficar com ele.
- Relata ter tentado fazer acordo sobre pensão e visitas, mas queixa-se do fato de ele não ser capaz de cumprir. Ao mesmo tempo em que diz que o pai não quer ter contato com o filho, diz também que a família dele é tóxica e que não deseja ver seu filho frequentando esse ambiente.
- Embora tenha tido contato com duas pessoas, não conseguiu prosseguir a ponto de ter uma experiência sexual.
- Ao ser questionada sobre o que sente pelo pai de seu filho, inicialmente diz que nada, depois diz que o ama, mas “prefiro ele lá do outro lado do mundo e eu na China” (dependendo da perspectiva, estariam bem perto, mas não pontuei o ato falho). Ela conta que eles tentaram reatar, mas houve muita interferência da família dele e a tentativa terminou após uma briga que acabou em agressão física mútua.
- O relato sugere dúvida sobre se há de fato negligência do pai em relação a criança ou se há uma barreira dela em relação ao acesso dele à criança.

b. Familiar

- O apoio de sua mãe foi fundamental para a decisão de continuar com a gestação. Quando o bebê teve sarampo, a presença da avó materna foi muito importante para ela.
- Sua mãe é apontada como referência no apoio emocional e financeiro, mas reitera que não confia em ninguém, nem na mãe.
- A irmã assumiu a responsabilidade de levar e buscar o bebê na escola, pois ele e o primo, filho dessa irmã, estudam na mesma instituição.
- Queixa-se da interferência familiar em relação a educação do filho.

c. Institucional

- As artes (poesia e artesanato) parecem lhe conferir uma dimensão de proteção.
- Ela tinha uma impressão ruim do hospital e da equipe antes do parto, sugeriu a presença de violência obstétrica, embora tenha dito não ter sofrido tal violência, acredita que foi protegida pelo plano de parto; ela conseguiu, por exemplo, retirar sozinha o bebê sem a interferência de profissionais. A queixa foi em relação à falta de tato da equipe acerca de suas limitações, o excesso de manipulação em seu corpo por parte das enfermeiras e atitudes racistas.
- Ela diz fazer um acompanhamento psiquiátrico pelo CAPS, mas demonstra pouco engajamento e vinculação à instituição.

- Ela se mostra bem alinhada com ideais feministas e com uma religião de origem africana, entretanto não ficou clara sua participação ou pertencimento a grupos organizados.

3. Pontos de fragilidades

- Ela aponta a precariedade financeira e ausência de um companheiro.
- Percebo que a instabilidade de sua saúde mental, a presença de crises de pânico e a impulsividade são pontos delicados.
- Ela relata várias paradas e retomadas da medicação psiquiátrica, além disso, precisou parar o cigarro, aumentando ainda mais o nível de ansiedade.
- A impossibilidade de relacionar-se com o pai do filho e a falta de investimento dele em relação à criança parecem ativar um sentimento de rejeição muito forte nela, resgatando inclusive, temas no entorno da rejeição que ela sofreu em relação ao seu próprio pai.
- O início da amamentação e o baixo peso do bebê dificultaram muito o início do processo.

4. Planejamento quanto:

a. Ao bebê

- Planejou amamentá-lo até dois anos e vem conseguindo cumprir o planejado, ele está com dez meses.
- Ainda na gestação planejou buscar uma creche para o filho quando ele estivesse com oito meses. Aos dez meses o filho iniciou na escola que ela desejava, com uma metodologia diferenciada. Conta com o apoio financeiro da mãe e com a ajuda da irmã, que leva e busca o sobrinho e o seu filho na mesma escola.
- Vai iniciar a avaliação neurológica.

b. À vida pessoal

- Deseja uma recolocação no mercado de trabalho, diz precisar de segurança.
- Planeja fazer um supletivo e iniciar uma faculdade quando ele tiver quatro anos. No terceiro encontro disse estar estudando para o ENEM.
- Faz planos de comprar uma casa e ter seu próprio negócio.
- Na segunda entrevista começaria um novo trabalho, mas diz ter perdido a oportunidade em função de uma crise de pânico que a impediu de comparecer no dia marcado; na terceira entrevista repetiu o mesmo relato de que tinha uma entrevista de emprego após nossa conversa.

5. Adaptação ao bebê real

- Relata um temperamento calmo e tranquilo do bebê, mas completa com a informação de que é uma criança “lesada”. Imagina que sua medicação possa ter interferido no comportamento do bebê: explica que ele dormia seis horas direto desde os quinze dias de vida.
- Ela não consegue fazê-lo dormir, acaba sendo vencido pelo cansaço, mas quando a avó materna está em sua casa ela consegue.
- Ela tem dificuldade para acordar à noite para amamentá-lo; contorna a situação dormindo na mesma cama e oferece o peito sem despertar completamente quando ele demanda.

- A dificuldade inicial com a amamentação, no que refere à produção de leite e à dificuldade em ser tocada foi progressivamente superada.
- O lazer com a criança resume-se a visitas à casa da avó e passeios no parque, mas ela tem dificuldade em sair, por isso evita.
- Ela não sabia o tamanho do bebê, admite que está sem acompanhamento pediátrico por dificuldade em sair; depois se corrige e diz que faz apenas dois meses que não o leva ao pediatra.

6. Considerações sobre o IRDI

A criança não estava presente e o IRDI foi avaliado através de questionamentos à mãe nos dois momentos. No momento 2 o bebê estava com quatro meses e foram avaliados os indicadores do 1 ao 13. No momento 3 o bebê estava com dez meses e foram avaliados os indicadores do 14 ao 20.

A mãe diz que até os três meses o bebê tinha uma rotina, com quinze dias ele já dormia durante seis horas, mas atualmente demora para dormir e permanece cerca de quatro horas dormindo, desenvolveu terror noturno. Nasceu com baixo peso, teve uma perfuração no tímpano aos quatro meses, aos seis meses teve sarampo. O ganho de peso foi satisfatório e já se normalizou.

De acordo com os questionamentos observamos a ausência do indicador 14 (A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção), este indicador pertence ao eixo função paterna. Ela é enfática ao afirmar que isso não ocorre porque a criança não sabe o que é chamar atenção. A mãe parece responder a partir de manuais ou teorias sobre o desenvolvimento, não tece exemplos acerca das manifestações do bebê. Ela descreve uma criança perfeita, superdotada intelectualmente e adiantada no desenvolvimento motor, mas quando pergunto como foi o início dele na educação infantil, depois de falar sobre a vertente pedagógica da escola, ela explica que precisou estender o período de adaptação do bebê com permanência reduzida na escola porque ele chorava inconsolavelmente com a separação.

6.3 Identificação das categorias analíticas M1 – Núcleo 3 (Denise e Irineu)

6.3.1 Categorias analíticas M1 – Núcleo 3 Denise e Irineu

1. Aspectos fantasmáticos prévios

a. Em relação aos pais

- Idade materna aparece como preocupante.
- Na percepção da gestante, o marido mostrou-se hesitante diante da notícia de gestação
- A gestação foi planejada, mas ela mentiu aos pais dizendo que engravidou utilizando um dispositivo contraceptivo. Teve dificuldade em assumir a decisão por medo de críticas.
- Diferentemente das outras duas gravidezes, ela estranhou não ter detectado os sinais de modificação corporal antes da confirmação por exame.

b. Em relação ao bebê

- Antes dessa gestação, houve um aborto só mencionado pelo marido na entrevista seguinte.
- A internação se deu na semana em que faria o exame do cariótipo para poder descartar a síndrome de Down, mas o médico disse a ela que o risco seria de 1 caso a cada 57.
- A baixa no líquido amniótico é o fator de risco para o bebê.
- A fragilidade de sua saúde toma grande parte do discurso, tem dificuldade em falar do bebê.
- O exame de ultrassonografia detectou uma chance maior de ser uma menina, e ela demonstrou discreta satisfação com isso.
- Ao falar sobre o risco de síndrome para o bebê diz que será amado de qualquer maneira e já tem experiência com criança excepcional por ter convivido com sua irmã e uma tia que é surda.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- O esposo é descrito como muito presente e preocupado com a saúde dela. Durante as duas horas e meia de duração desta entrevista, ele ligou para ela algumas vezes para posicioná-la sobre exames que ele tentava agendar para ela.

b. Familiar

- Ela descreve os filhos como parceiros, planejaram com ela a gravidez, participaram da expectativa com o teste de farmácia e mostram-se tocados pelo fato de ela estar internada neste momento.
- A irmã mais velha (com alguma deficiência intelectual) também se faz presente e mostra-se preocupada com ela.
- A mãe e o pai não aparecem muito em seu discurso sobre esse momento presente.

c. Institucional

- a.** Ela estava internada e falou por várias vezes estar satisfeita com a equipe de saúde e com o próprio hospital. Ela disse que seu caso era um desafio para a equipe.

3. Pontos de fragilidades

- A idade um pouco avançada para a gestação.
- A fragilidade de sua saúde física e mental.
- O receio de reprovação dos pais em relação a gestação.
- Incerteza quanto à saúde do bebê.
- A distância física dos filhos durante a internação.

4. Planejamento quanto:

a. Ao bebê

- O plano do casal é que ela continue em casa, sem trabalhar, para cuidar do bebê.

b. A vida pessoal

- Há tempos que ela não trabalha, mas sonha em voltar a estudar e conseguir a carteira da ordem dos advogados.
- Gostaria de voltar ao mercado de trabalho quando o bebê estiver um pouquinho maior.

6.3.2 Categorias analíticas M2 – Núcleo 3 Denise e Irineu

1. Aspectos fantasmáticos:

a. Em relação aos pais

- O marido diz que a gestação como um todo foi muito difícil para ambos.
- O parto foi complicado porque a bebê estava sentada, houve uma hemorragia importante e ela precisou de duas anestésias.
- O pai lamenta não terem conseguido fazer tudo como planejado, fala da roupa que a esposa havia preparado e não foi possível usar; ela sugere que isso não foi significativo para ela.
- O esposo lamenta não ter reagido muito bem à notícia de gravidez, confessa que teve muito medo de se decepcionar em função da frustração com o aborto. Na época desenvolveu alguns problemas de saúde, ficou com a “coluna travada”, mas acredita que foi emocional.
- Ele diz que ficava muito tenso durante a ultrassonografia e ela acrescenta que ele esperava ver o bebê acenando com a mão. Ele reconhece que isso pode ter machucado a esposa, mas diz que não foi por mal, era ansiedade “para ver a bebê pronta”.
- A saúde da esposa ainda é uma grande preocupação para ele; conta que no dia da entrevista pela manhã ficou muito chateado de ter deixado-a mal em casa para ir trabalhar.
- O esposo tinha o desejo de ter uma filha menina desde a mocidade.
- A falar da dificuldade em retomar a vida sexual após o parto, ele confessou ter receio porque tinha a impressão de que a relação sexual era gatilho para a crise convulsiva: “eu ficava pensando se poderia estar causando aquilo”.
- Ela disse ficar chateada com isso e tinha a impressão de que ele não a desejava mais por ter engordado muito. Ele esclareceu que tem o mesmo desejo, que não vê diferença em seu corpo e que acredita que o amor aumentou, mas que prefere suprimir seu desejo a ser o causador do mal. Ela responde que reconhece que seu organismo está desregulado e que precisa ajustar melhor a dose do remédio para evitar a crise.

b. Em relação ao bebê

- Sair do hospital sem a filha foi a situação mais complicada na opinião do marido (remete ao risco de morte)
- A baixa no líquido amniótico determinou a decisão do parto prematuro, ela já estava internada em função de sua saúde.
- A bebê foi para a UTI após o parto e não teve alta junto com a mãe.
- A bebê não chorou após o parto e o pai demorou um pouco para perceber que ela já tinha sido retirada.
- O pai achou que a criança parecia com ele, sentia vontade de pegá-la, mas ela foi levada.
- A mãe ficou receosa com a fragilidade da criança, sentia medo de pegá-la, conta que via aquela “perninha do tamanho de um dedo” e pensava “se eu pôr a mão na minha filha, do jeito que sou grosseira, eu posso quebrar ela”.
- Ela ficou chocada com a imagem da filha e chegou a se questionar o que teria feito de errado para a filha estar naquela situação.

- Ainda durante a gestação a mãe interpretava os movimentos suaves da bebê como uma característica de fragilidade e ao mesmo tempo de luta pela vida; dizia que ela [a bebê] fazia isso para mostrar a intenção de viver e motivá-la.
- Conta que o medo de a criança nascer com alguma deficiência a acompanhou durante toda a gestação em função dos remédios que ela fazia uso, do histórico familiar (irmã deficiente) e também por causa de sua idade.
- Revelou que no exame de ultrassom morfológico o médico considerou uma pequena chance de síndrome; foi quando decidiu internamente que a criança seria amada de qualquer maneira, porém, também pensava sobre as dificuldades que acompanhou de perto em relação a sua irmã.
- Ela conta que o marido reagiu com firmeza diante dessa possibilidade e mostrou estar ao lado dela para enfrentar isso.
- Dizem que após o teste do pezinho não pensaram mais sobre isso.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- O esposo esteve ao lado dela todo o tempo; pegou licença de vinte dias do trabalho e pode fazer as visitas diárias a bebê na UTI ao mesmo tempo que auxiliava a esposa no pós-parto.
- Ela conta que o esposo se mostrou muito parceiro diante da detecção de uma possível síndrome, disse a ela que estariam juntos “para o que der e vier, é a nossa filha”.
- Ela diz que “Deus não poderia ter me dado um parceiro melhor”.
- Ele também ressalta a parceria dela, mas se queixa do jeito explosivo.

b. Familiar

- A mãe da entrevistada permaneceu um pouco distante como durante a gestação; a gravidade da situação não alterou o padrão dela.
- O pai da entrevistada aproximou-se mais nos momentos de maior dificuldade, e se colocava à disposição para auxiliá-los. Quando ela tem crises convulsivas o aciona quando o marido está no trabalho.
- A família dela segue sem saber que a criança foi planejada, acreditam que foi uma falha no DIU; ela não se sentiu segura de revelar a verdade.

c. Institucional

- Eles ficaram também muito satisfeitos com a equipe médica do hospital onde o aconteceu o parto e a internação da criança.

3. Pontos de fragilidades

- Ela fala sobre a dificuldade no início da amamentação, que foi iniciada por sonda e mamadeira
- O marido fala sobre o processo de frequentar uma UTI no período em que a filha esteve internada.
- O risco de morte e de deficiência esteve presente durante a gestação e internação pós-parto.
- A saúde da esposa foi e continua sendo um grande impasse para ambos.

4. Planejamento x execução quanto:

a. Ao bebê

- A rotina segue como planejaram, a mãe fica responsável pela criança durante o dia e o pai colabora quando chega em casa à tarde.
- O berçário é a opção que planejam adotar na hipótese de ela conseguir um emprego.

b. À vida pessoal

- Ela mantém o desejo de poder voltar ao mercado de trabalho após a criança completar seis meses. O esposo se posiciona contrariado, mas retifica sua posição dizendo que após um ano acredita ser possível.
- O esposo procura chegar o quanto antes em casa; responsabiliza-se por várias tarefas do lar.

5. Adaptação ao bebê real

- O pai mostra-se bastante jubiloso ao falar da criança, tem porta-retratos no trabalho, fica escutando áudios das risadinhas da bebê, é ele quem compra as roupinhas.
- Ela aponta um excesso de proteção do marido em relação à bebê que poderia ser prejudicial. Comenta sobre uma situação em que ele chegou afoito falando sobre o risco do vento para a bebê e não a cumprimentou, comenta também sobre o ciúme do seu filho mais velho que, apesar de ser adulto, “filho é filho”. Fala sobre um mundo de [nome do marido] e [nome da filha].
- Ele não contesta a crítica e diz que acumulou muita coisa: “isso foi algo que idealizei na minha mocidade”.
- Ela segue com uma amamentação que é apenas “um carinho”, pois o remédio secou seu leite que chegou a ser abundante.
- Há cuidados adicionais em função da prematuridade, a vacinação não pode ser feita no hospital, o pai acorda a criança as 4h para uma mamada da madrugada em função da preocupação com o ganho de peso.

6.3.3 Análise da evolução das categorias analíticas – Núcleo 3 (Denise e Irineu)

1. Aspectos fantasmáticos:

a. Em relação aos pais

- Na percepção dela a notícia da gravidez não foi bem recebida por ele. Relatou isso sem a presença dele, porém, na entrevista seguinte ao nascimento, ele confirmou a dificuldade em integrar a informação por medo de se decepcionar. A decepção anterior com o aborto o deixou muito receoso de compartilhar a informação e de criar expectativas.
- Não conseguiram assumir que a gestação foi planejada perante a família; tinham receio de ser criticados, especialmente pelo risco para a saúde dela e risco de deficiência para a criança.
- Ter uma filha menina era um desejo do esposo desde a mocidade, e essa expectativa associada ao aborto que antecedeu essa gestação parece ter potencializado o medo de perda.
- O esposo fez uma relação entre a crise convulsiva e a relação sexual como disparador. Teve dificuldade em falar sobre isso, mas o fez para explicar para ela a dificuldade em

retomar a vida sexual. Pelo que entendi as crises são muito frequentes e acontecem em diferentes momentos do dia, mas esse receio o inibe.

- Ela acreditava ter deixado de ser atraente para o marido por ter engordado, mas mostrou-se receptiva às explicações dele no sentido contrário dessa percepção.

b. Em relação ao bebê

- O risco de morte ao lado do risco de a criança vir ao mundo com necessidades especiais assombrou a ambos.
- A saúde debilitada da mãe toma grande espaço e, durante a gestação, parece ser complicado falar desse bebê imaginativo.
- O risco de síndrome foi mencionado durante a ultrassonografia morfológica, porém, essa informação só veio à tona com clareza após o parto e a confirmação da saúde da filha.
- A mãe tem proximidade com a realidade de uma pessoa com necessidades especiais porque acompanhou de perto as dificuldades enfrentadas pela irmã e pela tia. Inicialmente isso serviu como discurso para dizer que tinha experiência e se precisasse lidar com isso saberia o que fazer, mas confessou mais tarde que essa proximidade era, na verdade, assustadora para ela.
- Os medos não cessaram com o nascimento. O fato de ela não ter chorado assustou os pais.
- A permanência da filha na UTI após a alta da mãe incrementou neles o medo de perda.
- O pai teve uma primeira impressão jubilosa da criança, viu nela elementos de semelhança com ele.
- A mãe ficou chocada com a aparente fragilidade da criança, que veio reiterar a impressão que tinha desde a gestação quando interpretava seus movimentos como sendo sutis e relacionados à fragilidade.
- O teste do pezinho teria sido o divisor de águas para que deixassem essa preocupação no passado.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- A sustentação oferecida pelo esposo fica visível desde a gestação em que ele esteve bastante envolvido com o pré-natal, as várias internações dela, mas sobretudo nos cuidados em relação à saúde dela.
- Ela reconhece o apoio e faz questão de dizer na presença dele o quanto ele é bom para ela.
- Ele também reconhece nela essa parceria, mas se queixa do temperamento explosivo dela.
- Retomaram a vida sexual com cautela, segundo palavras do esposo; ele confessou a ela que fez uma associação entre a relação sexual e a crise convulsiva, e ela disse que acreditava não ser mais atraente para ele. Ele esclareceu que não se tratava de falta de desejo, mas de uma preocupação com a saúde dela.

b. Familiar

- Os pais dela não se mostravam muito próximos do casal, entretanto, diante das internações dela e da criança, o pai dela passou a visitá-los e a oferecer ajuda nos momentos em que ela estava em crise e não poderia contar com a presença do marido.
- Ela tem uma percepção de reprovação da mãe em relação a ela, por isso não teve coragem de assumir que decidiram voluntariamente engravidar.
- Os filhos dela têm uma relação harmoniosa com o padrasto, da mesma maneira ela fala com carinho do enteado que não mora com eles.

c. Institucional

- Ela sentiu-se bem amparada pela equipe médica tanto no hospital onde ficou internada durante a gestação como no hospital em que realizou o parto.
- Embora tenham relatado o período de internação da filha como algo muito difícil para ambos, não houve queixas em relação à equipe ou à estrutura hospitalar.

3. Pontos de fragilidades

- A convivência com o risco de morte da filha, assim como o risco de deficiência, adicionou um nível de sofrimento para ambos.
- A saúde da entrevistada foi e segue sendo um motivo de grande preocupação.
- A incerteza sobre o apoio dos pais dela foi fator de preocupação.
- A dificuldade inicial com a amamentação, bem como a aceitação diante do leite que secou como efeito colateral da medicação para as convulsões.
- O período de internação da bebê foi bastante delicado do ponto de vista emocional e prático, pois a entrevistada também estava fragilizada fisicamente e precisava se deslocar diariamente ao hospital junto com o esposo.

5. Planejamento x execução quanto:

a. Ao bebê

- Como planejaram, a mãe permanece em casa para cuidar da filha. Ela nutre o desejo de retomar a vida profissional; o marido não discorda, mas demonstra certa contrariedade. Eles pensam em colocar a filha numa escolinha caso a mãe consiga uma oportunidade de trabalho.
- A divisão das tarefas junto a bebê parece ser uma questão bem conduzida pelo casal.

b. À vida pessoal

- Ela guarda a esperança de conseguir sua carteira da OAB e poder atuar na sua área de formação no futuro.
- Ele segue no mesmo trabalho, opta por trabalhar em um turno bem cedo para poder chegar o quanto antes em casa e, como planejado, divide com a esposa as tarefas do lar e com a bebê.

• Adaptação ao bebê real

- A mãe teve uma percepção inicial de fragilidade excessiva acerca da criança. Já o pai teve uma percepção jubilosa desde o início, identificou características suas na filha, revê vídeos da filha no horário de trabalho, assumiu tarefas como comprar as roupinhas, etc.
- A esposa identificou um exagero de investimento do marido na filha, mencionou com sutileza certa contrariedade no modo como ele conduz a relação com ela e até mesmo com o filho dele mais velho. Ele não contesta, parece concordar com a crítica, mas justifica que a bebê foi algo idealizado desde sua mocidade.
- Eles acreditam que a permanência do exagero com alguns cuidados em relação à bebê parece ter relação com as orientações iniciais acerca da prematuridade.

• Considerações sobre o IRDI

- No momento 2 a bebê estava com cinco meses; foram avaliados os indicadores do 1 ao 13.
- O estabelecimento inicial da rotina foi relativamente fácil. A bebê nasceu com trinta e quatro semanas de gestação, foi necessário ir para UTI, ela permaneceu internada enquanto a mãe teve alta. Atualmente dispõe de boa saúde.
- Todos os indicadores observados estavam presentes, vale destacar que a presença dos indicadores 1, 2 e 4 foram observados na relação da criança com o pai.

6.4 Identificação das categorias analíticas – Núcleo 4 (Janaína e Paulo)

6.4.1 Categorias analíticas M1 – Núcleo 4 Janaína e Paulo

1. Aspectos fantasmáticos prévios

a. Em relação aos pais

- As experiências com os dois abortos que antecederam essa gestação estão bem presentes em seu discurso.
- Ela diz ter facilidade para engravidar “o problema é segurar”.
- O medo de perder o bebê é algo bem constante tanto para ela como para o marido.
- A entrevistada elege vários fatores que podem ter interferido na perda do primeiro bebê, que aconteceu no sexto mês de gestação: possível negligência do primeiro hospital que recusou sua internação e o trânsito intenso que retardou sua chegada ao segundo hospital (a bolsa estourou nesse percurso; entretanto no primeiro hospital não detectaram batimento cardíaco do feto)
- O segundo aborto deixou ainda mais incerteza. Ela foi submetida a uma curetagem sem a devida confirmação da morte fetal e isso a perturbou demais. Com seis semanas de gestação fez uma ultrassonografia e não foi possível detectar os batimentos cardíacos; no mesmo dia foi internada pela médica para fazer a curetagem. Ao término perguntou para a equipe se eles haviam feito um exame de confirmação, e recebeu a resposta negativa. Para complicar, na gestação atual teve dificuldade em ouvir o coração do bebê na sexta semana, o que a faz pensar que seu segundo bebê pode ter sido equivocadamente abortado. O médico que a acompanha no pré-natal atual confirmou a informação de que é comum não conseguir ouvir o coração do bebê até a sexta semana.
- Ela acredita que o parto será normal porque o outro bebê “escorregou”, referindo-se ao parto em que ele saiu pelos pés.

b. Em relação ao bebê

- Ela consegue imaginar como será o seu bebê; baseia-se na imagem que viu do primeiro bebê que morreu, assim como na imagem que viu no ultrassom 3d. Ela acredita que será parecido com ela, “principalmente o nariz, ele tem bastante cabelo.”
- Ambos acreditam que será um menino, mas optaram por não saber o sexo. Se for um menino, terá o nome do primeiro filho que morreu. A família não aprovou a ideia, mas eles justificam que será uma homenagem, algo de que se lembrarão para sempre.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- O marido é a única pessoa com quem ela conseguiu falar um pouco sobre seu sofrimento com o aborto, diz que sabe que é muito fechada e isso dificulta.
- O marido mostra-se um pouco enciumado da parceria dela com a mãe, e tenta chamar para ele algumas demandas que ela leva à mãe.

b. Familiar

- A mãe é para ela um ponto de apoio, mas tem receio de levar problemas para ela por reconhecer que ela já sofre bastante com o marido alcoolista e mãe idosa que requer cuidados.
- A família do marido mantém-se distante do casal; apenas o sogro demonstra interesse sobre a gestação.
- As referências que fez ao filho mais velho do marido foram todas seguidas de alguma pequena crítica à criança e à sua mãe.

c. Institucional

- A relação com o médico que a acompanha nesta gestação é muito amistosa e de confiança. Teve receio por ter engravidado antes da conclusão dos exames investigativos, achou que o médico poderia chamar-lhe a atenção, entretanto, foi acolhedor e firme ao dizer para ela esquecer tudo o que viveu até agora “é uma experiência nova” (sic).
- No trabalho vive uma experiência de assédio moral. Ela tem utilizado o direito de ficar em casa com atestados médicos quando necessário, entretanto tem sido pressionada pela diretoria em relação a isso.

3. Pontos de fragilidades

- O medo de perder o bebê é o ponto mais sensível.
- O conflito gerado pelo ciúme do marido em relação à cumplicidade entre ela e a mãe é outro ponto delicado para ela. Ela se sente pressionada entre os dois, pois sua mãe também não aceita, diz que ele está errado e que deve mudar.
- A distância da residência e o local de trabalho, assim como a hostilidade dos gestores frente a esse momento delicado para a gestante tem tornado o trabalho algo que se interpõe ao desejo de fazer as coisas corretamente do ponto de vista de saúde para proteger o bebê.

4. Planejamento quanto:**a. Ao bebê**

- O bebê deve ficar com a avó materna no período do fim do ano (férias escolares) quando retorna ao trabalho e no ano seguinte deve ir para uma escolinha.

b. À vida pessoal

- Ela vai pedir para ser demitida ao retornar ao trabalho e se não for atendida planeja pedir demissão, sabe que precisará suportar um período de estabilidade. O marido está de acordo com a decisão.
- Ela já se adianta enviando currículos, não pretende ficar sem trabalhar, preocupa-se em ter condições de oferecer boas coisas para o bebê.

6.4.2 Categorias analíticas M2 - Núcleo 4 Janaína e Paulo

1. Aspectos fantasmáticos:

a. Em relação aos pais

- “uma gravidez não substitui a outra, a gente sempre lembra, mas graças a Deus estou deixando essa parte da tristeza e da saudade”.
- O marido dela demonstra muito ciúme da relação dela com sua mãe, ela faz uma relação desse comportamento dele com o fato de ele ser rejeitado por sua mãe; diz que ele admite que gostaria de ter essa mesma proximidade com a família dele.
- Ela disse que não havia preferência pelo tipo de parto e que aceitou bem a indicação de cesariana que veio em função da detecção do baixo fluxo de sangue.
- Ela decidiu que não quer outro filho em função das complicações que viveu nas três gestações, na sequência justifica dizendo que a filha já tem um irmão.
- O marido não conseguiu chegar a tempo para o parto e pediu que a mãe dela não ocupasse seu lugar, pois o sexo seria revelado naquele momento; ela ficou tensa, mas não atendeu ao pedido dele, pois sentiu necessidade da presença de sua mãe.
- O pai soube pela sogra o sexo da filha, perguntou sobre a bochecha da criança e a sogra confirmou que parecia com a dele. Ele foi o primeiro a pegar a criança, segundo a entrevistada, para compensar o fato de ter perdido o parto.
- Ela contou no final que teve muito medo de morrer durante o parto em função de uma alergia. A recuperação da anestesia foi complicada.
- Ela queixou-se do fato de não terem ensinado a ela dar banho na criança, mas o marido a acalmou e disse que ficasse tranquila porque ele já sabia. Foi ele quem deu o primeiro banho.
- Ela tenta solicitar do médico como proceder com a criança, mas não sente abertura da parte dele.
- Diz sentir que está sendo uma mãe melhor do que imaginou que seria.

b. Em relação ao bebê

- Sobre a impressão que teve em relação ao bebê diz: “Ela nasceu perfeitinha, sem nenhuma deformação, perfeitinha de saúde... porque eu tinha medo de acontecer alguma coisa, você sabe que eu já tinha perdido dois bebês.” Ela conta que fez um *check-up* geral para saber se ela era normal, essa preocupação era muito grande.
- O pai está muito jubiloso em relação à similaridade física da criança com ele.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- Ela diz receber apoio do marido, mas faz ressalvas, sente falta de ir à igreja, mas não se sente apoiada por ele; diz que gostaria de enfrentá-lo nesse sentido, mas acaba optando por evitar brigas.
- Eles retomaram a vida sexual logo após o término da quarentena, entretanto, o medo de engravidar perturbou um pouco a entrevistada. Ela tentou uma pílula, mas não se adaptou, agora aguarda o marido fazer uma vasectomia.

b. Familiar

- A família do marido mantém-se distante do casal, com exceção do sogro dela.

- A mãe da entrevistada coloca-se sempre à disposição, mas sua presença provoca ciúmes no marido.
- O parto aconteceu de modo inesperado, o marido não teve tempo hábil para chegar, foi a mãe da gestante quem a acompanhou, apesar do pedido dele para que isso não acontecesse.

c. Institucional

- Ela classificou como experiências muito diferentes: o primeiro parto, o aborto e esse último.
- Diferentemente das outras experiências com a equipe e o hospital, neste parto sentiu-se apoiada.
- O fato de ter deixado para saber o sexo da criança na hora do parto gerou um clima de expectativa e brincadeira entre a equipe do centro cirúrgico.
- A rotina de deslocamento e a pressão no ambiente de trabalho ficou, segundo ela, insustentável, e por isso optou por pedir demissão.

3. Pontos de fragilidades

- A pega no peito não foi tranquila, a criança perdeu peso no hospital, mas a situação foi contornada com a sugestão da enfermeira de utilizar bico de silicone.
- O conflito mais prevalente no momento é a pressão fruto da tensão entre seu marido e sua mãe, o marido demonstra ciúme da relação das duas e a mãe cobra dela uma atitude de não se submeter a ele.

4. Planejamento x execução quanto:

a. Ao bebê

6. O plano era deixar a filha com a mãe no fim do ano para ela retornar ao trabalho e procurar uma escola no início do ano seguinte, entretanto, a distância entre as casas inviabilizou a execução; foi necessário optar por um berçário para poder retornar ao trabalho no término da licença maternidade. Esse processo levou um mês até que ela optou por pedir demissão.
7. O marido, que se dizia mais experiente com bebês, tem dificuldade em assistir a um filme enquanto cuida da filha. Já a mãe tem conciliado as tarefas de casa com a filha e alguns trabalhos.
8. Ela gostaria de amamentar por mais tempo, mas aos quatro meses foi necessário inserir a mamadeira porque a bebê rejeitou o peito.

b. À vida pessoal

- Ela não queria parar de trabalhar, mas pedir demissão neste trabalho já era um plano feito desde o momento em que se sentiu assediada ao entregar os atestados médicos em função dos problemas de saúde durante a gestação. O esposo apoiou a decisão dela de sair do trabalho.
- Ela iniciou uma distribuição de currículos ainda durante a gestação. Ela exerce uma função técnica e conseguiu alguns projetos para programar de casa. Tem conseguido conciliar as demandas com a filha e do trabalho. Driblou a falta de um escritório e recebeu seu cliente numa biblioteca pública.
- Essa experiência lhe deu a perspectiva de planejar a abertura de uma microempresa.
- Está decidida de que não quer mais outro filho.

5. Adaptação ao bebê real

- A criança esteve doente nos últimos tempos, foi necessário remarcar várias vezes nossa entrevista, ela mostra-se atenta a cada movimento da criança.
- Aos quatro meses rejeitou o peito; isso a preocupou, mas explica que atualmente ela já se alimenta bem com papas e frutas.
- O medo de morte esteve presente durante a gestação e o parto, atualmente essa temática não aparece claramente.
- Ela conseguiu estabelecer uma rotina bem-organizada com a criança.

6.4.3 Relatório de evolução das categorias analíticas – Núcleo 4 (Janaína e Paulo)

1. Aspectos fantasmáticos:

a. Em relação aos pais

- Existem vários fantasmas em torno dos dois abortos que antecederam essa gestação, no primeiro ficou a dúvida se teria sido possível evitá-lo não fosse a sequência de negligência que sofreu no atendimento em dois hospitais. O segundo foi ainda pior porque ela foi submetida a uma curetagem sem a confirmação de que o feto estava morto, o único indício foi a ausência de batimentos no exame de ultrassom que ela fez no próprio hospital onde foi internada. O agravante veio na gestação atual, pois também não foi possível ouvir os batimentos do bebê no exame realizado na sexta semana, mesmo período em que realizou o procedimento, entretanto, a repetição do exame mostrou que tudo estava bem com o bebê, ampliando a dúvida e o arrependimento de não ter questionado a decisão de sua médica.
- Os abortos dão parâmetros para várias situações em relação a essa gestação. Ela acreditava que teria parto normal baseada na experiência do parto do primeiro bebê que morreu, diz que “ele escorregou” ao explicar que ele saiu pelos pés, isso a fez pensar que teria facilidade para o parto normal.
- No último momento teve indicação de cesariana; disse ter ficado tranquila com isso porque não tinha preferência pelo tipo de parto, mas o medo de morrer e de perder o bebê esteve muito presente.
- Disse estar decidida a não ter outro filho, e novamente o parâmetro foi o sofrimento nas três gestações.
- Ambos intuía que seria um menino e levaria o nome do primeiro filho, que morreu, entretanto, me falou com a voz embargada sobre a emoção que sentiu ao constatar que era uma menina.
- Ela receava que a disputa entre o marido e a sua mãe poderia ser potencializada pelo fato de ele não ter conseguido chegar a tempo para o parto. Ele pediu que ela não deixasse a sogra entrar em seu lugar, pois o sexo da criança seria revelado no parto, entretanto, mesmo tensa com a situação, ela não impediu sua mãe de entrar, sentiu que precisava do apoio dela. Ela cogitou omitir essa informação do marido, mas não foi possível.
- Ela demonstra uma expectativa de obter do médico informações de como proceder com a filha em todos os detalhes. O marido a acalma sobre o banho dizendo que tem experiência e que ele poderia fazer.
- A autopercepção dela como mãe é melhor do que poderia imaginar.

b. Em relação ao bebê

- A entrevistada construiu uma imagem antecipada do bebê baseada na imagem que viu do primeiro filho que morreu logo após o parto; além do ultrassom em que pode ver alguns elementos como a presença de cabelos.
- A intuição do casal dizia que seria um menino; este levaria o nome do primeiro bebê que morreu, entretanto, nasceu uma menina. O discurso e a emoção dela ao me contar essa constatação sugerem uma surpresa muito positiva.
- Ela acreditava que o bebê se pareceria com ela, mas após o nascimento notaram que ela se parece mais com o marido; ela contou que isso o deixou muito feliz e jubiloso.
- Havia também a preocupação com alguma doença/deficiência, ela exigiu um *check-up* completo da criança após o nascimento; admite que estava inquieta com isso.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- Impetrada pelo esposo e pela sogra, existe uma disputa de espaço junto à díade, que se iniciou na gestação e segue após o nascimento.
- A entrevistada considera-se muito fechada e só tem no marido alguém com quem conseguiu falar um pouco sobre a dor referente aos abortos; mesmo sua mãe, apesar da disponibilidade dela, não se sente confortável em partilhar isso.
- Retomaram a vida sexual logo após a quarentena; o medo de engravidar novamente atrapalha um pouco, mas está animada por ele ter aceitado fazer a vasectomia.

b. Familiar

- A mãe é para ela um ponto de apoio importante, mas preocupa-se em não aumentar o fardo dela, que já se divide entre demandas da mãe idosa e do marido alcoolista (pai da entrevistada), além de precisar administrar o ciúme de mão dupla que observa entre o marido e sua mãe.
- A família do marido manteve-se distante antes e depois do nascimento; apenas o sogro demonstra interesse. Decidiram romper definitivamente, mas sente que o marido sofre com isso.
- O filho mais velho do marido (11 anos) foi descrito positivamente por ela, mas sempre seguido de pequenas críticas. Ela pontuou que a filha, diferentemente do menino, parece com o pai. Ela acredita que o enteado recebeu bem a irmãzinha, entretanto aponta a falta de expressão afetiva dele como algo característico, mas não exclusivamente em relação a irmã.

c. Institucional

- A relação com o médico que conduziu esse pré-natal foi muito boa, ele marcou uma diferença entre as experiências anteriores. Assim também foi a relação com o hospital e equipe médica, diferenciando-se das lembranças ruins que guarda das duas experiências anteriores.
- Alegou ter sofrido assédio moral no trabalho em função da necessidade de afastamento médico por alguns dias durante a gestação. Após o retorno da licença maternidade a pressão continuou e, com as dificuldades com o deslocamento dela e da filha, decidiu pedir demissão.

3. Pontos de fragilidades

- O medo de perder o bebê esteve presente durante toda a gestação, o excesso de preocupação com a saúde da filha e um estado de alerta constante diante da movimentação da criança parecem ser a continuidade disto.
- A hostilidade experimentada no trabalho e a preocupação de que não estava fazendo tudo que poderia por sua saúde – e conseqüentemente pela saúde do bebê – ao seguir com o excesso de trabalho, a atormentou até o fim da gestação.
- O início da amamentação foi um ponto importante de fragilidade, houve dificuldade com a pega e a filha perdeu peso no hospital, a situação foi contornada com a orientação da enfermeira para utilizar bico protetor de silicone.

4. Planejamento quanto:

a. Ao bebê

- O plano do casal era deixar a bebê com a avó materna para que ela retornasse ao trabalho, entretanto, a distância, o custo e o tempo de deslocamento tornaram essa opção inviável. Foi necessário contar com um berçário para ela retornar ao trabalho, mas isso durou apenas um mês, até que pediu demissão. Justificou que queria tanto essa filha, agora tem que cuidar. (sic)
- Ela gostaria de amamentar por mais tempo, mas aos quatro meses a bebê rejeitou o aleitamento materno. Ela ficou muito preocupada, mas ambas já se adaptaram com a mamadeira.
- O pai tem começado a dividir algumas obrigações em relação à criança. Nos últimos tempos ele precisou ficar com a filha para ela fazer uma reunião com um cliente, mas não consegue, por exemplo, assistir a um filme enquanto cuida da bebê.

b. À vida pessoal

- Ela retornou ao trabalho e ficou um mês com a expectativa de fazer um acordo para sua saída; não foi possível e precisou pedir demissão, tal como tinha planejado durante a gestação. O marido a apoiou nessa decisão.
- Ela tem admitido algumas demandas de trabalho para executar em casa; ela tem uma função técnica na elaboração de projetos e tem conseguido conciliar os cuidados com a filha e o trabalho. Por não ter um escritório, precisou receber um cliente em uma biblioteca pública; isso deu a ela uma perspectiva de abrir uma microempresa e seguir trabalhando de casa.
- Ela mostra-se decidida a não ter mais filhos.

5. Adaptação ao bebê real

- A criança esteve doente nos últimos tempos. Foi necessário remarcar várias vezes nossa entrevista; ela se mostra atenta a cada movimento da criança.
- Ela descreveu uma rotina de alimentação e sono da criança muito bem estruturada.
- Apesar da frustração com a interrupção do aleitamento materno, a entrevistada conseguiu introduzir com sucesso as papas e frutas na alimentação da criança.
- O medo de morte esteve presente durante a gestação e o parto; atualmente essa temática não aparece claramente.

6. Considerações sobre o IRDI

No momento 2, a bebê estava com seis meses, foram avaliados os indicadores do 1 ao 13.

A rotina da criança está muito bem estabelecida, a criança segue horários de alimentação, sono e banho com regularidade. A criança dispõe de boa saúde.

Todos os indicadores observados foram classificados como presentes e alguns não verificados (3, 4, 9 e 12)

6.5 Identificação das categorias analíticas – Núcleo 5 (Karol)

6.5.1 Categorias analíticas M1 – Núcleo 5 Karol

1. Aspectos fantasmáticos:

a. Em relação aos pais

- Ela tem medo de ter uma crise convulsiva no dia do parto, com o primeiro filho, o médico justificou a cesariana como uma proteção a ela e tudo correu bem. Ela tem medo do parto normal e receia que essa alteração do humor seja gatilho para uma crise, entretanto diz estar de acordo com a decisão do parto normal.
- Ela diz estar bem com a decisão de se separar do marido, mas o nomeia “meu esposo” várias vezes durante a entrevista. Ela teria continuado com ele se ele tivesse aceitado ajuda e optado por se tratar dos vícios.
- O pai das crianças não cumpre com regularidade as visitas, nem contribui financeiramente, entretanto tem livre acesso a casa em que ela e seu filho moram.

b. Em relação ao bebê

- Ela consegue antecipar uma imagem da bebê; ela faz uma composição entre a imagem do filho e a informação obtida no exame de imagem de que ela tem olhos grandes, a imagina de pele mais clara que a sua, tal como o filho e o marido e com cabelos cacheados. Ela deseja que a filha seja mais calma que o filho, pois este seria hiperativo.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- O esposo está completamente entregue ao vício em drogas e álcool e não oferece apoio emocional, nem financeiro para ela. Ela permite que ele visite o filho, mas ele não consegue nem mesmo cumprir com regularidade esse combinado.

b. Familiar

- Ela mora atualmente com seus irmãos (uma irmã e cinco irmãos), além dos sobrinhos na casa que era de sua mãe. Esta casou-se recentemente e foi morar em outra casa, mas passa todos os dias por lá para ajudá-los. Todos são maiores de idade.
- A única irmã é a pessoa em quem ela busca apoio emocional; os irmãos são protetores e ajudam com as despesas essenciais.
- Tanto sua família, quanto a família do marido a apoiaram na decisão de se separar, não mencionou se recebe alguma ajuda da família do marido.

c. Institucional

- No momento a única renda da entrevistada é o bolsa-família ofertado pelo governo federal que é revertido integralmente em alimentos.
- Ela diz estar muito satisfeita com o tratamento que tem recebido no hospital como um todo, mas destaca a médica que faz seu pré-natal e as recepcionistas por serem atenciosas.

3. Pontos de fragilidades

- Ela aponta a insegurança financeira como um ponto importante que a preocupa.
- O medo da crise convulsiva.

4. Planejamento quanto:

a. Ao bebê

- Ela diz que não sabe por quanto tempo vai amamentar a filha; acredita que essa decisão vai determinar quando poderá retornar ao mercado de trabalho.
- Conta com a ajuda das pessoas que moram com ela para o período inicial após o parto.

b. À vida pessoal

- Ela estava desempregada quando engravidou, mas disse ter uma possibilidade de retornar ao trabalho, além disso, recebeu proposta de uma empresa concorrente e conta com isso no futuro.
- Ela está pleiteando vaga para o filho de dois anos na creche considerando essa possibilidade.

6.5.2 Categorias analíticas M2 – Núcleo 5 Karol

1. Aspectos fantasmáticos:

a. Em relação aos pais

- Ela estava medicada para prevenir as crises convulsivas, mas teve 12 convulsões durante o trabalho de parto e foi rapidamente conduzida para o centro cirúrgico. O médico ficou perplexo e passado o susto, perguntou a ela se havia alguma tensão emocional. Disse que tinha medo do parto normal e não conseguiu aceitar bem essa ideia, mesmo com os argumentos dos médicos.
- Após o parto ela teve uma hemorragia importante e foi preciso retirar seu útero. Ao ser questionada sobre como se sentiu, disse que encarou a retirada do útero como uma “boa notícia”, pois já tem dois filhos e está satisfeita.
- Sua família precisou autorizar a retirada do útero e a explicação que a família repassou a ela era de que havia o risco de ela, a entrevistada, ficar “retardada”; isso gerou uma insegurança acerca da guarda da filha, teve medo dos médicos a considerarem incapaz de cuidar da bebê ou até mesmo dar a guarda da criança ao ex-marido.
- Ela tentou retomar a relação com o ex-marido após ele dizer que gostaria de recuperar sua família, entretanto, ele não conseguiu cumprir os combinados e por isso eles seguem separados.

- Sente que está conseguindo ser a mãe que imaginou para a filha, teve medo de não conseguir porque com o filho teve ajuda do marido e com a filha não, mas sente que tem conseguido.

b. Em relação ao bebê

- As convulsões no pré-parto prejudicaram a oxigenação da bebê e por isso foi preciso partir para o centro cirúrgico. Esse fator de risco surgiu ainda antes do nascimento, mas a entrevistada não guarda nenhuma lembrança do parto, pois ficou três dias inconsciente após essa crise convulsiva. Ela menciona um “probleminha respiratório” da bebê, sem dar maiores detalhes, mas que teria relação com essa experiência do parto.
- Segundo o relato da entrevistada a bebê “nasceu morta”, o processo de reanimação durou uma hora e meia. Depois conduziram a recém-nascida para um tratamento de hipotermia, segundo ela, para proteger o desenvolvimento cerebral da criança.
- Nomeou como “estranha” a impressão inicial que teve ao ver a criança pela primeira vez, conta que a cena foi chocante. Ver a filha na UTI (unidade de tratamento intensivo) ligada aos fios e à sonda foi triste.
- A entrevistada ficou muito abalada diante do risco de amputação dos dedinhos da filha em função do tratamento de hipotermia.
- Sair do hospital sem a filha foi outro medo que a assombrou.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- Não há apoio financeiro, nem emocional por parte do ex-marido.
- O pai da criança compareceu ao hospital no dia do parto, mas foi impedido pela família de participar porque estava alcoolizado.
- Ela tentou reatar a relação diante de uma demonstração de interesse dele, mas ele não conseguiu sustentar a abstinência de álcool e drogas. Ela diz não ter mais sentimentos por ele.
- Ouviu boatos de que ele estaria com um trabalho informal, mas nunca enviou qualquer ajuda.
- Ela parece ter se relacionado com uma pessoa da igreja que frequenta, mas foi surpreendida juntamente com a família dele, segundo seu relato, com a informação de que ele também era usuário de drogas e álcool. Ele encontra-se atualmente internado em uma clínica para reabilitação; ela programa para a próxima semana uma visita a ele junto com seus familiares.

b. Familiar

- Os irmãos e a mãe continuam sendo suas figuras de apoio tanto financeiro como emocional.
- Ela conta com a ajuda de um tio paterno que está temporariamente morando com eles. Ele veio de longe para procurar emprego; como ainda não conseguiu um trabalho, tem ajudado ela com as tarefas de casa e das crianças, pois seu filho de quatro anos ainda não vai à escola.

c. Institucional

- Ela não faz queixas em relação ao hospital e à equipe médica; sentiu que foram muito atenciosos com ela.
- Quando menciono o fato de não terem acatado seu pedido de parto cesariano, ela traz a explicação da médica sobre ela e a filha estarem bem, quase numa tentativa de se convencer.

3. Pontos de fragilidades

- Ela teve medo de perder a guarda da filha, pois achou que os médicos poderiam julgá-la incapaz de cuidar da criança. Durante o processo de coma, sua família foi informada de que havia o risco de ela ficar “retardada” (sic); pensou que eles poderiam dar ao ex-marido a guarda da criança caso compreendessem que ela não tinha condições mentais de ficar com a bebê.
- Ela teve alta antes da filha e seu leite secou, nunca conseguiu amamentá-la; compara com o primeiro filho – teve muito leite e amamentou por muito tempo, até detectar a nova gestação.
- Ela acredita que o gatilho para as crises convulsivas durante o parto pode ter sido o medo do parto normal.
- A situação econômica parece ser fonte de inquietações para ela que conta com um auxílio do governo federal e com a ajuda dos irmãos.

4. Planejamento x execução quanto:

a. Ao bebê

- Embora queira voltar ao mercado de trabalho, diz que não poderá voltar antes da filha completar um ano “por causa da situação dela, eu acho que ninguém vai saber cuidar, já que ninguém da minha família pode”.

b. À vida pessoal

- Ela continua contando com a possibilidade de retornar à última empresa onde trabalhou, mas diz ter recebido uma proposta de uma empresa concorrente que a fez pensar, entretanto, não vê possibilidade de retornar ao trabalho antes da filha completar um ano.
- O filho mais velho continua fora da escola.

5. Adaptação ao bebê real

- A saúde de sua filha foi muito ameaçada pelas condições do parto e o período de internação na UTI. A entrevistada, porém, parece adaptada as necessidades da filha, mostra-se muito atenta as manifestações da criança e, apesar de vulnerabilidade financeira não se vê em condições de delegar os cuidados da criança a outra pessoa.
- Não poder amamentá-la foi uma situação complicada, entretanto, ambas se adaptaram bem à fórmula. Durante a entrevista, preparou uma mamadeira enquanto falava comigo e segurava a filha ao mesmo tempo.

6.5.3 Relatório de evolução das categorias analíticas – Núcleo 5 (Karol)

1. Aspectos fantasmáticos:

a. Em relação aos pais

- Durante o acompanhamento pré-natal demonstrou medo do parto normal; disse que o médico do hospital particular onde teve o primeiro filho optou por cesárea para protegê-la do

estresse e conseqüentemente de uma crise convulsiva. Embora demonstrasse estar contrariada com a decisão de parto normal, quando questionada mais claramente sobre a contrariedade ela recuou e me deu a explicação da médica de que ela e a bebê estavam bem para ter um parto normal.

- O receio tornou-se real, pois a entrevistada teve doze convulsões na sala de pré-parto e foi rapidamente conduzida para o centro cirúrgico. Houve uma intercorrência e foi necessário fazer a retirada do útero. Ela permaneceu inconsciente na UTI durante três dias.
- Para o procedimento de emergência foi necessário pedir autorização da família, que foi comunicada sobre os riscos envolvidos. Quando ela acordou, soube pela mãe que os médicos informaram sobre o risco de ela ficar “retardada”; isso tornou-se um fantasma, pois ficou com muito medo de ser considerada incapaz de cuidar da filha; o receio era de eles entregarem sua filha ao ex-marido. Ela deixou o hospital antes da filha.
- Ela sempre manteve uma boa comunicação com o ex-marido, mas, embora dissesse que estava tranquila em relação à separação, sempre o nomeava como “meu marido”. Após o parto houve uma fala dele no sentido de recuperar a família; ela prontamente ofereceu ajuda, ele, porém, retornou aos velhos hábitos e romperam novamente.

b. Em relação ao bebê

- Ela tinha uma imagem antecipada da criança, fazia uma composição entre a imagem do filho mais velho e o detalhe dos olhos grandes ressaltado pela médica que fez o ultrassom. Ela a imaginava de pele mais clara que a sua, tal como o filho e o marido, e com cabelos cacheados.
- A primeira impressão que teve da filha, porém, não foi boa; nomeou como estranha. A bebê estava na UTI, ela descreveu como chocante a cena da bebê ligada aos fios e à sonda.
- A urgência do parto se fez, para além da crise convulsiva da entrevistada, em função da baixa oxigenação para a bebê. Ela “nasceu morta”, descreveu a mãe ao me explicar que o processo de reanimação durou uma hora e meia. Essa situação teve como consequência “um probleminha respiratório”, que não foi muito detalhado.
- Após a reanimação a bebê foi conduzida para o tratamento de hipotermia; segundo ela, para proteger o desenvolvimento cerebral, porém, gerou um risco de amputação dos dedinhos. Essa situação foi para ela uma das mais difíceis em relação a todo o processo. Ela já havia recebido alta e acompanhava a filha com visitas diárias a UTI.
- Sair do hospital e deixar a filha foi também outro ponto complicado para ela.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- O ex-marido é dependente químico e de álcool; deixou-a no início da gestação e nunca conseguiu oferecer apoio emocional ou financeiro. Ambas as famílias a apoiaram na decisão de se separar dele. Após o parto houve uma fala dele no sentido de recuperar a família, mas não conseguiu cumprir nada do que combinaram e a tentativa foi frustrada.
- Ela mantém boa comunicação com o ex-marido; ele tem livre acesso a casa em que ela e os filhos moram, mas não cumpre com regularidade as visitas. Ela ouviu boatos de que ele faz um trabalho informal, mas nunca lhe enviou nenhuma ajuda.
- Ela desenvolveu uma amizade mais íntima com um membro da igreja que frequenta, mas foi surpreendida com a informação de que ele também era usuário de drogas. A família dele alegou que não sabia, atualmente ele está internado numa clínica para dependentes, ela planeja visitá-lo juntamente com seus pais.

b. Familiar

- Ela mora com os irmãos mais velhos e alguns sobrinhos na casa que era de sua mãe, esta casou-se e mora em outra casa perto deles, sempre que pode a ajuda. Atualmente tem contado com a ajuda de um tio paterno que veio do interior e mora temporariamente em sua casa; ele colabora com as tarefas e com as crianças, pois seu filho de quatro anos ainda não vai à escola.

c. Institucional

- O apoio institucional vem de um auxílio social que recebe do governo federal. Essa é a única garantia financeira que tem e a reverte integralmente em alimentos.
- Com relação ao hospital, tinha uma boa impressão durante o acompanhamento pré-natal, inclusive destacando a atenção da médica e das recepcionistas. Após o parto e o período de internação, a avaliação positiva se manteve e, embora tenha ficado contrariada com a imposição do parto normal, não responsabilizou os profissionais, nem a instituição pelas intercorrências.

3. Pontos de fragilidades

- Antes do parto a insegurança financeira era o ponto de maior fragilidade apresentado pela mãe, ao lado do medo de ter a crise convulsiva durante o parto. Foi medicada para se prevenir das crises, por isso o médico questionou se havia uma tensão emocional adicional que pudesse ter precipitado as convulsões; ela respondeu a ele que imagina que foi o medo do parto normal.
- No período inicial pós-parto teve medo de perder a guarda da filha.
- A saúde da filha foi um ponto sensível no início, o risco de amputação dos dedinhos foi a situação mais delicada que enfrentou.
- A impossibilidade de amamentar (os primeiros três dias após o parto esteve desacordada, em seguida teve alta enquanto a filha permaneceu internada, ela não conseguiu nem ao menos iniciar o aleitamento materno, conta que o leite secou) a deixou muito preocupada e frustrada no início, mas demonstra já ter se adaptado bem ao aleitamento por fórmula.

4. Planejamento quanto:

a. Ao bebê

- Ela planejou amamentar a filha até quando ela quisesse e, quando ela deixasse o peito seria o momento de a entrevistada retornar ao mercado de trabalho, entretanto, o aleitamento materno não foi possível dada as intercorrências com mãe e filha durante o parto.
- Ela não cogita deixar a filha numa creche por enquanto “por causa da situação dela, eu acho que ninguém vai saber cuidar, já que ninguém da minha família pode”.
- A creche pode se uma possibilidade após ela completar um ano.

b. À vida pessoal

- Ela considera retornar ao trabalho que deixou quando engravidou do primeiro filho; além disso recebeu proposta de uma empresa concorrente, mas só poderá pensar nisso após a filha completar um ano, ainda a vê como frágil e não sentiria segurança de deixa-la com estranhos.

5. Adaptação ao bebê real

- A saúde de sua filha foi muito ameaçada pelas condições do parto e o período de internação na UTI, o que parece ter algum impacto na atenção e cuidados dispensados para com a criança.
- A entrevistada parece adaptada às necessidades da filha, mostra-se muito atenta às manifestações da criança e, apesar da vulnerabilidade financeira, não se vê em condições de delegar os cuidados da criança a outra pessoa.
- Não poder amamentá-la foi uma situação complicada para a mãe, entretanto ambas se adaptaram bem à fórmula. Durante a entrevista ela preparou uma mamadeira enquanto falava comigo e segurava a filha ao mesmo tempo.

6. Considerações sobre o IRDI

No momento dois a bebê estava com quatro meses, foram avaliados indicadores de 1 a 13.

A mãe relata um pouco de dificuldade no estabelecimento da rotina, mas atualmente considera que esteja bem melhor em relação ao início. A bebê dispõe de boa saúde na avaliação da mãe, entretanto foi encaminhada pela pediatra para fazer um acompanhamento no CREM (Centro de Reabilitação Municipal).

Observamos a ausência de dois indicadores para o desenvolvimento psíquico saudável da criança: o 5 (trocas de olhares entre a criança e a mãe) e o 9 (a mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases). Durante a entrevista, a bebê resmungou, chorou, foi amamentada e voltou a demonstrar inquietação: situações em que poderiam ocorrer as trocas de olhares e as pequenas frases, porém, não aconteceu. O indicador 5 é parte do eixo *suposição do sujeito*; já o indicador 9 pertence ao eixo *estabelecimento da demanda*.

6.6 Identificação das categorias analíticas – Núcleo 6 (Paloma e Romeu)

6.6.1 Categorias analíticas M1 – Núcleo 6 Paloma e Romeu

1. Aspectos fantasmáticos prévios

a. Em relação aos pais

- A gestação aconteceu na pausa do contraceptivo, ambos queriam mais um filho, porém ela acreditava que ainda não era o momento e por isso voltaria a tomar a pílula; entretanto, a gestação aconteceu e segundo eles foi muito bem-vinda.
- Ela não explorou muito o fator de risco gestacional, diz que aconteceu o mesmo na primeira gestação, nesta, porém, o problema veio um pouquinho mais tarde, na trigésima segunda semana, enquanto na primeira gestação foi na vigésima oitava. Ela explicou que tem o colo do útero curto e precisa tomar “remedinho para segurar o bebê”. Ela demonstrou não saber que estava inclusa no programa de gestação de alto risco; preferi não esclarecer.
- O retorno ao trabalho é um ponto que a preocupa, mas o plano é ficar um tempo em casa para cuidar do filho; não sabe se precisará pedir demissão ou se será demitida.
- Ela diz que preferia ter um parto normal para se recuperar mais rápido em função da outra filha que ainda é pequena, mas o médico disse que será cesariana porque o bebê está sentado,

é um bebê grande e na outra gestação não teve dilatação. Ela disse que já se conformou que provavelmente será cesariana mesmo.

b. Em relação ao bebê

- Aos quatro meses de gestação soube pelo exame de ultrassom que seu bebê era um menino. Ela diz já intuir que seria um menino e era o que ela esperava. O marido já queria um menino na primeira gestação, mas se apressa em dizer que ele ficou muito feliz quando soube que era uma menina, “até chorou”. Antes de saberem ele chegou a dizer que gostaria que fosse outra menina para fazer companhia à filha, ela supõe que ele falou isso porque tem uma relação muito boa com seu irmão e gostaria que a filha pudesse desenvolver o mesmo com uma irmã, mas conta que ambos ficaram felizes com a notícia de um menininho.
- Ela prefere não imaginar como será o filho, pois a sua filha veio muito diferente do que imaginou. Ela conta com muito cuidado que esperava uma menina branca como ela e veio “moreninha [...], mas é um amor tão grande que... é a característica dela, veio do jeitinho dela”.
- Ela reforça que deseja amamentá-lo; com a filha teve problemas, um ferimento nos mamilos dificultou muito o processo, chegou a ficar três dias sem poder amamentá-la, mas conseguiu reverter as coisas com “um banho de vó” e após o segundo mês as coisas melhoraram, ela seguiu com o aleitamento materno até o décimo mês de vida da filha.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- Ela elege o marido como a primeira pessoa a quem recorre diante de uma necessidade, porém, como ele viaja a trabalho, sabe que pode solicitar ajuda da família e assim o faz quando necessário. Ela acredita que ele vê nela também a primeira pessoa com quem ele pode contar diante de uma necessidade.

b. Familiar

- Ela gostaria que sua mãe pudesse ficar com o bebê durante alguns meses quando voltasse ao trabalho, porém, diz que a mãe planeja mudar de estado e não sabe se vai poder contar com ela.
- Ela conta com a ajuda do marido e da mãe para o período pós-parto, pois acredita que a cesariana deixa a mulher “muito dependente”.

c. Institucional

- Ela faz pré-natal no mesmo hospital em que trabalha, conhece bem a reputação dos médicos e sente confiança no médico que escolheu.
- Eles optaram por pagar pelo parto para garantir a presença do obstetra que os acompanhou no pré-natal, do contrário o parto seria feito com um plantonista aleatório. O marido descreveu como fantástica toda a equipe e especialmente o médico.

3. Pontos de fragilidades

- A preocupação com o retorno ao trabalho parece ser um tema tenso, não sabe se poderá contar com a ajuda de sua mãe.

- Ela se sente angustiada no trabalho, especialmente no período da tarde, tem vontade ir embora, ela imagina que sua filha está também angustiada por estar muitas horas na escola, sente vontade ir embora e buscá-la.

4. Planejamento quanto:

a. Ao bebê

- Ela deseja amamentá-lo.
- Ela vai sair do trabalho para cuidar dele. Seu plano é deixá-lo no berçário apenas após ele completar um ano e meio.

b. À vida pessoal

- Ela está decidida a sair do trabalho assim que terminar sua licença maternidade, não sabe se será demitida ou se precisará pedir demissão. O plano é ficar em casa para cuidar do bebê até ele completar um ano e meio.
- Ela pretende mudar de área; tem um curso técnico em estética e planeja montar algo onde possa trabalhar meio período.
- A filha mais velha fica na escola em período integral, mas o plano é reduzir para meio período durante sua licença maternidade. Questiono se vai conseguir cuidar das duas crianças sozinha e ela diz com muita segurança que sim.

6.6.2 Categorias analíticas M2 – Núcleo 6 Paloma e Romeu

1. Aspectos fantasmáticos:

a. Em relação aos pais

- A mãe inicia dizendo que o processo corre um pouco mais tranquilo do que ela imaginou.
- Ela mudou os planos, desistiu de sair do trabalho e deixou a filha permanecer na escola em período integral durante sua licença maternidade.
- O pai diz que sua rotina ainda não mudou muito, imagina que vai mudar quando a esposa retornar ao trabalho. A filha intervém e diz que o pai vai à academia, a mãe fica um pouco constrangida e explica que ela nem vê a hora em que o pai vai para a academia porque está dormindo.
- O parto foi cesariana, como previsto, mas ela sentiu-se mais “medrosa” que da primeira vez, conta que tremia muito e acredita que a dificuldade em encontrar sua veia para fazer a anestesia foi o fator desestruturante. Apesar de ter ficado muito nervosa, tinha confiança no médico.
- O pai acompanhou o parto e conta que sentiu uma emoção diferente, imagina que se tivesse outros filhos cada um seria diferente.
- A entrevistada não sabe dizer se está sendo a mãe que imaginou, o marido toma a palavra e diz que ela está sendo melhor do que poderiam imaginar, pois ela sempre foi uma pessoa chata, mas como mãe é muito acolhedora. Ele imaginou que ela faria o papel de chata, mas acabou ficando para ele a tarefa de dar limites para a filha. Ela ficou surpresa com a colocação dele.
- Já ele não hesita em dizer que se imaginava um pai melhor porque sempre gostou de criança, sempre foi muito brincalhão, mas se vê sem tempo e disposição, sente-se

sobrecarregado de tarefas e sem tempo de brincar com os filhos, a esposa alivia e diz que ele faz o possível.

b. Em relação ao bebê

- O pai descreve com empolgação a emoção de ter um menino “para um pai, ter um filho homem é o ápice da alegria, você poder jogar bola, poder ensinar as coisas”. Ele acrescenta que “com um menino o pai vai poder realizar algumas vontades suas, vê um horizonte muito maior do que uma menina”, ele completa que não vê a hora que ele cresça para poder curtir mais “por enquanto é com a mãe porque ela tem o mamazinho e a voz fina que faz ele sorrir...”.
- O pai tentava buscar na memória a primeira impressão que teve do filho quando sua esposa o lembrou de uma cena no hospital, quando o bebê começou a chorar, em seguida chupou a mãozinha e logo parou, ele notou que as outras crianças choravam sem consolo no berçário, daí concluiu jubiloso: “meu filho é inteligente igual ao pai dele”.
- A mãe teve uma primeira impressão de “muito amor”, ela confessa que sentia medo de não o amar do mesmo jeito que ama sua filha, talvez por ser menino, como se não soubesse, achava que poderia ser mais difícil, mas constatou que o amor não foi dividido e sim multiplicado. Teve a impressão também de que ele seria muito calmo, já pensava isso durante a gestação porque ele era muito quietinho, chegava a esquecer de que estava grávida.
- Sobre a impressão que teve do aspecto físico, ela diz que procurou não pensar para não acontecer como na gestação da filha que foi bem diferente do que pensou, mas foi surpreendida porque acha que ele é muito parecido com ela e ressaltou a cor da pele dele que “nasceu bem mais branco que a irmã”.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- Ele diz a “vida de casal” mudou muito porque agora eles não têm mais tempo para eles.
- O pai sente que conseguiu dar mais atenção à “barriga”, ela corrige e diz “a mim você quis dizer”, ele concorda, mas reitera que ao bebê mesmo na barriga porque na gestação da filha teve muitos problemas profissionais e isso dificultou um pouco esse processo.
- Ela diz sentir-se cem por cento apoiada por ele, que ela é sua “ajudadora”, pois conta com ela para tomar decisões pessoais e profissionais.
- Retomaram a vida sexual logo em seguida ao término da quarentena. É o marido quem toma a palavra para dizer que esse processo está “como uma criança engatinhando”, pois as tarefas e a falta de tempo complicam; ele conclui que a amamentação é um pouco complicada para ela e por isso ela não tem muita vontade.

b. Familiar

- Ambos dizem sentir falta de uma ajuda da família, ele acrescenta que sente que não pode contar com a ajuda dos avós e da família.

c. Institucional

- O marido descreveu como “fantástica” a equipe médica. Sentiram-se muito acolhidos. Eles optaram por pagar o parto justamente por confiar no médico, do contrário teriam que fazer com o plantonista.

3. Pontos de fragilidades

- A mãe precisou se internar às pressas para a retirada de um cálculo renal; o pai precisou ficar com os dois filhos e foi preciso introduzir a fórmula, pois o bebê seguia com aleitamento materno exclusivo, isso foi bem difícil para ele. A experiência de separação foi também muito difícil para ela.
- A entrevistada sente falta do seu trabalho, da vaidade e dos momentos de descontração, ela está decidida a retomar seu trabalho, diferentemente do que havia planejado.

4. Planejamento x execução quanto:

a. Ao bebê

- A licença maternidade ainda não acabou, mas ela desistiu de pedir demissão para ficar com o filho. Vai contar com a ajuda da mãe nos primeiros meses, quando deve retornar ao trabalho e depois cogita contratar uma babá.
- O marido não está seguro com a decisão de contar com a sogra, diz que ela é irresponsável com os compromissos, a entrevistada concorda com o marido e diz que sua mãe já a deixou na mão quando cuidava de sua filha.
- Ela reforçou o desejo de amamentá-lo e até o momento segue bem no aleitamento materno, mesmo a interrupção quando precisou se internar não atrapalhou o processo e deu a ela, ainda, a segurança de que o filho não vai ser resistente à mamadeira e à fórmula que ela pretende intercalar já no próximo mês.

b. À vida pessoal

- Desistiu de ficar em casa para cuidar do filho, o plano agora é retornar ao trabalho. O esposo a apoia e justifica que ela é uma mulher moderna e que sente falta de se arrumar e sair de casa.
- Ela conta com a ajuda de sua mãe para o momento inicial, mas cogita contratar uma babá ou, ainda, contar com o berçário.

5. Adaptação ao bebê real

- Ela achou que seria difícil administrar o ciúme da filha, mas considera que foi melhor do que imaginou, já o pai diz que a filha demonstra muito ciúme quando ele pega o filho no colo.
- A mãe achou muito mais simples esse período inicial, comparado aos medos que teve com a primeira filha. Dormiram juntos no sofá durante o primeiro mês, depois já o colocou no berço.
- A amamentação se deu sem grandes dificuldades, houve a necessidade de dar fórmula ao bebê no período em que ela precisou se internar, ele aceitou bem.

6. Considerações sobre o IRDI

6.6.3 Análise da evolução das categorias analíticas – Núcleo 6 (Paloma e Romeu)

1. Aspectos fantasmáticos:

a. Em relação aos pais

- A gravidez aconteceu numa pausa do contraceptivo, não foi no momento planejado, mas ambos tinham o plano de ter outro filho e parece que se adaptaram rápido com a ideia.
- O risco gestacional estava mais relacionado à saúde da mãe, no que se refere ao bebê os riscos previstos eram os relacionados a prematuridade, porém, como a gestação atingiu o tempo adequado, parece que essa questão não se impôs para além do parto. É importante considerar também que havia por parte da mãe uma negação inclusive quanto a estar inclusa no acompanhamento de alto risco, o que pode ter tornado essa temática um tabu.
- A mãe se via angustiada durante as tardes no trabalho ao pensar que a filha estava por muitas horas na escola e por isso planejava sair do trabalho para ficar em casa e cuidar dos filhos, contudo, a rotina pesada de tarefas do lar e com as crianças a levaram a refletir que sentia falta do trabalho. A filha permaneceu na escola em período integral durante a licença da mãe.
- Ela preferia o parto normal, mas foi convencida pelo médico de que a cesariana seria melhor. Sentiu mais medo do que na primeira experiência; acredita que a dificuldade em achar a sua veia para a anestesia foi o fator desencadeante, entretanto, confiava no médico.
- O processo inicial com o bebê foi mais fácil do que imaginou, explicou que sentiu menos medos por já ter um pouco de experiência.
- O pai diz que sua rotina ainda não mudou muito, mas imagina que vai mudar quando ela voltar ao trabalho. Tenho a impressão de que a filha foi porta-voz da mãe numa reivindicação/acusação. Nesse momento, ela diz que o pai vai à academia, mas a entrevistada é quem contorna a situação sem deixar seguir com essa conversa.
- Ela fica na dúvida sobre como se autoavalia como mãe, o marido toma a palavra e diz que ela está sendo melhor do que poderia imaginar, destaca seu papel acolhedor como mãe. Ele, porém, não está muito satisfeito com o seu papel, ele achava que seria um pai melhor, mais brincalhão, que sempre gostou muito de criança, mas juntou cansaço e responsabilidades. Ele gostaria de ser mais participativo nas brincadeiras, mas é tomado pelas tarefas; a esposa alivia para ele dizendo que ele faz o possível. Ele diz que procura ser bem protetor para ela e para os filhos, antecipa-se na realização de algumas tarefas para facilitar.

b. Em relação ao bebê

- O pai até chegou a dizer que queria uma menina para fazer companhia a sua filha, entretanto é nítida sua empolgação ao falar de como é ser pai de um menino: “para um pai, ter um filho homem é o ápice da alegria, você pode jogar bola, pode ensinar as coisas”. Ele acrescenta que “com um menino o pai vai poder realizar algumas vontades suas, vê um horizonte muito maior do que uma menina”, e completa que não vê a hora que ele cresça para poder curtir mais “por enquanto é com a mãe porque ela tem o mamazinho e a voz fina que faz ele sorrir...”. A mãe já intuía que seria um menino e ficou feliz, diz que era o que previa.
- Com relação ao aspecto físico do bebê, a mãe dizia que preferia não imaginar porque com sua filha veio muito diferente do que imaginou. Ela conta com muito cuidado que esperava uma menina branca como ela e veio “moreninha [...], mas é um amor tão grande que... é a característica dela, veio do jeitinho dela”. Após o parto, conta novamente esse episódio e diz que foi surpreendida porque o achou muito parecido com ela; ressaltou ainda a cor da pele dele que é “bem mais branco que a irmã”. Antes, porém, de falar do aspecto físico, ela falou sobre o amor que sentiu, confessou ter sentido medo de não conseguir amá-lo tanto quanto ama sua filha, talvez por ser menino, mas percebeu que o amor não foi dividido e sim multiplicado.
- A impressão do pai é de puro júbilo. Ainda na maternidade percebeu que seu filho parou de chorar ao chupar a mãozinha, enquanto as outras crianças choravam sem consolo no berçário, logo concluiu, em voz alta, que o filho é inteligente como o pai.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- Ambos elegem um ao outro como o principal ponto de apoio nos momentos de dificuldades. Antes e depois do parto esse discurso não muda. Ela diz que se sente cem por cento apoiada por ele e ele diz contar com ela para as decisões pessoais e profissionais.
- Ele diz que a “vida de casal” mudou muito, queixa-se da falta de tempo. Sobre a retomada, sexual, embora tenha sido logo em seguida ao término da quarentena, descreve-a como “uma criança engatinhando”, mas reconhece que o excesso de tarefas e a falta de tempo dificultam, e conclui que a amamentação é um pouco complicada para ela e por isso ela não tem muita vontade.

b. Familiar

- Ambos sentem insegurança em relação ao apoio da família. Eles recebem ajuda, mas receiam a instabilidade da avó materna do bebê que aparentemente concordou em cuidar dele no período inicial de retorno dela ao trabalho.

c. Institucional

- Ela trabalha no hospital em que fez o pré-natal, conhece bem o médico escolhido e confia nele. Eles optaram por pagar o parto para garantir a presença do mesmo médico que a acompanhou, do contrário faria com o plantonista. O marido descreveu como fantástico o acolhimento e a equipe médica como um todo.

3. Pontos de fragilidades

- O tema que envolve o retorno ao trabalho evoca incertezas com relação ao apoio de sua mãe no cuidado com o filho; esta já concordou em fazê-lo, mas eles ficam preocupados com isso.
- Na gestação, sentia vontade de ir embora do trabalho durante as tardes, pensava que a filha podia estar angustiada de estar por tantas horas na escola, porém, atualmente sente-se angustiada de estar por tanto tempo em casa, sem se arrumar e sem sair, deseja voltar a trabalhar.
- A experiência de separação da díade durante o período de internação da entrevistada foi complicada para ela e para o marido, que precisou introduzir a mamadeira.

4. Planejamento quanto:

a. Ao bebê

- A amamentação fazia parte de seu planejamento em relação ao bebê e segue sem grandes intercorrências, o período inicial foi mais fácil do que com a filha.
- A licença maternidade ainda não acabou, mas ela desistiu de pedir demissão para ficar com o filho como havia previsto, vai contar com a ajuda da mãe nos primeiros meses, quando deve retornar ao trabalho e depois cogita contratar uma babá. O marido expressa contrariedade com a ajuda da sogra, mas anteriormente ela também havia reconhecido a instabilidade de sua mãe.

b. À vida pessoal

- Ela desistiu de ficar em casa para cuidar do filho após a licença maternidade, o plano agora é retornar ao trabalho. O esposo a apoia e justifica que ela é uma mulher moderna e que sente falta de se arrumar e sair de casa.
- O plano de investir em seu curso de estética com um negócio próprio não foi mencionado.

5. Adaptação ao bebê real

- Ela achou que seria difícil administrar o ciúme da filha, mas considera que foi melhor do que imaginou; já o pai diz que a filha demonstra muito ciúme quando ele pega o filho no colo.
- A mãe achou muito mais simples esse período inicial, se comparado com os medos que teve com a primeira filha. Dormiram no sofá durante o primeiro mês, depois já o colocou no berço.
- A amamentação se deu sem grandes dificuldades, houve a necessidade de dar fórmula ao bebê no período em que ela precisou se internar; ele aceitou bem.

6. Considerações sobre o IRDI

No momento 2 o bebê estava com três meses e dezoito dias, foram avaliados os indicadores do 1 ao 5.

O bebê já tem uma rotina estabelecida, sono e amamentação seguem com boa adaptação. O bebê dispõe de boa saúde.

Observamos a presença dos indicadores 1, 2 e 3; os demais não foram verificados, pois o bebê dormiu durante quase toda a entrevista.

6.7 Identificação das categorias analíticas – Núcleo 7 (Ariel e João)

6.7.1 Categorias analíticas M1 – Núcleo 7 Ariel e João

1. Aspectos fantasmáticos prévios

a. Em relação aos pais

- Ela ficou muito surpresa com a gestação, pois imaginava que teria dificuldade para engravidar, tal como sua irmã e sua tia que precisaram fazer tratamento e até fertilização.
- A irmã dela teve um aborto antes do primeiro filho, a entrevistada estava junto com a irmã quando a morte fetal foi detectada no exame de ultrassonografia, isso a deixa tensa quando precisa fazer esse exame.
- Ela se reconhece ciumenta e sistemática e por isso tem receio de como vai lidar com algumas posturas da sogra em relação ao bebê, pois sabe que ela beija os netos na boca por exemplo, e considera isso inaceitável.

b. Em relação ao bebê

- Ela sonhou que tinha ganhado dois bebês chamados R. e A, conta que ficou contente com o fato do bebê ser um menino e de o sonho ter antecipado essa informação para ela. O bebê vai se chamar A., tal como no sonho.

- Ela acredita que o marido também gostou do fato de ser um menino, porém, fez o seguinte comentário: “depois a gente tenta uma menina”; o que a fez pensar que talvez essa fosse sua preferência.
- Ela imagina que o filho será agitado, baseada na movimentação que ele faz na barriga, mas também porque ela própria era muito agitada.
- Ela espera que o filho não seja passivo como o marido.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- Queixou-se da participação do marido neste período final da gestação e observa que na vida do marido nada mudou por enquanto. Ficou muito chateada diante de um incidente com a chave de sua casa, o marido estava sem bateria no telefone e não pode socorrê-la, e foi preciso chamar seu pai. A indignação foi porque ela está no final da gestação e poderia ter sido uma emergência com o bebê e ele não estaria disponível.

b. Familiar

- Sua família é bastante presente, especialmente agora que está no fim da gestação. Os pais e a irmã participam ativamente dos preparativos para a chegada do bebê.
- A família do marido também oferece ajuda; ela disse que a sogra ficou muito contente ao ser convidada para ir a um exame, ela reflete que talvez tenha dado pouca abertura.

c. Institucional

- a. Ela faz o acompanhamento em um hospital localizado em uma cidade diferente de onde mora, já morou nesta cidade e o escolheu por sentir-se mais segura nele. Gostaria de fazer o parto aqui, mas desistiu porque eles não autorizam visitas prévias a maternidade.

3. Pontos de fragilidade

- Ela estava visivelmente fragilizada com uma questão familiar, teve acesso sem autorização a um exame do irmão que apontava para uma contaminação pelo vírus HIV. Estava pensando obsessivamente no assunto: primeiro se culpava por não o ter orientado; depois se questionava se deveria abordá-lo para oferecer ajuda, mas temia estar sendo invasiva.
- Ela considera o marido imaturo e se frustra ao perceber que ele não é capaz de detectar algumas necessidades básicas dela.

4. Planejamento quanto:

- a. **Ao bebê** (Não abordamos esse tema).
- b. **À vida pessoal** (Não abordamos esse tema).

6.7.2 Categorias analíticas M2 – Núcleo 7 Ariel e João

1. Aspectos fantasmáticos:

a. Em relação aos pais

- Inicialmente o bebê ficou ao lado da cama dos pais, depois passou para um redutor de berço que era colocado na cama entre o casal, quando o bebê completou um mês o pai foi para o sofá da sala; esse período coincidiu com o retorno dele ao trabalho. Embora ele se queixe, pois gostaria de retornar à cama do casal, a situação permanece assim.
- Diante do pedido do marido para colocar o bebê no berço, ela diz: “tadinho, ele é tão pequenininho para dormir sozinho no berço, eu falei que a gente pode colocar ele de volta no moisés ao lado da cama para ver se ele acostuma”.
- Ela sentiu um mal-estar desde o primeiro momento em que se viu responsável pelo bebê, ao tentar colocá-lo na cadeirinha do carro sentia que estava fazendo algo errado.
- Conta que o marido demorou muito para ter coragem de dar o primeiro banho no filho, mas atualmente ela já se adaptou a tomar o próprio banho com o filho, portanto, assumiu sozinha essa tarefa.
- Ela diz faltar um pouquinho mais de paciência para ser a mãe que imaginou que seria.
- Ela reconhece que critica o modo como o marido age com o filho mesmo quando ela própria faz o mesmo. Deu o exemplo de quando tenta acostumá-lo a dormir sem o colo, ela interpreta o chorinho como parte normal do processo, mas quando o marido faz o mesmo tende a interpretar como descaso para com o bebê por ficar menos tempo com ele.
- Recentemente deixou o bebê com o pai para ir ao *shopping*, ficou duas horas fora, diz que acredita que está começando a apostar que ele também possa cuidar do bebê, mas fala em tom de brincadeira que ele não deu a mamadeira com a justificativa de que o filho não teve fome.

b. Em relação ao bebê

- Sobre a primeira impressão que ela teve do bebê “eu achei que ele não parecia com ninguém porque ele veio tão branquinho, tão branquinho”. Quando voltou do berçário estava com um penteado de moicano, isso lhe deu a impressão dele ser parecido com o pai, mas depois sem o penteado notou que ele era bem parecido com ela. Confirmando a informação que é bem evidente. A mãe é parda/negra.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- O pai pegou férias para estar presente no período inicial após o parto, porém, ela considera que não ajudou muito porque ele não sabia trocar o bebê, ele até se levantava junto com ela durante a noite, mas não trocava as fraldas.
- Ele tem insistido para retornar para cama, ela percebe que ele está carente.
- Após três meses ainda não retomaram a vida sexual, ela justifica que tem escapes como consequência da pílula, mas reconhece que falta vontade. Quando questiono se não tiveram nem uma única relação sexual após o parto, ela confirma e diz ao bebê “estou deixando o papai de lado né?”.

b. Familiar

- Nos primeiros dez dias contou com a ajuda da mãe que ficou em sua casa a disposição para ajudá-la durante dia e noite.

c. Institucional

- Não trouxe queixas em relação a equipe médica, entretanto, a espera na sala de parto durou cinco horas, isso foi para ela muito estressante, pois era um ambiente tenso, com outras mulheres sentindo dor, o marido demorou para entrar.

3. Pontos de fragilidades

- Sente-se sobrecarregada e continua frustrada com o fato de ter que pedir ajuda ao marido, gostaria que ele fosse capaz de detectar as necessidades, diz que se chateia quando ele a chama para trocar a fralda do bebê em vez de fazê-lo.
- Ela não teve a oportunidade de conversar com o irmão sobre a questão que a preocupava, mas parece resignada diante da decisão dele de não compartilhar a informação. A preocupação agora é com a irmã que está com um princípio de pânico.

4. Planejamento x execução quanto:

a. Ao bebê

- Deve retornar ao trabalho em dois meses, o plano é deixar o filho sob os cuidados da avó e com o apoio do avô que é aposentado. Ambos já cuidam do primeiro neto (filho da irmã) que é sete meses mais velho que seu filho.
- Ela e a irmã planejam contratar uma ajudante para que a avó não fique sobrecarregada com os dois bebês. A contratação de uma ajudante foi uma exigência do esposo da entrevistada.
- Escolinha está fora dos planos e na família dele não há ninguém disponível.
- O bebê segue com aleitamento materno exclusivo, o plano é continuar assim mesmo quando retornar ao trabalho, planeja ordenhar e congelar o leite no trabalho para suprir o bebê no período que ela estará fora.

b. À vida pessoal

- Ela não cogitou deixar o trabalho, mantém o plano de retornar ao término da licença.

5. Adaptação ao bebê real

- Parece ter facilidade para identificar e atender as demandas do bebê. Durante a entrevista o bebê começou a ficar inquieto, ela pediu uma pausa, fez uma conversinha com ele e lhe deu o peito, só então continuamos.

6.7.3 Categorias analíticas – M3 – Núcleo 7 Ariel e João

1. Aspectos fantasmáticos:

a. Em relação aos pais

- O pai diz que as coisas mudaram quando ela voltou ao trabalho, pois ele ficou com a responsabilidade de trocá-lo de manhã e leva-lo para a casa dos avôs, explica que isso os aproximou mais.
- Sobre o que teriam feito diferente o pai fala sobre o tempo em que o bebê ficou na cama do casal (quase quatro meses), ela discorda e diz que faria novamente porque foi mais cômodo para ela, que estava operada.

- O marido comenta sobre o medo exagerado dela em relação a contaminações, ele diz que é complicado mediar essas situações. Ela se incomoda com as pessoas que desejam pegar ou beijar o filho, isso torna-se ainda mais complicado quando acontece com a mãe dele.

b. Em relação ao bebê

- A mãe tem muito medo de alguém contaminar o bebê com as mãos sujas ou com beijos.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- O pai diz que conseguiu que ela colocasse o bebê no berço após muita insistência e destaca que foi difícil, ela retruca com certo cuidado, mas deixa escapar um tom magoado “Difícil por quê? Era eu quem acordava.”
- A pergunta sobre se ela é a mesma de antes traz à tona uma avalanche de emoções, explica que não é mais a mesma, deixou de ser perfeccionista no trabalho, diz ter outro foco, não quer perder a saúde no trabalho, diz que mudou muita coisa.
- Quando faço a mesma pergunta ao marido ele diz que está aí o problema: “eu continuo jogando bola, gosto de sair para tomar a minha cerveja...”
- Ela comenta que a bola não é o problema, mas que depois do jogo tem sempre um churrasco e ele acaba passando todo o domingo fora, quando chega o filho já está dormindo.
- Ele reconhece que precisa melhorar em relação ao horário e não tem nenhuma queixa dela.
- Eles retomaram a vida sexual, mas ela diz que as mágoas ainda atrapalham um pouco.

b. Familiar

- Os avôs maternos assumiram os cuidados com o bebê durante todo o dia enquanto os pais do bebê estão trabalhando; o irmão dela também colabora cuidando dos bebês.
- A família dela parece respeitar as decisões do casal acerca do bebê.

c. Institucional

3. Pontos de fragilidades

- A primeira fragilidade ao retornar ao trabalho foi quando sua mãe precisou ir ao médico. Ela cogitou ir junto com a mãe e o filho e seguir para o trabalho com um pouco de atraso, mas era muito cedo, estava muito frio, e optaram por deixá-lo com o avô; ela chora ao relatar o episódio.

4. Planejamento x execução quanto:

a. Ao bebê

- A contratação da funcionária para ajudar a avó cuidar dos bebês não aconteceu, mas planejam colocá-lo na escolinha quando ele começar a andar.
- Não há consenso entre os pais sobre a escolinha, ele fala em colocar o filho em turno diferente do outro bebê, já ela rebate e diz que será no mesmo turno para dar alívio a sua mãe.
- Atualmente é o pai quem chega antes e busca o filho na casa dos avôs. Ela faz isso apenas no dia em que o marido vai ao futebol.

- Ela segue com o aleitamento materno exclusivo, dá o peito de manhã e à noite, no trabalho faz a ordenha e congela o leite para ele tomar durante o dia.
- O bebê já tem rituais e preferências para dormir.

b. À vida pessoal

- Ela disse ter se sentido tranquila e segura para retornar ao trabalho pelo fato de o filho ter ficado sob os cuidados dos avós.
- Não retomaram atividades de lazer com a família, ele segue com o futebol e o encontro com os amigos, ela, porém, não se sente à vontade nem para ir com o bebê ao *shopping*.

5. Adaptação ao bebê real

- O bebê passou a acordar apenas uma vez a noite. Ela diz que ficou mais fácil pô-lo no berço.
- O pai assumiu a tarefa de trocá-lo, levá-lo e buscá-lo na casa dos avós.
- Ela não consegue levar o filho em lugares com grande circulação de pessoas.
- Ela parece sempre muito atenta as demandas do bebê, conversa e interage com ele.

6.7.4 Relatório de evolução das categorias analíticas – núcleo 7 – Ariel e João

1. Aspectos fantasmáticos:

a. Em relação aos pais

- Ela acreditava que teria dificuldade para engravidar, tal como sua irmã e tia que precisaram fazer tratamento, mas ficou surpresa com a gestação que não foi planejada, porém, desejada.
- Ela presenciou o exame de ultrassonografia da irmã quando ela recebeu a notícia de que o feto havia morrido, isso a deixava tensa a cada exame que fazia durante sua gestação.
- Ao retornarem para casa com o bebê, colocaram-no para dormir em um suporte ao lado da cama do casal; depois o passaram para um redutor de berço no meio deles. Quando o bebê fez um mês o esposo foi para o sofá da sala; período que coincidiu com o retorno dele ao trabalho; estava descontente com a situação e pedia para colocá-lo no berço, ao que ela respondia “mas, *tadinho*, ele é tão pequenininho para dormir sozinho no berço, eu falei que a gente pode colocar ele de volta no Moisés ao lado da cama para ver se ele acostuma!” O Bebê foi para o berço próximo de completar quatro meses. Esse foi um ponto de discordância; o pai teria feito diferente, já ela diz que teria repetido isso por ser mais cômodo para ela que estava operada.
- É o marido quem aponta o medo exagerado da esposa em relação a contaminações, sente-se pressionado quando alguém, especialmente sua mãe, quer pegar o bebê e ele precisa mediar a situação. Antes do nascimento ela havia falado sobre o receio que tinha disso acontecer.
- Ela diz que o marido demorou muito para dar o primeiro banho no filho, mas reconhece que tende a criticar exageradamente o modo como ele age com o bebê.
- O marido só começou a participar da rotina da criança quando ela retornou ao trabalho, neste momento ele ficou responsável por trocá-lo de manhã e levá-lo à casa dos avós; no fim da tarde é ele também quem busca, ele reconhece que só então pode se aproximar mais do filho.

b. Em relação ao bebê

- Ela teve um sonho em que teve dois meninos, acredita que o sexo de seu filho foi antecipado para ela nesse sonho, o nome escolhido também apareceu no sonho.
- Ambos ficaram contentes com a chegada de um menino, porém, o comentário dele “depois a gente tenta uma menina” a fez pensar que essa seria sua preferência.
- Ela previa que ele seria agitado. Baseou-se nos fortes movimentos dele em seu ventre e em sua personalidade quando criança. Esperava que o filho não fosse passivo como o pai.
- A mãe descreveu sua primeira impressão em relação ao bebê “eu achei que ele não parecia com ninguém porque ele veio tão branquinho, tão branquinho”, mas não demorou a perceber que o filho era bem parecido com ela, informação confirmada por mim. (Os pais são pardos)
- A mãe parece evitar o contato do filho com outras pessoas, evita ambientes movimentados antes frequentados por ela e não gosta que as pessoas peguem e, menos ainda, beije seu filho, o marido se incomoda e interpreta como sendo exagerado seu medo de contaminação.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- Ela se queixou durante a gestação por ele não estar atento e disponível em situações em que ela poderia precisar dele, em uma situação particular que mencionou foi preciso recorrer ao pai dela pelo fato de ele estar inacessível; sua indignação era porque estava no fim da gestação e poderia ser uma emergência com o bebê.
- Ele pegou férias para estar presente no momento inicial com o bebê, mas ela diz que não ajudou muito por ele não saber trocar o bebê.
- Após três meses eles não haviam retomado a vida sexual, não houve nem uma única relação, ela justifica que não tinha vontade. Na última entrevista, sete meses após o parto eles já haviam retomado a vida sexual, porém ela disse que as mágoas ainda a atrapalhavam. Foi o marido quem insistiu para tirar o filho da cama do casal.
- Sobre a questão se eles continuam a mesma pessoa de antes, a entrevistada reage com muita emoção e diz que não é a mesma pessoa, que deixou de ser perfeccionista no trabalho e que valoriza outras coisas. Já o marido diz que esse é problema “eu continuo jogando bola, gosto de sair para tomar minha cerveja...”. Ela diz não se importar com o futebol, mas com o fato dele passar todo o domingo fora de casa, ele reconhece que precisa melhorar a esse respeito.

b. Familiar

- A família dela esteve muito presente com os preparativos para a chegada do bebê, a sogra participou um pouco quando ela deu abertura. Com a chegada do bebê a avó materna ficou à disposição na casa do casal durante os dez primeiros dias. Quando ela retornou ao trabalho deixou o filho sob os cuidados dos avôs que também cuidam do primeiro neto, que é apenas sete meses mais velho que o filho do casal.

c. Institucional

- O casal não fez queixas quanto à equipe médica, contam que foram muito bem acolhidos e atendidos, a única queixa foi em relação a espera no pré-parto, esse período durou cinco horas e teria sido gerador de muita ansiedade, ela explicou que é um ambiente onde tem outras mulheres com dor, além disso, o marido demorou muito para ser autorizado a entrar.

3. Pontos de fragilidade

- Ela estava muito fragilizada na primeira entrevista, emocionava-se com assuntos que aparentemente não se justificavam. Ao final da entrevista pediu espaço para falar sobre a angústia que sentia por ter visto, às escondidas, um exame do irmão que apontava uma contaminação pelo vírus HIV. Ela é farmacêutica, se culpava por não o ter orientado, ao mesmo tempo não sabia se seria prudente falar com ele para poder orientá-lo sobre o tratamento. Conversamos longamente sobre o assunto e no segundo momento ela me disse que havia decidido não invadir o espaço dele e preferiu esperar que ele decida se quer ou não falar sobre isso, mas falou sobre a preocupação com a irmã que apresentava alguns sintomas de pânico.
- Ela apresentou a imaturidade do marido e a sensação de que não podia contar com ele como um ponto de fragilidade para ela.
- Após o nascimento do bebê essa fragilidade apareceu quando precisou deixar o filho com o avô por algumas horas para que sua mãe fosse ao médico; ficou muito emocionada ao relatar esse episódio.

4. Planejamento x execução quanto:

a. Ao bebê

- O plano era deixar o bebê sob os cuidados da avó materna quando a entrevistada retornasse ao trabalho. Essa avó já cuidava do outro neto, filho da irmã da entrevistada, que é sete meses mais velho, a avó tem o apoio do marido que é aposentado. Tal como programado, o bebê ficou com os avós para que a entrevistada voltasse ao trabalho após a licença-maternidade.
- Ela e a irmã planejaram contratar uma ajudante para auxiliar sua mãe com os dois bebês, entretanto não o fizeram e agora o plano é contar com uma escola assim que seu bebê começar a andar.
- Não há consenso entre o casal em relação ao período em que o bebê vai ficar na escola. O marido diz que gostaria que fosse em turno alternado em relação ao priminho, já a esposa afirma que será no mesmo turno para dar alívio a sua mãe.
- Ela optou por aleitamento materno exclusivo, e antes de retornar ao trabalho planejava continuar dessa maneira, ela sabia que teria que ordenhar o leite no trabalho. Ao retornar adotou a rotina de ordenhar e congelar o leite no trabalho, além de amamentá-lo de manhã e à noite em casa.

b. À vida pessoal

- Deixar o trabalho nunca foi uma opção para ela, entretanto, se abstém de quase tudo o que se refere à vida social, mesmo um passeio no shopping, algo costumeiro entre o casal, ainda não o fizeram em função do receio dela em frequentar lugares movimentados com o bebê.
- O esposo segue com suas atividades de lazer tais como futebol e churrasco com os amigos.

5. Adaptação ao bebê real

- Ela parece muito atenta e identificada com as necessidades do bebê, ele parece reagir com inquietação ao estado mais angustiado da mãe durante o discurso. Ela fez pausas durante as entrevistas para amamentá-lo, mas antes de iniciar fazia uma conversinha com ele para acalmá-lo, ele observava atento sua mãe falando e por vezes interagia.
- A entrada do pai em relação aos cuidados e a rotina do bebê se deu efetivamente apenas quando a mãe retornou ao trabalho. Ele disse que isso os aproximou.

6. Considerações sobre o IRDI

No momento 2 o bebê estava com três meses e seis dias, foram avaliados os indicadores do 1 ao 5. No momento 3 ele estava com sete meses e foram avaliados os indicadores do 6 ao 13.

Aos três meses a rotina ainda não estava bem estabelecida, o pai, apesar de contrariado, dormia no sofá desde que o filho completou um mês. Ele só conseguiu retornar para a cama do casal quando o filho estava com quatro meses. Com o retorno da mãe ao trabalho, o pai assumiu mais responsabilidades nos cuidados com o filho. A criança dispõe de boa saúde.

Todos os indicadores estavam presentes, exceto o 12 e o 13 que não foram verificados, a interação entre mãe e filho é facilmente observável nos dois encontros, ela se dirige a ele com uma linguagem afetiva, faz pausas, observa-o e atende suas demandas. Enquanto relatava a rotina do filho para mim se dirigia a ele com pequenas observações. A criança responde com vivacidade às brincadeiras e reagiu com nítida inquietação durante os momentos em que o diálogo entre o casal tomou uma conotação tensa.

6.8 Identificação das categorias analíticas – Núcleo 8 (Alice e Wagner)

6.8.1 Categorias analíticas M1 – Núcleo 8 Alice e Wagner

1. Aspectos fantasmáticos prévios

a. Em relação aos pais

- Ela tinha medo de não conseguir engravidar por ter ovários policísticos.
- A gravidez aconteceu sem planejamento; estavam cuidando dos preparativos para a festa de casamento que seria em setembro de 2018, mas precisaram antecipá-la para fevereiro.
- A festa foi antecipada; já o apartamento não foi entregue a tempo e precisaram alugar uma casa, foi preciso desistir da lua de mel.
- Ela faz uma reflexão sobre sua postura rebelde no início da adolescência e sugere arrependimento; explica que poderia ter engravidado aos treze anos e teria sido muito ruim para todos. Ao mesmo tempo em que admite ter cometido erros, conclui que não quer ser como seus pais; eles proibiam tudo e acredita que isso pode ter sido pior.
- Ela se sentiu um pouco desanimada por causa de seu peso, engordou um pouco a mais na Páscoa e tem receio de como vai ficar seu corpo depois do parto.

b. Em relação ao bebê

- O sexo do bebê foi anunciado primeiramente como sendo uma menina, o médico falou em setenta e cinco por cento de chance baseado na ultrassonografia. O pai não escondeu a decepção, pois queria muito um menino, quando estava quase convencido pela esposa acerca das vantagens de ter uma menina, a confusão foi desfeita, e agora estão seguros de que é um menino. Ela também preferia menino por ter muitas meninas na família.
- Ela acredita que seu filho será calmo; baseia-se nos movimentos da barriga, mas também no modo de ser dela e do esposo que também são calmos. Fisicamente, ela o imagina parecido com ela, primeiro porque dizem que menino puxa à mãe, mas talvez porque seu marido não tenha fotos de infância, daí não consegue imaginar.
- O nome do bebê foi escolhido pelo pai, que se baseou na escolha de um de seus ídolos do futebol; ele escolheu o mesmo nome que o jogador escolheu para seu filho.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- Ela considera o marido a primeira pessoa a quem recorre diante de uma necessidade. Diz se esforçar para oferecer o mesmo apoio a ele, porém, reconhece que, diante de sua tristeza com a necessidade de antecipar os planos em função da gravidez, acabou exigindo muito dele, que precisou segurar sozinho sua instabilidade.

b. Familiar

- A família é evangélica e, apesar da decepção (sic), os pais dela aceitaram relativamente bem a gestação, porém, a avó e uma tia mantiveram-se resistentes em falar com ela por um período.
- Ela relaciona a estabilidade financeira e sua dedicação como pontos de necessidade do bebê.

c. Institucional

- Ela trabalha no mesmo hospital em que faz o acompanhamento pré-natal e por isso tem informações e segurança nos médicos que escolheu para acompanhá-la.

3. Pontos de fragilidade

- A mudança nos planos gerada pela gestação não planejada trouxe uma fragilidade emocional, decepção, problemas burocráticos e familiares, isso a desestabilizou.

4. Planejamento quanto:

a. Ao bebê

- Ela planeja oferecer uma educação um pouco diferente da que recebeu de seus pais, quer ser menos restritiva com seu filho, pois eles proibiam tudo.
- O planejamento é deixar o bebê com a avó materna no início, quando retornar ao trabalho após a licença maternidade. A escolinha está nos planos, porém, um pouco mais à frente.

b. À vida pessoal

- Ela desconsidera totalmente a possibilidade de parar de trabalhar para ficar com o filho, justifica que a mulher precisa ser independente.
- Ela sonha com um emprego melhor, mas sabe que precisará voltar para o mesmo.
- Ela tem claro que deseja se diferenciar do modelo de relação que sua irmã estabelece com seu cunhado; segundo ela, de dependência. Também quer se diferenciar do modelo de mãe que sua mãe construiu, em sua opinião ela não se impunha, tinha dificuldade de sustentar limites diante da insistência das filhas.
- Ela diz saber que não existe mãe perfeita, mas quer construir seu próprio jeito de cuidar.

6.8.2 Categorias analíticas M2 – Núcleo 8 Alice e Wagner

1. Aspectos fantasmáticos:

a. Em relação aos pais

- Ambos se queixam do cansaço. Ela, que se considera calma, se viu estressada pelo esgotamento. Ele se preocupa porque trabalha numa função onde existe risco de acidente e precisa descansar para garantir a concentração, entretanto, não consegue dormir o suficiente.
- Ambos mostraram arrependimento em relação à escolha do parto cesariano. Ela diz que foi influenciada pelo médico, pelas pessoas ao seu redor e por sua ansiedade em ver o bebê, mas acredita que “o normal é o natural da vida, mas só agora estou entendendo isso, no próximo parto eu vou esperar mais, isso eu faria sim diferente!”.
- Não houve intercorrência no parto, que foi descrito por ambos como uma experiência bonita e emocionante, entretanto, o esposo ficou um pouco impressionado com os movimentos bruscos presentes no parto, assim como com o porte da cirurgia.
- Ela chorou muito durante os primeiros quarenta dias, período em que sua mãe esteve presente na casa; sentia que deveria ser melhor, que não estava fazendo as coisas direito, mesmo que sua mãe validasse suas decisões, atualmente, porém, reflete que fez o seu melhor.

b. Em relação ao bebê

- Ela o considera um bebê calmo, tal como previu, mas acredita que ele está entrando numa fase “chatinha”, provavelmente por causa dos dentes que estão prestes a nascer.
- Em relação à primeira impressão sobre o bebê, ela diz: “achei ele lindo, maravilhoso”. Diz que achou a boca, o olhar e o nariz parecidos com o seu, mas o esposo intervém e diz que noventa por cento das pessoas o acham parecido com ele, contou em tom de confissão.
- O pai falou de uma preocupação que apareceu em relação ao primeiro exame do pezinho; fizeram uma versão mais completa do exame e o hormônio da tireoide já havia normalizado. Além disso, ficou atento aos batimentos cardíacos da esposa durante o parto; isso o preocupava.
- Ainda durante a gestação ele chegou a perguntar ao médico que fez o exame de ultrassom se o filho tinha algum traço de síndrome de Down, isso o preocupava porque ela havia tomado uma medicação dermatológica que contraindicava a gestação; embora já fizesse um ano, não havia muito consenso entre os médicos sobre a janela de segurança para engravidar após o uso. Ele disse que ficou tranquilo com a primeira visão do filho porque percebeu que “ele era perfeitinho, vi os bracinhos”.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- Para ela, o marido continua sendo seu principal ponto de apoio; ela diz que ele tem sido bom pai e bom marido.
- Ele fica reflexivo com a pergunta sobre as dificuldades da paternidade. Ela toma a palavra e inicia uma sequência de confissões, diz que exige muito dele, que pede para ele pegar o bebê para ela na madrugada quando sabe que sua licença maternidade é para isso. Pergunto se ele se sente “abusado” em relação a isso; ele diz “um pouco”. Ela vai ficando muito constrangida e diz: “daí o coitado que trabalha o dia inteiro fica sem dormir”. Pergunto, então, se ela também não trabalha o dia todo com o bebê. Ela muda completamente o tom e diz que tenta explicar isso: “eu troco dez fraldas por dia, amamento toda hora, sinto que com o leite ele suga toda a minha energia, eu fico mesmo muito cansada”. Em seguida, diz que o discurso sobre “a licença maternidade ser para isso” é dele. Ele reconhece timidamente que isso tudo é mais trabalhoso que a atividade na empresa.

b. Familiar

- A mãe dela esteve presente para ajudá-los no momento inicial quando voltaram do hospital.
- Ela diz sentir falta de um pouco de ajuda da família, ele discorda e diz “essa é uma obrigação nossa”, ela reflete e concorda.

c. Institucional

- Ela conta que foi muito bem acolhida e atendida pela equipe médica, mas se queixou do tempo de espera em jejum. Chegou às 6h no hospital, o parto seria às 8h, só aconteceu às 13h e só pôde se alimentar após as 19h. Ela ficou contrariada ao ver mulheres que chegaram depois dela, realizarem o parto antes.

3. Pontos de fragilidades

- Ela foi tomada por grande insegurança no período pós-parto. Chorou durante quarenta dias.
- Houve um episódio no quinto dia de vida do bebê, era provavelmente o segundo dia em casa com os pais quando ele se engasgou com o leite e chegou a aspirar um pouco pelo nariz. Eles se desesperaram e correram para o hospital sem tirar o pijama, ela desceu vários lances de escada com os pontos da cesárea. Depois refletiram que foi falta de experiência e desespero, pois o bebê já chegou bem ao hospital.
- A distribuição de tarefas e o cansaço de ambos parece representar um ponto de fragilidade.

4. Planejamento x execução quanto:

a. Ao bebê

- O período inicial parece ter sido bem desgastante fisicamente para ambos.
- Eles sentem dificuldade em estabelecer uma rotina com o bebê, pois o pai trabalha em três turnos alternados, isso muda demais a rotina da casa.
- Ela segue uma orientação que viu no *youtube* de não embalar o bebê para dormir, coloca-o no berço e faz uns carinhos para ele dormir.
- Quando o marido trabalha no período noturno, ela o coloca para dormir com ela; ela fala que isso pode se complicar; o esposo demonstra sutilmente discordar da permanência desse hábito.

b. À vida pessoal

- Ela concentra a maior parte das tarefas em relação ao bebê.
- Voltar a trabalhar após a licença maternidade é parte dos planos dela. Chegaram a cogitar a pausa de um ano para ficar com o bebê, mas ela pensou nas dificuldades do mercado de trabalho e no sentimento de tédio que sente em casa e convenceu-se de que voltar é a melhor opção.
- O plano é deixar com a avó materna da criança; ela não consegue pensar em outra alternativa em que confie, “talvez uma escola com câmera onde eu possa vê-lo, mas ainda prefiro minha mãe”. Essa decisão parece ser de comum acordo; ele fala do desejo da avó de ter um neto, completa que antes de ela engravidar eles já contavam com essa ajuda.

5. Adaptação ao bebê real

- Diferentemente do que ela observou com a maioria dos bebês que estavam na maternidade, seu bebê não teve dificuldade em fazer a pega para a amamentação.

6.8.3 Categorias analíticas M3 – Núcleo 8 Alice e Wagner

1. Aspectos fantasmáticos:

a. Em relação aos pais

- Ela fala sobre as dificuldades em relação ao seu retorno ao trabalho, fala também sobre o desejo e a impossibilidade de parar de trabalhar por um ano para cuidar do filho. O marido toma a palavra e reafirma a impossibilidade em função da decisão deles de reformar o apartamento.
- Ela se queixa por não ter visto o primeiro passo do filho pois estava no trabalho.
- “Nunca me senti tão cansada, estressada e ao mesmo tempo tão feliz”.
- Ele chega em casa às 15h no atual turno de trabalho, ela e o bebê chegam apenas às 18h, quando ela busca o filho na casa da avó. Ele diz ter um tempinho de repouso nesse intervalo. Pergunto se ele não fica a sós com o filho; eles dizem que houve uma situação na qual foi necessário porque a avó precisou sair, mas ela diz que, apesar de ele ser muito cuidadoso com o filho, não consegue cumprir toda a rotina do bebê que inclui a fruta, o leite, o almoço, o banho e o sono: “parece que para ele é só dar leite”.
- Ela reflete que não é a mesma pessoa de antes da maternidade, sente-se mais responsável “é diferente, tudo o que eu faço é pensando nele”. Diz ter perdido um pouco da vaidade, entretanto explica que além da falta de tempo, prefere gastar o dinheiro com o bebê em vez disso.
- A maternidade a tornou mais compreensiva e amorosa com sua própria mãe.
- No caso dele, a paternidade deu um sentido diferente ao trabalho e uma necessidade de ser mais cuidadoso consigo no trânsito e no ambiente de trabalho.

b. Em relação ao bebê

- Ambos falam com júbilo sobre o desenvolvimento e a saúde do bebê, a avaliação pediátrica é bem positiva sobre isso. Eles acreditam que em parte essa saúde se deve ao fato de a criança não frequentar berçário.
- O pai sente que a criança demanda a presença dos pais e diz que ele não é uma criança que gosta de ficar sozinha.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- Eles dividem as tarefas, mas ela continua com a sobrecarga. Ela disse que a vida a dois está prejudicada, ele confirmou.
- Ela diz sentir falta de andar de mãos dadas, as bolsas e o bebê os impedem. Gostaria de assistir a um filme abraçadinhos.
- Ele sente falta de sexo e diz que isso o deixa “pilhado”; explica que era até mais fácil quando o bebê era mais novinho, mas agora estaria ficando mais difícil.

b. Familiar

- A avó materna fica com a responsabilidade de cuidar do bebê durante a semana, ela conta com a ajuda de seu marido, porém eles dizem que este não a ajuda muito.

c. Institucional

- Ainda não contam com instituição escolar.

3. Pontos de fragilidades

- Ela diz precisar de oito horas de sono para se sentir bem; entretanto, tem dormido apenas cinco horas, sente-se muito esgotada por isso.
- Ele se queixa das contas, depois diz que tudo está difícil, para comer, para sair..., ela completa “a vida a dois”, e ele confirma.
- O excesso de tarefas e a falta de tempo para o casal tem trazido dificuldades para a vida conjugal.

4. Planejamento x execução quanto:

a. Ao bebê

- É a avó materna quem cuida do bebê enquanto ela está no trabalho, tal como previsto durante a gestação.
- Colocam o bebê para dormir em outro quarto, mas sentem a necessidade de buscá-lo no meio da noite.
- O bebê segue com mamadeira e aleitamento materno só a noite, está quase parando.
- Ela prepara as papinhas aos finais de semana e deixa com sua mãe para dar ao filho. O esposo optaria por papinhas prontas para facilitar o trabalho dela, mas ela não aceita.
- Para dormir, o bebê segue o ritual de banho seguido de mamadeira na cama.

b. À vida pessoal

- Tal como havia previsto, ela sente falta da rotina de trabalho; não do trabalho especificamente, mas da rotina de sair de casa; sente-se “agoniada” de ficar muito em casa.
- Ela volta a dizer que gostaria de parar de trabalhar durante um ano para cuidar do filho, porém, diz saber que não pode porque eles decidiram juntos que iriam fazer a reforma do apartamento. Pegaram as chaves recentemente, deixaram a casa de aluguel e estão morando com os pais dela para poderem finalizar o apartamento. Ele toma a palavra e reafirma que não tem como ela parar de trabalhar.
- Eles tinham o hábito de frequentar bares com música ambiente, entretanto não conseguiram mais após o nascimento do bebê, pois como contam com a ajuda da avó materna durante a semana, e não seria possível contar com ela também aos finais de semana. O lazer da família se resume a alguns poucos passeios ao *shopping*.

5. Adaptação ao bebê real

- O retorno ao trabalho trouxe a ela algumas frustrações, conta em tom queixoso o fato de não ter visto o primeiro passo do filho.
- O casal ainda tem dificuldades para equilibrar demandas do bebê e necessidades do casal.

6.8.4 Relatório de evolução das categorias analíticas – Núcleo 8 Alice e Wagner

1. Aspectos fantasmáticos:

a. Em relação aos pais

- Ela temia não conseguir engravidar pelo fato de ter ovários policísticos, mas o casal foi surpreendido por uma gestação em meio aos preparativos para a festa de casamento. A festa precisou ser antecipada em sete meses, o apartamento não ficou pronto, precisaram alugar uma casa e, por fim, desistiram da viagem de lua de mel. As expectativas em relação à conjugalidade que fora atravessada pela experiência da parentalidade parecem ter sido abaladas; ambos se queixam do excesso de tarefas e da falta de tempo para poder aproveitar juntos.
- No início da gestação ela estava reflexiva sobre sua rebeldia enquanto filha; concluiu que por sorte não engravidou aos treze anos. Ao mesmo tempo em que se mostrava arrependida, dizia que o excesso de proibição de seus pais pode ter sido pior e, por isso, deseja como mãe agir bem diferente a esse respeito. Oito meses após o nascimento do seu filho, tinha a impressão de que a maternidade a tornou mais compreensiva e amorosa com sua própria mãe.
- Ele também se percebe diferente, diz que a paternidade trouxe um sentido diferente ao seu trabalho, além de uma postura mais cuidadosa consigo mesmo no trânsito e no ambiente de trabalho por pensar que o filho precisa dele.
- “Nunca me senti tão cansada, estressada e ao mesmo tempo tão feliz”.
- O cansaço e o excesso de tarefas após o nascimento do bebê são queixas de ambos, entretanto, ela parece concentrar a maior parte das tarefas em relação ao bebê, assim como das responsabilidades. Na última entrevista, o bebê estava com oito meses e o pai ainda não conseguia ficar a sós com o filho e cumprir sua rotina de cuidados; mesmo quando chegava mais cedo do trabalho o filho permanecia com a avó até a esposa buscá-lo após o seu expediente.
- Ambos demonstraram arrependimento com a escolha do parto cesariano; essa queixa estava bem presente na entrevista após o parto, mas desapareceu completamente após alguns meses.
- Ao sair do hospital, foi tomada por grande insegurança quanto a suas decisões em relação ao bebê; sentia que estava fazendo tudo errado; chorou durante quarenta dias. Na tentativa de ajudá-la a se sentir melhor, sua mãe validava as decisões quanto ao bebê, mas não era suficiente. Na última entrevista disse que fez seu melhor, ainda que não achasse isso na época.

b. Em relação ao bebê

- O sexo do bebê foi identificado de maneira equivocada no primeiro exame de ultrassom, o médico falou em setenta e cinco por cento de chance de ser uma menina. O pai não escondeu a decepção, queria um menino para jogar futebol com ele; ela se esforçou para convencê-lo das vantagens de ter uma menina; quando estava quase conseguindo, veio a confirmação de que seu bebê era na verdade um menino. Ela disse também preferir um menino porque na família tem muitas meninas. O pai escolheu para seu bebê o mesmo nome do filho de seu ídolo do futebol.
- Baseada nos movimentos fetais e no modo de ser tranquilo dela e do esposo, ela acreditava que seu filho seria calmo. Após o nascimento essa impressão se confirmou.
- Ela acreditava que o filho se pareceria com ela. Sobre a primeira impressão acerca do bebê disse “achei ele lindo, maravilhoso”, diz que achou a boca, o olhar e o nariz parecidos com o

seu. Já o marido faz uma intervenção em tom de confissão e diz que noventa por cento das pessoas acham o bebê parecido com ele.

- Somente o pai trouxe uma inquietação sobre a saúde do bebê que o acompanhou durante a gestação e o parto. Ele chegou a perguntar ao médico durante um exame se o filho tinha algum traço de síndrome de Down; sua preocupação era em função de uma medicação dermatológica que a esposa tomou antes da gestação e que poderia interferir na formação do feto. Durante o parto ficou obsessivamente ligado ao aparelho que controlava os batimentos cardíacos da esposa. Com relação ao bebê ficou tranquilo ao ver que era “perfeitinho”, mas houve uma preocupação adicional após o exame do pezinho, mas fizeram uma versão mais detalhada do exame e na segunda vez o hormônio da tireoide já havia normalizado.
- No terceiro momento de entrevista o júbilo do casal ao falar sobre o desenvolvimento do bebê fica visível. A avaliação pediátrica é bem positiva, o pai fala orgulhoso sobre o fato de o bebê não ter nem mesmo uma simples congestão nasal.
- O pai supõe que seu filho demanda a presença dos pais, diz que ele não é uma criança que gosta de ficar sozinha.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- Em todas as entrevistas ela mantém o discurso de que o marido é seu principal ponto de apoio, Na primeira entrevista, sente-se um pouco mal por pensar que ele ficou sobrecarregado com sua instabilidade diante da gestação não planejada. Na segunda, após dizer diante dele que ele é bom pai e bom marido, antes que ele falasse sobre sua impressão das dificuldades com a paternidade ela inicia uma sequência de confissões em tom de constrangimento; conta que pede ajuda dele durante a madrugada para pegar o bebê, “mas eu sei que minha licença maternidade é para isso”; pergunto se ele encara isso como abuso e ele confirma que “um pouco”. O constrangimento vai aumentando e ela confessa: “daí o coitado que trabalha o dia inteiro fica sem dormir”. Diante do mal-estar que ela expressava ao admitir isso, pergunto se o que ela faz o dia todo com o bebê não seria também trabalho. Ela escuta e muda completamente o tom. Diz que tenta explicar a ele: “eu troco dez fraldas por dia, amamento toda hora, sinto que com o leite ele suga toda a minha energia, eu fico mesmo muito cansada”. Em seguida, ela se encoraja a dizer que o discurso sobre “a licença maternidade ser para isso” é dele. Ele reconhece timidamente que isso tudo é mais trabalhoso que sua atividade na empresa.
- Eles dividem as tarefas, mas ela parece concentrar mais responsabilidades. Ela fala sobre a vida a dois estar prejudicada, ele confirma.
- Ela sente falta de andar de mãos dadas e assistir a um filme abraçadinhos. Ele se queixa da falta de sexo, diz que isso o deixa “pilhado”, sente que era um pouco mais fácil quando o bebê era bem novinho, atualmente tem ficado um pouco mais complicado.

b. Familiar

- A família dela é religiosa e por isso houve um pouco de contrariedade em relação à gestação antes do casamento; entretanto, sua mãe sempre a apoiou, esteve presente nos primeiros dias em que ela retornou do hospital e assumiu a responsabilidade pelos cuidados do bebê enquanto ela está no trabalho; o pai dela é citado como alguém que não colabora muito. A família do esposo não aparece no discurso deles.

c. Institucional

- Durante o pré-natal teve a chance de escolher o médico de acordo com recomendações e afinidade, pois faz o acompanhamento no mesmo hospital em que trabalha e conhece a equipe.
- Com relação ao parto, ambos sentem que foram muito bem atendidos, mas ela se queixou do longo tempo de espera no pré-operatório e do jejum prolongado. Chegou no hospital às seis da manhã, o parto estava programado para as oito, entretanto só aconteceu às treze. A alimentação foi liberada após as dezenove horas do mesmo dia.
- A família não conta com apoio de instituição escolar até o momento.

3. Pontos de fragilidades

- A gravidez não planejada em meio aos preparativos para a festa de casamento trouxe bastante frustração e uma instabilidade emocional a ela.
- Os primeiros quarenta dias após o parto foram emocionalmente muito complexos para ela, que experimentou muita insegurança quanto ao que fazia com o bebê e chorou muito neste período.
- Logo no segundo dia em que o bebê estava em casa com eles, houve um episódio de engasgo, eles correram para o hospital de pijama, ela precisou descer vários lances de escada com os pontos da cesariana, depois concluíram que foi desespero e falta de experiência, pois o bebê já chegou bem ao hospital.
- Após o nascimento do bebê, as queixas em relação ao cansaço e as horas insuficientes de sono tomaram grande parte do discurso deles.

4. Planejamento x execução quanto:

a. Ao bebê

- Ela planeja dar ao filho uma educação um pouco diferenciada daquela que recebeu de seus pais, que considera muito restritivos, proibiam quase tudo, porém, ao mesmo tempo sua mãe tinha dificuldade em se impor e fazer valer suas regras. Embora haja essa crítica, a criança foi confiada a essa avó para ser cuidada durante todo o dia desde que ela retornou ao trabalho. Isso já estava nos planos do casal durante a gravidez.
- A rotina de trabalho do pai dividida em três turnos impõe dificuldades, segundo o casal, para estabelecer uma rotina com o bebê.

b. À vida pessoal

- Inicialmente ela dizia que parar de trabalhar para ficar com o filho não seria jamais uma opção viável. Após o parto refletiu e disse que chegaram a cogitar a possibilidade de ela parar de trabalhar durante um ano para cuidar dele. Já na última entrevista disse que gostaria muito de parar por um ano, mas sabia que não poderia porque tinham decidido reformar o apartamento e a soma das rendas era importante. Ele toma a palavra e reafirma a impossibilidade de a esposa parar de trabalhar nesse contexto.
- Ela estava inquieta com o ganho de peso durante a gestação, mas diz ter perdido um pouco da vaidade após o nascimento do filho, não só por falta de tempo, mas também porque prefere gastar seu dinheiro com ele a gastar consigo.
- Eles tinham o hábito de frequentar bares com música ambiente, entretanto não conseguiram mais fazer isso após o nascimento do bebê.

5. Adaptação ao bebê real

- O bebê fica sob os cuidados da avó materna durante o dia, tal como planejaram. Havia uma ideia de contar com escolinha em algum momento, mas não voltaram a falar sobre isso.
- Para a rotina de sono do bebê ela tenta seguir uma orientação que viu no *youtube* sobre não pegar o bebê no colo; tenta fazê-lo dormir no berço, mas o deixa dormir na cama do casal quando o marido está trabalhando durante a noite.
- Mostra-se bem chateada quando perde alguma estreia no desenvolvimento do filho, contou com pesar o fato de não ter sido a vê-lo dar os primeiros passos.

6. Considerações sobre o IRDI

No momento dois o bebê tinha quatro meses e foram avaliados os indicadores do 1 ao 13. No momento três o bebê tinha oito meses e foram avaliados os indicadores do 14 ao 20.

O bebê já tem uma rotina estabelecida, entretanto, atualmente estão em uma situação atípica, morando temporariamente na casa dos pais da entrevistada até que o apartamento fique pronto, isso modificou um pouco o padrão da criança. O bebê dorme no berço e vai para a cama do casal quando acorda durante a noite. Ele dispõe de boa saúde.

Observamos a ausência de um único indicador (19. a criança possui objetos prediletos) presente no eixo “alternância presença/ausência”. De modo geral observamos uma riqueza de interação de ambas as partes.

6.9 Identificação das categorias analíticas M1 – Núcleo 9 (Jussara e Rinaldo)

6.9.1 Categorias analítica M1 – Núcleo 9 Jussara e Rinaldo

1. Aspectos fantasmáticos prévios

a. Em relação aos pais

- O primeiro ponto que aparece de forma espontânea é o desejo intenso por uma menina. Ela não sabia o sexo do bebê, mas sentia e queria que fosse uma menina. Ela teve uma filha aos dezesseis anos, mas deixou a casa do casal quando a filha tinha dois anos porque sofria agressões do marido: “é como se não tivesse, porque ela mora com o pai” pai e a avó paterna. Explica que não teve condições de levar a filha para a casa de sua mãe, onde foi acolhida, e atualmente a filha evita o contato com a mãe, que acredita que a criança foi manipulada pelos adultos, “por isso eu peço a Deus que seja uma menina”.
- A gestação foi planejada, mas ambos achavam que ela não poderia mais engravidar, tentaram durante um ano e meio, e ela conta que foram muitos testes negativos. O marido teve dificuldade em acreditar, a certeza só veio com o exame de sangue.
- Ela acredita que o parto será cesariano porque teve complicações nos pontos do seu segundo parto e isso seria impeditivo para o parto normal. A cesariana é sua preferência.

b. Em relação ao bebê

- Havia uma forte expectativa que fosse uma menina.
- Demonstra tranquilidade em relação a gestação e a saúde do bebê.

- Ela sonhou com a “filha”, bem branquinha com cabelos pretos como o filho, depois disse que se puxar à mãe será calma.
- Houve um pouco de estranhamento com a aparência do segundo filho; ela é loira e o menino nasceu com o cabelo bem preto; explica que sua primeira filha era bem ruiva. Outro ponto de estranhamento foi a agitação do menino, pois não imaginava que seria tão diferente dela.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- Ela diz sentir-se apoiada pelo marido, mas faz uma expressão facial que contraria um pouco a resposta afirmativa. Pontua isso e ela me explica que ele trabalha das 8h às 20h e por isso não tem como ajudar muito, ela fala em tom de brincadeira que dá uns gritos, mas ele faz o possível.

b. Familiar

- A mãe é a primeira pessoa a quem recorre diante de uma emergência. O pai é distante, ele a abandonou quando ela tinha cinco anos; esse tema a emociona.
- A família do esposo não é muito presente.
- O filho de seis anos ficou muito enciumado com a notícia da gravidez, chegou a chorar, mas já está se adaptando. A filha de oito anos soube pelo pai que a mãe espera um bebê, mas elas ainda não se falaram.

c. Institucional

- Ela não se queixa dos profissionais que a acompanham no pré-natal realizado na UBS, mas receia a fama do hospital onde fará o parto (mesmo hospital em que as mulheres do grupo de alto risco fazem o acompanhamento). Ela soube que eles não atendem muito bem as mulheres e as deixam sentindo dor.
- Sua principal queixa é em relação a demora na realização dos exames, estava com uma ultrassonografia que fez na rede particular, pois a espera seria de seis meses.

3. Pontos de fragilidade

- O distanciamento da filha mais velha parece ser o ponto mais delicado; ele demonstra um sentimento de impotência total frente à recusa da menina em vir visitá-la.
- O marido ausenta-se durante muitas horas em função do trabalho, ela parece concentrar um volume maior de responsabilidades com o filho, a casa e o trabalho, embora demonstre um pouco de contrariedade, parece ter aceitado a situação.

4. Planejamento quanto:

a. Ao bebê

- Ela espera ter condições referindo-se ao aspecto financeiro.
- Quer ficar em casa para poder curtir o bebê que sente ser uma menina.

b. A vida pessoal

- Ela planeja parar de trabalhar quando o bebê nascer, explica que está trabalhando há dois anos e vai querer curtir o bebê. Pensa que seu outro filho também é pequeno e precisa dela, atualmente ela o deixa às 11h na casa da tia, que o leva e busca na escola enquanto ela está trabalhando, mas entende que com dois filhos fica inviável.
- Ela tentou retomar o supletivo, mas desistiu porque sua mãe não podia ficar todos os dias com o seu filho porque trabalhava, embora atualmente esteja desempregada.

6.9.2 Categorias analíticas M2 – Núcleo 9 Jussara e Rinaldo

1. Aspectos fantasmáticos:

a. Em relação aos pais

- Houve dificuldade em falar do fazer maternal, pois estava muito magoada com a prisão do marido. Tudo o que eu perguntava sobre os momentos iniciais com o bebê ela dizia que não teve problemas, é como se tudo tivesse ficado pequeno diante do que ela está vivendo.
- Sobre a pergunta se ela está sendo a mãe que imaginou que seria, ela diz que “no começo sim, agora tenho um pouco de desgosto”, e conta que teve dificuldade para cuidar do bebê logo que aconteceu a prisão do marido: “meu leite secou e não conseguia dar banho no bebê”.
- Ela estava ficando deitada, sem abrir a janela, daí sua mãe começou a ajudá-la. Ela explica que isso ainda acontece, tem medo da família da vítima fazer mal a ela ou a seus filhos.

b. Em relação ao bebê

- A mãe disse que o bebê reagiu ao afastamento abrupto do pai, ele não queria mamar. Ela deu a mesma explicação para o comportamento embotado do filho de seis anos que estava presente.
- Ela demorou um pouco a responder sobre como foi sua primeira impressão ao ver o bebê; ficou alguns segundos em contemplação jubilosa até responder calmamente “ahh não sei.... ele é meu grude né”. Insisto um pouco mais, e ela responde “não foi o que imaginei”. Como assim, insisto, ela diz: “o rosto!”, mas sua expressão jubilosa era tão clara que não me contive e acabei traduzindo em palavras: “você quis dizer que não o imaginava tão lindo?”. Ela consente sorrindo e completa: “os olhos dele”. O bebê mostra-se atento a nossa conversa e me dirijo a ele em tom manhês: “mamãe não sabia que eu era tão lindo assim”. Ele reage com entusiasmo. Então você ficou encantada? Ela diz pausadamente e com um sorriso no rosto “eu fiquei a-pai-xo-na-da”, mas imediatamente muda o tom para corrigir o filho mais velho que se movimentava na cadeira ao lado quase atrapalhando a conversa.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- Ela interpreta o acontecido como um abandono, “ele me abandonou quando eu mais precisei”.
- O casal aguardou o resguardo de quarenta dias e retomaram normalmente a vida sexual.

b. Familiar

- Atualmente, com a ausência forçada do marido, conta com a ajuda de sua mãe.
- A família do marido não a ajuda.

c. Institucional

- Ela não se queixou do hospital, mas falou da fama ruim que o hospital tem de não atender bem as mulheres.
- A longa espera pelo parto normal e o jejum prolongado foram os pontos ruins. Ela ficou uma noite inteira em trabalho de parto, chegou a nove dedos de dilatação, mas, diante da dificuldade, optaram pela cesariana.

3. Pontos de fragilidades

- A decepção com a prisão do marido é o grande fator de fragilidade do momento. Ela parece ter deprimido, teve dificuldades em cuidar das crianças e está muito preocupada com a insegura financeira.

4. Planejamento x execução quanto:

a. Ao bebê

- Ela planejava e esperava uma menina, mas parece ter acolhido sem grandes dificuldades o menino.
- Ela diz ter sido muito atenciosa até o episódio da prisão do marido, depois teve dificuldade em dar continuidade aos cuidados do bebê com o mesmo nível de atenção.
- Assim que possível ela vai tentar uma vaga na creche para deixar o bebê.
- O bebê não come muito, mas mama muito bem no peito. Ela gosta de amamentar e não planeja parar.

b. A vida pessoal

- Ela tem contado com a ajuda de sua mãe para atravessar o momento emocional difícil.
- O sustento da família vem da parcela do seguro-desemprego do marido, mas ela está insegura quanto ao futuro. (Dei orientações sobre o auxílio reclusão, mas ela estava relutante em abrir essa informação para a técnica de referência da UBS que é quem poderia dar informações burocráticas mais precisas sobre o auxílio)
- Ela já começou a procurar um trabalho, pois “eles dependem de mim agora”.

5. Adaptação ao bebê real

- Infelizmente a informação sobre a aceitação do sexo do bebê não foi abordada, mas parecia claro que não houve dificuldades, dado o júbilo com que ela olhava e falava sobre o bebê.
- Ela parece encarar sem grandes dificuldades a rotina e os cuidados em relação aos filhos.
- A amamentação é prazerosa para ambos.
- A prisão do marido aconteceu há dois meses, o bebê estava com cinco meses, deste momento em diante ela teve dificuldade em cuidar dele, o leite quase secou, o filho reagiu com febre. A ajuda de sua mãe neste momento foi muito importante.

6.9.3 Relatório de evolução das categorias analíticas – Núcleo 9 Jussara e filhos

1. Aspectos fantasmáticos:

a. Em relação aos pais

- O primeiro ponto que aparece de forma espontânea é o desejo intenso por uma menina, ela não sabia o sexo do bebê, mas sentia e queria que fosse uma menina. Ela teve uma filha aos dezesseis anos, mas deixou a casa do casal quando a filha tinha dois anos porque sofria agressões do marido “é como se não tivesse porque ela mora com o pai”. A criança ficou com o pai e a avó paterna, explica que não teve condições de levar a filha para a casa de sua mãe onde foi acolhida. Atualmente a filha evita o contato com a mãe, ela acredita que foi manipulada pelos adultos “por isso eu peço a Deus que seja uma menina”.
- Ela não mencionou na segunda entrevista o momento em que descobriu que seu filho era na verdade um menino, mas aparentemente não houve dificuldade na aceitação. É importante salientar que o filho é uma criança muito bonita, ela não conseguia esconder o júbilo no olhar e o modo como se dirigia a ele dava a impressão de uma mãe apaixonada.
- A filha mais velha também não foi mencionada no segundo momento.
- A prisão do marido torna-se a temática da entrevista, ela está muito triste e decepcionada com ele.
- O parto foi cesariano como ela havia previsto, porém passou a noite em trabalho de parto tentando o parto normal, disse ter sofrido muito com a dor.
- Sobre a questão se ela estava sendo a mãe que imaginou que seria, ela responde que “no começo sim, agora tenho um pouco de desgosto”.
- Logo na sequência da prisão ela teve uma queda emocional, ficava deitada, sem abrir as janelas, tinha dificuldade em dar banho no bebê, conta que até o leite secou, foi quando sua mãe percebeu e começou a ajudá-la.
- O filho mais velho ficou enciumado quando soube da gravidez, chegou a chorar. Durante as entrevistas ele ouviu que “ele veio de enxerido”, pois ela não havia planejado a gestação, fazia apenas duas semanas que conhecia seu pai (atual esposo). Teve também o comentário sobre sua aparência ao nascer que, embora não tenha sido claro, sugeria certa decepção.

b. Em relação ao bebê

- A pergunta sobre como ela reagiu quando descobriu que seu filho não era a tão esperada menina lamentavelmente não foi feita, imagino que o encantamento dela em relação ao bebê entorpeceu minha memória em relação a isso. Ela estava triste, sem muita disposição para falar, mas quando se referia ao bebê o semblante mudava, era puro júbilo.
- Ela teve um sonho com a “filha”; a partir daí fez uma imagem em relação à aparência dela. Conta que ficou um pouco surpresa com a aparência do outro filho dela e sugere certa decepção: ela é loira e se surpreendeu com o cabelo preto do filho, a sua primeira filha nasceu ruiva.
- Ela demorou um pouco a responder sobre como foi sua primeira impressão ao ver o bebê, ficou alguns segundos em contemplação jubilosa até responder calmamente “ahh não sei... ele é meu grude né”. Insisto um pouco mais, e ela responde “não foi o que imaginei”. Como assim, insisto, ela diz: “o rosto!”, mas sua expressão jubilosa era tão clara que não me contive e acabei traduzindo em palavras: “você quis dizer que não o imaginava tão lindo?”, ela consente sorrindo e completa “os olhos dele”. O bebê mostra-se atento a nossa conversa e me dirijo a ele em tom manhês: “mamãe não sabia que eu era tão lindo assim”. Ele reage com entusiasmo. Então você ficou encantada? Ela diz pausadamente e com um sorriso no rosto “eu fiquei a-pai-xo-na-da”, mas imediatamente muda o tom para corrigir o filho mais velho que se movimentava na cadeira ao lado, quase atrapalhando a conversa.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- Durante a gestação dizia se sentir apoiada pelo marido, mas ainda neste período, ao afirmar isso, sugere uma contrariedade com a expressão. Pontuo, e ela explica que ele fica muitas horas fora em função do trabalho e não consegue ajudar muito, mas disse que ele fazia o possível. Atualmente, porém, ela interpreta o ocorrido em relação a prisão como um abandono “ele me abandonou quando eu mais precisei”.
- Eles haviam retomado a vida sexual logo após a quarentena sugerida pelo médico.

b. Familiar

- A mãe dela já era a primeira pessoa em quem ela pensava diante de uma emergência durante a gestação, atualmente, com a ausência forçada do marido, ela é seu único ponto de apoio.
- O pai a abandonou quando ela tinha 5 anos; trata-se de um tema delicado para ela. A família do marido não oferece ajuda.

c. Institucional

- Ela mostrou-se satisfeita com os profissionais do acompanhamento pré-natal feito na UBS, mas receava a fama do hospital em que faria o parto, ouviu dizer que eles não atendiam muito bem as mulheres e as deixavam sentindo dor.
- Quanto ao pré-natal, a única queixa foi com a demora na realização dos exames, inclusive acabou fazendo na rede particular, pois a previsão de espera para uma ultrassonografia era de seis meses.
- A previsão dela em relação à dor no pré-parto infelizmente se cumpriu, ela passou a noite toda em trabalho de parto até decidirem pela cesárea.
- A longa espera na sala de pré-parto e o jejum prolongado foram as principais queixas.

3. Pontos de fragilidades

- Durante a gestação, o distanciamento da filha mais velha parece ter sido o ponto mais delicado, ela demonstrava um sentimento de impotência total frente à recusa da menina em vir visitá-la.
- Após o parto, a decepção com a prisão do marido é o grande fator de fragilidade. Ela parece ter deprimido, teve dificuldades em cuidar das crianças e está muito preocupada com a insegurança financeira.

4. Planejamento x execução quanto:**a. Ao bebê**

- Essa gestação foi muito esperada, ela planejava parar de trabalhar para poder cuidar dos filhos por um tempo, mas a realidade da prisão do esposo impôs outros rumos.
- Ela parece ter acolhido bem o fato de o filho ser um menino, diz ter cuidado muito bem dele até a prisão do esposo, depois disso tem enfrentado dificuldades do ponto de vista emocional.
- Vai tentar uma vaga na creche para deixar o bebê.
- Ela não teve problemas com o início da amamentação, atualmente ele continua mamando muito bem, ela sente prazer em amamentá-lo.

b. À vida pessoal

- O plano era ficar em casa para cuidar dos filhos, mas tudo mudou e ela já está enviando currículos.
- Ela conta atualmente com a parcela do seguro-desemprego do marido, mas sabe que isso não vai durar muito.
- Orientei-a sobre o auxílio reclusão, mas ela estava relutante em abrir essa informação sobre o marido para a técnica de referência da UBS que é quem poderia lhe informar os caminhos burocráticos, ela estava constrangida.

5. Adaptação ao bebê real

- Aparentemente não houve dificuldade no processo de aceitação do sexo do bebê.
- Ela parece encarar sem grandes dificuldades a rotina e os cuidados em relação aos dois filhos.
- A amamentação é prazerosa para ambos.
- A prisão do marido aconteceu há dois meses, o bebê estava com cinco meses; desse momento em diante ela teve dificuldade em cuidar dele, o leite quase secou, o filho reagiu com febre. A ajuda de sua mãe nesse momento foi muito importante.

6. Considerações sobre o IRDI

No momento 2 o bebê estava com 6 meses, e foram avaliados os indicadores de 1 a 13.

O bebê já tem uma rotina estabelecida, entretanto, após a prisão do marido, ela teve um pouco de dificuldade em oferecer os cuidados ao bebê, mas recebeu ajuda de sua mãe e conseguiu restabelecer os cuidados com os filhos. O bebê dispõe de boa saúde.

Todos os indicadores estavam presentes, exceto o 9 e o 10 que não foram verificados. A mãe demonstra-se muito jubilosa em relação ao filho, este reage com vivacidade às minhas brincadeiras e especialmente às de sua mãe, o bebê convocava insistentemente a atenção do irmão que se mostrava triste durante a entrevista.

6.10 Identificação das categorias analíticas – Núcleo 10 (Luana e Théo)

6.10.1 Categorias analíticas M1 – Núcleo 10 Luana e Théo

1. Aspectos fantasmáticos prévios

a. Em relação aos pais

- A gravidez não foi planejada, ela diz que nunca quis ter filhos, mas a oportunidade de trabalho trouxe a possibilidade de curtir a gestação, tinha receio da vulnerabilidade econômica.
- O discurso sobre não querer filhos era sustentado com duas justificativas: a primeira em função da dificuldade financeira que seus pais passaram quando os filhos eram pequenos, lembra-se de pensar que se fossem somente os pais, eles não sofreriam tanto, desde pequena

sentia-se mal por não trabalhar, queria muito ajudá-los a minimizar a preocupação com as despesas.

- A segunda razão eram as palavras frequentemente repetidas pelos pais diante dos conflitos provocados pelos filhos. Diziam, então, que eles que “pagariam” com os próprios filhos e que era muito difícil ter filhos. A gestante guardou um medo de ter filhos, como se um filho representasse vulnerabilidade econômica e fonte de expiação para os erros cometidos por ela.
- Sonhou tendo um parto normal; na experiência do sonho foi rápido e tranquilo, mas tem preferência pelo parto cesariano pelo fato de poder programar a data e por ser menos dolorido; no entanto, o pré-natal sugere que será parto normal.
- Ela relata muitos medos com relação ao parto, mostrou-se impactada por uma frase utilizada pelos antigos: “o parto é um pé na cova e outro fora”; foi categórica ao dizer que tem medo de falecer. Justifica que participa de grupos de gestantes e as vê voltando vivas do parto e isso a tem acalmado, pensa que esse medo foi potencializado pela notícia de uma parente distante de seu pai que faleceu recentemente no parto, e também pelo fato de a sogra ter lhe contado que teve pré-eclâmpsia na gestação de sua última filha que também veio a falecer.

b. Em relação ao bebê

- A preferência de ambos era por um menino; ela fala com desenvoltura e tranquilidade como foram se acostumando com o fato de ser uma menina, convenceram-se de que é melhor assim, pois o pai deu muito trabalho à sua mãe e talvez uma menina seja mais fácil de criar.
- Não consegue imaginar como será sua filha fisicamente, acredita que se for parecida com ela será muito emocional e não vê isso como positivo. Preocupa-se com o fato de a filha ser uma menina, tem receio de ela sofrer com as dores, a menstruação; segue dizendo que se preocupa com o *bullying* e relata que sofreu muito com isso na escola.
- Em conversa com o marido eles disseram que desejam que a filha seja bonita para não sofrer tudo que sofreram, o marido disse a ela que quer criar uma menina forte para enfrentar as dificuldades da vida. Perguntei a ela o que havia passado na escola, contou sobre os apelidos e as brincadeiras com sua aparência (testa e olhos); em seguida fala sobre ser negra, explica que não adianta mascarar “isso dificulta”.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- Atualmente pode dizer que se sente apoiada pelo esposo, mas explica que não foi sempre assim; no momento sente apoio e segurança nele. Ele já foi usuário de drogas, chegou a ficar na rua por um período, isso ainda a preocupa.

b. Familiar

- A família é apontada como seu principal porto seguro, recebe apoio tanto de sua família, como da família do esposo.

c. Institucional

- Ela iniciou o pré-natal na rede pública e no final da gestação seu marido conseguiu um emprego que lhe proporcionou um convênio médico particular. Está satisfeita com o obstetra e especialmente com a possibilidade de fazer exames com mais agilidade, pois esse era o grande problema do SUS em sua opinião.

3. Pontos de fragilidade

- A vulnerabilidade econômica era o aspecto que mais a preocupava; a partir do momento em que conseguiu a vaga de professora, a experiência da gestação pode ser vivida com mais prazer e perspectiva de futuro. O seu marido também conseguiu um emprego durante a gestação.
- O medo do parto associado ao medo de morrer ou de perder o bebê parece ser a preocupação mais latente mencionada por ela.

4. Planejamento quanto:

a. Ao bebê

- Ela pessoalmente não tem restrições a creches, mas conta que a tradição da família diz que a criança só pode ir para a escola quando for capaz de falar.
- Ainda não combinou com o marido, mas acredita que ficará com a criança durante o dia e talvez precise pedir ajuda da sogra para ficar com a filha à tarde até o esposo chegar em casa, pois ela trabalha à noite.
- Preocupam-se com a possibilidade de a filha sofrer *bullying*, seja pela aparência, seja por ser negra; o pai diz que quer criar uma menina forte.

b. A vida pessoal

- Ela não hesita sobre a decisão de retomar sua vida profissional após o período de licença maternidade, está muito contente com essa oportunidade de trabalho.

6.10.2 Categorias analíticas – Núcleo 10 M2 Luana e Théo

1. Aspectos fantasmáticos:

a. Em relação aos pais

- Quando deu entrada no hospital em trabalho de parto, foi questionada pela enfermeira sobre a preferência quanto ao tipo de parto. Ela respondeu que gostaria de ter uma cesariana, porém, a enfermeira disse que o parto normal seria mais simples e seguiu com o plano.
- O pai, que estava paramentado na sala ao lado, sentiu que tinham esquecido dele, tentou entrar no centro cirúrgico e foi impedido pelo enfermeiro. Quando foi chamado, sua filha já havia nascido e recebia os primeiros cuidados da equipe, eles não conseguiram ver muito bem a bebê, não houve contato pele a pele com a mãe.
- Ordens e correções da enfermeira sobre seu modo de respirar e fazer força a deixaram tensa, mas essa tensão foi aliviada com a chegada do médico que tomou um tom mais doce na conversa com ela, e também colocou uma música no centro cirúrgico para melhorar o ambiente.
- A fala do enfermeiro que condicionava a capacidade de ela fazer força para evitar que a bebê entrasse em “sofrimento fetal” foi para ela desesperador, começou a sentir medo deles optarem pelo parto a fórceps.
- Ela responde sem hesitação que acredita estar sendo a mãe que imaginou, diz que tinha muito medo, mas sente que está fazendo bem feito, completa que sempre recebe elogio do pediatra.

- O pai também responde afirmativamente à questão sobre estar sendo o pai que imaginou, porém, meio hesitante, acrescenta que a sua ausência durante muitas horas do dia é um problema. O pai contou que foi o primeiro a trocar a fralda da filha, ainda no hospital.

b. Em relação ao bebê

- A mãe relata com pesar não ter sentido a alegria que imaginava ao ver a filha em função do esgotamento físico que sentiu. Só foi receber a bebê duas horas depois; nesse intervalo ficou apreensiva com a impressão de que a bebê era “feinha”, mas ao recebê-la emocionou-se demais e se surpreendeu: “como minha filha é linda”.
- O pai perdeu o instante do nascimento e, ao entrar no centro cirúrgico, a única coisa que conseguiu notar nos instantes em que a bebê passou em sua frente foi que tinha “um beicão grandão”. Fala em tom de brincadeira que isso seria decisivo para não confundir com outro bebê, havia uma preocupação em guardar a imagem para o caso de haver alguma confusão entre bebês.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- Ela é enfática ao afirmar o quanto se sente apoiada pelo marido, a diferença que faz quando ele consegue chegar um pouco mais cedo e aos finais de semana: “a melhor coisa é ter alguém parceiro assim”. Ele parece ter gostado de ouvi-la falando dele e completa: “é que eu gosto de ficar em casa, eu só saio as vezes para jogar um futebolzinho, mas eu gosto de ficar com elas”.
- Ele também diz se sentir compreendido por ela, reconhece que tem ficado nervoso por não conseguir dormir e ela o compreende, mas completa que “às vezes ela é chata”.
- A mãe trocava a bebê durante a pergunta sobre se eles retomaram a vida sexual, o esposo hesitou um pouco e disse que retomaram mais ou menos. Questiono se seria pelo fato de a bebê estar na cama com eles, ele diz que é mais pelo fato de a bebê ser muito nervosa e chorar muito, reflete e conclui que falta tempo. Fico na dúvida se houve a retomada ou não; ele confirma que sim, mas que nesses quatro meses daria para contar nos dedos de uma mão quantas vezes conseguiram transar. Eles aguardaram os quarenta dias para ter a primeira relação.

b. Familiar

- O esposo toma a palavra para dizer que não sente falta da ajuda externa porque se incomoda com palpites e intromissão, “eu prefiro sofrer um pouco, mas fazer do nosso jeito”. Ela intervém e diz “também penso igual a ele”, entretanto, eles planejam contar com a ajuda da avó paterna da criança quando ela voltar ao trabalho.

c. Institucional

- Sobre a experiência com a equipe médica e o hospital, ela disse que teve um enfermeiro que provocou um pouco de tensão, mas todo o restante da equipe foi muito acolhedora. O pai ficou bem chateado de ter perdido o momento do nascimento, mas não se queixou porque sentiu que o tratamento para com sua esposa estava sendo bom e acabou por compensar a frustração.

3. Pontos de fragilidades

- O apego exagerado da filha em relação à mãe é descrito por ela como a maior dificuldade do momento. A bebê resiste às tentativas de intervenção do pai. Ele explica que só consegue pegá-la aos finais de semana quando a filha acorda na sua presença.
- Para o pai a maior dificuldade tem sido a privação do sono, passar a noite em claro é para ele muito desgastante.

4. Planejamento x execução quanto:

a. Ao bebê

- Sobre a possibilidade de deixar a criança na creche ela diz “eu mudei, lembra que eu falei que não teria problema em deixa-la na creche, de jeito nenhum, não tenho coragem”. O pai interfere e diz que não cogita deixar a filha em uma creche antes de ela aprender a falar. Intervenho em tom de brincadeira: “espera aí que essa história de não ir para a creche antes de falar eu conheço, era coisa da família dela, mas você também pegou para você?” Ele responde sorrindo que sempre pensou assim, a esposa sorri e diz que ele foi orientado pela sogra. Eles demonstram tomar decisões democraticamente.

b. A vida pessoal

- Ela deve retornar ao trabalho em dois meses, o plano é ficar com a filha durante o dia, à tarde a sogra vem a sua casa para ficar com a bebê até o pai chegar no fim da tarde; durante a noite ele assume os cuidados da filha até a esposa retornar do trabalho.
- Ele tem ficado mais em casa, mas retomou o futebol com os amigos. Quanto ao trabalho, segue com a mesma rotina de antes.

5. Adaptação ao bebê real

- Ainda sentem dificuldade com o processo de adaptação e construção de uma rotina. A bebê é descrita por eles sendo nervosa e agitada; ainda não conseguiram estabelecer uma rotina de sono boa para todos, a bebê acorda durante a noite e tende a dormir melhor durante o dia.
- Ela teve dificuldade com a amamentação, sentiu a necessidade de inserir uma mamadeira, pois a mama secava e a bebê continuava chorando de fome.

6.10.3 Relatório de evolução das categorias analíticas – Núcleo 10 Luana e Théo

1. Aspectos fantasmáticos:

a. Em relação aos pais

- A vulnerabilidade econômica tornou-se para ela, desde pequena, um entrave que a impedia de sonhar com a possibilidade de ter um filho. Ela não queria ter filhos e tinha duas justificativas principais para essa decisão: A primeira diz respeito a uma lembrança de sua infância; era frequente o pensamento de que se os pais não tivessem filhos e fossem só os dois, não passariam por tantas dificuldades; desde muito cedo desejava trabalhar para aliviar o “peso” que seus pais carregavam. O segundo ponto era uma espécie de “praga” que sua mãe rogava nos filhos: dizia que quando ela e seus irmãos tivessem os próprios filhos pagariam por tudo de ruim que faziam, e só assim compreenderiam como é difícil ter filhos. Na vida adulta, quando ela dizia que essa era uma das razões para não querer filhos, sua mãe negava essa percepção e, ao contrário, dizia que os filhos eram uma benção! Ela sentia medo de ter

filhos; como se um filho representasse vulnerabilidade econômica e fosse fonte de expiação para os erros cometidos por ela.

- Ela teve parto normal, tal como antecipado em um sonho durante a gestação, mas diferente do que ela gostaria. A enfermeira chegou a questioná-la sobre seu desejo, mas não atendeu ao pedido pelo parto cesariano.
- O medo de morrer no parto era um fantasma presente em seu discurso e endossado por histórias como a de uma parente distante que morreu no parto, assim como da pré-eclâmpsia da sogra que resultou na morte do bebê que ela esperava. Além disso tinha a frase, segundo ela dos antigos, que dizia que “o parto é um pé dentro e outro fora da cova”.
- A rispidez da enfermeira ao tentar coordenar sua respiração durante o trabalho de parto parece ter acionado uma tensão importante que só foi aliviada pelo médico ao mudar o tom das ordens, ele também colocou uma música que ajudou a mudar o clima.
- A fala do enfermeiro que condicionava a capacidade dela de fazer força ao bem-estar da bebê a deixou em pânico; ele dizia que ela devia fazer força para evitar que a bebê entrasse em “sofrimento fetal”, e essa palavra foi para ela desesperadora.
- Ela parece ter uma boa impressão de seu papel como mãe; os elogios do pediatra foram fundamentais. O pai também sugere uma visão positiva de si, entretanto, é mais hesitante, pois acredita que passa muito tempo longe da criança e isso atrapalha um pouco.

b. Em relação ao bebê

- A preferência de ambos era por um menino; havia todo um receio quanto às fragilidades que uma mulher pobre, possivelmente não tão bela e negra poderia sofrer. Tais receios foram sendo expostos aos poucos durante a entrevista, mas falaram com desenvoltura e clareza sobre essa preferência e sobre o processo de aceitação quando souberam que era uma menina. Em resumo: eles se convenceram de que uma menina seria melhor porque o pai – que é homem – teria dado muito trabalho (problema com drogas) e talvez uma menina seja mais fácil, ou seja, o percurso da mãe projetado na filha talvez seja preferível ao percurso do pai projetado em um filho.
- Ela não conseguia imaginar como seria sua filha fisicamente, mas fala dos receios pelo fato de ser uma menina; tem medo de que ela sofra com as dores, com a menstruação e com o *bullying*, já que ela sofreu muito com isso na escola.
- Ela mencionou uma conversa que teve com o marido durante a gestação; desejavam que a filha fosse bonita para não passar o que eles passaram na escola, ela mencionou apelidos e brincadeiras que as crianças faziam com sua aparência. Essa tensão foi reativada na sala de parto; não conseguiram ver muito bem a criança e a primeira visão que ela teve da filha foi obliterada pelo esgotamento dela e toda a movimentação em torno da bebê; foi muito rápido e ela ficou com a impressão de que a filha era “feinha”.
- O pai perdeu o momento do parto e também viu sua filha nesse contexto agitado, o que o marcou foi o “beijão grandão” da menina que seria, inclusive, o ponto de memorização que ele conseguiu para garantir que não trocariam sua filha por outro bebê.
- A mãe teve essa impressão da menina “feinha” desfeita ao receber a filha depois de duas horas, diz ter se emocionado e disse com surpresa “como minha filha é linda”.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- Durante a gestação, ela disse que estava se sentindo apoiada pelo marido, e explicou que não foi sempre assim. Após o nascimento da filha, porém, ela trouxe com bastante entusiasmo o quanto fazia diferença a presença e a participação dele em relação aos cuidados da filha “a

melhor coisa é ter alguém parceiro assim”. Ele parece ter gostado de ouvi-la falar sobre sua importância e completou “é que eu gosto de ficar em casa, eu só saio às vezes para jogar um futebolzinho, mas eu gosto de ficar com elas”.

- Ele também diz sentir-se apoiado por ela, mas acrescenta que às vezes ela é chata.
- Eles retomaram a vida sexual após a quarentena sugerida pelo médico, entretanto, pelo que diz o marido, foram pouquíssimas as oportunidades que tiveram para se relacionar; ele atribui a dificuldade ao temperamento da bebê, que é nervosa e chora muito.

b. Familiar

- A família dela é descrita como mais afetiva, porém a família dele, assim como a dela, oferecem apoio diante de alguma necessidade. A avó paterna foi convocada para ajudar com a bebê quando a entrevistada voltar ao trabalho.

c. Institucional

- Ela iniciou o pré-natal no SUS e no fim da gestação o emprego do esposo lhe proporcionou um convênio médico particular; ela estava satisfeita com o médico do SUS, mas a agilidade na realização dos exames no particular foi para ela incomparavelmente melhor.
- Sobre a experiência com a equipe médica e o hospital ela disse que teve um enfermeiro que provocou um pouco de tensão, mas todo o restante da equipe foi muito acolhedora.
- O pai ficou bem chateado por ter perdido o momento do nascimento; eles o impediram de entrar e quando o chamaram já era tarde, mas não se queixou no dia porque sentiu que o tratamento para com sua esposa estava sendo bom e acabou por compensar a frustração.

3. Pontos de fragilidades

- Eles apontam fragilidades diferentes em cada momento. No início, a vulnerabilidade econômica a impedia até mesmo de sonhar com a possibilidade de ter um filho; durante a gestação, foi convocada por um concurso que havia prestado – isso mudou completamente o cenário; depois, o esposo conseguiu um emprego e trouxe ainda mais segurança para a família.
- O medo de sentir dor no parto, ao lado do medo de morrer nessa situação, estavam bem presentes em seu discurso.
- Após o nascimento, é o apego exagerado da filha em relação à mãe que é apontado por ela como o ponto mais complicado do momento; a bebê resiste às intervenções do pai. Ele explica que só consegue pegá-la no final de semana quando ela acorda já em sua presença.
- A privação do sono durante a noite tem sido o ponto mais difícil para o pai; ainda não puderam fixar uma rotina em que a criança durma a noite e fique mais desperta durante o dia.

4. Planejamento x execução quanto:

a. Ao bebê

- Durante a gestação, dizia que apesar de sua família ser contra uma criança ir à escola antes de saber falar. Ela própria não tinha restrição alguma quanto a isso, mas, após o nascimento, isso mudou completamente, e agora diz não ter coragem de deixá-la na creche de jeito nenhum.
- O esposo, que não estava presente na primeira entrevista e não ouviu o relato dela sobre a criança ter que falar antes de ir à escola, repete exatamente a mesma coisa. Faça uma

brincadeira e digo que essa regra vem da família dela, mas ele diz que também sempre pensou assim.

- Ela ainda não voltou a trabalhar, mas permanece com o mesmo plano do período da gestação; ela pretende ficar com a criança durante o dia e à tarde vai contar com a ajuda da sogra para ficar com a filha até o esposo chegar em casa, pois ela trabalha a noite.

b. À vida pessoal

- Deixar o trabalho para cuidar da filha nunca foi uma possibilidade para ela, que viu nessa oportunidade de trabalho uma segurança para criar sua filha. Ela está a dois meses do retorno e já planejou toda a rotina em relação a ela e à bebê para o período em que estará fora.
- O marido vai assumir os cuidados da bebê no período que vai do fim da tarde até a noite quando a esposa retorna do trabalho. Ele já retomou algumas atividades sociais como o futebol.

5. Adaptação ao bebê real

- Antes do nascimento, a aparência da criança os preocupava; havia um receio de a filha sofrer *bullying*, seja pela aparência, seja por ser negra, o pai diz que quer criar uma menina forte.
- A primeira impressão que a mãe teve da criança, ainda na sala de parto, foi de que ela era “feinha”, mas disse que isso se desfez quando a filha retornou e ela pode olhar com mais calma, “como minha filha é linda”, exclamou.
- O pai também esbarra nessa percepção quando se apegou ao fato de a criança ter “um beijão grandão”. Ele fala sobre a primeira visão, que durou poucos segundos enquanto eles prestavam os primeiros cuidados à bebê.
- Ela imaginava que a filha poderia ser “mole” emocionalmente, tal como ela, entretanto a bebê é descrita por ambos como nervosa e agitada.
- Eles tiveram dificuldade com a amamentação, o sono noturno ainda é um desafio a superar, além disso o pai enfrenta dificuldade para acessar a filha, que resiste a suas tentativas de intervenção.

6. Considerações sobre o IRDI

No momento 2 a bebê estava com 3 meses e 27 dias; foram avaliados os indicadores 1 a 5.

A bebê é descrita como nervosa, isso tem tornado a construção de uma rotina um pouco mais difícil, ela dorme na cama com o casal. A criança dispõe de boa saúde, teve um pouco de dificuldade para ganhar peso, ainda tem cólicas e dificuldade para dormir a noite.

Todos os indicadores estavam presentes e mostraram uma interação satisfatória. A mãe tem facilidade em decifrar as demandas da criança. Foi o pai quem falou em tom manhês com ela.

6.11 Identificação das categorias analíticas – Núcleo 11 (Thamires e Neto)

6.11.1 Categorias analíticas M1 – Núcleo 11 Thamires e Neto

1. Aspectos fantasmáticos prévios

a. Em relação aos pais

- Ambos queriam ter um filho desde o casamento há três anos, porém ela estava convencida e conformada de que não poderia ter um bebê: tinha 27 cistos nos ovários e sua médica sugeriu que talvez fosse necessária uma fertilização. Diante dessa informação se viu sem esperanças porque não tinham condições financeiras para tal procedimento, ela inclusive se recusou a tomar o remédio receitado pela médica para não criar falsas esperanças.
- O marido, porém, não se conformou com a negativa e, sem ela saber, dava a ela a medicação diariamente; dizia que era para prevenir as dores de cabeça que ela tinha com frequência.
- A dúvida sobre a gestação surgiu com o mal-estar matinal, ele teve dificuldade em acreditar mesmo diante do teste positivo; ela começou a entender o que acontecia ao ver a enfermeira da UBS preencher seu cartão do pré-natal “neste momento comecei a tremer e a chorar”.
- Ela fez uma surpresa para contar ao marido sobre a gestação, colocou sapatinhos de bebê e o teste positivo dentro da boleira, ela ofereceu a ele um pedaço de bolo logo quando ele chegou do trabalho. Ela relata esse momento com detalhes e quando me dirijo a ele para saber como se sentiu, ele estava emocionado com lágrimas nos olhos.
- Ela diz que ainda sente muito medo, falou sobre um sangramento que teve no dia anterior e do medo que sente de não sobreviver no parto, mas reflete que talvez seja porque vê muitos vídeos sobre o assunto que a deixam impressionada.
- Ela prefere parto cesariano, reconhece que a recuperação seria bem melhor se fosse parto normal, mas tem muito medo. Admite que tem visto vídeos de partos bons e ruins; o marido conta que ela via vídeos de acidentes de moto quando eles compraram uma moto.

b. Em relação ao bebê

- O bebê foi planejado, mas sua chegada foi uma surpresa, pois ela acreditava ter problemas para engravidar.
- O primeiro exame de ultrassom foi precedido de muita ansiedade e pensamentos negativos. A explicação inicial do médico sobre as imagens também gerou apreensão, mas depois perceberam que estava tudo bem e sentiram muita emoção ao ouvirem os batimentos cardíacos.
- Pergunto se eles imaginam a carinha do bebê. O marido responde instantaneamente que sim, “eu fico imaginando e dando risada... toda vez... eu estou trabalhando e fico pensando e, quando vejo, estou dando risada encantado”. Ele diz ter uma imagem, mas não a descreveu.
- Ela também diz conseguir imaginar; diz querer que o bebê tenha seus olhos. Ela brinca, “mas uma coisa eu já sei, vai vir com a cabecinha grande não é vida?”. Ele leva na esportiva a insinuação de que ele tem a cabeça grande e diz: “então é bom fazer cesárea mesmo”.
- Ambos apostam numa personalidade mais agitada da criança com base na agitação do casal, mas acreditam que isso pode ser bem diferente do que imaginam.
- Ela acredita que o bebê vai precisar de “muito amor e carinho, coisa que a gente não teve”. Ela se emociona bastante ao falar da dificuldade que o marido passou com o pai e também de tudo que ela própria enfrentou.
- Após um período de silêncio ele diz que o bebê vai precisar de cuidado e atenção; mistura o assunto e fala da falta de atenção que ele próprio enfrentou; explica que ficou com o pai quando seus pais se separaram, mas não pode sustentar isso por mais que um ano, diz que ficava muito sozinho enquanto o pai ficava no bar. “Eu sempre disse que quando eu tivesse um filho eu seria o pai que eu não fu... o pai que eu não tive”. Descreve suas idealizações a

respeito de ver um pai soltando pipa com um filho e lamenta o fato de ter tido que trabalhar muito cedo; volta a falar da criança e que deseja que ela possa fazer cada coisa em seu tempo.

- Ela diz que depois do parto vai precisar de atenção: “é porque sou meio doida e às vezes acho que ninguém me dá atenção”. Ela também resgata outro momento de sua infância, diz que quando era pequena sua mãe biológica tinha sua guarda compartilhada, quando estava na casa dela sofria violência física para fazer as tarefas, com lágrimas nos olhos e a voz embargada diz que era abusada pelo irmão; retoma o assunto sobre seu bebê e diz que essas coisas a fazem ter medo de que algo desse tipo possa acontecer a seu filho ou filha.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- Eles dizem se sentir apoiados um pelo outro; a sustentação maior encontram nessa parceria.

b. Familiar

- O casal de pastores da igreja que frequentam são apontados como ponto de apoio emocional; eles ajudaram o casal no início do casamento quando tiveram dificuldade na adaptação.
- A família dela é bem presente, mas seus pais (adotivos) separam-se recentemente; a situação é ainda bastante delicada e os impede de contar emocionalmente com eles no momento, entretanto, dizem que se precisarem, sabem que podem contar com eles.

c. Institucional

- Ela iniciou o pré-natal pelo SUS, mas começou a fazer exames e consultas no particular, ainda segue no acompanhamento misto, não fizeram críticas a nenhum dos dois processos.

3. Pontos de fragilidade

- O mal-estar físico tem sido um desafio importante para ela, que tem enjoos, vômitos, dores nas costas e falta de ar. Ele, por sua vez, mostrou-se muito preocupado com a saúde dela: “eu pego para mim isso, fico muito preocupado”.
- Ela está muito contrariada com o trabalho, queixa-se de pegar peso e passar por situações estressantes; além disso sente muita falta da rotina de preparar o jantar e ficar com o marido; ele também se queixa da solidão à noite, o período em que ela trabalha. A vulnerabilidade econômica os impede de tomar a decisão de romper o contrato dela de trabalho.

4. Planejamento quanto:

a. Ao bebê

- Eles demonstram preocupação em não permitir que a criança sofra com as mesmas coisas que eles sofreram na infância. Ela sofreu violência e abuso sexual, ele sofreu com o desamparo e ausência dos pais, especialmente de seu pai.
- Ela planeja curtir ao máximo a chegada do bebê.

b. À vida pessoal

- Ela não pretende retornar ao trabalho após a licença maternidade, planeja continuar fazendo alguns trabalhos informais como vendas, além disso fazia o cabelo das amigas, conta que isso sempre os ajudou financeiramente.
- Sentem falta de estar juntos à noite; ela diz que gosta de ficar em casa e de cuidar da casa.

6.11.2 Categorias analíticas M2 – Núcleo 11 Thamires e Neto

1. Aspectos fantasmáticos:

a. Em relação aos pais

- O esposo mostra-se angustiado diante da dificuldade em demonstrar todo seu amor filha; explica que chega cansado e só pensa em dormir e descansar, mas relaciona isso ao que viveu com o pai; diz que sempre ficou muito sozinho e nunca precisou muito de atenção, mas percebe que tem colocado a filha na mesma situação, como se ela não precisasse tanto de atenção, “eu sinto, eu sei que estou errando”. O receio é estar repetindo com a filha o que o pai fez com ele.
- Para a entrevistada, o mais difícil tem sido o fato de ter vontade de dar as coisas para filha e não ter condições financeiras para isso; explica que precisou sair do trabalho porque ela não pegou mamadeira e não ficava com ninguém, entretanto, sair do trabalho para ficar com a filha estava nos seus planos mesmo antes da menina nascer.
- Sobre a autocrítica do marido ela discorda totalmente; percebe que ele é atencioso e compreende que esteja cansado, mas acredita que seja um problema dele mesmo.
- O período final da gestação foi bem tumultuado. Em função de alguns problemas de saúde como herpes, candidíase e hemorroida, precisou ir muitas vezes ao hospital. Além disso o ambiente de trabalho também estava muito ruim; ela chegou a sofrer uma queda no trabalho.
- O parto foi cesariano em hospital particular.
- O maior medo da entrevistada era morrer parto – o que já havia aparecido na primeira entrevista –, por isso queria tanto o parto normal. O esposo relata uma pequena intercorrência durante o parto que não foi percebida por ela.

b. Em relação ao bebê

- A entrevistada diz que a situação com a bebê está ainda pior que antes em relação ao apego; tinha a expectativa de poder voltar ao trabalho, mas conta que não foi possível.
- Antes a filha não ficava com ninguém porque não pegava mamadeira, porém atualmente “ela se joga para meu colo, ela não fica porque não fica mesmo”; explica que tentou ir à farmácia e ela fez um escândalo com sua mãe.
- Ela havia sonhado com a bebê e diz que ela nasceu exatamente como apareceu em seu sonho, com cabelo preto e liso. O esposo não tinha uma imagem prévia formada, mas tinha medo de doenças, esse medo aumentou quando a esposa levou um tombo no trabalho.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- Ambos se sentem apoiados um pelo outro, mas o esposo diz que sua mulher é melhor que ele neste aspecto, ela discorda e o defende de sua autocrítica.
- Sobre a retomada da vida sexual ela responde “até que sim”, ele diz “não como antes, está muito ruim”. Ele explica que o medo de a criança acordar (ela dorme na cama do casal), o

deixa muito apreensivo; repete várias vezes que não está bom. Pergunto à entrevistada se ela sabia dessa insatisfação dele, ela responde que sim e completa que sente a mesma coisa. (32:36) Ela disse que até o quinto mês estavam ainda mais distantes, depois ela teria tomado uma atitude de aproximação e melhorou um pouco. Ele explicou que se sentia mal de “encher o saco dela” vendo que ela estava tão cansada. Falo brincando que “vai ver que isso não enche o saco dela”, e ela sorri em tom de consentimento.

b. Familiar

- A entrevistada diz que falta apoio de ambos os lados da família, mas entende que sua mãe tem problemas de saúde e a própria dificuldade da filha em ficar com outras pessoas não permite que receba essa ajuda; completa que a sogra mora longe e também não consegue ajudar. Por fim, reconhece ter dificuldade em partilhar os cuidados em relação à filha com outras pessoas.

c. Institucional

- Sentiu-se apoiada pela equipe médica, escolheu o dono do hospital para fazer seu parto, recebeu boas recomendações sobre ele. Conta que as enfermeiras ensinaram dar o banho e gostou muito disso. O pai também teve uma boa impressão do hospital e da equipe (30:00), entretanto, queixou-se por ter passado fome na internação, o hospital não oferecia comida para o acompanhante e eles estava numa situação crítica financeira. Eles não tiveram coragem de pedir ajuda para a família, precisaram dividir a alimentação dela.

3. Pontos de fragilidades

- Condições financeiras precárias
- Apego exagerado da bebê à mãe
- Autocrítica do pai em relação ao exercício da paternidade

4. Planejamento x execução quanto:

a. Ao bebê

- Ela está em casa cuidando da bebê, tal como planejado; não voltou ao trabalho, mas agora diz que o motivo foi a filha não ter pegado mamadeira e também por não ficar com ninguém.
- A criança já tem uma rotina estabelecida, dorme quase meia-noite todos os dias, mas depois vai até dez e meia, onze horas “se deixar”. Ainda está no peito, pois não pegou mamadeira.

b. À vida pessoal

- Apesar da dificuldade em “desgrudar” da filha, a entrevistada planeja voltar a trabalhar.
- O plano é esperar dois meses para fazer a inscrição da criança na creche, ela tem medo de escolinha, mas justifica que quer dar o melhor para filha e isso a motiva.
- O pai também é a favor da escolinha e apoia o desejo dela em voltar a trabalhar.
- Eles demonstraram uma dinâmica bem democrática de decisão.

2. Adaptação ao bebê real

- As dificuldades iniciais foram as cólicas; nos primeiros vinte dias o pai estava presente e se ocupava do banho, do umbigo. Quando ele voltou a trabalhar a mãe dela assumiu a tarefa do

banho; com medo, ela só tomou para si essa tarefa com um mês e quinze dias. Um mês após o parto sofreu outra queda, agora com a bebê nos braços, isso teria potencializado seus medos.

- A entrevistada fala sem muito pensar que teria sido melhor se tivesse acostumado a bebê ao berço; ela está dormindo na cama do casal, a mãe completa que praticamente dorme com o peito para fora porque a filha procura durante a noite. O esposo sorri e conclui que, se tivessem acostumado ela assim, teria sido melhor. Pondero sobre o nível de cansaço da entrevistada que não consegue se ausentar para ir à farmácia, nem dormir uma noite inteira de sono.
- A certa altura da entrevista, a criança que está inquieta e o pai tenta acalmar; a mãe se levanta enquanto fala e pega a criança. Descrevo a cena para eles e pergunto o porquê de não aproveitar um pouco esse tempo em que ele tenta acalmar a bebê e ela diz que é automático e sorri; explica que tem medo dela chorar e fazer escândalo. Falamos em tom descontraído sobre o tema. Ela responde afirmativamente sobre a questão de estar sendo a mãe que imaginou: “eu sou uma mãe descolada, apesar de superprotetora, não ligo de as pessoas pegarem ela”.
- Já o pai é um pouco mais crítico em sua autopercepção; diz que: “tirando o começo, eu acho que estou me saindo bem, mas eu posso melhorar mais um pouco”. Entendo que ele se referiu ao começo da entrevista, quando disse que gostaria de ser mais atencioso e presente, pois completa que “eu acabo fazendo muitas coisas que meu pai não fez”.

6.11.3 Análise da evolução das categorias analíticas – Núcleo 11 Thamires e Neto

1. Aspectos fantasmáticos:

a. Em relação aos pais

- Ela acreditava que não poderia engravidar. Em exames ginecológicos soube que tinha vinte e sete cistos, a médica mencionou a provável necessidade de uma fertilização e isso foi o suficiente para ela desistir da ideia de ser mãe. Explica que sabia que não teria dinheiro para isso e preferiu não nutrir esperanças, abandonou inclusive a medicação receitada por essa médica, mas demonstrou muita satisfação e alegria com a gestação que havia sido planejada logo no início do casamento.
- O esposo, porém, não havia abandonado a ideia de ser pai e continuou dando a medicação a ela, dizia que era para prevenir as enxaquecas, mas na verdade era para o controle dos cistos. Foi ela quem contou de maneira descontraída a persistência do marido.
- Ela desconfiou da gravidez em função do mal-estar matinal; fez um teste rápido na UBS e teve muita dificuldade em acreditar, só começou a entender o que estava ocorrendo quando viu a enfermeira preencher seu cartão de pré-natal: “neste momento comecei a tremer e a chorar”.
- Ela fez uma surpresa para contar ao marido sobre a gestação, colocou sapatinhos de bebê e o teste positivo dentro da boleira, ofereceu a ele um pedaço de bolo logo que ele chegou do trabalho. Ela relata esse momento com detalhes e quando me dirijo a ele para saber como se sentiu, ele estava emocionado com lágrimas nos olhos.
- Ela sentia muito medo de ter dor e de morrer no parto, por isso preferia cesariana; eles associavam esse medo ao hábito de ver vídeos bons e ruins no *youtube* sobre o tema. No meio da gestação iniciou acompanhamento na rede privada pelo convênio, o parto foi cesariano no hospital particular.

- Era também constante a preocupação com a saúde dela e do bebê: um sangramento, pegar peso no trabalho, tudo despertava seus medos. No fim da gestação precisou ir várias vezes ao hospital devido a pequenas intercorrências com herpes, hemorroidas e uma queda no trabalho.
- Várias vezes durante a primeira entrevista, o marido misturou sua história com a do bebê. Logo no início da segunda entrevista ele se mostrou angustiado diante da dificuldade de demonstrar “todo seu amor” à filha; explica que chega cansado e só pensa em dormir e descansar, mas relaciona isso ao que viveu com seu pai; diz que sempre ficou muito sozinho e nunca precisou muito de atenção, mas percebe que tem colocado a filha nessa mesma situação, como se ela não precisasse tanto de atenção, “eu sinto, eu sei que estou errando”. O receio dele é estar repetindo com a filha o que seu pai fez com ele.
- A esposa tenta dissuadi-lo dessa ideia; diz compreender que ele fique cansado e que ele é sim atencioso com a filha, mas diz também que já compreendeu que esse é um problema dele.
- Sobre o que ela, a gestante, vai precisar depois do parto, diz que é de atenção: “é porque sou meio doída e às vezes acho que ninguém me dá atenção”.

b. Em relação ao bebê

- A proposta de falar sobre o que eles acham que o bebê vai precisar despertou em ambos a necessidade de falar da própria infância. Nesse momento ainda não sabiam que se tratava de uma menina. Vejamos o que cada um falou:
- Após um período de silêncio ele diz que o bebê vai precisar de cuidado e atenção, mistura o assunto e fala da falta de atenção que ele próprio enfrentou; explica que ficou com o pai quando seus pais se separaram, mas não pode sustentar isso por mais que um ano, diz que ficava muito sozinho enquanto o pai ficava no bar. “Eu sempre disse que quando eu tivesse um filho eu seria o pai que eu não fu... o pai que eu não tive”. Descreve suas idealizações a respeito de ver um pai soltando pipa com um filho, lamenta o fato de ter tido que trabalhar muito cedo, volta a falar da criança e que deseja que ela possa fazer cada coisa em seu tempo.
- Ela também resgata outro momento de sua infância; diz que quando era pequena sua mãe biológica tinha sua guarda compartilhada e, na casa dela, sofria violência física para fazer as tarefas. Com lágrimas nos olhos e a voz embargada, diz que era abusada pelo irmão; retoma o assunto sobre seu bebê e diz que essas coisas a fazem ter medo de que algo desse tipo possa acontecer a seu filho ou filha.
- Eles conseguiam imaginar como seria o bebê antes do parto, mas não entraram em detalhes em relação a expectativas sobre a aparência da criança; ela faz um único comentário acerca dos olhos, gostaria que fossem como os seus. Após o parto ela contou que havia sonhado com a bebê e diz que ela nasceu exatamente como no sonho: com cabelo preto e liso. O esposo não tinha uma imagem prévia formada, mas tinha medo de doenças, esse medo aumentou quando a esposa caiu no trabalho.
- Ambos apostavam numa personalidade mais agitada da criança com base na agitação do casal, mas reconheciam que isso poderia ser bem diferente do que imaginavam. Após o nascimento, a característica mais destacada por eles a respeito da criança foi seu apego à mãe; esta se queixa repetidamente sobre a impossibilidade de deixar a bebê com a avó nem mesmo por alguns minutos; ela teria tentado ir à farmácia e isso foi um grande transtorno para todos.

2. Sustentação:

a. Conjugal

- Ambos dizem se sentir apoiado pelo outro, entretanto, no segundo momento o esposo diz que a sua mulher é melhor que ele nesse aspecto, ela discorda e o defende de sua autocrítica.

- Sobre a retomada da vida sexual ela responde “até que sim”, ele diz “não como antes, está muito ruim”, e explica que o medo da criança acordar (ela dorme na cama do casal) o deixa muito apreensivo; repete várias vezes que não está bom. Pergunto à entrevistada se ela sabia dessa insatisfação dele, ela responde que sim e completa que sente a mesma coisa. Ela disse que até o quinto mês eles estavam ainda mais distantes, depois ela teria tomado uma atitude de aproximação e foi quando melhorou um pouco. Ele explicou que se sentia mal de “encher o saco dela” vendo que estava tão cansada. Falo brincando que “vai ver que isso não enche o saco dela”, e ela sorri em tom de consentimento.

b. Familiar

- Durante a gestação mencionaram o casal de pastores da igreja como um ponto de apoio emocional, na época os pais da entrevistada estavam se separando e por isso não estavam conseguindo oferecer apoio emocional para o casal.
- No segundo momento, ela fala da falta apoio de ambos os lados da família, mas entende que sua mãe tem problemas de saúde e a própria dificuldade da filha em ficar com outras pessoas não permite que receba essa ajuda; completa que a sogra mora longe e também não consegue ajudar. Por fim, reconhece ter dificuldade em partilhar os cuidados à filha com outras pessoas.

c. Institucional

- Eles iniciaram o pré-natal pelo SUS, fizeram um acompanhamento misto, mas o parto foi no hospital particular pelo convênio médico.
- Ela sentiu-se apoiada pela equipe médica, escolheu o dono do hospital para fazer seu parto, recebeu boas recomendações sobre ele. Conta que as enfermeiras ensinaram dar o banho, gostou muito disso. O pai também teve uma boa impressão do hospital e da equipe, entretanto queixou-se por ter passado fome na internação, o hospital não oferecia comida para o acompanhante e eles estavam numa situação crítica financeira. Eles não tiveram coragem de pedir ajuda à família, e precisaram dividir a alimentação que vinha para ela.

3. Pontos de fragilidades

- Ela teve problemas de saúde durante praticamente toda a gestação, o mal-estar do primeiro trimestre foi bem complicado, no fim teve pequenas intercorrências que a fez ir várias vezes ao hospital.
- Ela estava muito contrariada de trabalhar com mal-estar e fazendo esforço físico, planejava sair após o parto, só não o fez na gestação em função do receio da vulnerabilidade financeira. Após o nascimento cumpriu o planejado e não retornou ao trabalho; entretanto, com a situação mais difícil do momento atual, apontou a frustração de não poder dar à filha o que gostaria. O esposo que também se queixava da solidão no período noturno em que ela trabalhava, apoiou a decisão dela de deixar o emprego.
- Ela formulou três justificativas para não ter retornado ao trabalho: o apego da filha, sua dificuldade em pegar mamadeira, assim como a impossibilidade de ficar com outra pessoa.
- Ele se preocupava, ainda durante a gestação, em não repetir com a filha a ausência que seu pai representou em sua vida, porém sente-se bastante faltante e culpado a esse respeito. A esposa tenta dissuadi-lo desta ideia, mas ele volta a esse ponto algumas vezes.

4. Planejamento x execução quanto:

a. Ao bebê

- Eles demonstram preocupação em não permitir que a criança sofra com as mesmas coisas que eles sofreram na infância. Ela sofreu violência e abuso sexual, ele sofreu com o desamparo e ausência dos pais, especialmente de seu pai.
- Ela está em casa cuidando da bebê, tal como havia planejado, demonstra satisfação em estar com a filha, mas está visivelmente sobrecarregada.

b. À vida pessoal

- A saída dela do trabalho foi uma decisão de comum acordo, queria curtir a filha e ele sentia falta da companhia dela durante a noite; entretanto, a insegurança financeira pesou e agora, apesar da dificuldade dela em se separar da filha, planeja retornar ao mercado de trabalho.
- O plano é esperar dois meses para fazer a inscrição da criança na creche; ela tem medo de escolinha, mas justifica que quer dar o melhor para filha e isso a motiva.
- O pai também é a favor da escolinha e apoia o desejo dela em voltar a trabalhar.
- Eles demonstraram uma dinâmica bem democrática de decisão.

5. Adaptação ao bebê real

- Nos primeiros vinte dias o pai estava presente e se ocupava do banho e do umbigo. Quando ele voltou a trabalhar a mãe dela assumiu a tarefa do banho; com medo, ela só tomou para si essa tarefa quando a filha estava com um mês e quinze dias. Um mês após o parto sofreu outra queda, agora com a bebê nos braços, e isso teria potencializado seus medos.
- A entrevistada diz que a situação com a bebê em relação ao apego está ainda pior que no início. Tinha a expectativa de poder voltar ao trabalho, mas justifica que não foi possível em função do apego da filha, mas havia verbalizado a intenção de sair do trabalho após a licença maternidade. No início achava que era porque ela não aceitava a mamadeira, mas apesar de já ter iniciado a alimentação, não conseguiu deixar a filha com sua mãe nem para ir à farmácia.
- A criança já tem uma rotina estabelecida, dorme quase meia-noite todos os dias, mas depois vai até dez e meia, onze horas “se deixar”. Ainda está no peito, segundo a mãe, porque não pegou mamadeira apesar das tentativas.
- Ambos demonstram arrependimento por terem deixado a filha se acostumar a dormir na cama do casal.
- A mãe demonstra estar esgotada fisicamente, mas, quase sem perceber, interfere na tentativa do marido de contornar uma pequena inquietação da filha; ele estava em pé, com a bebê nos braços tentando distraí-la, quando ela se levanta, ainda falando comigo, e toma a bebê em seus braços. Faço um apontamento sobre a cena, ela sorri e explica que é automático e que tem medo dela fazer escândalo.

6. Considerações sobre o IRDI

A bebê estava com sete meses na data da segunda entrevista, e foram avaliados os indicadores do 1 ao 13.

Ela tem uma rotina estabelecida, dorme na cama do casal e está saudável, apesar de um pouco acima do peso.

Observamos a ausência de dois indicadores: 8 (A criança faz solicitações à mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta) e 12 (A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço).

Ambos os indicadores fazem parte do eixo dois, referente ao estabelecimento da demanda. A mãe mostra-se muito ansiosa em atender às demandas da filha. Ela chegou a explicar que o faz automaticamente; disse ter medo da filha fazer escândalo. Em contrapartida, o indicador 11 (A criança procura ativamente o olhar da mãe) que pertence ao mesmo eixo, foi facilmente observado como presente, pois havia uma busca ativa da criança em relação ao olhar da mãe que a atendia.

Capítulo 7. Análise e interpretação dos resultados

Nesta etapa apresentaremos uma compilação dos resultados seguida de uma discussão comparativa e teórica entre os grupos: 1. Gestação de alto risco e 2. Gestação típica. Nossa proposta visa compreender e produzir sentidos a partir da experiência vivida e narrada pelas famílias, sem a pretensão de estabelecer relações de causa e efeito, integrando artesanalmente a singularidade de cada relato.

Nos capítulos 5 e 6 apresentamos as narrativas e o processo de extração das informações de cada núcleo familiar para ambos os grupos a partir de categorias analíticas previamente definidas. Assim, para cada núcleo familiar obtivemos um relatório síntese denominado “análise da evolução das categorias analíticas”; esse relatório contém uma análise de todas as etapas de entrevistas e uma relação de evolução entre os elementos observados. Tais informações, contidas no relatório final de cada núcleo familiar, foram redistribuídas em quadros para a realização de uma análise comparativa. Assim, analisamos horizontalmente cada categoria analítica, passando por todos os núcleos familiares, de ambos os grupos, a partir da mesma temática.

Dessa maneira, apresentamos uma análise grupal a partir das mesmas categorias analíticas utilizadas anteriormente para o núcleo familiar, quais sejam: 1. Fatores de risco, 2. Aspectos Fantasmáticos, 3. Sustentação, 4. Pontos de Fragilidade, 5. Planejamento e Execução, 6. Adaptação ao bebê real, 7. Considerações sobre os IRDIs.

Para a análise grupal, aplicamos o mesmo modelo de análise feita para os núcleos familiares individualmente, e para cada uma das categorias analíticas fizemos uma compilação das informações acerca do que emergiu em cada núcleo familiar. É importante salientar que essa síntese não pretende homogeneizar as informações, que são absolutamente singulares; entretanto, tais informações, quando colocadas lado a lado, provocam ressonâncias passíveis de serem problematizadas e discutidas a partir de um referencial teórico.

7.1 Grupo 1 – Gestação de alto risco: compilação dos elementos que emergiram em cada categoria analítica

Essa amostra é composta por famílias inseridas no contexto de acompanhamento gestacional de alto risco. Os bebês dos núcleos 1, 2 e 4 são primogênitos, porém o pai do núcleo 4 tem um filho mais velho de outra relação. Os bebês dos núcleos 5 e 6 são o segundo

filho dos casais. O bebê do núcleo 3 é o primeiro filho do casal, essa mãe, porém, tem dois filhos do primeiro casamento e o pai tem também um filho do seu primeiro casamento.

7.1.1 Fatores de risco

Apresentaremos os fatores de risco de cada núcleo familiar como ponto de partida para resgatar o cenário particular de risco em que estamos trabalhando. Destacamos que cada fator de risco foi descrito tal como narrado pelos entrevistados a fim de preservar o conteúdo fantasmático. Embora não tenha havido uma pesquisa adicional em prontuários para confrontar a informação, foi possível confirmar que as gestantes que compõem esse grupo foram incluídas pelo ginecologista no programa de acompanhamento gestacional de alto risco.

Tabela 7.1 – Fatores de risco do grupo 1

Núcleo Familiar	Sujeito	Fator de Risco
1 Regina e Caio	Mãe	Mioma, diabetes e obesidade. Risco de morte materna no parto.
	Bebê	Ganho de peso fetal e risco de abortamento.
2 Thácia	Mãe	A entrevistada nomeia os seguintes diagnósticos: transtorno borderline, automutilação compulsória involuntária, depressão, ansiedade e dupla personalidade. Ela relata histórico de tentativas de suicídio e violência sexual.
	Bebê	Efeitos do uso da medicação psiquiátrica.
3 Denise e Irineu	Mãe	A idade materna de 40 anos é o primeiro fator de risco. A paciente apresenta crises de enxaqueca e espasmos semelhantes a um estado convulsivo, sem causa orgânica aparente. A enxaqueca e os espasmos começaram há 3 anos, mas a crise veio na quarta semana de gestação.
	Bebê	Suspeita de síndrome baseada nos exames de imagem. Ela teve uma crise convulsiva na semana em que faria o exame do cariótipo (síndrome de Down) e por esta razão não foi possível realizá-lo. O médico apresentou a ela um risco de síndrome de 1/57. A baixa no líquido amniótico impôs o risco de prematuridade e/ou de morte. Efeitos do uso da medicação psiquiátrica.
4 Janaína e Paulo	Mãe	Essa gestação foi antecedida por dois abortos, no primeiro ela teve um parto normal seguido da morte fetal, no segundo foi submetida a uma curetagem sem a confirmação da morte fetal. Com 5 semanas de gestação teve um sangramento, houve também uma espécie de deslocamento. Necessita de tratamento com anticoagulante para segurar a gestação.
	Bebê	Risco de abortamento.
5 Karol	Mãe	A paciente sofre de convulsões desde os quinze anos de idade, além de alteração no funcionamento da tireoide (hipo).
	Bebê	A crise convulsiva da mãe no pré-parto coincidiu com uma baixa importante de oxigênio para o feto.

6 Paloma e Romeu	Mãe	Colo do útero curto, faz uso de medicação desde a 32ª semana para segurar o bebê.
	Bebê	Risco de prematuridade ou abortamento.

Fonte: Dos autores

A *morte fetal* aparece como o risco mais frequente anunciado pelas gestantes que compõem o grupo de alto risco. Quatro das seis mulheres consideraram a possibilidade de morte fetal (núcleos 1, 3, 4 e 6). Além disso, o risco de *morte materna* esteve presente de maneira pungente para uma das gestantes (núcleo 1).

A análise dos fatores de risco nos permitiu comparar três situações diferentes: 1. presença de doença mental materna com fatores de risco diferentes, 2. mesmo fator de risco orgânico com histórico e desfechos diferentes do ponto de vista emocional e a presença de doença orgânica anterior a gestação.

Duas mulheres tinham entre os fatores de risco um histórico de *doença mental*. A primeira (núcleo 2) reúne vários diagnósticos psiquiátricos e histórico de tentativas de suicídio, ela faz acompanhamento psiquiátrico. A segunda (núcleo 3) tem um quadro de ansiedade e histórico de crises convulsivas, sem causa orgânica aparente. Essa gestante tinha também a idade como outro fator de risco. Em função do uso de medicação psiquiátrica pelas mães, foi considerado o risco de efeitos colaterais para ambos os fetos.

Duas mulheres fazem uso de anticoagulante para “segurar” a gestação (núcleos 4 e 6). A gestante do núcleo 4 teve dois abortamentos antes desta gravidez e a ocorrência de um sangramento na gestação atual. A gestante do núcleo 6 também tem histórico com essa situação, e fez uso dessa mesma medicação durante a gestação de sua filha mais velha – situação em que tudo correu bem.

Outras duas mulheres (núcleos 1 e 5) tinham um diagnóstico de doença orgânica, anterior à gravidez, capaz de impactar significativamente tanto o desenvolvimento normal da gestação, como o parto. A gestante do núcleo 1 tinha um mioma em estágio avançado, obesidade e diabetes. No final da gestação, esse feto estava posicionado na linha exata de corte da Cesária, podendo inviabilizar essa via de parto que era, na avaliação médica, a mais indicada. A gestante do núcleo 5 sofria com crises convulsivas desde seus quinze anos e situações de estresse e nervoso poderiam funcionar como disparador dessas crises, a despeito dos receios declarados da gestante desde o início da gestação, a médica atual optou pelo parto normal.

No primeiro caso (núcleo 1), o feto se deslocou e foi possível realizar o parto cesariano como previsto; não houve intercorrências. Já no segundo caso (núcleo 5), o receio da gestante se concretizou: ela teve doze convulsões no pré-parto, inviabilizando o plano de parto normal imposto pela médica e, além disso, em função das complicações, foi submetida a uma histerectomia. A persistência na via de parto que contrariava a vontade da gestante parece ter contribuído para o desfecho complexo.

Achados ultrassonográficos compatíveis com a possibilidade de uma síndrome apareceu apenas para o núcleo 3. Em função do agravamento de seu estado de saúde na época, a gestante não conseguiu realizar o exame do cariótipo. Passado esse período inicial, o exame foi indicado, mas sua realização tornou-se inviável. Foi preciso esperar o nascimento do bebê para fazer o exame do pezinho e, só depois, descartar a possibilidade de uma síndrome.

7.1.2 Aspectos fantasmáticos

Os aspectos fantasmáticos parentais incluem elementos conscientes e inconscientes da história de cada membro do casal. As construções podem ou não ter referentes na realidade e, por essa razão, impõem maior dificuldade ao processo de categorização. O ponto de partida, nesse sentido, será identificar a maior ou menor capacidade de flexibilização entre os participantes, no que se refere ao processo de acomodação das construções antecipatórias acerca do bebê e do próprio papel parental, assim como a necessidade de ajustes com a chegada do bebê real.

A amostra ficou dividida ao meio entre os núcleos familiares considerados mais e menos flexíveis com relação ao aspecto fantasmático. No que diz respeito aos aspectos fantasmáticos parentais previamente estabelecidos, os núcleos familiares 1, 5 e 6 demonstraram maior flexibilidade em relação ao conteúdo projetivo. Com relação aos núcleos 2, 3 e 4, observamos uma capacidade reduzida de modificação do conteúdo fantasmático após a chegada do bebê.

Observamos que os núcleos considerados mais flexíveis tinham como fator de risco uma doença orgânica sem relação aparente com doenças mentais, e nos núcleos 1 e 5 as mulheres já conviviam com certa limitação imposta pela doença (diabetes, mioma e convulsões), anteriormente à gestação. No núcleo 6, embora o problema já tivesse sido detectado em uma gestação anterior, a complicação se apresentava apenas durante a gestação.

Nos demais núcleos familiares, em que a margem de manobra em relação aos aspectos fantasmáticos se mostrou reduzida, observamos que o fator de risco ou era explicitamente uma questão de saúde mental (núcleos 2 e 3), ou havia fortes indícios de questões emocionais

envolvidas (núcleo 4); neste último caso, o risco estava relacionado aos abortos que antecederam a gestação, associada a uma problemática relacional com a mãe e o esposo. *Observamos uma possível relação entre morbidades psíquicas e uma dificuldade em remodelar a construção fantasmática anterior ao nascimento.*

Temos como exemplo comparativo o núcleo 4 (considerado menos flexível) e o núcleo 6 (considerado mais flexível). Ambos tinham proximidade em relação ao fator de risco e à medicação utilizada durante a gestação, mas, do ponto de vista fantasmático, foram experiências contrastantes. Nos dois casos havia uma gravidez anterior, entretanto, para o núcleo 6, embora esse mesmo fator de risco estivesse presente, tudo correu bem com o nascimento da filha mais velha; já com relação ao núcleo 4, eles viveram duas experiências de abortamento em que foi considerada a possibilidade de negligência e erro médico. A instabilidade e a tensão estiveram presentes durante todo o processo e parecem ter influência na atitude de insegurança apresentada pela mãe após o nascimento. A qualidade do desfecho na experiência anterior, nos dois casos, parece ter influenciado a experiência atual.

Com relação ao *parto*, observamos que o desejo da mulher não foi considerado no que se refere à escolha do tipo de parto. Os três partos realizados no hospital particular foram partos cesarianos (núcleos 3, 4 e 6), embora estivessem em consonância com a vontade das mulheres, não foi dada a elas a possibilidade de tentar um parto normal.

Já no hospital público, em todos os casos a primeira indicação foi o parto normal – mesmo na situação do núcleo 5, em que havia um pedido da mulher respaldado em sua experiência anterior de parto cesariano dado o risco de crises convulsivas.

O plano de parto¹⁹ entregue ao hospital público garantiu à mulher do núcleo 2, que estava acompanhada de sua mãe e de sua doula, o direito de retirar seu bebê com as próprias mãos, sem a intervenção médica, ainda que tenha sido impedida de fazer o parto de cócoras, como desejava. Ela foi a única mulher da pesquisa a se valer desse recurso, mas foi também a única a relatar uma situação de racismo por parte da enfermagem no pós-parto.

O *contato pele a pele do bebê com o corpo da mãe* no sentido de favorecer a amamentação logo após o parto é promovido predominantemente pela maternidade pública, portadora do selo de humanizada. Contudo, ainda com relação a este último núcleo familiar (2), houve uma situação paradoxal, pois, embora o fator de risco dessa gestante fosse um

¹⁹ O plano de parto é um documento recomendado pela Organização Mundial de Saúde que consiste na elaboração de uma carta pela gestante, com a ajuda do obstetra, na qual ela registra as suas preferências em relação a todo o processo do parto, procedimentos médicos de rotina e cuidados do recém-nascido.

diagnóstico psiquiátrico, seu aspecto fóbico (impossibilidade de ser tocada da cintura para cima) foi desconsiderado em todas as etapas do acompanhamento.

A demora no *pré-parto* (núcleo 1, 2 e 5), o longo período em que a mulher ficou sem alimentação (núcleo 1), as pequenas intercorrências tais como dificuldade na punção da veia (núcleo 6), a demora do bebê em chorar (núcleo 1 e 3), assim como as falas geradoras de ansiedade no entorno da mulher na hora do parto (núcleo 1, 2 e 3) parecem ser significativas para incrementar o nível de ansiedade dos presentes e, principalmente, reativar os fantasmas.

O *pré-parto* da mulher do núcleo 4 foi tensionado por um conflito pessoal entre sua mãe e seu marido. A decompressão, nesse caso, ficou por conta da equipe médica, que promoveu um clima de expectativa e brincadeira ao saber que o sexo do bebê seria revelado no momento do parto.

Das seis mulheres, cinco tiveram a *presença de acompanhantes* durante o parto, exceto o núcleo 5: o pai foi impedido, pela família dela, de entrar no hospital, por estar alcoolizado. As mulheres dos núcleos 1, 3 e 6 foram acompanhadas por seus companheiros/pais do bebê. As mulheres dos núcleos 2 e 4 foram acompanhadas por suas mães.

Com relação à *primeira impressão* que os pais tiveram sobre seus bebês, todos os núcleos, exceto o 5, tiveram pelo menos um dos pais que fez uma descrição jubilosa do bebê.

No caso do núcleo 5, em que observamos a ausência de júbilo na primeira impressão, havia uma construção antecipatória interessante, formada por elementos como a imagem do filho mais velho quando era bebê, as falas da médica em relação aos detalhes físicos observados durante a realização de exames de imagem, assim como a mistura de cores entre ela, que é negra, e o ex-marido, branco. A primeira visão que ela teve de sua bebê foi na incubadora da UTI, três dias após acordar do coma. A bebê estava ligada aos fios e isso deu a ela uma má impressão; o cenário era muito diferente do que imaginara.

Assim também, a mãe do núcleo 3, diferentemente de seu marido, teve uma primeira impressão enviesada da filha. Ela não conseguia descrever nada além da aparência de fragilidade da bebê, e sentia que com seu jeito grosseiro poderia fazer mal àquela criança tão pequena. Essa bebê nasceu prematura, com 34 semanas, o que poderia – assim como no caso anterior – justificar a má impressão, embora a sequência da entrevista sugira elementos qualitativamente diferentes. O primeiro ponto de diferença é a pobreza na construção antecipatória da imagem da criança – a mãe sempre escorregava para sua própria história; o segundo, foi o fato de essa antecipação ter sido atravessada por um risco real de síndrome, que ela tentava justificar para si mesma como de menor importância pelo fato de já ter

experiência com essa realidade: ela tem uma irmã com necessidades especiais. No entanto, após ter afastado a possibilidade de uma síndrome, reconheceu que o fato de ter vivido de perto essa realidade da deficiência a deixara ainda mais temerosa.

Duas mulheres (núcleos 2 e 3) apresentaram dificuldade em falar sobre uma *imagem antecipada* do bebê; ambas demonstraram tendência em preencher essa temática com a própria história e atualizaram, no contato com a criança, fantasmas anteriores ao nascimento. No núcleo 2, o desejo de um aborto espontâneo ao lado do receio de machucar o bebê surgido na gestação parece ter se atualizado com fantasias de agressão e de desejo de morte, aparentemente egodistônicas em relação ao filho. No núcleo 3, os movimentos sutis do feto “como de uma borboletinha que luta para sobreviver” parecem ter se atualizado na imagem chocante de fragilidade descrita pela mãe ao ver a criança pela primeira vez.

O *sexo do bebê* parece ter sido significativo do ponto de vista fantasmático para os núcleos familiares 2, 3, 4 e 6. Para a mãe do núcleo 2, saber que esperava um menino foi um alívio, pois era como se uma menina fosse repetir de modo muito parecido seu percurso de sofrimento por ser mulher e negra; ao mesmo tempo, deu a ela a possibilidade de sonhar com a chance de dar uma educação feminista para um “homem”. No entanto, o fato de ser um menino mexeu um pouco com os fantasmas da mãe, relacionados ao abuso sexual que sofreu, e isso a deixava mais tensa em relação à restrição a ser tocada nos seios.

O núcleo 3 recebeu com muita satisfação a notícia de que era uma menina: a mãe já tinha dois filhos de outra relação e o pai também tinha um filho de outra relação. Ter uma menina era uma novidade para ambos, mas especialmente o pai relatou um desejo de ter uma menina “desde a mocidade”. Ele conta que escutava repetidamente um áudio com uma risadinha da filha enquanto estava no trabalho. O excesso de júbilo parecia contrariar um pouco a esposa.

Para o núcleo 4, a chegada de uma menina parece ter sido fundamental para fazer barreira ao enorme conteúdo fantasmático construído em relação aos dois fetos abortados anteriormente.

No núcleo 6, o pai demonstrou muita satisfação com a ideia de ter um menino, o que lhe permitiu fazer planos com o filho maior, mas falava também em realizar seus desejos através do filho. A semelhança física do menino com a mãe somada ao fato de a cor de sua pele, mais clara, ter atendido a uma expectativa anteriormente frustrada pela filha, sugere um aspecto fantasmático importante.

Sobre a autoavaliação referente ao desempenho do papel parental, tivemos 3 núcleos que se autoavaliaram positivamente (1, 4 e 5) e outros três núcleos (2, 3 e 6) em que ao menos um membro do casal se autoavaliou criticamente.

Temos no total seis mães e três pais. Das seis mulheres, três se autoavaliaram de maneira negativa ou hesitante sobre o modo como se vê como mãe (2,3 e 6), as outras três mulheres (1, 4 e 5) demonstraram segurança e até surpresa com o próprio desempenho. Entre os pais, tivemos dois (núcleo 1 e 3) que se autoavaliaram positivamente e um pai (núcleo 6) que se viu surpreso com a dificuldade em conciliar suas tarefas e as demandas da paternidade. Ele sempre gostou de crianças e de brincar com elas, entretanto, com o excesso de tarefas não tem conseguido ter disposição para esse tempo lúdico e sente-se mal com isso.

Em dois núcleos familiares (3 e 5), a mãe recebeu alta antes do bebê. Nas duas situações isso foi descrito como uma das coisas mais complicadas do processo. No núcleo 3, o pai estava de licença paternidade e pôde acompanhar a esposa em todas as visitas que fizeram a bebê no período em que ficou internada. No núcleo 5, a mãe não contava com o apoio do ex-marido e precisou da ajuda dos familiares para ficar com seu filho mais velho e pudesse fazer as visitas diárias à filha no hospital durante um mês.

7.1.3 Sustentação

a. Apoio conjugal

A sustentação foi investigada em termos de percepção de apoio entre a dupla parental, familiar e institucional.

A percepção de *sustentação e apoio mútuo* acontece entre todos os núcleos que declararam uma relação marital (1, 3, 4 e 6), Nos demais (2 e 5), as mulheres não receberam apoio, e em ambos os casos a relação foi rompida durante a gestação; no núcleo 2 não havia uma relação afetiva bem estabelecida; já no núcleo 5 o casal era legalmente casado e tinham um filho pequeno.

Todos os casais (núcleo 1, 3, 4 e 6) retomaram a *vida sexual* logo após o período da quarentena, assim também todos se queixaram das dificuldades em conciliar a vida sexual com as novas demandas. Alguns integrantes falaram sobre suas crenças a respeito da mudança no padrão sexual: o marido do núcleo 3 fez uma associação entre o ato sexual e a ocorrência de crise convulsiva na esposa; ela ficou surpresa com a informação, pois sofria ao pensar que o desejo dele por ela havia acabado. O marido do núcleo 6 acredita que a amamentação é o ponto complicador para a falta de desejo de sua mulher. A mulher do núcleo 4 acredita que o

medo de engravidar é o que atrapalha seu desejo. As duas mulheres (núcleo 2 e 5) que não têm um companheiro não retomaram a vida sexual, mas ambas tiveram algum contato com novas pessoas vislumbrando a possibilidade de uma relação.

b. Apoio familiar

Todos os seis núcleos familiares contam com algum tipo de *apoio de suas famílias de origem*. Na maior parte é a avó materna quem oferece um apoio mais significativo, exceto no núcleo 3, em que é o avô materno quem oferece algum tipo de ajuda. Em alguns casos esse apoio vem acompanhado de críticas ao modo como os pais conduzem os cuidados em relação ao bebê (núcleos 1, 2, 3 e 4). Com relação aos núcleos 2 e 5 – casos em que os pais dos bebês romperam a relação com as mulheres –, existe uma dependência financeira delas em relação a sua família de origem. Ambas as mulheres não conviveram com seus próprios pais.

c. Apoio institucional

O *apoio institucional* foi avaliado especialmente com referência ao sentimento de confiança da mulher e de seu companheiro em relação à equipe médica e ao hospital. Dos seis núcleos, apenas o núcleo 2 fez uma avaliação predominantemente negativa da relação com a equipe médica: ela não conseguiu estabelecer uma relação de confiança durante o pré-natal, acredita que teve algumas de suas vontades respeitadas em função do plano de parto que entregou formalmente à equipe, mas sentiu-se desrespeitada na condução do pré-natal, assim como no pós-parto. Em ambas as situações atribui à enfermagem o atravessamento.

A boa relação com a equipe mostrou-se relevante para as famílias. No caso do núcleo 4, que tinha em seu histórico os abortamentos, a relação de sustentação construída pelo obstetra parece ter sido decisiva. Essa sustentação parece também ter feito a diferença para o núcleo 3: a gestante apresentava uma atitude regredida do ponto de vista emocional e se viu segura e satisfeita com a movimentação de toda a equipe médica em função de seu caso.

Existem outros pontos que envolvem diferentes instituições que podemos considerar como pontos de apoio e/ou fragilidade ao aspecto de sustentação. Ainda com relação ao núcleo 2 – que avaliou negativamente a relação com a equipe médica –, observamos que não houve integração alguma entre a equipe do hospital e o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), onde ela fazia acompanhamento em saúde mental. No entanto, parece ter funcionado como ponto de apoio sua adesão aos ideais feministas e religiosos. Embora não tenha ficado clara sua integração em nenhum dos dois grupos, a sensação de apoio em relação a essas ideias parece ter funcionado como elemento de pertencimento e sustentação.

Outra instituição capaz de promover uma fragilização foi a empresa em que uma das mulheres trabalhava. Essa mulher (núcleo 4), que tinha vivido dois abortos anteriormente, precisou se ausentar muitas vezes durante a gestação em função do acompanhamento de alto risco que fazia. Isso parece ter desagradado seus gestores que fizeram uma grande pressão emocional quando ela retornou da licença-maternidade. Para ela, era nítido que a forçavam no sentido de pedir demissão, já que a lei a protegia com um período de estabilidade. Ela acabou efetivando o pedido de demissão.

7.1.4 Pontos de fragilidade

São vários os pontos apresentados pelas famílias como aspectos de fragilização durante o processo de gestação e pós-parto, conforme demonstrado nos relatórios de evolução das categorias analíticas.

A análise dos pontos de fragilidades apresentados pelas famílias sugere a construção de quatro categorias principais:

1. Aleitamento materno.
2. Conflito relacional com pessoas ou instituições importantes para a manutenção do bem-estar da família.
3. Medos reais ou fantasmáticos que surgem de maneira intrusiva e tensionam o processo.
4. Insegurança financeira.

Sobre o *aleitamento materno*, cinco dos seis núcleos familiares apontaram dificuldades com o início e o estabelecimento do processo como um dos aspectos mais complicados e que exigiram persistência e controle emocional. Apenas o núcleo 6 não enfrentou problemas com o início da amamentação.

O núcleo 1 enfrentou bastante dificuldade na produção de leite e pega do bebê. As críticas da família e das pessoas ao redor – que falavam “tão novinha com mamadeira” – faziam muito mal à mãe, que se sentia pessoalmente contrariada com a ideia de inserir mamadeira, mas que se viu sem alternativa. Nesse caso, o principal apoio veio do marido e da médica obstetra que, na consulta de retorno, ajudou com apoio e orientação; diferente do núcleo 2 que, mesmo tendo realizado o parto no mesmo hospital, sentiu-se desamparada em relação a esse aspecto.

O núcleo 4, assim como o núcleo 1, contornou a situação com apoio e orientação da equipe de enfermagem: no primeiro caso, diferentemente da conduta adotada no hospital

público, ela recebeu orientação para utilização do bico de silicone para proteção das mamas e ficou satisfeita.

Dois núcleos (3 e 5) não conseguiram estabelecer o aleitamento materno. No núcleo 3, o aleitamento foi interrompido precocemente porque o leite materno secou em função da medicação utilizada pela mãe para prevenir as convulsões; a postura excessivamente aflita do pai em relação à perda de peso da filha parece ter aumentado a tensão do processo. No segundo momento de entrevista, o pai seguia rigorosamente o esquema de acordar a filha na madrugada para uma mamada, quando a mãe já considerava a possibilidade de deixá-la acordar naturalmente quando sentisse fome.

No caso do núcleo 5, o aleitamento materno nem foi iniciado, porque o leite secou no período em que a mãe esteve desacordada após o parto. Isso foi para ela muito frustrante porque amamentou abundantemente seu primeiro filho, e acredita que não teria problema caso não tivessem vivido a intercorrência. Ela disse ter sido difícil vencer a própria resistência em fazer uma mamadeira, mas diz já ter superado isso.

O *conflito relacional* foi apontado como um aspecto capaz de fragilizar o processo de espera e acolhimento do bebê. Cinco das seis mulheres elegeram esse ponto como complicador significativo. Os núcleos 1, 3, 4 e 6 se viram afetados por questões envolvendo interferências da família de origem. O núcleo 1 sofreu com o excesso de críticas e interferências de ambas as mães do casal. Os núcleos 3 e 6 sofreram com a incerteza e a insegurança em relação ao apoio familiar. O conflito do núcleo 4 foi a tensão gerada para a entrevistada pela disputa de espaço entre o marido e sua mãe. As mulheres dos núcleos 2 e 5 conviveram com alguma instabilidade quanto à perspectiva de retomar a relação com o companheiro, mas somente o núcleo 2 apontou isso como algo que a desestabilizou. A entrevistada do núcleo 4 também se sentiu fragilizada pela hostilidade experimentada no ambiente de trabalho durante a gestação, quando precisou se ausentar para comparecer às consultas, assim como quando retornou da licença-maternidade.

Os *medos reais e/ou fantasmáticos* também surgiram entre os pontos que as famílias elegeram como passíveis de fragilizar o processo. A preocupação com a própria saúde – incluindo fatores orgânicos e emocionais – aparece como o aspecto mais prevalentes nesta categoria entre as mulheres dos núcleos 1, 2, 3, 4, 5 e 6. O medo de morte fetal e má formações esteve presente para três dos seis núcleos familiares (núcleos 1, 3 e 4), e esse medo se atualizou depois do parto para o núcleo 3.

A *insegurança financeira* é outro ponto que aparece como capaz de perturbar o curso esperado do processo e apareceu em vários núcleos familiares; entretanto, aparece entre os

fatores principais de fragilização apenas nos núcleos 2 e 5, que são as mulheres cujos companheiros não oferecem nem apoio financeiro, nem emocional.

7.1.5 Planejamento e execução

Oferecer o *aleitamento materno* ao bebê figurou como parte dos planos de todas as mulheres da amostra, embora apenas duas mulheres (núcleos 2 e 6) tenham conseguido seguir satisfatoriamente tal como planejaram. Das seis mulheres, quatro foram capazes de iniciar a amamentação – os núcleos 3 e 5 ficaram impedidos de iniciar em função das intercorrências do parto. Duas (1 e 4) entre as quatro mulheres que conseguiram amamentar relataram sentimento de frustração por não conseguirem prolongar a amamentação tanto quanto gostariam.

A *escola/creche* é um recurso considerado por 5 das 6 famílias quando o assunto é o retorno da mulher ao mercado de trabalho; no entanto, essa programação muda sutilmente diante da criança real. O núcleo 1 declarava clareza quanto ao plano de colocar a filha na escola aos seis meses para a mãe voltar a trabalhar, mas estenderam um pouco o prazo. Na terceira entrevista, quando a menina já estava com 9 meses, a mãe parecia esgotada com a tentativa de conciliar as tarefas da casa, o trabalho em regime *home-office* e os cuidados com a filha; contudo, o plano de colocá-la na escola estava mantido e, segundo o casal, aconteceria nos próximos dias. A recusa deles em deixá-la com as duas avós que se dispuseram a isso se manteve também sem alteração.

Os núcleos 4 e 6 também *modificaram o plano inicial* em relação à guarda das crianças. O núcleo 4 planejava deixar o bebê com a avó materna, mas a prática mostrou que a distância entre as residências inviabilizava o plano e o jeito foi contar com um berçário particular. Ao mesmo tempo, ela enfrentava uma situação de assédio moral no trabalho, o que a fez optar pela demissão e por tentar conciliar os cuidados com a filha e o trabalho remunerado autônomo. O núcleo 6 fez o movimento inverso: o plano era a mãe pedir demissão para ficar em casa com as crianças. No trabalho, ela se sentia angustiada ao pensar que a filha mais velha já estava há muitas horas fora de casa, mas sentiu a mesma angústia ao ter que ficar muitas horas em função das tarefas do lar e das crianças e decidiu voltar ao trabalho ao término da licença-maternidade. De início, pretende contar com a ajuda de sua mãe, e depois planeja contratar uma babá.

Entre os casais havia um planejamento quanto às novas demandas e a *divisão de tarefas* em função da chegada do bebê (núcleo 1, 3, 4 e 6); contudo, na maioria dos casos o volume de tarefas em relação ao bebê recai de modo predominantemente sobre as mulheres.

As exceções são os pais dos núcleos 3 e 4: o pai do núcleo 3 parece assumir um volume maior de tarefas junto à filha, em parte talvez pelo estado de saúde da sua esposa; já o pai do núcleo 4 é descrito como estando menos envolvido com a divisão das tarefas. Os pais dos núcleos 2 e 5 não se reaproximaram das mulheres, nem dos filhos ao longo da coleta dados.

Três das seis mulheres (núcleos 1, 2 e 4) foram levadas a *conciliar o trabalho remunerado e os cuidados com o bebê* no mesmo ambiente, mas isso não estava nos planos de nenhuma delas.

Todas as mulheres nutrem a *esperança de retornar ao mercado de trabalho*, mas esse plano é deslocado para depois de o bebê completar um ano (núcleos 3 e 5) entre as famílias cujos bebês permaneceram internados após o parto. Quatro das seis mulheres (núcleos 1, 4, 5, 6) têm planos concretos para esse retorno; no entanto, os núcleos (2 e 3) parece trabalhar mais no plano da fantasia, sem uma estratégia prática. Ambas têm em comum um enfrentamento pessoal em relação a uma doença mental.

7.1.6 Adaptação ao bebê real

É possível notar um *estado de alerta e vigilância* constante entre os pais cujos bebês tiveram complicações significativas no parto (núcleos 3, 4 e 5). No núcleo 3 (bebê prematuro), esse excesso é exposto pelo pai; no núcleo 5 (convulsões/problema respiratório da bebê), pela mãe. Isso também acontece com a mãe do núcleo 4 (dois abortos), mas neste caso a hipervigilância parece ter relação com os abortamentos que provavelmente ainda fazem sombra à bebê “sobrevivente”.

Alguns pais se mostraram *surpresos com certas características* não imaginadas sobre o filho. O núcleo 1 surpreendeu-se com o fato de a filha demonstrar “personalidade”, quando a mãe supunha mais passividade. No núcleo 6, a surpresa veio em relação à aparência: a mãe ficou jubilosa ao perceber que o filho se parecia com ela.

Observamos que em todos os núcleos familiares houve algum nível de realização dos aspectos planejados acerca da condução de cuidados e/ou divisão de tarefas em relação ao bebê.

A retomada da vida social se dá aos poucos para todos os núcleos familiares. No período avaliado, todos os núcleos declaram restrições quanto ao período anterior à chegada do bebê. Os núcleos 1 e 6 parecem ter conseguido se aproximar mais dos hábitos anteriores; já os núcleos 2, 3 e 4 parecem estar muito distantes dos hábitos anteriores. Para a mulher do núcleo 5, que é mãe solo, o caminho de retomada tem sido seus vínculos mantidos no ambiente religioso.

7.1.7 Considerações sobre os IRDIs

Todos os protocolos foram preenchidos a partir do material colhido nas entrevistas e da observação direta dos bebês, exceto o bebê do núcleo 2, que não estava presente e, por essa razão, os dados foram obtidos apenas por meio de respostas da mãe. Dos seis núcleos, apenas três (1, 3 e 6) contaram com a participação dos pais em pelo menos uma entrevista.

Na primeira avaliação do protocolo IRDI, que aconteceu no M2, os bebês tinham entre três e seis meses e foi possível avaliar os indicadores do 1 ao 5 para dois bebês de apenas três meses (núcleos 1 e 6) e os indicadores do 1 ao 13 para os demais (núcleos 2, 3, 4 e 5), com mais que quatro meses. Na segunda avaliação, no M3, apenas dois núcleos familiares participaram (1 e 2), os bebês tinham nove e dez meses, e foram avaliados os indicadores do 14 ao 20.

Em três dos seis núcleos familiares verificamos a ausência de indicadores na observação da interação pais-bebê. O indicador 5, referente à troca de olhares entre os pais e o bebê, pertencente ao eixo *suposição do sujeito*, foi marcado como ausente para os núcleos familiares 1 e 5. Ambos tinham uma rotina de cuidados bem estabelecida, mas esse aspecto não apareceu durante a manipulação e a interação com o bebê. No núcleo 5, além da ausência do indicador 5, observamos também a ausência do indicador 9, referente à presença de pequenas frases dirigidas à criança, pertencente ao eixo *estabelecimento da demanda*.

No núcleo 2, observamos a ausência do indicador 14, referente à percepção de pedidos da criança para chamar a atenção, pertencente ao eixo *alternância presença/ausência*. A dificuldade de adaptação dessa criança ao ambiente escolar veio dar respaldo a essa observação; foi preciso prolongar o período de adaptação com horas reduzidas porque o bebê chorava durante muito tempo e sem consolo após a partida da mãe.

7.2 Grupo 2 – Gestação típica: Compilação dos elementos que emergiram em cada categoria analítica

Essa amostra é composta por famílias inseridas no acompanhamento gestacional típico. Quase todos os bebês eram primogênitos, com exceção do bebê do núcleo 9 que era o terceiro filho da mulher e segundo filho do casal.

7.2.1 Aspectos fantasmáticos

A paleta de cores do conteúdo fantasmático é igualmente vasta nesta amostra apesar da ausência do fator de risco na gestação. O conteúdo da história dos pais projetado sobre o bebê, especialmente os aspectos traumáticos, se fez presente entre todos os núcleos familiares analisados (7, 8, 9, 10 e 11). Entretanto, os núcleos 7, 10 e 11 apresentaram, após o nascimento, uma continuidade mais clara e, portanto, mais rígida quanto ao aspecto previamente construído.

Três das cinco mulheres tinham *medo de não conseguir engravidar* (7, 8 e 11). A primeira, em função de experiências familiares de dificuldade para engravidar, e as outras duas devido à detecção de cistos. A mulher do núcleo 10 não queria ter filhos porque associava o sofrimento e a vulnerabilidade financeira dos pais ao fato de eles terem tido filhos, além do receio de “pagar” pelo trabalho que deu a seus pais através dos próprios filhos, tal como sua mãe dizia quando era pequena. A mulher do núcleo 9 tinha dois filhos quando decidiu engravidar do terceiro.

Quatro das cinco mulheres tiveram a cesariana como via de parto (núcleos 7, 8, 9 e 11); foram três cesarianas agendadas (7, 8 e 11), como elas preferiam, e uma cesariana após nove horas de trabalho de parto (núcleo 9): seu desejo era fazer a cesariana sem ter tentado o parto normal, mas sabia que essa maternidade pública tem a fama de não permitir parto cesariano. O único parto normal dessa amostra (núcleo 10), foi de uma mulher que tinha muito medo de morrer no parto, aconteceu no hospital particular, mas ela já chegou ao hospital em trabalho de parto e com dilatação.

Todas as mulheres tiveram a *presença do companheiro durante o parto*; apenas o pai do núcleo 10 perdeu o instante do nascimento por não ter sido chamado a tempo.

O excesso de *tempo na sala de pré-parto foi angustiante* para quatro das cinco mulheres (núcleos 7, 8, 9 e 10) – como se a expectativa positiva em relação ao momento do parto e da chegada do bebê fosse abalada pelo esgotamento físico e mental.

A *vulnerabilidade financeira* atravessou o projeto parental de três das cinco mulheres (núcleos 9, 10 e 11). A mulher do núcleo 9 se viu obrigada a deixar a filha mais velha com o ex-marido e a ex-sogra por não ter condições financeiras de sustentá-la. Casou-se novamente e teve um menino, mas não conseguiu restabelecer o vínculo com a filha, e essa terceira gravidez foi para tentar uma “outra menina” porque, segundo ela, é como se já não tivesse uma. A mulher do núcleo 10 não conseguia sonhar com a possibilidade de ter filhos porque durante a infância sentia-se culpada pelas privações experimentadas por seus pais – se eles não tivessem filhos sua vida seria mais fácil. Por fim, a mulher do núcleo 11 se viu excluída

dessa possibilidade ao ouvir do médico que, para engravidar, provavelmente precisaria de um tratamento ou fertilização; concluiu que jamais teria condições financeiras para isso e preferiu eliminar essa expectativa para não sofrer, ela recusou-se inclusive a aderir à medicação para não alimentar essa esperança – foi o marido quem persistiu na medicação dizendo que era para enxaqueca.

A pergunta sobre a *primeira impressão* que os pais tiveram em relação ao bebê, ainda no centro cirúrgico, levantou muitos relatos. O aspecto racial apareceu em dois núcleos familiares (7 e 10): a mãe do primeiro núcleo estranhou o fato de ele ser “muito branquinho” – a princípio achou que ele não se parecia com os pais (identificados pela pesquisadora como pardos), mas depois, com mais calma, ela observou que o filho era realmente muito parecido com ela, e destacou muitas vezes o fato de a pele dele ser branca, sem, no entanto, emitir opinião sobre isso. O núcleo 10, também composto por pais (pardo/negro), receava a aparência da filha, especialmente a mãe, que foi vítima de *bullying* durante os anos escolares. A primeira visão da criança após o parto durou segundos e ela foi levada para receber os primeiros cuidados; nesse instante, a mãe ficou com a impressão de que a filha era “feinha”; o pai, que perdeu o momento do parto e a viu passar rapidamente, também teve a impressão de que ela tinha um “beirão”; entretanto, depois, quando a filha foi para o quarto com eles, essa impressão foi desfeita: “como minha filha é linda”, disse a mãe aliviada.

A composição da *imagem prévia do bebê* foi construída a partir da percepção dos movimentos fetais e da personalidade dos pais (núcleos 7, 8, 10, 11); somente a mãe do núcleo 9 resgatava a imagem da filha mais velha como parâmetro para o bebê imaginado.

Não observamos dificuldade de investimento nos bebês após o nascimento. Em todos os casos o relato vem acompanhado por uma carga emotiva e jubilosa, seja em relação a saúde e desenvolvimento, seja em relação a aparência ou “esperteza” do bebê.

O *sexo do bebê* parece ser outro ponto relevante dentro dos aspectos fantasmáticos, mas, ainda que contrariados em suas preferências, os pais se mostraram acolhedores em relação à diferença.

A mãe do núcleo 9 foi a mais enfática na expressão do desejo por uma menina (foi ela quem perdeu a convivência com a filha mais velha). A impressão de que era uma “substituição” do objeto perdido era preocupante, entretanto, o nascimento de um menino parece ter sido importante para romper com parte dessa projeção, e a beleza do bebê parece também ter funcionado como um elemento significativo para seu investimento “no menino”.

Os pais do núcleo 8 e 10 tinham preferência por um menino. O primeiro exame do núcleo 8 apontou para uma chance de 75% de ser uma menina; a mãe acolheu bem, mas o pai

não conseguiu esconder a decepção e foi um momento tenso para o casal. Quando a mãe estava quase conseguindo convencê-lo das vantagens de ter uma menina, veio o exame definitivo que confirmou o sexo masculino.

A preferência do núcleo 10 por um menino era por achar que uma menina negra – e possivelmente fora dos padrões de beleza – poderia sofrer mais que um menino; contudo, ao confirmarem que se tratava de uma menina, se conformaram com a ideia de que o destino da mãe projetado na filha era melhor que o destino do pai projetado em um filho, pois este teve problemas com drogas.

Os núcleos 7 e 11 não declararam preferência a respeito do sexo do bebê e não apresentaram nada significativo à questão após o nascimento.

Uma visão autocrítica no *desempenho da função parental* aparece predominantemente entre as mulheres (núcleos 7, 8 e 9), porém em todos os núcleos são elas que concentram a maior parte das tarefas ligadas aos bebês. A mulher do núcleo 7 sente-se injustiçada ao ver o marido manter sua vida social como antes: ela passa os domingos com o bebê enquanto ele se ausenta para futebol e churrasco durante o dia todo. O pai do núcleo 8 chega do trabalho antes da esposa e opta por descansar até ela ir buscar o bebê na casa da avó materna – ele não consegue seguir sozinho a rotina de cuidados do bebê. O pai do núcleo 9 trabalhava durante muitas horas durante o dia e nunca se ocupou das tarefas com o bebê, mais adiante foi preso e toda a responsabilidade recaiu sobre a mãe. O pai do núcleo 10 foi elogiado por sua mulher, mas se mostra autocrítico em seu papel – passa muitas horas fora em função do trabalho e a filha ainda tem certa resistência a ele. Embora se sinta muito marcado pela ausência paterna, o pai do núcleo 11 também expressa autocrítica por se ausentar muito; contudo, a mãe se ocupa integralmente dos cuidados da filha e o apego exagerado das duas está entre as principais queixas do casal.

7.2.2 Sustentação

a. Apoio conjugal

Num primeiro momento os casais respondem afirmativamente sobre a percepção de *apoio mútuo* entre eles; entretanto, quando aprofundamos um pouco mais sobre a rotina familiar aparecem as queixas acerca da sustentação. As mulheres dos núcleos 7 e 9 expressam com clareza suas queixas com relação à falta de apoio emocional e prático dos companheiros com os cuidados do bebê.

Os pais dos núcleos 7, 8 e 9 demoraram para assumir algumas tarefas básicas em relação aos bebês, mas isso aparece como problema apenas para a mulher do núcleo 7; para os outros núcleos, trata-se de algo aparentemente interpretado como esperado e justo. O pai do núcleo 7 pegou férias do trabalho para ajudar no período pós-parto, mas resistiu a assumir tarefas como troca de fraldas e banho; essa responsabilidade ficou inicialmente com a avó materna e a esposa.

O pai do núcleo 8 mantinha um discurso de que a licença-maternidade é feita para que a esposa se ocupe do bebê, e também escolhia deixar algumas atividades com o bebê sob a responsabilidade da sogra. O pai do núcleo 9 se ausentava durante muitas horas para o trabalho e não pôde dividir a responsabilidade de cuidados dos filhos com a esposa que, aparentemente, compreendia isso como normal – a sensação de revolta veio apenas quando ele foi preso por envolvimento em uma briga e ela disse que “ele não pensou na gente”.

Os pais dos núcleos 10 e 11 mostraram-se mais críticos acerca do próprio papel e do tempo reduzido que passam com suas filhas. Nos dois casos as esposas “aliviam” o sentimento de culpa dos maridos e reconhecem o esforço deles, mas em ambos as famílias se queixam de um apego exagerado das bebês em relação à mãe – os pais se sentem sem recursos para atender às demandas das bebês, que só podem ser consoladas pela mãe.

Todos os casais, com exceção do núcleo 7, *retomaram a vida sexual* logo após a quarentena indicada pelo médico. O núcleo 7 levou três meses para ter o primeiro contato sexual após o parto – a esposa vinha se mostrando chateada com o marido desde a gestação, na terceira entrevista disse que retomaram a vida sexual, mas completou que “as mágoas ainda atrapalham”.

Todos os homens que participaram das entrevistas se queixaram da pouca frequência e/ou da qualidade do sexo (núcleos 7, 8, 10 e 11). A queixa das mulheres foram mágoas (núcleo 7), falta de carinho (núcleo 8), receio de não serem mais desejadas pelos esposos (núcleo 11).

b. Apoio familiar

Todos os núcleos familiares recebem algum suporte emocional ou ajuda de suas famílias de origem em relação ao bebê. A ajuda efetiva com a rotina do bebê vem em todos os casos da família da mulher, com exceção do núcleo 10, que conta com a ajuda da avó paterna para ficar com a bebê no intervalo entre sua saída de casa para o trabalho e a chegada do esposo à tarde.

c. Apoio institucional

A *relação com a equipe de saúde* foi de um modo geral bem avaliada por todos os núcleos familiares. Há, porém, situações que merecem ser destacadas, tais como a fala de um enfermeiro que, durante o trabalho de parto, associava o esforço da paciente ao bem-estar do feto e o contrário à possibilidade de causar “sofrimento fetal”. Essa mesma mulher se viu emocionalmente abalada pela rispidez de outra enfermeira que tentava coordenar sua respiração. O obstetra responsável foi quem lhe trouxe um pouco de alívio, ao propor uma mudança no clima do centro cirúrgico, e até mesmo colocou uma música relaxante.

A *espera no pré-parto* é a queixa prevalente entre as mulheres. O ambiente dividido com outras mulheres sentindo dor, o tempo prolongado sem alimentação, a ausência do companheiro que, em geral, está em outro ambiente do hospital, e a falta de previsão sobre os próximos passos são fatores geradores de tensão e sofrimento (núcleos 7, 8, 9, 10). O pai do núcleo 10, por exemplo, perdeu o instante do parto. Ele estava paramentado na sala ao lado, tentou entrar porque achou que tinha sido esquecido, mas foi impedido pela equipe. Quando foi chamado, sua filha já estava sendo levada para receber os primeiros cuidados.

Três mulheres se queixaram de sentir muita fome no pré-parto (7, 8 e 9). Apenas a mulher do núcleo 7, que estava no hospital particular, teve sua queixa atendida e recebeu soro e água de coco para aliviar. O núcleo 11 também teve uma queixa quanto à alimentação no hospital: no pós-parto, o casal precisou dividir a alimentação da gestante porque estavam sem dinheiro e o hospital particular não oferecia alimentação ao acompanhante.

7.2.3 Pontos de fragilidade

Todas as mães planejaram oferecer o *aleitamento materno* exclusivo e assim o fizeram inicialmente. Nenhuma delas teve dificuldade significativa com a pega, mas o bebê do núcleo 10 precisou precocemente complementar a amamentação com a fórmula, pois não estava conseguindo ganhar peso suficiente; a mãe resistiu, mas acabou aderindo, mesmo contrariada.

Três famílias (núcleos 7, 8 e 9) se viram fragilizadas em função da necessidade de se adaptar a uma *situação que se interpôs em seus planos*. A mulher do núcleo 7 teve contato com uma informação sigilosa sobre a saúde do irmão e isso funcionou como um grande obstáculo aos preparativos para a chegada do bebê – o fato de não poder dividir a informação nem mesmo com sua família potencializava sua angústia. O núcleo 8 teve os planos conjugais atravessados por uma gestação não planejada. Embora tenham acolhido bem a ideia de um bebê, precisaram adiantar a festa de casamento, anular a lua de mel e alugar uma casa porque o apartamento não estava pronto; após o nascimento, as queixas relativas ao pouco tempo do

casal para ficar juntos estavam bem presentes no discurso de ambos. A mulher do núcleo 9 se viu completamente desestruturada com a prisão do esposo em flagrante por tentativa de homicídio. Não havia muita esperança sobre a saída dele, sentiu-se abandonada por ele e pela família dele, tinha medo de vingança e sentia-se constrangida em relação aos vizinhos e até mesmo em relação à equipe de saúde da UBS – isso prejudicou até mesmo sua capacidade de cuidar dos filhos.

O *apego exagerado do bebê à figura da mãe* e a conseqüente dificuldade da entrada da figura paterna na relação com a criança aparece como um problema significativo em quatro núcleos familiares (7, 9, 10 e 11). No núcleo 7 a mulher responsabiliza o pai pela falta de interesse, ao mesmo tempo em que reconhece sua dificuldade em permitir que ele faça as coisas para o bebê; nesse caso, a entrada do pai na rotina de cuidados só aconteceu quando a mulher retornou ao trabalho. O apego entre a díade do núcleo 9 é anterior à prisão do pai, que se ausentava muito em função do trabalho – apego intensificado após a prisão do pai.

No núcleo 10 existe um discurso de pesar do marido por não conseguir ser aceito com facilidade pela filha e tende a se culpar pelo excesso de horas fora de casa em função do trabalho. Ele percebeu que aos finais de semana, quando a filha acorda em sua presença, a resistência dela é menor; a esposa, porém, demonstra estar positivamente surpresa com a postura de parceria do esposo nesse processo. Ele, por sua vez, foi surpreendido com esse elogio e pôde falar um pouco mais sobre a satisfação com a paternidade.

O apego estabelecido entre mãe e filha do núcleo 11 parece ser o mais intenso e complexo. Ninguém consegue pegar a criança; ela dorme com a mãe, que desistiu de voltar ao trabalho. Ela precisou abortar uma tentativa de ir à farmácia do bairro enquanto sua filha ficaria com a avó – o desespero da criança foi tanto que a mãe foi acionada e retornou para a casa sem resolver o planejado. Ambos os pais têm um histórico de “abandono” parental: a mulher foi dada à babá para adoção pela mãe biológica; a mãe do marido deixou-o com o pai após a separação, e ele relata muita solidão na infância e ausência desse pai.

Três famílias foram atingidas pelos *riscos da vulnerabilidade financeira* (9, 10 e 11). O núcleo 9 recebia a última parcela do seguro-desemprego do marido quando da última entrevista. O medo da vulnerabilidade financeira quase impediu o casal do núcleo 10 de vislumbrar a possibilidade de ter um filho, entretanto, após a ocorrência da gestação não planejada, ambos conseguiram uma colocação profissional e parece que isso devolveu a eles a possibilidade de sonhar e aproveitar a experiência. O núcleo 11 também foi atingido pelo medo da vulnerabilidade financeira. A mulher sente-se muito triste por estar sem renda e por se vir impedida de oferecer algumas coisas à filha. Tanto a mulher do núcleo 9, como a do

núcleo 11 manifestaram o desejo de ficar em casa para cuidar dos filhos no primeiro ano de vida; entretanto, a situação econômica as impede de seguir com esse plano.

7.2.4 Planejamento e execução

Todas as mães fizeram a introdução alimentar dos bebês com o *aleitamento materno* tal como planejado. No núcleo 7, o acompanhamento em três momentos tornou possível entrevistar a mulher após o retorno ao trabalho; ela, por exemplo, executou detalhadamente o plano do aleitamento materno: dava uma mama ao bebê bem cedo, antes de sair para o trabalho e, em seguida, ordenhava a outra mama e congelava o leite. No trabalho, fazia outra ordenha no horário do almoço e congelava. À noite, amamentava novamente. O leite congelado era oferecido ao bebê, durante o dia, pela avó que cuidava dele.

Os núcleos 9 e 10 tiveram intercorrências no processo de amamentação. A mulher do núcleo 9 deprimiu-se diante da prisão do esposo e nesse momento teve dificuldade em manter a qualidade dos cuidados com os filhos; seu leite quase secou, mas, com a intervenção e ajuda de sua mãe, conseguiu reagir e dar continuidade à amamentação. O bebê do núcleo 10 é descrito como inquieto e muito difícil de acalmar; apesar de ter feito uma boa pega no peito, seu ganho de peso era insatisfatório. Ela mamava e continuava a chorar. Orientados pelo pediatra, optaram por complementar a amamentação com a fórmula. A mulher foi resistente a essa indicação, mas o marido sustentou a decisão, que depois foi compreendida por ela como a melhor saída.

Todas as mulheres estavam trabalhando quando engravidaram e três delas tinham a clareza de que *retornariam às suas funções ao término da licença-maternidade* (núcleos 7, 8 e 10). Após o nascimento, a mulher do núcleo 8 se viu em conflito com essa decisão e disse que se pudesse ficaria um ano fora do mercado de trabalho para cuidar do bebê; o marido parecia não aprovar e justificava a necessidade dessa renda. As duas mulheres que planejaram e cumpriram o retorno ao trabalho tinham formação profissional de nível superior. As três contam com a ajuda de uma das *avós do bebê para cuidar* dele no período em que estarão no trabalho.

As mulheres dos núcleos 9 e 11 *planejavam deixar o trabalho* por um período para se dedicarem aos cuidados dos bebês. Ambas tinham o apoio do marido para isso, mas se viram sem condições de levar a diante esse desejo. A primeira mulher (núcleo 9), com a fatalidade da prisão do marido, se viu desamparada e obrigada a procurar a ajuda de uma creche e uma nova oportunidade de trabalho. A segunda mulher (núcleo 11) foi impulsionada pela dificuldade financeira a mudar os planos: sua renda faz falta para a subsistência da família e,

além disso, ela está sofrendo por não poder oferecer à filha coisas que gostaria. As duas mulheres contam com uma vaga para o bebê em uma creche pública para poderem voltar ao mercado de trabalho. Apesar de ter planejado contar com a ajuda da sogra ao retornar ao trabalho, a mulher do núcleo 10 não via problemas em contar com uma escolinha; contudo, após o nascimento, se viu rendida à ideologia familiar de que criança não pode ir para a escola sem saber falar.

A *divisão de tarefas* em relação ao bebê é indiscutivelmente desigual entre os pais e as mães dos bebês. Elas concentram mais responsabilidades, não somente com as tarefas, mas também com relação a decisões sobre o bebê.

O pai do núcleo 7, apesar de ter tirado férias para ajudar no período pós-parto, teve dificuldade em assumir cuidados como banho e trocas do bebê; só conseguiu fazer isso efetivamente quando a esposa voltou a trabalhar e ele ficou com a responsabilidade de levar e buscar o filho na casa da avó, já que a esposa sai mais cedo e chega mais tarde em casa.

Os pais dos núcleos (8, 10 e 11) estiveram envolvidos com os cuidados iniciais do bebê, mas o pai do núcleo 8 tinha um discurso de que a licença-maternidade era feita para que a esposa se ocupasse dessas tarefas; ele considerava injusto ter que atender o bebê durante a noite. Os pais do núcleo 10 e 11 se viam limitados em função do grau de apego dos bebês às mães; entretanto, mostraram-se participativos com banhos, trocas, umbigo e suporte durante a noite.

O pai do núcleo 9 foi descrito como pouco disponível para ajudar nas tarefas com o bebê em função do excesso de horas de trabalho e com a prisão ficou completamente indisponível.

Nenhum dos núcleos familiares, com exceção do pai do núcleo 7, conseguiram *retomar um padrão de lazer* próximo do que faziam antes da chegada do bebê. O apego exagerado dos bebês às mães e a inquietação de ambos (núcleos 10 e 11) parece desencorajá-los de retornar às reuniões sociais. O pai do núcleo 7 foi o único a retomar as mesmas atividades de antes (futebol e churrasco com os amigos), o que parecia potencializar o conflito conjugal. Ela, porém, demonstrava um aspecto fóbico em relação a contaminações e não havia conseguido retomar coisas simples como um passeio ao *shopping*. Dois núcleos foram atravessados por situações que os impedia de investir em lazer: a prisão do marido (7) e a reforma do apartamento (8).

7.2.5 Adaptação ao bebê real

Todos os *bebês dormem na cama do casal* e pelo menos um membro lamenta ter feito essa escolha (núcleos 7, 8, 9, 10 e 11). Apenas a mulher do núcleo 9, cujo marido não está morando com ela, não apresentou queixa nesse sentido. Em alguns casos o plano inicial não era colocar o bebê na cama do casal (núcleos 7 e 8), mas a rotina foi se configurando dessa maneira.

A *aparência do bebê* trouxe algum elemento surpresa para certos núcleos familiares (7, 9 e 10). A mãe do núcleo 7 surpreendeu-se com a tonalidade clara da pele do filho, mas não tardou a perceber que ele se parecia muito com ela. A mãe do núcleo 9 surpreendeu-se com a beleza do filho. Falou claramente que não o imaginava tão bonito – e nada disse sobre o fato de não ser a menina tão esperada. Os pais do núcleo 10 tinham receios sobre a aparência da filha; a primeira visão de ambos ainda foi atravessada pelos significantes “feinha, beirão”, mas falam da alegria de constatar que a filha é uma criança linda. A personalidade “brava e agitada” da bebê também os surpreendeu, porque a mãe a imaginava “mole”, como ela própria se vê. O núcleo 8 tem uma visão discordante sobre a aparência do bebê: cada um acha que se parece consigo, mas o pai argumenta que 90% das pessoas acham que se parece mesmo é com ele.

7.2.6 Considerações sobre os IRDIs

Todos os protocolos foram preenchidos a partir do material colhido nas entrevistas e da observação direta dos bebês. Os pais estiveram presentes em pelo menos uma das entrevistas, com exceção do núcleo 9, em que a mulher veio acompanhada de seus dois filhos.

Na primeira avaliação do protocolo IRDI, os bebês tinham entre três e sete meses e foi possível avaliar os indicadores do 1 ao 5 para dois bebês que tinham até três meses (núcleos 7, e 10) e os indicadores do 1 ao 13 para os demais (núcleos 8, 9 e 11), em que os bebês tinham entre quatro e sete meses. Na segunda avaliação, apenas dois núcleos participaram (7 e 8), os bebês tinham entre sete e oito meses, compreendendo os indicadores do 7 ao 20.

A ausência de indicadores apareceu em apenas dois núcleos familiares. O primeiro foi o núcleo 8, em que o indicador 19 (a criança possui objetos prediletos), no eixo *alternância presença/ausência*, foi marcado como ausente. A dinâmica familiar organizada em função do horário do marido, que trabalha em três turnos diferentes, estaria dificultando o estabelecimento de uma rotina para a criança.

No núcleo 11 observamos a ausência de dois indicadores: 8 (a criança faz solicitações à mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta) e 12 (a mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço), ambos no eixo *estabelecimento da demanda*. A principal queixa da entrevistada é o apego exagerado da filha, mas parece ter receio de aguardar as manifestações de sua bebê e se antecipa a tudo. Fiz um pequeno apontamento ao observar uma situação em que ela se levantou da poltrona para pegar a filha do colo do marido enquanto falava comigo. Questiono o porquê da ação, uma vez que se queixava do cansaço, e ela responde que assim o faz automaticamente, com medo de que a criança faça escândalo.

7.3 Análise Comparativa entre os grupos 1 (gestação de alto risco) e 2 (gestação típica) a partir das categorias analíticas

7.3.1 Aspectos fantasmáticos

Observamos que a variedade e a riqueza do *conteúdo fantasmático* se fizeram presentes em ambos os grupos, independente da presença de fatores de risco para a gestação. O aspecto da rigidez e a fixação em elementos fantasmáticos construídos antes da chegada do bebê parecem estar associados a uma *situação traumática/significativa na história dos pais* (núcleos 2, 3, 4, 7, 9, 10 e 11). Dentre as situações relatadas, destacamos o abuso sexual, o abandono parental, abortos, doença familiar, racismo e discriminação. Com exceção do aborto e da doença familiar, todas as outras situações são relatos sobre a infância dos pais. A presença de um diagnóstico de *doença mental na mãe* mostrou-se como o fator complicador mais significativo para o processo de remodelação das fantasias acerca do bebê após o nascimento.

Observamos que a persistência de algum tipo de *medo* está sempre presente no entorno de uma gestação. No grupo 1 o medo predominante é o de *morte fetal* (núcleos 1, 3, 4 e 6), provavelmente relacionado ao fator de risco detectado; já no grupo 2 a maior parte das mulheres relataram um *medo de que não conseguiriam engravidar* (7, 8 e 11).

A *via de parto* é decidida autocraticamente pelo médico; o desejo da mulher e suas limitações emocionais em relação a essa vivência não foram discutidas e/ou consideradas em nenhum dos casos.

No hospital particular, as mulheres têm a sensação de poder escolher, mas na prática todas recebem a indicação de parto cesariano; apenas uma mulher (núcleo 8) queixou-se após o parto de não ter tido a oportunidade de conhecer os benefícios do parto normal e

arrependeu-se de ter se submetido a uma cesariana. Dos sete partos realizados no hospital particular, seis foram cesarianas. O único parto normal aconteceu porque a gestante chegou ao hospital em trabalho de parto com dilatação (núcleo 10). A mulher do núcleo 11, por exemplo, fez todo o acompanhamento pré-natal pelo SUS, mas optou por fazer o parto no hospital particular justamente pela possibilidade de fazer um parto cesariano.

No hospital público a primeira indicação é sempre pelo parto normal, independente da manifestação contrária das mulheres a esse respeito; tal como no hospital particular, não há espaço para discussão.

Ainda assim, dos quatro partos realizados no hospital público, três foram cesarianas, e apenas uma mulher tinha essa indicação prévia (núcleo 1). Uma das cesarianas aconteceu após nove horas de trabalho de parto (núcleo 9); a outra mulher (núcleo 5) só recebeu indicação para cesárea após o início de uma crise convulsiva que culminou em uma intercorrência grave para a díade: a mãe passou três dias desacordada na UTI e teve seu útero retirado; a bebê também foi encaminhada à UTI após passar por um longo processo de reanimação e resfriamento para proteção cerebral. Apenas a mulher do núcleo 1 teve sua cesárea agendada pelo hospital público em função do risco relacionado ao parto e tinha fatores orgânicos bem definidos para sustentar essa indicação.

A mulher do núcleo 2 estava acompanhada de uma doula e conseguiu ter parte de seu desejo atendido através do plano de parto que foi entregue à equipe médica do hospital público. Embora não tenha sido possível realizar o parto de cócoras como gostaria, ela teve a oportunidade de retirar sozinha seu bebê, sem a intervenção médica como era sua vontade.

O contato do bebê com o corpo da mãe logo após o nascimento no sentido de favorecer a amamentação acontece exclusivamente na maternidade pública que é portadora do selo de humanizada. Entretanto, a massificação da prática atravessa de modo violento a singularidade de algumas mulheres, como pudemos observar no caso da mulher do núcleo 2 que foi submetida a protocolos que desconsideravam seus recursos e limitações pessoais.

Todas as mulheres tiveram o *direito garantido de levar um acompanhante* para o momento do parto. Houve duas exceções: na primeira, o acompanhante (ex-marido) do núcleo 5 estava alcoolizado e foi impedido de entrar pela família. A outra situação deveu-se a descuido da equipe de enfermagem, que não chamou o pai a tempo (núcleo 10); ele estava paramentado, tentou entrar – pensou que tinham esquecido dele –, mas foi impedido pela enfermeira. Esse episódio aconteceu no hospital particular.

A *sala de pré-parto* foi apontada por sete de onze mulheres de ambos os grupos e, portanto, das instituições pública e privada, como um ambiente/momento angustiante (núcleos

1, 2, 5, 7, 8, 9 e 10). A queixa não está relacionada com as dores do trabalho de parto – mesmo porque essa reclamação vem de mulheres que esperavam também pela cesariana –, mas pelo fato de presenciarem outras mulheres com dores em um momento emocionalmente muito delicado. As queixas que se repetiram entre elas foram relativas à longa espera sem acompanhante, à fome e ao esgotamento físico e mental. A diferença entre os grupos foi que o grupo 1 de alto risco mostrou-se mais atento e sensível à conversação da equipe médica no seu entorno. Situações como dificuldade na punção da veia ou a demora do bebê em chorar foram descritas como geradoras de ansiedade e fantasias.

O posicionamento da *equipe médica em relação à parturiente*, o modo como se dirigem a ela, as falas técnicas entre eles, tudo isso é captado e tem algum impacto no estado emocional da mulher. Temos um exemplo em que a mulher (núcleo 4) estava muito tensa em função de um dilema familiar – a mãe da gestante foi convocada por ela a participar do parto no lugar do marido que não conseguiu chegar a tempo, já existia uma situação de disputa entre genro e sogra, e isso o contrariaria ainda mais. A postura do médico, porém, contribuiu para tirá-la desse conflito: ele conduziu o procedimento com muito bom humor, fez suspense entre a equipe para mostrar o sexo do bebê, que foi revelado no parto e, segundo ela, foi o que a fez se desligar do conflito para poder viver a emoção daquele momento.

A *construção antecipatória* da imagem do bebê é composta por vários elementos. O que mais aparece no discurso dos pais é uma projeção feita a partir de uma composição entre a percepção dos movimentos sutis ou agitados do feto e a personalidade dos pais. Outros pontos que aparecem são: a possibilidade de semelhança com a imagem de outro filho ou com eles mesmos quando crianças, a mistura de cor entre os pais e detalhes observados durante a realização de exames de imagem.

Ainda sobre a imagem antecipada, duas mulheres do grupo 1 gestação de alto risco (núcleos 2 e 3) apresentaram dificuldade em falar sobre essa imagem prévia do bebê. Ambas mostraram tendência a preencher essa temática com a própria história. Ambas atualizaram, no contato com a criança, fantasmas anteriores ao nascimento. No núcleo 2, observamos o surgimento, durante a gestação, de um desejo de aborto espontâneo ao lado do “receio” de machucar o bebê; isso parece ter se atualizado após o parto com fantasias, aparentemente egodistônicas, de agressão e desejo de morte em relação ao bebê. No núcleo 3 os movimentos sutis do feto “como de uma borboletinha que luta para sobreviver” parecem ter se atualizado na imagem chocante de fragilidade descrita pela mãe ao ver a criança pela primeira vez. Ambas têm um diagnóstico psiquiátrico.

O *sexo do bebê* parece figurar como ponto de ancoragem para conteúdos fantasmáticos dos pais; entretanto, ainda que contrariados em suas preferências, nenhum dos pais demonstrou resistência em acolher o sexo diferente do esperado.

Duas situações que contrariaram as expectativas das mães foram em relação ao sexo e isso parece ter funcionado como barreira para o conteúdo projetivo construído antes da chegada do bebê. No primeiro caso (núcleo 4), os pais haviam decidido dar ao bebê o mesmo nome do feto abortado; além disso, a imagem antecipada desse bebê apresentava vários elementos dos dois fetos abortados, ambos do sexo masculino; entretanto, nasceu uma menina que parece ter sido bem acolhida na sua diferença. No segundo caso (núcleo 9), a mãe queria muito uma menina e não considerava a possibilidade de ter um menino. Ela teve uma filha na adolescência e, com a separação, perdeu a convivência com ela. Ressentia-se muito por isso: “é o mesmo que não ter”. Como já tem um filho com o atual marido, gostaria de “preencher” essa falta, porém, nasceu outro menino que, por sua beleza, parece ter conquistado facilmente o júbilo da mãe.

A projeção do sofrimento vivido pelos pais em relação à *discriminação racial* relaciona-se também com o sexo do bebê. Temos dois exemplos: para a mulher do núcleo 2, saber que esperava um menino foi um alívio, pois era como se uma menina fosse repetir de modo muito parecido seu percurso de sofrimento por ser mulher e negra, ao mesmo tempo que lhe deu a possibilidade de sonhar com a chance de oferecer uma educação feminista para um “homem”; no entanto, o fato de ser um menino mexeu um pouco com os seus fantasmas relacionados ao abuso sexual que sofreu, isso a deixava mais tensa quanto à restrição em ser tocada nos seios. Já a preferência do núcleo 10 por um menino era por achar que uma menina negra e possivelmente fora dos padrões de beleza poderia sofrer mais que um menino; mas, com a confirmação de que era uma menina, se conformaram com a ideia de que o destino da mãe projetado na filha era melhor que o destino do pai projetado em um filho, uma vez que o pai teve problemas com drogas.

A amostra sugere uma expectativa que vai de sutil a explícita acerca do branqueamento dos filhos, especialmente entre os casais inter-raciais (núcleos 2, 5, 6, 7 e 9).

Sobre a *autoavaliação quanto ao desempenho do papel parental*, as mulheres são mais autocríticas (núcleos 2, 3, 6, 7, 8 e 9) e parece comum o sentimento de que estão em falta no que respeita à forma como conduzem os cuidados do bebê, mas é também indiscutível o fato de que são elas que concentram a maior parte das tarefas e decisões em relação a ele. Essa posição crítica se distribuiu proporcionalmente entre os grupos 1 e 2. Dos sete pais que participaram, três se mostraram autocríticos (núcleos 6, 10 e 11) em relação ao mesmo tema, e

se cobraram por passar pouco tempo com os bebês. A postura das mulheres é, em geral, de validar a necessidade do marido em se ausentar para o trabalho e até mesmo de reconhecer o direito dele de manter parte de sua vida social.

Os pais dos núcleos 7, 8 e 9 demoraram para assumir algumas tarefas básicas em relação aos bebês; no entanto, isso aparece como problema apenas para a mulher do núcleo 7; para os outros núcleos é aparentemente interpretado como algo esperado e justo. Os pais dos núcleos 2 e 5 romperam a relação com as mulheres durante a gestação e não assumiram responsabilidades financeira e emocional em relação aos bebês. Não identificamos diferença significativa entre os grupos quanto à autoavaliação.

Em dois núcleos familiares (3 e 5) a mãe recebeu alta antes do bebê e isso foi descrito como uma das coisas mais complicadas do processo. No núcleo 3, o pai estava de licença paternidade e acompanhou a esposa em todas as visitas à bebê no período em que ficou internada. No núcleo 5, a mãe não contava com o apoio do ex-marido, precisou da ajuda dos familiares para ficar com o filho mais velho para que fizesse as visitas diárias a filha no hospital durante um mês. Uma separação longa entre a díade aconteceu apenas no grupo 1 de alto risco.

7.3.2 Sustentação

Quanto à qualidade da sustentação de que o núcleo familiar dispõe para gestar e receber o bebê no seio familiar e social foram avaliadas três áreas: apoio conjugal, apoio familiar e apoio institucional.

a. Apoio conjugal

Todos os núcleos familiares que declararam uma relação marital afirmaram, a princípio, a existência de *apoio e sustentação mútua* entre eles. A exceção são os núcleos 2 e 5, em que os casais se separaram e os pais não assumiram suas responsabilidades junto aos filhos.

Quando nos aprofundamos um pouco acerca da rotina estabelecida em relação ao bebê, observamos que alguns pais resistiram bastante até a assumir tarefas como trocar fraldas, dar banho, mamadeira, atender às demandas durante a noite e até mesmo acalmar o bebê (núcleos 4, 6, 7, 8, 9).

Embora algumas mulheres tenham se queixado (núcleos 7 e 9), as demais parecem ter aceitado que essa estrutura de divisão deve permanecer assim. A mulher do núcleo 9, por exemplo, só mostrou indignação quando seu esposo foi preso; sentiu isso como abandono e

descuido, mesmo que antes ele também não a ajudasse com as tarefas. Como ele trabalhava muito, estava conformada com a situação. Há exceções entre os pais que assumiram os primeiros banhos (núcleos 1, 3 e 11) e outro que ficou encarregado de dar a primeira mamadeira (núcleo 6) quando a esposa precisou se internar.

Dos nove casais que compõem a amostra, oito *retomaram a vida sexual* logo após o período de quarentena recomendado pelo médico. Apenas o núcleo 7 levou três meses para ter o primeiro contato sexual. Muito magoada com a postura do marido, ela se sentia injustiçada e pouco amparada por ele, e mesmo depois de retomar a vida sexual afirmou que: “as mágoas ainda atrapalham”.

Quase todos os *homens* que participaram das entrevistas se *queixaram da pouca frequência e/ou da qualidade do sexo* (núcleos 1, 6, 7, 8, 10 e 11). A exceção foi o núcleo 3. A queixa veio da esposa, que sofria por achar que não era mais desejável por ter engordado. O esposo desconstruiu esse pensamento e confessou que, na verdade, o que o estava bloqueando era a associação que ele fez entre a relação sexual e a crise convulsiva que aconteceu algumas vezes após o sexo – ele acreditava estar protegendo-a ao evitar a relação sexual.

As duas mulheres separadas (núcleos 2 e 5) não retomaram a vida sexual; no entanto, ambas tiveram algum contato vislumbrando essa possibilidade.

b. Apoio familiar

Todos os núcleos familiares contam com algum tipo de apoio emocional, cuidados com o bebê e/ou financeiro de suas famílias de origem. Em todos os casos, essa *ajuda vem dos avós*, predominantemente os avós maternos do bebê. A diferença observada entre os grupos é que no grupo 1, de alto risco, essa ajuda vem *acompanhada de críticas* em relação ao fazer parental (núcleos 1, 2, 3 e 4).

Os dois núcleos familiares em que os pais não assumiram suas responsabilidades (2 e 5) são chefiados por mulheres que também têm o abandono paterno em sua história infantil. Assim como seus bebês, foram registradas por seus pais, mas não cuidadas/acompanhadas por eles.

Dos onze núcleos familiares, cinco têm pelo menos um membro do casal que não foi reconhecido pelo pai (8 e 11) ou foi abandonado pelo pai durante a infância (2, 5 e 9). A mulher do núcleo 11, além do não reconhecimento paterno, foi adotada por sua cuidadora/vizinha durante a infância, pois a mãe não tinha condições de criá-la.

O abandono paterno na história dos pais aparece com maior prevalência no grupo 2 de gestação típica, no qual a inserção da figura paterna junto ao bebê encontrou mais dificuldade.

c. Apoio institucional

Todos os núcleos familiares, especialmente as mulheres, fizeram uma *avaliação relativamente positiva da equipe médica*, mas repetiu a tendência a transmitir um quadro geral positivo, tal como fizeram em relação a seus companheiros. Contudo, ao serem questionadas sobre os detalhes, aparecem muitas críticas.

Apenas a mulher do núcleo 2 escancarou a crítica, durante o pré-natal ela se mostrava insatisfeita com o fato de a enfermeira apalpar seus seios (reação fóbica após abuso sexual). Ainda durante a gestação ela mencionou seu receio com a amamentação, especialmente pelo fato do filho ser um “homem”. Sem considerar esse histórico, seguiram o protocolo “humanizado” que preconiza a necessidade de colocar o bebê em contato pele a pele com a mãe para mamar ainda na primeira meia hora após o parto.

No pós-parto, as coisas se complicaram. Ela ficou sem medicação para dor, pediu várias vezes à enfermagem, que negava dizendo que não havia prescrição médica. Ela observou que outras mulheres que dividiam o quarto com ela haviam recebido analgésico. Em resposta a um de seus protestos, ouviu de uma enfermeira que “preto aguenta dor”. O alívio veio durante a madrugada, quando recebeu a visita da médica plantonista que atendeu prontamente a seu pedido. Essa situação aconteceu no hospital público com uma mulher que pertencia ao grupo 1 – gestação de alto risco.

O núcleo 10 fez uma crítica mais contida, mas igualmente importante para nossa discussão. Ela se sentiu muito abalada por duas situações durante o trabalho de parto. É importante resgatar a informação de que essa gestante tinha muito medo de morrer no parto e colecionava ditos e histórias familiares sobre essa temática. As situações apontadas como geradoras de angústia foram: primeiro, o tom de fala do enfermeiro que tentava coordenar sua respiração de maneira rude, depois foi a fala de uma enfermeira que condicionou o empenho da gestante a um meio de evitar o “sofrimento fetal”. A expressão “sofrimento fetal” caiu para ela como uma bomba. Por sorte o médico parece ter percebido que isso a descompensou e rapidamente contornou a situação, colocou uma música no centro cirúrgico e mudou o tom da conversação. Outras mulheres entrevistadas que fizeram parto com esse mesmo obstetra ressaltaram a importância da música para melhorar o clima no centro cirúrgico. Essa situação aconteceu no hospital particular com uma mulher que pertencia ao grupo 2 – gestação típica.

Outros três núcleos (3, 4 e 6) apontaram como grande diferencial o fato de terem uma *relação de confiança com o obstetra*. No caso do núcleo 4 isso foi fundamental, pois vale lembrar que ela sofreu dois abortos: no primeiro, identificou omissão e falha nos dois

hospitais em que buscou socorro; no segundo aborto foi submetida a uma curetagem sem exame de confirmação acerca dos batimentos cardíacos do feto; na gestação atual, em que tudo correu bem, ela também não detectou os batimentos cardíacos do bebê no mesmo período gestacional que o anterior, mas a conduta do seu obstetra foi diferente. Ficou, portanto, a dúvida de que sua segunda gestação pode ter sido interrompida indevidamente por imprudência médica.

Como já foi mencionado nos aspectos fantasmáticos, a *sala de pré-parto é o ambiente mais criticado pelas mulheres* pelo fato delas presenciarem outras mulheres com dor, também por permanecerem em longa espera sem saber o passo seguinte e sem o acompanhante, sentem muita fome e esgotamento físico e mental.

Entre as mulheres que fazem o acompanhamento de alto risco a quantidade de exames e consultas é bem maior que no caso das gestantes típicas, e isso impõe dificuldades para elas no ambiente de trabalho. A mulher do núcleo 4 descreveu uma situação de assédio moral em função de suas ausências – todas justificadas com atestado médico – e, ao retornar da licença-maternidade, a pressão continuou e ela se viu obrigada a pedir demissão; ela não conseguiu suportar nem mesmo o período de estabilidade garantido por lei.

7.3.3 Pontos de fragilidade

Oferecer *aleitamento materno* exclusivo ao bebê recém-nascido estava nos planos de todas as mulheres entrevistadas; entretanto, observamos uma diferença significativa entre os dois grupos no que se refere às condições para execução.

Todas as mulheres do grupo 2 – gestação típica conseguiram estabelecer uma pega sem grandes dificuldades. Embora o ganho de peso do bebê do núcleo 10 tenha sido insuficiente e obrigado o casal a inserir uma complementação com fórmula, todos conseguiram estabelecer o aleitamento materno.

No grupo de 1 – alto risco, porém, quase todas as mulheres enfrentaram dificuldades significativas com o início e o estabelecimento da amamentação e elegeram essa questão como um dos pontos mais difíceis, por exigir persistência e controle emocional. A única exceção foi o núcleo 6, que conseguiu estabelecer o aleitamento sem grandes problemas.

Os núcleos 1 e 4 enfrentaram problemas com a pega e a baixa produção de leite. A informação de que houve a necessidade de fazer a complementação do aleitamento com fórmula aparece com um tom de constrangimento e muitas justificativas. A mulher do núcleo 1 detalhou um pouco mais o mal-estar que sentia diante das críticas da família e das pessoas

ao redor, que viam a bebê mamando e falavam: “tão novinha com mamadeira”. Ela se sentia pessoalmente contrariada com a ideia de inserir a mamadeira e, ao mesmo tempo, precisava se proteger das cobranças internas e externas. O apoio do marido com relação a essa questão foi fundamental para ela sustentar a decisão de introduzir o complemento. Com o núcleo 10 aconteceu a mesma coisa: resistência da mulher à complementação com fórmula e apoio do marido para a introdução – ela também reconheceu que o apoio dele foi fundamental.

Já os núcleos 3 e 5 não conseguiram nem mesmo estabelecer o aleitamento. Os dois bebês passaram por um período de internação após o parto. A mulher do núcleo 3 tentou iniciar a amamentação, mas, com a medicação que utilizava e a permanência da filha na UTI, seu leite secou. O núcleo 5 nem teve a chance de tentar. Quando ela acordou do coma, três dias após o parto, não conseguiu iniciar o aleitamento, porque sua bebê também estava na UTI e ainda vivia o risco de amputação dos dedos. Ela ficou muito triste com a impossibilidade de amamentá-la, pois teve a chance de amamentar abundantemente seu filho mais velho e por isso acredita que, não fosse a intercorrência, não teria problemas com a amamentação.

Mais da metade da amostra (1, 3, 4, 6, 7, 8 e 9) apontou algum tipo de *conflito relacional* como algo capaz de fragilizar o processo de gestação e acolhimento do bebê. Analisando os tipos de conflitos apontados, observamos uma diferença qualitativa entre os grupos. No grupo 1, de alto risco, a queixa é predominantemente em relação a interferências e críticas das famílias de origem. Já no grupo 2, de gestação típica, as queixas referem-se a fatalidades incontornáveis que as famílias tiveram que administrar em paralelo à gestação.

Os *medos reais e/ou fantasmáticos* que surgem de maneira intrusiva e tensionam o processo emergiram como problemática predominantemente no grupo 1, de alto risco. Todas as mulheres desse grupo relataram preocupação com a própria saúde física ou mental. O medo de morte fetal e/ou má formações é o que mais se repete (núcleos 1, 3 e 4). Identificamos também a presença de medos reais e/ou fantasmáticos no grupo 2 de gestação típica; entretanto, não foram eleitos pelas famílias como fonte de fragilização – com exceção do núcleo 7, em que o marido aponta o medo de contaminação da mulher como algo que os atrapalha.

O *apego exagerado do bebê em relação à figura materna* e a consequente dificuldade de inserção do pai na rotina da criança é uma questão que apareceu prevalentemente no grupo 2 de gestação típica entre os núcleos 7, 10 e 11.

Alguma dificuldade financeira com a chegada do bebê foi mencionada por todas as famílias. Para três núcleos familiares (2, 5 e 9), contudo, a *vulnerabilidade financeira* figurou entre os aspectos de maior fragilização. Os núcleos 2 e 5 contam integralmente com a ajuda

da família de origem e com programas sociais como o bolsa família²⁰; os ex-companheiros não oferecem apoio financeiro, nem emocional. A vulnerabilidade financeira do núcleo 9 veio com a prisão do esposo quando o bebê estava com 5 meses: ele era a única fonte de renda da família.

A precariedade econômica atravessou o projeto de maternidade de algumas mulheres. A mulher do núcleo 10 se via convicta de que não teria filhos e associava o sofrimento dos pais à questão financeira ao fato de terem filhos para sustentar; ela cresceu com a sensação de que era um peso e aumentava esse sofrimento. A gestação veio sem planejamento, ambos estavam desempregados e, nesse ínterim, ela foi convocada a assumir um posto de professora concursada, ao mesmo tempo em que seu marido conseguiu uma recolocação profissional – daí pôde concluir que na verdade o que a bloqueava em relação a esse desejo era o medo de reviver as privações que viveu junto aos pais. Ela se percebeu surpresa com as alegrias dessa experiência, assim como também se mostrou surpresa com a postura de parceria de seu marido.

Duas mulheres tinham o sonho de poderem se dedicar integralmente aos filhos no primeiro ano de vida deles (núcleos 9 e 11); entretanto, as dificuldades financeiras as obrigaram a abandonar o plano inicial.

7.3.4 Planejamento e execução

Com relação a esta categoria analítica, o primeiro ponto que emergiu foi a dificuldade de execução em relação ao que as famílias planejaram a respeito da *amamentação*. De onze mulheres, nove conseguiram estabelecer o aleitamento materno, mas quatro delas se mostraram insatisfeitas por não conseguirem prolongar tanto quanto gostariam (núcleos 1, 4, 9 e 10).

O planejamento sobre o *retorno da mulher ao mercado de trabalho* e a guarda do bebê no período em que os pais estão trabalhando é um ponto que sofreu modificações de leves a fortes em todos os núcleos diante do bebê real. Nenhum núcleo manteve exatamente como planejaram.

As mães cujos bebês ficaram internados (núcleos 3 e 5) parecem mais conformadas com a ideia de que não poderão retornar ao mercado de trabalho antes de o bebê completar ao menos um ano: a primeira tem apoio integral do marido e a segunda nenhum apoio do ex-marido, mas o desfecho é o mesmo. A mãe do núcleo 5 almejava retornar ao mercado de trabalho, mas não sente confiança em deixar a filha sob a responsabilidade de outra pessoa

²⁰ Ano de 2018.

que não seja de sua família – como não tem ninguém disponível, vai continuar ela própria cuidando.

As mães dos núcleos 1, 2, 4 e 11 modificaram os planos e tentam conciliar, no ambiente da casa, algum tipo de trabalho remunerado e os cuidados com o bebê. As atividades vão de artesanato (núcleo 2) a projetos elétricos (núcleo 4), prestação de serviços contábeis (núcleo 1) e doces caseiros (núcleo 11) – isso para esclarecer que o nível de instrução da mãe não alterou o desfecho.

No grupo 1 de alto risco, apenas a mãe do núcleo 6 retornou ao trabalho. Contudo, contrariando o planejado – ficar um ano em casa com os filhos –, ela se viu angustiada sem a atividade profissional. A grande diferença em relação aos demais núcleos familiares de alto risco é o fato de que esse núcleo familiar não entrou em contato com a ideia de risco de morte do bebê; ela mesma parecia não saber que seu acompanhamento era de alto risco.

Das cinco mulheres que compõem o grupo 2 de gestação típica, três seguiram o plano de retornar ao trabalho (7, 8, 10). As duas mulheres desse grupo que decidiram sair do trabalho para acompanhar os bebês em seu primeiro ano de vida tiveram seus planos frustrados pela dificuldade financeira e ambas procuram uma nova oportunidade de trabalho (núcleos 9 e 11).

Os planos em relação à *guarda dos bebês* se mantiveram entre os núcleos (2, 6, 7, 8 e 10); os demais os modificaram em função das necessidades (1, 3, 4, 5, 9 e 11).

As mudanças entre o planejado e o executado referente à *guarda dos bebês* foram mais prevalentes no grupo 1 de alto risco. Quase todas as mulheres planejavam contar com o apoio de uma escola para retornarem ao trabalho; contudo, ou tiveram que adiar o retorno ao mercado de trabalho ou conciliaram algum tipo de trabalho em casa para poderem ficar com os bebês. Apenas a mulher do núcleo 6 retornou ao trabalho após o término da licença-maternidade.

Existia entre a maioria dos casais um planejamento quanto à *divisão de tarefas* com o bebê; entretanto, na prática, as mulheres assumem um volume indiscutivelmente maior de tarefas e decisões. Os pais assumem menos responsabilidades e a principal justificativa é o fato de se ausentarem por muitas horas em função do trabalho (1, 4, 6, 7, 8, 9, 10 e 11), mas as mulheres dos núcleos (6, 7 e 8) têm uma carga horária similar à dos maridos e mesmo assim acumulam mais tarefas em relação aos bebês.

Temos ainda os pais dos núcleos 2 e 5 que se abstiveram de praticamente todas as responsabilidades em relação aos bebês. A exceção é o pai do núcleo 3, que se divide entre o trabalho fora e as demandas da bebê e da esposa, que requer cuidados em saúde mental. É

importante destacar que os pais dos núcleos (1, 10 e 11) têm uma postura democrática com respeito a decisões e participativa no que se refere aos cuidados do bebê. Todavia, ainda assim, estruturalmente as responsabilidades recaem mais sobre as mulheres.

7.3.5 Adaptação ao bebê real

O nascimento do bebê impõe aos pais ajustes em suas expectativas e projeções construídas *a priori*. Tal processo mobiliza de saída muitas emoções desde o parto e, sobretudo, ao saírem do hospital com o bebê no colo. A partir daí precisarão se haver com um sem-número de demandas do bebê e de si mesmos. Vejamos a temática que emergiu de nossa amostra a esse respeito.

Nos núcleos 3, 4, 5, e 11, destaca-se uma postura de *hipervigilância* da mãe e/ou pai em relação ao bebê. É possível observar que esse padrão de relação aparece predominantemente entre os núcleos do grupo 1 gestação de alto risco.

Nos casos de alguma *surpresa em relação a aparência/personalidade antecipada* do bebê, em todos os núcleos (1, 4, 6, 7, 9, 10) isso parece ter sido bem recebido e, em alguns casos, a diferença parece até ter favorecido a qualidade do investimento (núcleos 4 e 9). O núcleo 4 estava muito apegado a imagem e construção a partir dos bebês imaginados durante as duas gestações que culminaram nos abortos. Os fetos eram do sexo masculino e o nome escolhido para o bebê da primeira gestação seria dado a esse bebê que teve o sexo feminino revelado somente no parto. Na entrevista após o parto ela disse que nunca esqueceria os primeiros bebês; o que parece tomar um caminho diferente do momento anterior, quando tudo tinha como referência os fetos.

Assim também aconteceu com a mãe do núcleo 9. Além de o filho não ser a menina que “substituiria” a filha mais velha interdita pelo ex-marido, ele nasceu fisicamente diferente do que ela imaginava e provavelmente esperava. A aparência do penúltimo filho no nascimento foi descrita de modo a sugerir uma leve decepção, pois o menino tinha os cabelos pretos, diferente dela que é loira e de sua primeira filha que nasceu ruiva – foi assim que ela descreveu o estranhamento com a cor de pele e cabelo do segundo filho. O bebê atual, assim como o anterior, veio também com cabelos pretos, mas a maneira jubilosa como ela olhava e falava sobre ele é indescritível em palavras. Ela mal respondeu à pergunta sobre a impressão que teve dele, ela olhava para o bebê, quase hipnotizada, e dizia para a pesquisadora “olha”, sugerindo que não era necessário falar, bastava olhar. Embora seja uma informação subjetiva, vale acrescentar que esse bebê realmente se destacava pela beleza e simpatia.

Quanto à antecipação da “personalidade” – é assim que denominam as manifestações da criança –, a mãe do núcleo 1 se surpreendeu com o fato de sua filha tão precocemente demonstrar suas preferências e ter uma postura exploratória ativa. Estava positivamente surpresa porque parecia mais fácil do que imaginava; antes acreditava que precisaria apresentar tudo para a criança, mas percebeu que ela era capaz de demandar. Os pais do núcleo 10 surpreenderam-se com a “personalidade” agitada da filha; ela seria “brava e nervosa”, diferente do que a mãe imaginou: “mole e calma como eu”.

Uma *aderência preocupante ao conteúdo antecipado*, mesmo após o parto, surgiu apenas nos núcleos 2 e 3. Observamos uma carga projetiva intensa. Houve dificuldade em construir uma imagem antecipada do bebê – o roteiro fantasmático das mães sempre entrava no discurso quando tentávamos falar dos bebês. Após o nascimento, observamos uma aderência a essa imagem narcísica antecipada: o bebê real não as surpreendia com sua singularidade.

7.3.6 Considerações sobre os IRDIs

Não foi possível fazer uma análise comparativa entre os grupos 1 e 2 dada a falta de homogeneidade entre as idades dos bebês. Cada momento de entrevista foi dividido em um intervalo de tempo que, a depender de a entrevista acontecer no início ou no fim desse intervalo, tornava necessário avaliar um número diferente de indicadores.

Os indicadores ausentes associados a um possível conflito relacional da díade se fez presente em apenas dois núcleos familiares (2 e 11).

No núcleo 2 o indicador ausente foi o 14 (a mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção), do eixo *alternância presença/ausência*. O apego exagerado do bebê à mãe, sua dificuldade com a separação e a adaptação na escola parece dar respaldo a esse apontamento. Do intervalo entre a demanda da criança e a experiência de satisfação proporcionada pela mãe era esperada uma resposta própria do bebê; entretanto, o que observamos foi um excesso de projeção sobre o bebê que pareciam distantes das manifestações dele. Ela fala de uma preferência do filho por bonecas – que ela confecciona – em seguida diz que o aceitaria se ele fosse *cross-dresser* (travesti). Ela relatou ter sido abandonada pelo companheiro durante a gestação, mas a análise de seus relatos abre espaço para dúvida sobre se o abandono se estende integralmente ao bebê ou se ela fazia barreira para a entrada do pai real na vida do filho. Além disso, ela própria foi abandonada pelo pai ainda bebê.

Para além disso, sua relação com o bebê parecia pautada por uma lógica que não se submetia às regras do social. Disse ter interrompido o acompanhamento pediátrico do filho, mas quando tento obter mais informações, ela muda o discurso e diz que já teria retomado. Depois mencionou um encaminhamento para uma avaliação neuropediátrica – segundo seu relato, pelo fato de ele ser superdotado, lembrando que ele tinha dez meses. O bebê sofreu um perfuramento de tímpano aos quatro meses e a única explicação que conseguiu apresentar foi a de que a médica disse que não era culpa dela, que aconteceu. As projeções sobre o bebê parecem alternar entre o objeto realizador dos sonhos e o objeto depositário da agressividade.

Com relação ao núcleo 11, observamos a ausência dos indicadores 8 e 11 (A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta / A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço), ambos do eixo *estabelecimento da demanda*. No momento inicial é esperado que a mãe atribua sentido aos movimentos involuntários do bebê e de maneira inconsciente se coloque como objeto da demanda e do desejo do bebê; entretanto, com o desenvolvimento e a diversificação de interesses do bebê, essa onipotência materna vai perdendo força – eis que, neste caso, sugere também uma aderência ao momento inicial, em que a bebê precisava dessa suposição exagerada da mãe acerca de seus desejos.

A ausência de indicadores entre os núcleos 1, 5 e 8 não foi ligada a um conflito relacional significativo. No núcleo 1, a ausência do indicador 5 (Há trocas de olhares entre a criança e a mãe) pertencente ao eixo *suposição do sujeito* vem corroborar o pensamento da mãe que estava em processo de desconstrução de que a criança seria uma página em branco. Ela se declarou surpresa com o fato de a filha já ter o que ela chama de “personalidade”. No núcleo 5 a ausência dos indicadores 5 e 9 (Há trocas de olhares entre a criança e a mãe / A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases) não foi associada às construções prévias da mãe. Ela se mostra uma pessoa muito reservada e é possível que não tenha se sentido à vontade para interagir nesse nível com a bebê na presença da pesquisadora. A bebê respondeu avidamente à proposição da pesquisadora em tom manhês.

No núcleo 8, a ausência do indicador 19 (A criança possui objetos prediletos) do eixo *alternância presença/ausência* parece estar relacionada a um momento pontual conturbado na rotina familiar. Eles estavam morando temporariamente na casa dos pais da mulher para terminar a reforma do apartamento; contudo, havia uma dinâmica de presença/ausência em curso, a mãe havia retornado ao trabalho e o filho estava bem adaptado com a avó materna.

7.4 Análise e Interpretação dos Resultados

7.4.1 Aspectos fantasmáticos

A riqueza fantasmática construída no entorno do bebê guarda relação com o passado infantil dos pais em seus aspectos positivos e negativos. A gestação é um evento mobilizador desse conteúdo, mas a inserção da gestante no acompanhamento pré-natal de alto risco não pode ser relacionada a um fator complicador para o espaço relacional pais-bebê. Observamos, porém, que esses pais mantêm um *estado de alerta aumentado* no contato com o seu bebê, tal como verificado por Souza (2020, p. 174) em sua tese de doutorado sobre a interação da díade a partir de uma gestação de risco:

O diagnóstico pré-natal que colocou em risco a gestação e o desenvolvimento do bebê pode ter aumentado a Sensibilidade da Mãe, ou seja, o quanto ela está atenta aos sinais comunicativos do seu filho, ou em prontidão para resguardá-lo e garantir o que for necessário.

Nos núcleos familiares em que observamos a presença de um diagnóstico psiquiátrico nas mães (núcleos 2 e 3), fez-se presente uma aderência preocupante ao conteúdo fantasmático, de modo a enviesar o movimento de investimento no bebê real. De maneira um pouco mais sutil, também observamos essa tendência projetiva nos núcleos familiares em que os pais relataram situações traumáticas ao longo da vida (núcleos 2, 3, 4, 7, 10 e 11). Dentre as situações relatadas, destacamos o abuso sexual, o abandono parental, aborto, doença familiar, racismo e discriminação.

A análise dos relatos sobre o momento exato em que as mulheres se descobriram grávidas trouxe à tona aspectos interessantes acerca dos desejos evocados no entorno dessa experiência. Vale retomar que o desejo, tal como concebido pela psicanálise, prevê um caráter inconsciente e a capacidade de conciliar qualidades antagônicas. De acordo com Aulagnier (2004), a qualidade do desejo parental confere singularidade aos elementos que compõem a matéria prima do psiquismo do bebê, mesmo antes de seu nascimento.

Para introduzir essa discussão, escolhemos o recorte de uma narrativa,²¹ obtida no contexto desta pesquisa, que ilustra o cruzamento de elementos fantasmáticos anteriormente abordados.

Bárbara anunciou a sua gravidez ao marido com a seguinte frase: “pensa em uma coisa que não passaria em sua cabeça?”. Ele, porém, foi assertivo na resposta e nos contou que acolheu com alegria e tranquilidade a notícia, pois há tempos ele e a filha pediam um bebê.

²¹ Esse núcleo familiar não foi incluso na amostra analisada pelo fato de não ter dado continuidade aos encontros.

Bárbara fazia controle do ciclo menstrual para evitar a gravidez e não estava convencida da ideia de ter outro filho, porque a primeira filha (presente à entrevista) nascera com uma má formação congênita e precisou fazer várias cirurgias e fisioterapia para corrigir “os pés tortos”; o risco de repetir essa vivência se impunha como barreira ao projeto de uma nova gestação.

Para além do medo de gerar um bebê com problema – haja vista que os pais e, sobretudo a mãe, conhecem bem as emoções no entorno da notícia de uma má-formação fetal, bem como as aflições das cirurgias e do longo processo de reabilitação –, observamos nessa família um *pot-pourri* fantasmático que ultrapassava a problemática que figurava como hipótese inicial de nossa investigação: *os sentidos atribuídos a uma gestação de alto risco e suas implicações para a construção parental e a constituição psíquica do bebê*.

A filha de nove anos acompanhava atenta nossa conversa e foi a primeira a suspeitar da gravidez ao notar as queixas de saúde de sua mãe; a confirmação, porém, veio em uma consulta médica de emergência motivada por uma crise renal. Foi a menina também quem esclareceu à entrevistadora sobre a irritabilidade da mãe. A mãe já havia pedido ajuda médica em função da alteração de humor, mas ouviu do médico que isso era normal na gravidez.

Muito atenta ao estado de tensão de sua mãe, a menina aproveitou uma breve saída do pai, que estava conosco no consultório do hospital, para dizer à entrevistadora que a contrariedade da mãe se devia, na verdade, à escolha do nome do irmão, feita por seu pai. A mãe tentou contornar a situação dizendo que o nome escolhido por ele era feio, quando, na realidade, esse nome teria sido escolhido por ele e pela primeira esposa para o filho que não veio durante os oito anos do seu primeiro casamento. “Ele escolheu esse nome com a outra mulher”, disse a gestante já menos resistente à temática. Houve um desentendimento considerável porque o combinado era que ele escolheria o nome se o bebê fosse um menino, como foi com a primeira filha – a mãe teve o direito de escolher o nome, por ser uma menina.

O casal não conseguiu chegar a um consenso e o clima ainda estava delicado. A solução que encontraram foi delegar à filha a escolha do primeiro nome do bebê para compor com o tal nome escolhido pelo pai. Ao retornar à sala de entrevista, o pai compreendeu rapidamente o tema da nossa conversa e explicou que esse nome era uma homenagem a um jogador de futebol que ficou conhecido por sua agilidade e velocidade; no entanto, esse atleta morreu precocemente em um acidente de trânsito no auge da carreira.

Para refutar o argumento de sua mulher sobre o nome escolhido por ele ser feio, o esposo justificou com o fato de viver bem com o próprio nome, que é também um pouco excêntrico. Durante essa explanação, antes que ele pudesse completar a frase autodepreciativa

sobre seu nome, foi interrompido/defendido pela filha. Ela tomou a palavra e disse “é o melhor nome o dele porque não existe repetido, é só ele”. Foi a pequena de 9 anos quem abriu e fechou a discussão. Foi ela também quem recebeu a tarefa de escolher um nome que amenizasse o mal-estar entre os pais.

Pés tortos – agilidade – jogador de futebol – morte precoce – outra mulher – bebê que não veio – bebê desejado – nome feio – nome único.

Observamos que o cruzamento dos elementos fantasmáticos que compõem a espera desse bebê não se resume aos fantasmas relacionados ao risco de má-formação e/ou morte, tal como aponta a análise dos resultados obtidos. Esses elementos são de tal maneira heterogêneos que seria reducionista relacionar a simples inserção de uma gestante no programa de acompanhamento pré-natal de alto risco a um elemento complicador do ponto de vista emocional, ainda que o contexto de risco não seja incólume ao processo.

Assim, constatamos que a riqueza fantasmática está presente em ambos os grupos, com ou sem risco para a gestação; entretanto, uma aderência preocupante ao bebê fantasmático – filho do desfecho edípico e do faz de conta infantil – estão presentes de modo prevalente em duas situações principais:

1. Quando há a presença de uma doença mental na mulher, anterior à gestação.
2. Quando há o relato de um histórico traumático significativo na vida de um dos pais.

A presença desses dois fatores revelou-se um obstáculo ao processo de acomodação do bebê fantasmático ao corpo real do bebê e se sobrepõe em relação à inserção da gestante no acompanhamento de alto risco.

Ainda que a inserção no acompanhamento pré-natal de alto risco não tenha se mostrado como fator de aderência ao conteúdo fantasmático infantil dos pais, pudemos observar que o risco real de perda fetal nesses contextos parece se emaranhar à construção dos norteadores do fazer parental. O medo de perder o bebê parece favorecer uma *atitude de atenção e vigilância aumentada* para com o bebê em relação ao grupo de gestação saudável.

No grupo 2, de gestação típica, notamos a presença de um tipo de medo diferente, que fazia menção ao período anterior à gestação; ou seja, estando grávidas, elas relataram que *havia um medo/intuição de que não seriam capazes de engravidar*. De acordo com os relatos, esse medo vem respaldado em histórias familiares de outras mulheres que tiveram dificuldades para engravidar e achados ginecológicos como cistos e descontrole do ciclo menstrual.

As falas, expressões e gestos da equipe e do acompanhante no entorno do parto mostraram-se significativos e capazes de estabelecer relação com o conteúdo fantasmático. O

parir é uma experiência revestida de histórias, emoções, sensações e, sobretudo, um mobilizador de medos arcaicos. A maneira como os pais absorvem os detalhes nos monitores, o tom de voz dos enfermeiros, as falas técnicas entre os profissionais e o dilema estabelecido com a família que os espera fora da cena do parto entram de maneira ampliada no carrossel de emoções descrito por eles.

As mulheres enunciam seus medos e preferências em relação ao parto, mas observamos que elas não têm poder algum de escolha. A principal diferença está entre as instituições pública e privada, e não entre os grupos 1 e 2. No hospital público, a primeira indicação é sempre o parto normal; já no hospital particular, a primeira indicação é sempre o parto cesariano. Nessas indicações, tanto na iniciativa privada, quanto na pública, existem interesses institucionais e econômicos que se sobrepõem à real necessidade da mulher. Ao iniciar o pré-natal, as mulheres tomam conhecimento dessa tendência quanto a determinada via de parto, a depender de estar em um equipamento público ou privado.

A preferência da mulher não foi considerada em nenhuma das duas instituições; entretanto, na iniciativa privada, elas demonstraram menos desconforto com a decisão do médico acerca da cesariana, se comparada com a imposição do parto normal na rede pública.

Vejamos o exemplo de dois casos significativos: o primeiro provindo da iniciativa privada e o segundo da iniciativa pública. Ambos sugerem a presença de um atravessamento fantasmático como fator complicador ao se depararem com a inflexibilidade institucional acerca da preferência delas em relação à via de parto.

A mulher do núcleo 10, pertencente ao grupo 2 de gestação típica, guardava uma frase muito utilizada em sua família: “o parto é uma situação onde a mulher fica com um pé dentro e o outro fora da cova”. Embora tenha verbalizado que preferia uma cesariana, assim como outras mulheres entrevistadas, tinha muito medo da anestesia utilizada neste tipo de parto, que paralisa os membros inferiores. Mesmo não havendo fator de risco, havia um medo de morrer no parto, mas ela não encontrou oportunidade de falar sobre isso no acompanhamento médico.

Um pouco antes do previsto, ela soube detectar em seu corpo que o momento do parto havia chegado mais cedo. Ela se encaminhou para o hospital acompanhada do marido e pediu internação, mas pediram para ela voltar para casa e, quando retornou ao hospital, ainda no mesmo dia, estava em uma situação emocional completamente descompensada, justamente pelo medo de morrer. Finalmente, não precisou se submeter à temida anestesia. Uma vez que ela deu entrada no hospital já em trabalho de parto e com dilatação avançada, esse foi o único parto normal da amostra colhida no hospital privado.

Outra mulher, do núcleo 5, pertencente ao grupo 1 de gestação de alto risco, havia manifestado durante todo o processo pré-natal o medo de se submeter ao parto normal – que é a indicação primeira da maternidade pública –, pois a tensão da espera poderia ser, como de fato foi, disparadora de uma crise convulsiva. Tivemos a oportunidade de ver, no capítulo 5, o desfecho dramático desse núcleo familiar, que culminou na realização de uma cesariana seguida de uma histerectomia, além da separação precoce da díade em função das graves intercorrências sofridas por mãe e filha.

Resgatamos esses dois breves relatos para mostrar que a via de parto de que dispunham essas duas mulheres, não exatamente como preferência e mais em consonância com seus medos e fantasmas, acabou se concretizando. Elas foram ignoradas em seus medos/desejos, mas as complicações e intercorrências protagonizadas por seus corpos impuseram uma alteração no caminho traçado pelos obstetras. Em outra pesquisa sobre gestação e parto de alto risco, “os resultados apontaram que a maioria destas mulheres utilizaram-se do corpo orgânico como uma via de expressão do sofrimento psíquico, desencadeados ou agravados na gestação” (Miyazaki, Cordeiro, Almeida, & Verceze, 2019, p. 4).

A indicação médica da via de parto conta, entre outras coisas, com uma avaliação de critérios técnicos e de segurança para a díade; contudo, a necessidade de dar voz, não somente aos desejos, mas especialmente aos medos dessas mulheres, pode ser um importante aliado para o desfecho seguro no entorno do parto. O apoio emocional e a sensação de segurança são fatores fundamentais de proteção para esse momento.

Observamos que todas as gestantes da amostra tiveram garantido seu direito ao acompanhante; o cumprimento da lei, porém, foi parcial. A portaria 2.418 de 2 de dezembro de 2005:

Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. (Brasil, 2005b)

A admissão do acompanhante, indicado pela gestante, mostrou-se uma prática bem integrada e respeitada; contudo, em ambos os hospitais, a entrada do acompanhante só foi permitida no momento do parto e pós-parto. A sala de pré-parto foi apontada por sete de onze gestantes como um ambiente angustiante. A ausência de acompanhante, o fato de presenciarem outras mulheres com dor, a fome e o longo período de espera sem previsões, foram os fatores apontados como complicadores, apesar de terem o direito, de acordo com a

lei, de estar acompanhadas durante todo o trabalho de parto, que inclui esse período na sala de pré-parto. Algumas mulheres relataram a impressão de terem sido *esquecidas*.

Reforçando a ideia da necessidade de dar espaço à expressão dos medos e de toda a carga fantasmática evocada pela experiência de gestar e parir um bebê, gostaríamos de destacar o potencial danoso na adoção rígida de protocolos no campo perinatal, ainda que estejam a serviço de processos ditos de humanização.

A gestante do núcleo 2 (grupo de alto risco) protagonizou uma situação que foi detalhada em sua narrativa no capítulo 5, mas que gostaríamos de resgatar brevemente para discutir a importância da saúde mental nesse contexto. O fator de risco responsável por sua inclusão no acompanhamento pré-natal de alto risco foi o diagnóstico psiquiátrico de transtorno *borderline*. Trata-se de uma jovem de 21 anos que apresentava um desconforto diante da ideia de amamentar o bebê que carregava em seu ventre, a entrevista com ela aconteceu após uma consulta pré-natal. Ela estava irritada com a enfermeira que quis tocar suas mamas:

Hoje mesmo não a deixei tocar no meu seio. Eu sei que vou ter um filho, ele vai precisar se alimentar e vai ter que me tocar, então [pausa] não quero que seja algo prejudicial nem para ele, nem para mim, até porque ele também é homem, vou precisar de ajuda! (núcleo 2)

Ela explicou que não suportava ser tocada da cintura para cima e relacionou o sintoma fóbico a uma situação de violência sexual que viveu. O hospital em que ela fazia o acompanhamento era uma maternidade pública credenciada pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), um programa proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno, tendo como base os “Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno”, que resumem as práticas e procedimentos a serem desenvolvidas nas maternidades. Seguindo as orientações do 4º passo, que prevê “Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento” (Brasil, 2008), tais maternidades adotam a prática de colocar a díade em contato pele a pele na primeira meia hora após o parto para favorecer a amamentação. O contato pele a pele no momento pós-parto tem sido objeto de estudos que comprovam os benefícios fisiológicos e psicossociais (Matos et al., 2010), entretanto, nossa discussão visa as singularidades que emergem nesse contexto e demandam um olhar e um tratamento singular.

Essa mulher (do núcleo 2) conhecia a prática da maternidade de colocar a díade em contato pele a pele e, por isso, passou a gestação assombrada com a ideia de que teria que

amamentar seu *filho-homem* logo após o parto. Eis aqui, mais uma vez, uma proposta de humanização que entra em choque com um conteúdo fantasmático singular: estávamos diante de uma mulher vítima de uma violência sexual, com histórico de abandono paterno, e que manifestava sua dificuldade em amamentar seu bebê-homem. Mesmo a saúde mental sendo a causa de sua inclusão no acompanhamento de alto risco, por algum motivo, sua limitação não pôde ser considerada dentro do contexto de cuidados de que essa mulher necessitava.

Observamos que a prática de favorecer a amamentação promovendo o contato pele a pele entre a díade na primeira meia hora após o parto, apesar de muito importante, acontece exclusivamente na maternidade pública; não observamos esse procedimento em nenhum dos casos na maternidade particular. Isso reforça a ideia de que, mais do que uma conscientização entre os profissionais da sua importância, o selo de hospital amigo da criança e a verba por ele concedida é o que sustenta a prática.

Vale salientar que os benefícios dessa prática são conhecidos e não pretendemos questioná-los, entretanto, os critérios para a manutenção do credenciamento hospitalar parecem conflitar com as possibilidades de acolhimento do singular por parte da equipe de saúde.

Para que o hospital receba o selo “Hospital Amigo da Criança” ele precisa cumprir as normas contidas na portaria nº 1.153/2014 do Ministério da Saúde. Esse selo é conferido às instituições que se adéquam à política de incentivo ao aleitamento materno. O processo de reavaliação hospitalar acontece com um intervalo máximo de até três anos e tal avaliação tem metas pré-estabelecidas que determinam a manutenção ou não do selo e da verba a ele associada (2011a).

Considerando os critérios avaliativos, é possível questionar certas peculiaridades no exercício desse cuidado que podem ferir a liberdade e o protagonismo materno, uma vez que tem em seu processo avaliador metas numéricas de interesse dos gestores. A quantidade de partos normais, a iniciação do aleitamento materno dentro do hospital e a exclusão de bicos artificiais como chupetas e mamadeiras fazem parte dos critérios numéricos.

Passemos agora a analisar a construção no entorno da *imagem antecipada do bebê* forjada pela fantasia parental. O ponto de partida comum aos relatos é uma composição imaginativa entre a projeção da personalidade dos pais e uma relação estabelecida pela gestante entre os movimentos fetais e uma possível personalidade do bebê (calmo/agitado). Com relação aos aspectos físicos presentes na composição da imagem antecipada, a aparência dos pais quando eram crianças dá o molde dessa construção, ao lado de uma possível

semelhança com outros filhos, a mistura de cores entre o casal e, por fim, alguns detalhes físicos nomeados pelo médico na realização da ultrassonografia.

O narcisismo parental evocado pela revivescência do infantil (Freud, 1914) está na base da construção antecipatória que se ancora em dados da realidade percebida – como os movimentos fetais e a imagem revelada nos exames. Podemos supor um processo de acomodação das fantasias parentais em um objeto que começa a se apresentar com características próprias, ainda que no imaginário parental.

Essa composição entre as fantasias infantis parentais e os elementos de alteridade que começam a ser considerados na antecipação do bebê, ainda durante a gestação, parecem falhar nos dois núcleos familiares (2 e 3) em que as mulheres têm um diagnóstico psiquiátrico. Elas têm dificuldade em falar sobre seus bebês em relação seja à aparência física, seja aos aspectos subjetivos. Quando questionadas, elas deslizam para a própria história, acabavam preenchendo a temática com longas histórias pessoais.

O núcleo 2 externalizou fantasias agressivas em relação ao bebê, aparentemente egodistônicas, que se atualizaram em uma tendência à idealização excessiva após o nascimento. A criança descrita parecia distante do bebê real: ora descrito como “calmo/lesado”, ora como superdotado e iluminado espiritualmente. O discurso dela sobre o acompanhamento pediátrico/neurológico era incoerente; deixava dúvidas sobre se ela permitia ao pai visitá-lo.

Já a bebê do núcleo 3 foi desenhada com projeções de muita fragilidade desde a gestação, quando a mãe descrevia seus movimentos “como de uma borboletinha que luta para sobreviver”. Após o parto, a mãe se via incapaz de cuidar da filha, e dizia contrastar demais aquela fragilidade do bebê com seu jeito “grosseiro” de ser. O marido parece ter encabeçado os cuidados e decisões sobre a bebê quando retornaram para casa, após o período de internação. Ele teve uma licença paternidade estendida e isso parece ter sido fundamental nesse contexto.

Observamos bastante expectativa em torno do *sexo do bebê* antes e depois de sua confirmação. Não observamos diferença significativa a esse respeito entre os grupos. Nenhum núcleo familiar demonstrou dificuldade na aceitação quando confirmaram o sexo diferente do esperado.

Cada um dos grupos tinha um núcleo que apresentou uma preferência clara e declarada pelo sexo. No grupo 1, o núcleo 4 nutria a expectativa por um menino que parecia figurar, fantasmaticamente, como substituto dos dois fetos abortados; eles dariam ao filho o mesmo nome do primeiro feto que morreu.

No grupo 2, a mulher do núcleo 9 ansiava por uma menina que também parecia figurar como substituta da filha mais velha que foi afastada dela pelo ex-marido; ela fala: “é o mesmo que não ter”, referindo-se à filha menina. Em ambos os casos a preferência não se concretizou e a contrariedade na realização do fantasmático parece ter funcionado como certa barreira às projeções. A aceitação de ambas as famílias parece ter sido inicialmente satisfatória.

Em ambos os grupos emergiu um atravessamento de *questões raciais* em relação à expectativa sobre o *sexo do bebê*. No grupo 1, a mulher do núcleo 2 receava ter uma “menina preta e pobre”, para passar tudo o que ela passou; ela se mostrou motivada com o fato de que poderia educar um menino nos moldes feministas.

O receio de ter uma menina também aparece no núcleo 10 (grupo 2). Ambos os pais sofreram nos anos escolares devido a “brincadeiras” sobre a aparência e os traços que marcam para ambos a origem negra. Quando a mãe confirmou que sua filha era uma menina, consolou-se com o fato de que talvez fosse melhor ter uma menina. Apesar do sofrimento experimentado, o percurso dela, enquanto mulher negra, se projetado sobre a filha, lhe parecia menos problemático que o percurso do marido projetado em um menino: um homem negro que teve envolvimento com drogas. A expectativa de branqueamento dos filhos aparece em ambos os grupos entre os casais inter-raciais (Grupo 1 - núcleos 2, 5 e 6), (Grupo 2 - núcleos 7 e 9). Tanto a tendência na expectativa de branqueamento dos filhos, quanto o retraimento nas expectativas endereças ao bebê, demonstrados pelo casal acima citado, refletem “uma pressão cultural que o branqueamento exerce na esfera psicológica do negro” (Braga & Souza, 2018, p. 133).

A *coincidência entre a expectativa declarada pelos pais e o sexo do bebê* aconteceu no núcleo 3 do grupo 1. A mulher tinha dois filhos homens do primeiro casamento. O marido também tinha um filho de seu primeiro matrimônio e a menina seria uma novidade para ambos, mas era o marido, na época com 53 anos, quem nutria a maior expectativa; ele dizia que ter uma menina “era um desejo desde sua mocidade”. Após o nascimento, o excesso de investimento do pai sobre a filha foi motivo de queixa da mulher durante a entrevista pós-parto. Ela dizia que ele entrava em um mundo de “nome da filha e Irineu”, e se queixou também de sentir-se compelida por ele a continuar acordando durante a noite para amamentar; quando acreditava já ser possível esperar a filha acordar naturalmente, queixou-se de sentir-se escanteada na relação. Neste caso, a construção fantasmática de longa data do pai parece ter revestido a experiência de um excesso, que conflitou com aspectos da conjugalidade, mas também com esse lugar de cuidados e atenção que a mulher ocupava na relação com ele.

Quanto à *autoavaliação sobre o papel parental*, as mulheres são mais autocríticas; a auto-reprovação aparece distribuída igualmente em ambos os grupos (núcleos 2, 3, 6 - 7, 8, 9). É certo também que as mulheres concentram um número maior de tarefas e decisões em relação aos bebês. A autocrítica entre os pais (homens) aparece em menor proporção, mas também distribuída em ambos os grupos (núcleos 6 – 10, 11). A auto-reprovação deles diz respeito basicamente ao pouco tempo passado com o bebê. Embora as mulheres se queixem da sobrecarga, há sempre um discurso de compreensão e cumplicidade delas em relação à dedicação desproporcional do pai. Por parte das mulheres, há até mesmo um discurso que reconhece a necessidade de os maridos darem continuidade a compromissos sociais anteriores à chegada do bebê.

O *abandono afetivo e financeiro* por parte dos pais em relação aos bebês aconteceu em dois núcleos (2 e 5) do grupo 1. Ambas as mulheres tinham um problema de saúde importante antes da gestação, o que adiciona um grau de vulnerabilidade à situação. Embora não possamos estabelecer uma relação clara entre o abandono paterno e o fato de essas mulheres estarem inseridas em um acompanhamento gestacional de alto risco, é possível levantar a hipótese de um contexto mais vulnerável e provável a esse desfecho.

Uma *separação longa entre a díade* no início da relação só aconteceu com dois núcleos familiares (3 e 5) do grupo 1, em que as mães tiveram alta hospitalar antes dos bebês. Ambas descreveram como uma das situações mais difíceis do processo o fato de terem que deixar o hospital sem o bebê.

7.4.2 Sustentação

A sustentação ambiental é o elemento sem o qual a condição humana sucumbiria, tanto no que se refere à sobrevivência corporal, como em relação ao contorno subjetivo que o acolhimento por um semelhante confere ao bebê humano.

Assim, partimos do pressuposto de que o “ambiente favorável torna possível o progresso continuado dos processos de maturação” (Winnicott, 1963, p. 81). Tanto o processo de constituição psíquica do bebê, quanto o de construção do papel parental estão apoiados na ideia de que o ambiente não faz a criança, nem os pais, mas permite que eles concretizem seu potencial quando é suficientemente bom.

O bebê recém-nascido, com sua fragilidade e dependência, convoca cuidados e proteção. Aqueles que diante da sociedade tomam para si essa convocação, na condição de pais biológicos ou afetivos, observam em si a gestação e o nascimento do papel parental que, assim como um recém-nascido, suscitam diferentes formas de sustentação.

a. Apoio conjugal

A única diferença significativa entre os grupos em relação ao apoio conjugal foi o fato de que somente no grupo de alto risco observamos o abandono afetivo e financeiro das díades por parte dos companheiros durante a gestação e pós-parto (núcleos 2 e 5). Ambos os pais mantiveram algum contato, porém, sem regularidade e apoio efetivo.

Entre os demais casais de ambos os grupos, observamos um discurso declarado de apoio e sustentação mútuo entre os membros do casal; entretanto, ao aprofundarmos as questões acerca da rotina, desnudou-se uma *desigualdade na distribuição de tarefas e decisões em relação ao bebê* que recai predominantemente sobre a mãe, e esse desequilíbrio mostrou-se como um elemento disparador de conflitos conjugais.

Alguns pais (homens) tiveram *dificuldade para desempenhar tarefas* como trocar fraldas, dar banho, mamadeira, atender as demandas do bebê durante a noite e até mesmo acalmar o bebê (núcleos 4, 6, 7, 8, 9). Essa dificuldade parece ser naturalizada pelo discurso das mulheres que demonstram aceitação em relação ao padrão de divisão desigual estabelecido; observamos um misto de sobrecarga e resignação. Apenas as mulheres de dois núcleos apontaram um sentimento de injustiça (núcleos 7 e 9).

A sobrecarga de tarefas desempenhada pelas mulheres figura como uma das justificativas para a falta de libido sexual. Entre os homens a queixa recai sobre a diminuição na frequência das relações sexuais. Todos os casais retomaram a vida sexual logo após a quarentena recomendada pelo médico, com exceção do núcleo 7, que demorou três meses justamente por causa das mágoas da mulher em relação à desigualdade na distribuição de tarefas e responsabilidades após o nascimento do filho.

b. Apoio familiar

A principal diferença entre os grupos refere-se ao nível de interferência familiar acerca do *fazer parental* suscitado pelo grupo de alto risco, observamos que o apoio familiar a essas famílias *tende a vir acompanhado de muitas críticas* (núcleos 1, 2, 3 e 4).

Ambos os grupos recebem algum tipo de apoio familiar, seja emocional, seja uma ajuda no cuidado com o bebê ou até mesmo apoio financeiro de suas famílias de origem. Os avós e, mais especificamente os avós maternos, são as figuras mais frequentemente solicitadas e/ou disponíveis para oferecer apoio e sustentação.

A experiência do não reconhecimento jurídico/social ou do abandono paterno na infância é uma realidade para cinco das onze famílias que compõem a amostra (núcleos 2, 5,

8, 9, 11); pelo menos um membro do casal viveu isso na própria pele. As duas mulheres (núcleos 2 e 5) que foram abandonadas por seus companheiros durante a gestação estão entre os participantes que viveram esse abandono também na condição de filhas.

c. Apoio institucional

Uma transferência positiva endereçada à equipe de saúde, bem como em relação à instituição hospitalar, mostrou-se como ponto importante para a manutenção do estado emocional dos pais. Quando perguntados sobre a relação deles com a equipe de saúde e a instituição hospitalar, os pais, assim como o fizeram com respeito à questão sobre o apoio conjugal, sustentaram um discurso muito positivo que, no entanto, vai sendo desconstruído à medida que relatam pormenorizadamente a experiência. Ainda assim, podemos afirmar que a primeira avaliação familiar a esse respeito foi, em ambos os grupos, predominantemente positiva.

Embora não tenhamos observado uma diferença significativa entre os grupos, pudemos perceber o quão importante é tudo o que é feito e falado no hospital, no entorno da parturiente e de seu companheiro. Foram muitos os relatos que costuraram cenas e falas dos profissionais às suas histórias pessoais.

A fala de uma enfermeira sobre o bebê estar “em sofrimento fetal” com o intuito de estimular o esforço da mulher (núcleo 10) durante o trabalho de parto normal a fez colapsar; pensar que dependia dela o bem-estar e até a sobrevivência da filha foi para ela desestruturante. O obstetra percebeu seu estado emocional e conseguiu contornar a situação, chamou para ele a atenção dela e, em seguida, colocou uma música no centro cirúrgico. A mulher do núcleo 4 também atribuiu a esse mesmo médico a possibilidade de restaurar sua confiança na medicina depois de sofrer dois abortos, ambos possivelmente por erro médico.

“Preto aguenta dor” foi a frase dita por uma enfermeira após uma mulher negra (núcleo 2) insistir e se queixar pelo fato de ser a única no quarto compartilhado sem analgésico. A enfermeira explicou que a médica não havia deixado sua prescrição e quis convencê-la a se resignar com essa frase infeliz. A situação foi resolvida assim que a médica passou para vê-la, mas isso demorou muitas horas. O sentimento de indignação e revolta foi contornado pela postura dócil da médica que, possivelmente, havia mesmo esquecido de deixar a prescrição.

As cenas, os cheiros, e as falas entre os profissionais estão sendo captados pelos pais de maneira singular: nada daquilo é para eles sem importância. Um dos pais (núcleo 8) relatou sua interpretação particular e tensa acerca do monitor cardíaco ligado à esposa. Passada a

experiência, pôde refletir que distorceu a realidade em função da tensão emocional. Outro pai (núcleo 10) havia relatado o medo de sua filha ser trocada na maternidade e, justamente ele, perdeu o instante do parto por falta de organização da equipe, que não o chamou na sala ao lado onde aguardava paramentado. Ele viu sua bebê passando rapidamente diante de seus olhos e ficou angustiado com a dúvida se havia realmente fixado a imagem dela em sua memória para garantir que ela não fosse trocada.

7.4.3 Pontos de fragilidade

Com relação aos pontos de fragilidade, pudemos identificar aspectos que diferenciam os grupos. A *saúde materna* e o *risco de morte fetal* são preocupações que acompanham as famílias do grupo 1 (gestação de alto risco) e insuflam os medos reais e fantasmáticos. Eles identificaram a pressão decorrente desses medos como fator de fragilização. Entretanto, o medo de morrer no parto está presente em mulheres de ambos os grupos (Núcleos 1, 10 e 11).

Todas as mulheres da amostra planejaram oferecer *aleitamento materno exclusivo* aos seus bebês; contudo, o desfecho foi diferente em cada um dos grupos. Todas as mulheres do grupo de gestação típica conseguiram introduzir o aleitamento materno; apenas o núcleo 10 precisou fazer complementação posterior com fórmula. Já no grupo de alto risco foi o contrário. Apenas o núcleo 6 não enfrentou dificuldades na introdução e desenvolvimento do aleitamento materno. As mulheres, em especial, indicaram esse ponto como capaz de mobilizar fortemente a família por exigir persistência e equilíbrio emocional.

O sentimento de frustração e fracasso parece incontornável diante da impossibilidade de sustentar a amamentação. Mesmo a introdução do complemento com fórmula quando o bebê não consegue ganhar o peso necessário é um evento descrito em tom de constrangimento e repleto de justificativas pelas mães.

“Tão novinha com mamadeira”.

Essa era a frase incômoda que a mulher do núcleo 1 se habituou a escutar quando não podia evitar a amamentação da filha em público. Ela explicou que se sentia pessoalmente contrariada com a ideia de inserir a mamadeira e precisou lidar com cobranças internas e externas a esse respeito. O apoio do marido em relação à introdução da fórmula foi fundamental para que ela aceitasse isso, que era para ela um impasse pessoal. Ele, inclusive, afirmou que teria feito antes para poupá-la do desgaste emocional. A introdução da amamentação não foi possível para os dois núcleos familiares cujos bebês necessitaram de internação em UTI (3 e 5).

Observamos a emergência de um tipo de *conflito relacional* de cunho pessoal capaz de perturbar o processo gestacional e acolhimento do bebê em mais da metade da amostra (1, 3, 4, 6, 7, 8 e 9). A análise qualitativa desses conflitos apontou uma diferença entre os grupos. Se no grupo de gestação típica os conflitos se mostram como eventos incontornáveis que coincidiram com a gestação, no grupo de gestação de alto risco os conflitos que emergiram dizem respeito às interferências e críticas provindas das famílias de origem do casal em relação ao modo como conduzem os cuidados com o bebê.

Todas as famílias mencionaram alguma dificuldade financeira associada à chegada do bebê, mas a *vulnerabilidade financeira* aparece como fator de preocupação e atravessamento dos planos para os núcleos (2, 5 e 9). Nos três casos as mulheres se viram sem o apoio dos companheiros.

Para o núcleo 10, a instabilidade financeira de toda a vida havia roubado deles a possibilidade de sonhar com um bebê; era como se isso estivesse barrado para eles. Durante a gestação, ambos conseguiram uma recolocação profissional.

O *apego exagerado do bebê em relação à mãe* e a dificuldade de inserção da figura paterna na rotina do bebê emergiu como aspecto de fragilização apenas entre as famílias do grupo de gestação típica (núcleos 7, 9, 10 e 11).

7.4.4 Planejamento e execução

O planejamento inclui tudo o que os pais vislumbram, mas também projetam para si e para o bebê: as condutas a serem adotadas nos cuidados, a educação, assim como os aspectos fantasmáticos que envolvem eles mesmos na função parental, mas também em relação ao bebê.

Sabemos que a introdução e a sustentação do aleitamento materno entre os bebês do grupo de alto risco foi significativamente mais complexo em comparação ao grupo de gestação típica. Entretanto, durante os meses de gestação, todas as mulheres de ambos os grupos *planejavam amamentar seus bebês*.

De onze mulheres, nove conseguiram ao menos fazer a introdução do aleitamento materno exclusivo, cujo período de sustentação variou entre as díades. Quatro dessas mulheres se mostraram insatisfeitas por não terem conseguido prolongar o aleitamento materno tanto quanto gostariam (núcleos 1, 4, 9 e 10).

Observamos que há uma conscientização entre os pais sobre a importância do aleitamento materno para o bom desenvolvimento do bebê. Conseguir cumprir esse planejamento parece sustentar o narcisismo parental; entretanto, o fracasso pode estar

associado não somente à impossibilidade de introduzir o aleitamento materno, mas também recair sobre as mulheres que precisam complementar o aleitamento com uma quantidade de fórmula, mesmo quando isso é recomendado pelo médico. O prolongamento da amamentação também entra nesse processo de valoração parental. Muitas variáveis nesse contexto favorecem uma auto-reprovação em ressonância com críticas externas.

O planejamento da mulher em relação ao seu retorno ao mercado de trabalho depende vir ou não a se verificar alguma intercorrência com os bebês. A amostra ficou claramente dividida: todas as mulheres com gestação típica retornaram ou tentam retornar ao mercado de trabalho após o período da licença-maternidade. Já entre as mulheres com gestação de alto risco, observamos um desfecho diferente: apenas uma mulher retornou ao trabalho após o período de licença. As demais, ou estão resignadas com o fato de que não poderão trabalhar antes de a criança ganhar mais independência (3 e 5) ou tentam conciliar algum tipo de trabalho remunerado às tarefas domésticas e em relação ao bebê (1, 2, 4 e 11).

A atividade desempenhada por essas mulheres vai de artesanato a serviços contábeis. *A renúncia temporária à carreira profissional, quando algo não vai bem com o desenvolvimento do bebê, parece ser um ato socialmente reservado às mulheres, independentemente do nível de escolarização delas.*

A divisão de tarefas em relação ao bebê é um tema discutido pelos casais mesmo antes da chegada do bebê. O volume de tarefas assumidas, porém, é indiscutivelmente maior entre as mulheres. Os pais reconhecem a desigualdade na distribuição, mas justificam essa configuração de acordo com a necessidade de se ausentarem por muitas horas em função do trabalho. As mulheres dos núcleos (6, 7 e 11) têm uma carga horária de trabalho similar à dos maridos, mas acumulam uma carga maior de tarefas em relação aos bebês.

7.4.5 Adaptação ao bebê real

Existe um intervalo entre o bebê fantasiado e o bebê real que poderá ser conectado com elementos disponíveis no espaço familiar para ele preparado pelo imaginário parental, assim como por elementos do social. Esse intervalo precisa preservar um fio condutor que permita aportar ao bebê real um pouco dos narcisismos dos pais, que serão reativados pelas demandas de afeto e cuidados instigadas pelo bebê. Os pais sonham e planejam, pois “o início das crianças se dá quando elas são concebidas mentalmente” (Winnicott, 1987c, p. 43), e depois tentam se adaptar aos desencontros, de acordo com as manifestações do bebê e as discrepâncias relativas à sua aparência física e ao impacto na mobilização da rotina e da liberdade dos genitores.

A primeira diferença que emerge entre os grupos é a predominância de uma atitude de hipervigilância diante do bebê cuja gestação foi de alto-risco (núcleos 3, 4 e 5). Não podemos relacionar tal atitude ao passado parental, mas provavelmente ao excesso de tensão mobilizada pelos riscos durante a gestação e que parece se enraizar ao fazer parental.

As expectativas parentais comportam o conteúdo fantasmático, na medida em que resgatam o narcisismo dos pais e favorecem um movimento projetivo sobre o bebê. A comparação entre o conteúdo fantasmático que emergiu no discurso dos pais antes e depois do parto aponta uma distribuição equilibrada de desencontros entre os dois grupos (1, 4, 6, 7, 9 e 10). Ou seja, em ambos os grupos observamos que os pais foram surpreendidos pela diferença apresentada pelo bebê real, seja quanto ao aspecto físico, seja quanto ao temperamento por eles nomeados como personalidade.

O que chamamos aqui de desencontro entre o bebê fantasiado e o bebê real não se mostrou problemático no processo de adaptação dos pais às necessidades do bebê. Ao contrário disso, observamos que esse desencontro parece ter funcionado como barreira a um conteúdo projetivo potencialmente patológico. Referimo-nos aos núcleos 4 e 9, em que o discurso antecipatório dos bebês foram tecidos no sentido de substituir “filhos perdidos”.

O núcleo 4 havia sofrido dois abortos antes dessa gestação, e a antecipação do bebê atual estava repleta de referências construídas a partir dessas vivências. Eles dariam ao bebê atual o mesmo nome do feto que morreu e a mãe, com base na experiência do aborto em que o bebê “escorregou pelos pés” em vez de sair pela cabeça, supunha que o parto seria normal. Nesse contexto, a chegada de uma menina, que teve o sexo revelado somente na hora do parto, parece ter favorecido uma virada nessa rota de continuidade que parecia não favorecer o luto. Na entrevista final, ela pode manifestar seu pesar dizendo à entrevistadora que “um filho não substitui o outro” – essa verbalização parecia possível porque ela havia encontrado um bebê diferente daquele antecipado.

Observamos também que a mulher do núcleo 9 parece ter sido favorecida com o tal desencontro. Ela sugeria um desejo de substituição da sua filha mais velha, de cuja convivência fora privada pelo ex-marido. O bebê antecipado por ela era uma menina, tal como a primeira filha. O segundo filho, que estava presente na sessão, nasceu com cabelos pretos e com a cor de pele mais escura que o esperado, diferente da filha, que é ruiva; a descrição do segundo filho parecia estar carregada de certa decepção. Na contramão do fantasmático – a bebê antecipada que substituiria a primogênita ruiva –, nasceu um menino, e com cabelos pretos. Surpreendentemente, porém, o júbilo em seu olhar ao responder à

pergunta sobre a impressão que teve do bebê dispensava as palavras. Ela parecia hipnotizada pela beleza do menino que reagia com simpatia e vivacidade ao nosso diálogo.

Assim, observamos que algum desencontro entre a construção antecipatória e o bebê real, além de não representar um obstáculo ao investimento parental, parece funcionar como barreira ao excesso de conteúdo projetivo parental.

Forjado a despeito dos referentes advindos da experiência compartilhada, mas a partir do fantasmático parental, o desencontro patológico, capaz de suprimir o primeiro capítulo do projeto identificatório do bebê, nos coloca diante de um fenômeno denominado por Aulagnier (1986) traumatismo do encontro. Nesse contexto, a autora supõe um comprometimento no psiquismo dos pais que poderia interditar os primórdios da capacidade de pensar do bebê e, portanto, a constituição psíquica deste. Seria como uma tentativa de sequestro da dimensão identificante do Eu, cuja consequência seria a produção de um contexto alienante e, portanto, psicotizante.

Nesse sentido, observamos, justamente nos núcleos 2 e 3, uma aderência problemática das mães ao conteúdo antecipatório. Nesses núcleos, ambas as mães mostram uma vulnerabilidade emocional significativa, confirmada por um diagnóstico psiquiátrico, e ambas tiveram dificuldade em falar sobre o bebê antecipado: desviavam-se facilmente para histórias pessoais da própria infância e, diante do bebê, não conseguiram se surpreender com algo diferente do que esperavam.

A mulher do núcleo 3 via na filha apenas a fragilidade imaginada durante a gestação: “movimentos de borboletinha lutando para viver”. A mulher do núcleo 2 também não se viu surpreendida em nada em relação ao bebê. Em suas imagens, ela o via com o diploma da universidade nas mãos e até mesmo como presidente da ONU, ou seja, realizando os sonhos dela. Diante do bebê real, manteve esse discurso de superidealização e o descrevia como superdotado, tal como ela, e iluminado espiritualmente, mas nada que genuinamente remetesse a manifestações reais do bebê.

De acordo com Aulagnier (1990), a capacidade de pensar de modo autônomo se constitui em torno da possibilidade de obter prazer com essa atividade que não pode se sustentar com pensamentos impostos. Esse ambiente fantasmático em torno da díade estabelece as condições primordiais para a constituição psíquica do bebê também no que se referem aos primeiros elementos de sua capacidade de pensar:

Será no registro do pensar que se instituirá uma luta decisiva respeitante à aceitação ou recusa por parte da mãe de reconhecer a diferença, a singularidade, a autonomia desse novo

ser que fez parte de seu próprio corpo, que efetivamente foi totalmente dependente dela para sua sobrevivência. (Aulagnier, 1990, p. 270)

Nesse sentido, a “borboletinha frágil” forjada pela mãe (núcleo 3) a partir de suas próprias fragilidades emocionais parece estar atravessada também pelo desejo paterno: “desde a mocidade, de ter uma menina”. Sem a pretensão de predizer os caminhos desse cruzamento fantasmático, observamos que a fragilidade da bebê se impôs como concorrência aos cuidados do marido para com a esposa, que sempre demandou dele cuidado e supervisão. A qualidade do investimento paterno parece diferente do investimento materno, ainda que não esteja isenta de projeções alienantes capazes de imobilizar o pensar do bebê. Na medida em que parece veicular um investimento narcísico com margem de manobra, esse atravessamento paterno pode funcionar como barreira, já que o desejo por uma menina comporta, *a priori*, algo de diferente daquilo que o pai é.

Diferentemente do caso acima, o bebê do núcleo 2 parece mais exposto à imobilização do pensar a partir dos enunciados maternos. O excesso de idealização dessa mãe em relação ao filho, associado às barreiras que ela estabeleceu entre o bebê e o social, podem tornar o ambiente de constituição psíquica desse bebê mais vulnerável. No discurso dela, surgiu a dúvida sobre se fazia ou não um acompanhamento pediátrico do bebê e, embora o pai não cumprisse com regularidade as responsabilidades junto ao filho, ela relatou algumas barreiras impostas a ele e à família dele para acessar o bebê.

A ideia de aborto que rondava essa mãe do núcleo 2 durante a gestação evoluiu para um pensamento intrusivo de desejo de matá-lo, que foi descrito por ela como algo perturbador. Depois teve o relato incongruente sobre a perfuração do tímpano do bebê e o encaminhamento médico para uma avaliação neurológica sem que ela pudesse explicar a causa. A junção desses elementos nos remete a um questionamento dramático acerca do ambiente psicofísico no entorno dessa díade. Esse bebê oscilava, no discurso materno, entre as fantasias de ser o ocupante da presidência da ONU e aquele bebê-homem que não poderia tocar seus seios por evocar o seu abusador. Quando ela diz “amém” para a possibilidade de o filho ser travesti sugere um recurso defensivo em relação ao masculino que a ameaça; trata-se de uma mulher marcada por um trauma que não encontrou no ambiente o contorno para suas feridas e, provavelmente por isso, parece precisar continuamente se defender.

Sobre a viabilização de a capacidade de pensar do bebê ser indissociável da possibilidade de extrair prazer de tal atividade, é importante voltar a destacar que esse prazer tenha sido “recebido ou esperado, e esse prazer só é possível ‘por natureza’ se o pensado

puder trazer a prova de não ser a simples repetição de um já-pensado-desde-sempre” (Aulagnier, 1990, p. 273).

7.4.6 Considerações sobre os IRDIs

A observação da interação familiar sob a ótica dos IRDIs mostrou a ausência de alguns indicadores clínicos entre os núcleos 1, 2, 5, 8 e 11; entretanto, como explicitado no tópico comparativo anterior sobre os IRDIs, apenas os núcleos 2 e 11 sugerem algum conflito significativo na interação.

Como cada um desses núcleos que apresentou conflito relacional pertence a um grupo diferente, não observamos relação com a gestação de risco. Em ambos os casos, as mães apresentam fragilidades emocionais importantes. A mulher do núcleo 2 tem um histórico psiquiátrico complexo; a outra mulher, embora não tenha diagnóstico psiquiátrico, tem uma história de traumas importantes como abandono parental, violência física e sexual.

A análise dos IRDIs vem corroborar a hipótese de que um histórico de traumas e/ou fragilidade psíquica materna parece mais perturbador para a construção da dinâmica relacional entre os pais e o bebê do que as pressões advindas da inserção da mulher no acompanhamento pré-natal de alto risco.

Considerações Finais

A tarefa mais difícil, quando se prepara uma série de palestras e livros sobre a assistência aos bebês, é saber como evitar perturbar aquilo que se desenvolve naturalmente nas mães, ao mesmo tempo em que as informamos com exatidão sobre os conhecimentos úteis resultantes da pesquisa científica.
(Winnicott, 1987, p. 14)

Quanto sobrou da mãe em cada sujeito? Eis uma questão econômica que pretende uma resposta tópica, uma vez que é desse *lugar* – da neurose, psicose ou perversão –, construído a partir de um conjunto de defesas organizadas frente ao arranjo familiar e social, que o sujeito vai, a seu turno, ser convocado a uma nova posição no sistema de parentesco. As diferentes formas de funcionamento mental não são para a psicanálise, *a priori*, patologias, mas modos de existir no mundo ou uma posição discursiva singular que pode exigir mais ou menos sustentação ambiental.

O tornar-se mãe ou pai implica um processo de construção do papel parental que precisará ser integrado ao projeto identificatório do sujeito, e tal processo prevê a reativação de fantasias construídas há tempos no imaginário de cada um dos genitores. O período gestacional e o contexto do parto são vivências capazes de mobilizar afetos e fantasias que estabelecem raízes com o desfecho edípico e o faz de conta infantil, ao mesmo tempo em que promove uma alteração no psiquismo materno, favorecendo o estado de preocupação materna primária (Winnicott, 1958) que permitirá à mãe identificar-se com as necessidades do bebê e, ao bebê, construir pouco a pouco um senso de previsibilidade.

Com a proposição de Aulagnier (1975) sobre a participação do desejo parental como matéria prima para a constituição psíquica do bebê, ao lado da proposta de Winnicott (1965b) sobre o papel da sustentação ambiental como base para as condições que favorecem a continuidade do ser, levantamos a hipótese de que, uma vez marcada pelo contexto de risco gestacional, a chegada de um bebê poderia interferir no cruzamento fantasmático parental e promover sentidos singulares tanto para a construção parental como para os primeiros elementos oferecidos para sua constituição psíquica.

A análise dos resultados apontou um primeiro sentido diferente do nosso ponto de partida: a suposição do contexto de risco como um potencial complicador para os processos de construção parental e constituição psíquica do bebê. Observamos, porém, que *a inserção da mulher no acompanhamento pré-natal de alto risco, embora comporte elementos peculiares, não representa, de saída, um obstáculo a esse processo*. Identificamos, entretanto,

possíveis obstáculos – expostos mais adiante – não relacionados diretamente ao contexto de risco gestacional.

Assim sendo, a gestação e o nascimento inseridos no contexto de acompanhamento de alto risco apontou algum sentido peculiar aos processos de construção parental e constituição psíquica do bebê?

A resposta é *sim*. No contexto de uma gestação de alto risco estão previstos um número maior de consultas e exames que dão as coordenadas à família sobre a necessidade de cuidados, restrições e os riscos envolvidos. Por vezes, esse processo comporta um caráter dramático; observamos, por exemplo, casos em que os médicos, com a intenção de proteger os pais das próprias expectativas, sugerem aguardar um pouco mais para iniciar o enxoval do bebê. Seria possível moderar tais expectativas diante do cenário de risco?

Abrimos um parêntese para mencionar brevemente a experiência de acompanhamento de duas famílias que perderam seus bebês: na primeira família, o aborto aconteceu durante a gestação; na segunda, o bebê faleceu logo após o parto.²² O impacto de dor e sofrimento que pudemos testemunhar entre essas famílias nos faz questionar se a ressalva que o contexto de risco representa para o investimento parental é capaz de oferecer elementos que favoreceriam a aceitação diante da perda. Esse contexto prevê sempre um risco relacionado à saúde materna e/ou relacionado ao desenvolvimento e à sobrevivência fetal – duas situações em que o recolhimento dos investimentos (sobre a própria vida e a do bebê) poderia comportar igualmente um problema futuro. Fechamos parêntese.

Destacamos agora os elementos significativos que emergiram no contexto psicofísico de risco criado no entorno dos pais e do bebê. A análise dos relatos pré e pós natal das famílias com gestação de alto risco apontou para a presença de um *estado de alerta* parental como primeiro sentido que emergiu neste contexto, ele foi relacionado a convivência dos pais com o risco constante experimentado durante a gestação, esta característica parece evoluir para um *estado de hipervigilância* em relação as manifestações do bebê, mostrando-se, ainda, mais dependentes de orientações técnicas em relação às manifestações deste. É possível inferir que essa marca na qualidade da interação entre pais-bebês se faça presente entre os primeiros elementos introjetados pela criança.

Outro sentido que emergiu nesse contexto diz respeito à vulnerabilidade quanto ao *abandono da díade pelo pai*. Sem estabelecer uma relação linear de causa e efeito entre o contexto de risco e o abandono paterno, é possível inferir, no entanto, uma probabilidade

²² Esses dois núcleos familiares foram excluídos da amostra justamente pela fatalidade citada, entretanto, se dispuseram a participar do segundo momento de entrevistas.

aumentada para o desfecho do abandono, quando comparado ao grupo de famílias com gestação típica. Se de um lado observamos homens que não querem ou não conseguem sustentar o papel parental diante de um contexto de risco, outros familiares, especialmente os avós, sentem-se como que convocados a ajudar. Nesses casos, entretanto, a *ajuda vem acompanhada de críticas e interferências que parecem ferir duramente o narcisismo parental*. A transmissão psíquica entre as gerações se dá nas direções descendente e ascendente. Assim, se a ausência paterna é uma marca que desce os degraus das gerações, o risco potencial presente no corpo e nas manifestações do bebê pode também imprimir suas marcas ao percorrer o caminho inverso na construção da parentalidade. Além disso, a peculiaridade desse encontro parece suscitar algo que vai além do apoio puerperal, tal como propõe Golse:

se o passado dos pais organiza em parte o presente de seu filho, por sua vez o presente do filho reorganiza os traços de memória que seus pais têm de seu próprio passado, e há, portanto, aí um efeito ascendente da criança sobre seus cuidadores. (2014, p. 364 tradução nossa)²³

A presença dos avós como representantes do contexto de sustentação e apoio com a chegada do bebê também é uma realidade entre as gestantes típicas, mesmo que essas não apontem as interferências como fatores de fragilização. Resta saber se os pais se veem mais fortalecidos para se protegerem das críticas fora do contexto de risco ou se o contexto de saúde suscita menos interferência familiar que o contexto de risco.

Dificuldades significativas na introdução ao aleitamento materno se fez presente na quase totalidade da amostra de alto risco; os mais prejudicados foram os bebês separados da mãe ao nascer em função de intercorrências; estes não conseguiram nem ao menos iniciar a amamentação. O sentimento de fracasso, porém, não é exclusividade das mulheres desse grupo. Entre as gestantes típicas, todas conseguiram introduzir e estabelecer o aleitamento materno, porém, a necessidade de complementação com fórmula e a dificuldade em estender o período do aleitamento materno tanto quanto elas gostariam, promove um discurso de culpa e auto-reprovação semelhante ao das mulheres que não conseguiram amamentar.

Parcialmente construído a partir de proposições da OMS que preveem aleitamento materno exclusivo em sistema de livre demanda até os seis meses do bebê, o ideal de aleitamento materno e a orientação de estender esse processo até dois anos ou mais é algo bastante valorizado em nossa cultura. Todavia, em uma sociedade na qual a sobrecarga de

²³ “si le passé des parents organise en partie le présent de leur enfant, de son côté le présent de l’enfant réorganise les traces mnésiques que ses parents ont de leur propre passé, et il y a donc bien, là, un effet ascendant de l’enfant sur ses caregivers.”

tarefas que recai sobre a mulher é tão normalizada quanto o sentimento de culpa relacionado a questões da maternidade, esse processo revela-se difícil de ser executado. Os benefícios do aleitamento materno são inegáveis e bem difundidos socialmente; no entanto, é preciso compreender que a singularidade humana permite arranjos não padronizados no modo de cuidar de um bebê que precisam ser acolhidos com respeito e compreensão. No caso, por exemplo, de uma situação em que amamentar o *bebê-homem* significava um reencontro com o fantasma do *homem-abusador*, deveria ser perfeitamente compreensível que essa mulher pudesse escolher outra forma de alimentar seu bebê. A preservação do espaço em que se dá a constituição psíquica do bebê não é menos importante que o desenvolvimento físico dele.

Sem grande surpresa, a análise dos resultados confirma a equação de sobrecarga versus culpa-materna acima mencionada. Observamos uma distribuição desigual de tarefas e responsabilidades que ficam a cargo da mulher; questionadas sobre o desempenho parental, elas demonstram um sentimento autocrítico em relação ao papel materno. São elas que predominantemente executam os cuidados e, enfim, são elas também que assumem o ônus, por não corresponderem ao ideal social balizado pelo peso, medidas e desenvolvimento do bebê. O aleitamento, a paciência e a dedicação estão sempre aquém das “próprias” expectativas. Os pais, no entanto, embora sejam menos autocríticos que as mães quanto ao desempenho parental, reconhecem que passam pouco tempo com o bebê.

Ainda durante a gestação, as famílias discutem e planejam as estratégias de como conduzirão os cuidados para com o bebê no seu primeiro ano de vida. A maior parte das mulheres da amostra planejava retornar ao mercado de trabalho após o término da licença-maternidade. A análise dos resultados apontou para o fato de que quase todas *as mulheres do grupo de alto risco precisou adiar o plano de retornar ao trabalho*; algumas optaram por conciliar os cuidados do bebê com algum tipo de trabalho desempenhado em casa. A renúncia temporária à carreira profissional, quando algo não vai bem com o desenvolvimento do bebê, parece ser um ato socialmente reservado às mulheres, independentemente do nível de escolarização delas.

A comparação entre gestantes de alto risco e gestantes típicas nos permitiu observar que os principais complicadores para o processo de interação pais-bebês foram identificados aleatoriamente em ambos os grupos e, por essa razão, não foi possível relacionar a inserção da gestante no acompanhamento de alto risco a um elemento de risco para a construção do espaço relacional pais-bebê. A análise da evolução da história pessoal, dos planos, fantasias e perspectivas futuras dos pais antes e depois do nascimento dos bebês fez emergir outros fatores que foram identificados como *riscos para a construção parental e para a constituição*

psíquica do bebê; tais fatores estão no entorno da saúde mental dos pais e da capacidade de acolhimento e sustentação do ambiente.

Quanto às expectativas parentais, partimos do pressuposto de que o desprendimento paulatino dos elementos fantasmáticos que compõem o narcisismo parental, bem como uma moderação no movimento projetivo dos pais, abre espaço para a manifestação e o reconhecimento do gesto espontâneo no bebê que será precursor do sentimento de continuidade do ser. Não se trata de uma anulação da herança subjetiva parental, mas de uma modulação que permita a construção de um *espaço relacional* (Aulagnier, 1975); um espaço do qual tanto o processo de construção parental como a constituição psíquica do bebê possam retirar os elementos constitutivos, sem interditar para o bebê uma margem de manobra que lhe permita preservar um espaço psíquico individual que advém da dimensão identificante do Eu.

Se, do ponto de vista do bebê, há inicialmente uma espécie de fusão dele com o meio, tal fantasia não pode ser levada adiante por muito tempo pelo imaginário dos pais sem prejuízo para a construção desse espaço relacional, bem como para o desenvolvimento da autonomia e do prazer de pensar do bebê. Assim, observamos duas situações principais em que identificamos um *obstáculo capaz de prejudicar essa dinâmica relacional*:

1. Uma adesividade patológica ao conteúdo fantasmático que impõe aos pais dificuldades em reconhecer as manifestações reais do bebê. Esse fenômeno foi observado entre os núcleos familiares cujas *mães apresentaram uma fragilidade emocional sugestiva de uma patologia narcísica* caracterizada por um diagnóstico psiquiátrico e um posicionamento regredido.
2. O segundo ponto representa a reunião de *situações traumáticas na história de pelo menos um dos pais*: abuso sexual, abandono parental, abortos, doença familiar, racismo e discriminação. Esses fatores foram relatados pelos pais antes do nascimento dos bebês e posteriormente observamos que o modo de investir parental guardava marcas dessas vivências.

Ambos os contextos de doença mental e trauma psíquico preveem uma necessidade de sustentação emocional que, quando desempenhada a contento, seja pelo cônjuge ou pelo meio social, parece minimizar os efeitos nocivos. Foi o que observamos na dinâmica do núcleo 3: o papel de sustentação oferecido pelo marido à esposa, em paralelo ao investimento jubiloso dele em relação à filha, parece ter sido fundamental – ao menos para os primórdios da relação – para garantir condições ambientais mínimas ao processo de construção parental e constituição psíquica do bebê.

Em contrapartida, no núcleo 2, em que o bebê parecia estar entregue a um conteúdo projetivo materno maciço – capaz de obstaculizar a constituição psíquica, quiçá física do bebê –, tanto a sustentação quanto a barreira que a função paterna poderia representar parecem ter falhado. É preciso que se considere não somente o abandono paterno real, mas principalmente a ineficiência de políticas públicas, que não foram competentes para identificar e proteger a díade da fragilidade emocional e social a que fora exposta. Faltou integração entre as políticas de saúde mental e perinatal.

Para além do diagnóstico formal de doença mental materna, observamos a presença de situações traumáticas importantes na vida de um dos pais que parecem se enraizar no fazer parental e no modo como eles veem e, sobretudo, investem o bebê. Esse investimento evidencia marcas do traumático que é caracterizado em Freud por “perturbações permanentes da forma em que essa energia opera.” (1917, p. 283) Observamos a atualização de vários elementos fantasmáticos que recobrem o bebê a partir de uma vivência traumática parental e que parece ter sido despertada pelas vivências no entorno do parental.

A análise dos IRDIs vem corroborar a hipótese de que um histórico de traumas e/ou fragilidade psíquica materna parece mais perturbador para a construção da dinâmica relacional entre os pais e o bebê do que as pressões advindas da inserção da mulher no acompanhamento pré-natal de alto risco. Winnicott (1957a) salienta que uma mãe imatura ou que tenha sido uma criança mal acolhida em suas relações iniciais tende a prolongar a dependência da enfermeira para conduzir os cuidados do seu bebê, de forma a reproduzir o modo como ela própria precisa ser tratada. Nesses casos, a falta de compreensão dos profissionais acerca da sutileza dessa demanda pode, equivocadamente, convocá-los a tomar para si um lugar que ninguém pode ousar atravessar sem prejudicar a dinâmica relacional inicial da díade.

O apego exagerado do bebê à figura materna e a dificuldade de inserção da figura paterna no atendimento às necessidades do bebê foi um elemento inusitado que emergiu predominantemente entre as gestantes típicas. Analisando o histórico da constituição familiar da amostra, observamos que a ausência paterna na história dos genitores é uma característica prevalente entre as famílias com gestação típica. A entrada do pai em cena depende, para além de sua presença, de um porta-voz que o anuncie à criança, mas estamos diante de mulheres e homens que foram privados dessa herança por seus próprios pais.

O desejo materno, segundo Aulagnier (1975), condensa duas relações libidinais estabelecidas, em primeiro lugar, com a imagem de seu próprio pai e, depois, com aquele a quem ela deu um filho. A dialética desse desejo prevê que o filho possa tanto repetir as

funções do avô, como as funções de seu próprio pai. O encontro com o pai, diferente do encontro com a mãe, não se faz no registro da necessidade e por isso anuncia uma “brecha na colusão original que tornava indissociáveis a satisfação das necessidades do corpo e a satisfação da necessidade libidinal” (Aulagnier, 1975, p. 139) É no desejo da mãe por esse “outro espaço” que o bebê vai encontrar as razões da existência paterna, porém, tal desejo pode tanto veicular como interditar prerrogativas da função: “É pouco frequente que uma relação negativa com o pai permita uma relação positiva com o homem” (Aulagnier, 1975, p. 138). Não nos referimos aqui explicitamente à relação conjugal, mas à imagem de pai projetada nesse homem que, involuntariamente, vai sendo escanteado no atendimento das necessidades do bebê e que, de sua parte, parece não reivindicar seu lugar junto ao filho; provavelmente, também, por falta de repertório.

A assunção do papel paterno dialoga com elementos fantasmáticos provindos da cultura, da família e da história libidinal do pai quando menino. Diante dos impasses capazes de retardar, senão inviabilizar a construção relacional pai-bebê, revisitamos duas hipóteses sobre essa problemática:

Para Missonnier (2009), o pai, diante da gravidez de sua esposa, vê-se reconduzido ao período em que sua capacidade depressiva foi confrontada por uma das facetas da castração: a constatação de que meninos não podem parir. A percepção dessa assimetria estaria na origem da dominação masculina: “Uma dominação masculina que, não seria, então, mais do que um poderoso mecanismo de defesa contra a depressão paterna face a esta impotência procriadora sinônimo de uma ferida narcísica profunda”²⁴ (Missonnier, 2009, p. 58 tradução nossa).

O processo de tornar-se pai poderia despertar, segundo Aulagnier (1975), uma angústia intolerável com características semelhantes ao fenômeno de “uma psicose puerperal” (p. 145). Ela ressalta que, comparado ao investimento visceral materno, o narcisismo paterno projetado no filho é mais apoiado na cultura, mas comporta duas qualidades díspares. Se de um lado tem a capacidade de reassegurar o pai no papel de transmissor de uma função análoga a sua, do outro, tal investimento flerta com os riscos suscitados pelo despertar da rivalidade. Ambas as proposições localizam no narcisismo paterno um potencial constitutivo e destrutivo.

Se o bebê precisa de historicidade, enunciados e uma suposição que antecipem nele a condição de sujeito, assim também acontece com os pais, que necessitam desse investimento

²⁴ “Une domination masculine qui ne serait donc finalement qu’un mécanisme de défense puissant contre la dépressivité/dépression paternelle face à cette impuissance procréative synonyme de profond blessure narcissique.”

antecipatório para agregarem em seu projeto identificatório os tijolos da parentalidade. Eis que o discurso médico-institucional em torno da perinatalidade dedica pouco espaço ao pai. Apesar disso, observamos em nossa amostra que foram eles que contornaram, por exemplo, o impasse das mães quanto ao aleitamento dos bebês.

Diante da necessidade de complementação do aleitamento com fórmula, foi preciso que eles, os pais, sustentassem o ônus da decisão de inserir um complemento enlatado e pouco valorizado pela cultura para garantir a recuperação do equilíbrio relacional diante da nova tarefa de cuidar de um humano recém-nascido. É possível sustentar melhor a crítica social quando se tem um ponto de apoio significativo ao lado (Winnicott, 1945b). Apoiar a mãe é também proteger as condições ambientais que engendram o psiquismo do bebê: “dizemos que o apoio ao ego materno facilita a organização do ego do bebê” (Winnicott, 1987c, p. 9).

O único pai de nossa amostra que precisou tomar a frente das decisões em relação ao bebê e dialogar, por exemplo, com a equipe médica acerca de sua filha, assim como oferecer os primeiros cuidados, assim o fez porque a doença mental de sua esposa a retirou desse lugar que é socialmente reservado às mães. A entrada do pai nessa esfera pública parece depender de uma anulação da figura materna. Não por acaso tivemos a oportunidade de testemunhar o relato de um pai que aguardava paramentado na sala ao lado para ver o parto de sua filha e fora *esquecido* pela equipe médica. Essa cena nos mostra em ato o lugar de espectador dispensável reservado ao pai.

É preciso, antes, convocar, investir, enunciar e, sobretudo, supor que ele tenha algo a transmitir para que esse homem possa responder do lugar de pai; contudo, a sociedade o interpela com clichês sobre sua dificuldade em desempenhar duas atividades ao mesmo tempo, sobre a ausência de um tal “instinto materno” e, com isso, as potencialidades são suturadas antes mesmo de serem desenvolvidas. Todas essas questões sobre o lugar social do pai parecem encontrar respaldo no discurso das próprias mulheres que, sem perceber, mostram-se resignadas ao fato de que devem assumir a maior parte dos cuidados e decisões sobre o bebê.

A *função paterna* comporta, para além da figura do pai real, toda a malha de sustentação, barreira e intrusão que a sociedade e o Estado representam para o núcleo familiar. A relação estabelecida entre o casal parental e a criança é marcada pelos traços de seu meio. Existe um acordo de mão dupla entre a família e o social denominado contrato narcisista (Aulagnier, 1975), que deve ser nutrido por ambos os polos, sob pena de, diante do rompimento por parte de um dos outorgantes, obstaculizar a constituição psíquica do bebê.

Do lado dos pais, o rompimento do contrato seria uma espécie de insujeição ao acordo coletivo capaz de obstaculizar a assunção da castração na criança. Como, então, o social poderia protagonizar esse rompimento? De que maneira o Estado solta a mão da família nesse momento tão importante e singular do ciclo vital a ponto de privar o bebê e a família das balizas sociais que garantam um ambiente capaz de promover o desenvolvimento físico e psíquico do recém-nascido?

A *vulnerabilidade econômica* é o primeiro ponto que emergiu a esse respeito em nossa amostra. A chegada de um bebê requer condições mínimas de alimentação, moradia e bem-estar para a díade. A manutenção dessas condições faz parte da sustentação narcísica parental, no sentido de pertencimento, mas também no sentido de corresponder ao ideal social. O contrário, porém, poderia representar uma desistência antecipatória da sociedade em relação a esse bebê.

É simples. O social não projeta na família em vulnerabilidade econômica o mesmo que projeta na criança que cresce e se desenvolve dentro dos parâmetros valorizados pelos seus membros. O pediatra, por exemplo, segue um protocolo internacional para orientar os pais sobre a posição mais segura em que um bebê deve dormir para evitar o mal súbito; essa mesma regra não vale para o bebê que dorme abrigado sob as tendas improvisadas no centro da metrópole – a mensagem que passa pelos pais e chega até esse bebê, apesar de toda a riqueza que o cerca, é a de que sobreviver à precariedade de tais condições é o ápice do que esperamos para ele. E nada mais!

É simples também supor que a diferença qualitativa na antecipação do sujeito – seja pela família, seja pela sociedade – produz marcas na constituição psíquica do bebê inserido nesse cruzamento fantasmático: “Construir uma identidade entre repressão social e repressão psíquica, entre exploração econômica e apropriação pela mãe do pensar da criança é um absurdo” (Aulagnier, 1875, p. 153). O desamparo diante da ausência do pai real é potencializado pela ausência de políticas públicas que atendam com dignidade a chegada de um bebê.

O segundo ponto em que observamos em nossa amostra a emergência de uma quebra no contrato narcísico por parte dos pais/social diz respeito ao *racismo*. A expectativa de branqueamento dos filhos, manifestada pelos pais, indica qual é o caminho mais seguro para se manter investido nesse contrato.

Entre as famílias que acompanhamos, observamos Thácia, uma mulher negra que passou a noite do pós-parto com dor, porque esqueceram de prescrever seu analgésico; Théo, um homem negro, ficou esquecido na sala ao lado e nunca vai recuperar a cena perdida do

nascimento de sua filha – restou a ele fixar em sua memória o “beijão dela” ao atravessar rapidamente o centro cirúrgico. Luana, outra mulher negra, deseja que sua filha seja bonita para que seja poupada do sofrimento a que foi exposta nos anos escolares.

O recolhimento nas expectativas em relação ao bebê negro e pobre não é um movimento que provém somente da sociedade, ele atravessa igualmente os sonhos e desejos parentais que foram podados pelas próprias vivências traumáticas. Após receber gentilmente o comprimido da médica que a havia esquecido, Thácia se resignou. Théo achou melhor não se queixar por ter sido esquecido, afinal, sua mulher estava sendo bem tratada. Quanto a Luana, consolou-se com o fato de a filha ser uma menina, pois sua “falta de beleza” projetada na filha seria menos complicada que as vivências do pai, ex-usuário de drogas, projetadas em um menino, por exemplo.

A incidência da violência racista na economia narcísica é compreendida por Jurandir Freire Costa (2021) como algo que promove uma angústia de aniquilação, anterior à angústia de castração: “o epicentro do trauma não resultou da frustração libidinal, mas da destituição devastadora de sua imagem corporal e dos ideais do eu” (p. 27). Trata-se aqui de um ataque destrutivo à existência que começa com a mensagem enviada pelo social e passa pelo desejo parental, ainda que em caráter defensivo, de negar a negritude e as origens do bebê.

A negação parental de um elemento que faz parte das origens do sujeito oferece uma qualidade ímpar às primeiras relações objetais do bebê: “nada existe além dele próprio, e portanto, a mãe é, inicialmente, parte dele” (Winnicott, 1987c, p. 9); e é no apagamento da sombra desses primeiros objetos, operada pelo narcisismo primário, que Roussillon (2011) localiza uma das condições para as patologias narcísicas identitárias. Se de um lado temos bebês que precisarão moldar sua constituição a partir desse sequestro de determinadas referências identificatórias; de outro, temos pais que perseguem um ideal social parental anunciado por abordagens que associam práticas parentais ao desenvolvimento de habilidades nas crianças. Tais práticas, no entanto, acabam por despojá-los de sua história cultural e familiar.

Apresentar-se conforme a demanda pode ser uma resposta para a impossível tarefa de corresponder àquilo que espreita o desejo do outro. O preço subjetivo a pagar por essa adaptação é alto, mas as exigências contemporâneas em torno do parental e do desenvolvimento infantil estabelecem uma régua que tende a suprimir a singularidade e o saber inconsciente dos pais, priorizando o desenvolvimento de “competências”.

O discurso que normaliza equivocadamente a culpabilidade parental e a coloca como intrínseca ao desempenho dessas funções sustenta essa busca desenfreada por manuais de

educação. A felicidade conjugal e o desempenho parental cada vez mais se submetem ao domínio de especialistas que pretendem construir caminhos “ideais”.

Diante da pergunta dirigida aos cônjuges sobre o sentimento de sustentação entre eles, por exemplo, a resposta idealizada foi quase unânime: “meu marido/esposa é muito bom/boa”. Somente nas entrelinhas, ao evocarem vivências e situações, eles conseguem falar sobre as dores e insatisfações presentes na relação. Tanto a relação conjugal como a relação médico-paciente são revestidas de uma idealização que os impede, num primeiro momento, de identificar e externalizar as críticas; estas só aparecem quando a narração das vivências e os afetos a elas associadas são evocados. A tentativa de corresponder ao ideal social de “família perfeita” e “parto humanizado” parece obturar a expressão dos afetos no entorno dessa experiência.

A propósito da humanização em torno dos processos de gestação e nascimento, observamos que, embora sejam fundamentais e representem um progresso ao campo da perinatalidade, os protocolos rigidamente estabelecidos e garantidos por meio de verbas condicionadas a metas institucionais – tais como o incentivo ao parto normal e ao aleitamento materno – se prestaram a situações de coerção e de violência obstétrica mencionadas ao longo da pesquisa. Para garantir que o conceito de humanização não seja deturpado em função de interesses econômicos, há que se permitir a expressão da singularidade.

As preferências da mulher em relação ao tipo de parto, por exemplo, ainda que não possam ser atendidas, precisam ao menos ser escutadas; elas estabelecem conexões com o fantasmático infantil e parecem comportar condições capazes de perturbar o equilíbrio psicofísico desse evento. Nesse sentido, a retirada do item “plano de parto” da última versão da caderneta da gestante (Brasil, 2022b) representa um dos muitos retrocessos nas políticas públicas no campo do materno-infantil nos últimos anos no Brasil, na medida em que retira da mulher seu espaço de fala e submete todas as decisões em torno do parto ao poder médico-institucional.

Observamos que o contexto de risco gestacional pode tensionar o processo de gestação e nascimento. De um modo geral, contudo, as famílias integram essa experiência que, apesar de deixar marcas que se expressam no fazer parental, não comprometem a base da construção relacional entre o bebê e seus pais. Esse espaço relacional oferece as condições iniciais para que o eu do bebê possa advir, narcisicamente investido pela libido parental. É desse espaço, também, que os pais retiram os elementos para a construção do papel parental.

Em síntese, observamos que a *construção parental* tem seu ponto de partida no desenvolvimento psicosexual dos pais que, a depender de como e aonde chegaram, dispõem

de mais ou menos flexibilidade para se desprender do próprio narcisismo e investir o bebê a partir de seu gesto espontâneo. A dinâmica entre a herança fantasmática do percurso libidinal dos pais e o encontro com o corpo real do bebê pressupõe uma mediação feita pelo contrato estabelecido entre família e sociedade.

A *constituição psíquica do bebê*, assim como a construção parental, também depende dos termos estabelecidos nesse contrato com o social, mas tem seu ponto de partida nos desejos e pré-investimento parental que vão ao encontro do corpo real do bebê. É nesse corpo, dotado de apetências psíquicas e um potencial biológico singular, que o investimento parental poderá ancorar suas expectativas. Tais expectativas podem figurar como uma violência primária (Aulagnier, 1975) e, portanto, constitutiva e necessária, na medida em que dá sentido às manifestações reais do bebê e antecipa nele um sujeito, ou, ainda, como uma violência secundária (Aulagnier, 1975), que representa um excesso de projeção parental. É esse excesso que pode obstaculizar as condições iniciais do desenvolvimento psíquico do bebê, uma vez que, ao convocá-lo a se defender dessa intrusão, favorece a predominância do que Winnicott propõe como falso self. (1965b)

Observamos que os *riscos para a construção parental e a constituição psíquica* do bebê estão especialmente no entorno da *saúde mental dos pais e no modo como eles vão evocar e escoar suas vivências traumáticas* a partir da sensibilidade que o contexto perinatal promove. Ao ambiente cabe oferecer a sustentação para reequilibrar a inconstância interna. A boa relação com o cônjuge, assim como com a equipe médica, faz parte do processo regulatório esperado do ambiente. O excesso de interferência familiar e profissional, ao lado da vulnerabilidade social, representam fatores de risco, na medida em que atravessam o narcisismo parental.

Françoise Dolto (2012) diria que não existem boas e más mães. Como de costume, ela se vale de afirmações controversas para sinalizar algo fundamental no terreno da parentalidade. Ela denuncia o equívoco dos profissionais que se ocupam da família ao emitirem juízo de valor sobre como os pais conduzem os cuidados e a educação de seus filhos: ferir o narcisismo parental não os ajuda a se tornarem melhores. Longe de romantizar a maternidade, Dolto esclarece que “existem mães que sustentam mais ou menos o narcisismo na superação das castrações que são para cada um as provas necessárias para a construção de sua identidade” (2012, p. 184). As mães que encontram dificuldade em fazer essa sustentação precisam, elas próprias, de mais sustentação ambiental; “em vez de conselhos, eles (a mãe e o bebê) precisam de recursos ambientais que estimulem a confiança da mãe em si própria” (Winnicott, 1969a, p. 23 parênteses nossos).

Nossa *proposta de cuidado* para esse contexto vai no sentido de promover a sustentação ambiental e o fortalecimento do narcisismo parental com o mínimo possível de interferências técnicas, e também com a disponibilização de um espaço de fala para os pais, seja na consulta pré-natal com o profissional médico, seja com um profissional de saúde mental integrado ao processo de acompanhamento gestacional. Faz-se necessária a capacitação dessa escuta, que inclui a compreensão da necessidade de *expressão dos medos e desejos parentais* em torno da experiência de gestar e parir e a integração desses afetos à história pessoal dos pais. Trata-se de um processo que visa promover condições para a elaboração do traumático parental, ao mesmo tempo em que protege o bebê de uma projeção maciça capaz de enviesar o si-mesmo.

Tanto a gestante de alto risco como a gestante típica podem se beneficiar de um espaço de *cuidado emocional*; entretanto, quando estamos diante de mães com diagnóstico psiquiátrico e/ou pais com histórico de traumas, esse espaço de cuidado emocional é condição incontornável para proteger o momento inicial familiar. Todavia, para além da capacitação da escuta, a promoção desse espaço depende da criação e do fortalecimento de políticas públicas que garantam o protagonismo familiar que se estabelece, entre outras coisas, a partir de condições dignas de acolhimento psíquico e material do bebê.

A construção e o desenvolvimento parental, em geral, dispensam interferências, dicas e recomendações; o ponto central é o *acolhimento e a sustentação* para que o recém-nascido possa se enraizar valorosamente em sua estrutura familiar e social baseado numa experiência de confiabilidade.

Referências²⁵

- Aberastury, A. (1986). *Psicanálise da criança: teoria e técnica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Abram, J. (1996). *A Linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- Alvarez, L., & Golse, B. (2008). *La psychiatrie du bébé*. Paris: PUF
- Alvarez, L., & Golse, B. (2009). *A psiquiatria do bebê*. (M. d. R. Heitor, Trans.) Portugal: Gráfica Europam.
- Ariès, P. (2012). *História social da criança e da família* (D. Flaksman, Trans.) (2 ed.). Rio de Janeiro: LTC.
- Aulagnier, P. (1975). *A Violência da Interpretação: Do Pictograma ao Enunciado* (M. C. Pelegrino, Trans.). Rio de Janeiro: Imago.
- Aulagnier, P. (1979). *Os Destinos do Prazer. Alienação - Amor - Paixão* (M. V. Arraes & M. C. Pelegrino, Trans.). Rio de Janeiro: Imago.
- Aulagnier, P. (1984). *O aprendiz de historiador e o mestre-feiticeiro: do discurso identificador ao discurso delirante* (C. Berliner, Trans.). São Paulo: Escuta.
- Aulagnier, P. (1986a). *Nascimento de um corpo, origem de uma história* (M. L. V. Violante, Trans.). São Paulo: Annablume.
- Aulagnier, P. (1986b). Um intérprete em busca de sentido - I. I.
- Aulagnier, P. (1986c). Um intérprete em busca de sentido - II. II.
- Aulagnier, P. (1990). O direito ao segredo: condição para poder pensar (R. Steffen, Trans.). In *Um intérprete em busca de sentido I* (Vol. I, pp. 256-279). São Paulo: Escuta.
- Aulagnier, P. (2004, 09/2004). Que desejo, por que filho? *Psicanálise e universidade*, 21, 11-16.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo* (L. A. R. e. A. Pinheiro, Trans. 4 ed.). Lisboa: Edições 70.
- Baumrind, D. (1966). Authoritarian vs. authoritative parental control *Adolescence*, 3, 255-272.
- Baumrind, D., & Black, A. E. (1967). Socialization practices associated with dimensions of competence in preschool boys and girls. *child Development*, 38, 291-327.
- Benedek, T. (1959). Parenthood as a developmental phase: contribution to the libido theory. *Journal American Psychoanalytic Association*, 7, 389-417.
- Birman, J. (2008). Criatividade e sublimação em psicanálise. *Psicologia Clínica*, 20(1), 11-26.
- Bohleber, W., Fonagy, P., Jiménez, J. P., Scarfone, D., Varvin, S., & Zysman, S. (2013). Towards a better use of psychoanalytic concepts: A model illustrated using the concept of enactment. *The International Journal of Psychoanalysis*, 94(3), 501-530.
- Bolívar-Botía, A. (2002). "¿De nobis ipsis silemus?": Epistemología de la investigación biográfico-narrativa en educación. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 4(1), 01-26.
- Bonomi, C. (1996). Pourquoi avons-nous ignoré Freud le "pediatre": le rapport entre la formation pédiatrique de Freud et les origines de la psychanalyses. In A. Haynal (Ed.), *La psychanalyse: cent ans déjà - contributions à l'histoire intellectuelle du 20e siècle* (pp. 87-153). Genebra: Georg.
- Braga, A. P. M., & Souza, P. S. d. (2018). Racismo e sexismo: desafios da constituição psíquica de mulheres negras e homens negros. In M. D. Rosa, A. M. M. d. Costa, & S. Prudente (Eds.), *As escritas do ódio: psicanálise e política* (pp. 129-148). São Paulo: Escuta/Fapesp.
- Brasil. (2000). *A Implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2002a). *A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2002b). *Programa Humanização do Parto, humanização do Pré-Natal e Nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde

²⁵ Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: parte II (APA) / Sistema Integrado de Bibliotecas da USP; Vânia Martins Bueno de Oliveira Funaro, coordenadora; Vânia Martins Bueno de Oliveira Funaro... [et al.]. -3. ed. rev. ampl. mod. - São Paulo: SIBiUSP, 2016. 89p.

- Brasil. (2004a). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2004b). *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2005a). *Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2005b). *Portaria Nº 2.418, de 02 de dezembro de 2005*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2008). *Iniciativa hospital amigo da criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado - módulo 1 : histórico e implementação* Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2009). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2010). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2011a). *Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno* Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2011b). *Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2011c). *Manual Prático para Implementação de Rede Cegonha*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2017). *Programa Criança Feliz, A intersetorialidade na Visita Domiciliar*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2018). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, Orientações para Implementação*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2022a). *Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2022b). *Caderneta da Gestante*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2022c). *Manual de gestação de alto risco*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2022d). Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Brasília: Ministério da Saúde Retrieved from <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.282-de-27-de-agosto-de-2020-274644814>
- Brasil. (2022e). Rede Cegonha Protocolos. Retrieved from <https://www.as.saude.ms.gov.br/redes-de-atencao-a-saude/rede-cegonha/rede-cegonha-protocolos/>
- Bravo, M. I. S., & Pelaez, E. J. (2020). A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. *Ser Social*, 22, n. 46.
- Brito, M. H. A., & Pessoa, V. A. M. d. P. (2006). Um perfil da mãe prematura. In R. G. Melgaço (Ed.), *Ética na atenção ao bebê. Psicanálise-Saúde-Educação* (pp. 115-116). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bydlowski, M. (2000). *Je rêve un enfant. L'expérience intérieure de la maternité*. Paris: Odile Jacob.
- Bydlowski, M. (2008). Le mandat transgénérationnel. In *Qu'avons-nous fait du mandat transgénérationnel de Serge Lebovici?* (pp. 85-90). Paris: Érès.
- Carneiro, M. P. F. (2010). De um corpo falado a um Eu que se encorpa. In M. L. V. Violante (Ed.), *Desejo e Identificação* (pp. 162-171). São Paulo: Annablume.
- Ciccione, A., Gauthier, Y., Golse, B., & Stern, D. (2014). *Naissance et développement de la vie psychique*. Paris: Érès.
- Conasems. (2022). Nota Conjunta Conasems e Conass: Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). Recuperado de: <https://www.conasems.org.br/conasems-e-conasems-de-manifestam-sobre-rede-de-atencao-materna-e-infantil/>
- Costa, J. F. (2021). Do desamparo narcísico ao desespero: incidências da violência racista na economia psíquica. In A. Zago (Ed.), *Relações racias na escuta psicanalítica* (pp. 27-43). São Paulo: Zagodoni.
- Damasceno, N. F. P., Malvezzi, E., Sales, C. d. M., & Sales, A. (2018). A narrativa como alternativa na pesquisa em saúde. *Interface*, 22(64), 133-140.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting Style as Context: An Integrative Model. *Psychological Bulletin*, 113 (3), 487-496.
- Davis, M., & Wallbridge, D. (1981). *Limite e espaço*. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

- Dethiville, L. (2014). O pai suficientemente simbólico? In C. D. R. (org.) (Ed.), *E o pai? Uma abordagem winnicottiana*. São Paulo: DWW Editorial.
- Dias, E. O. (1999). Sobre a confiabilidade: decorrências para a prática clínica. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 1(2), 283-322.
- Dias, E. O. (2000). Winnicott: agressividade e teoria do amadurecimento. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 2(1), 9-48.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Diniz, D., & Carino, G. (2019). Violência obstétrica, uma forma de desumanização das mulheres. *El País*. Recuperado de https://brasil.elpais.com/brasil/2019/03/21/opinion/1553125734_101001.html?fbclid=IwAR1dIfC3RKRSM_BBbhXOTJmSgauCq3zoK31oeWlyCINjEa6Vez8zL1jwhOU
- Dolto, F. (1977). *Psicanálise e Pediatria*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Dolto, F. (1981). *O caso Dominique* (A. Cabral, Trans. 2ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Dolto, F. (1998). *Solidão* (I. C. Benedetti, Trans.). São Paulo: Martins Fontes.
- Dolto, F. (2007a). A alimentação dos pequeninos e o desmame. In *As etapas decisivas da infância* (pp. 67-72). São Paulo: Martins Fontes.
- Dolto, F. (2007b). *As etapas decisivas da infância* (M. E. d. A. P. Galvão, Trans. 2ª ed. ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Dolto, F. (2007c). Sobre a insegurança dos pais na educação. In *As etapas decisivas da infância* (pp. 1-27). São Paulo: Martins Fontes.
- Dolto, F. (2008). *Quando os filhos precisam dos pais, respostas a consultas de pais com dificuldades na educação dos filhos*. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Dolto, F. (2012). *A imagem inconsciente do corpo* (N. M. e. M. Levy, Trans. 2 ed. de 2004 ed.). São Paulo: Perspectiva.
- Dolto, F. (2013). *Seminário de Psicanálise de Crianças* (M. V. M. d. Aguiar, Trans.). São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Dor, J. (1991). *O pai e sua função em psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Dunker, C. I. L., Voltolini, R., & Jerusalinsky, A. N. (2008). Metodologia de pesquisa e psicanálise. In R. L. e. M. C. M. Kupfer (Ed.), *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa* (pp. 63-91). São Paulo: Escuta.
- Escuder, M. M. L., Venancio, I., & Pereira, J. C. R. (2003). Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. *Revista de Saúde Pública* 37 (3), 319-325.
- Fédida, P. (2002). Morfologia do caso em psicanálise: questões abertas. *Jornal de Psicanálise - Instituto de Psicanálise - SBPSP*, 35 (64/65), 49-56.
- Feldman, D. E. P. S. W. O. R. D. (2009). Gravidez e desenvolvimento pré-natal (J. d. S. C. Rita de Cassia A. Caetano, Trans.). In *O mundo da criança: da infância à adolescência* (11 ed., pp. 88-111). São Paulo: McGraw-Hill.
- Freud, S. (1895). Estudos sobre a histeria. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 2, pp. 13-329). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1908a). Sobre as teorias sexuais da criança. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 9, pp. 187-204). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1908b). Moral sexual 'civilizada' e doença nervosa moderna. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 9, pp. 165-186). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1909). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 10, pp. 11-133). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1910a). Cinco lições de psicanálise. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 11, pp. 15-65). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1910b). Leonardo da Vinci e uma lembrança da sua infância. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 11, pp. 67-141). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

- Freud, S. (1910c). Um tipo especial de escolha de objeto feita pelos homens. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 11, pp. 167-180). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1912a). A dinâmica de transferência. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 108-119). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1912b). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 121-133). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1914a). Sobre o narcisismo: uma introdução. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 75-108). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1914b). A história do movimento psicanalítico. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 13-73). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1917[1916-17]). Conferências introdutórias à psicanálise. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 16, pp. 248-463). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1921). *Psicologia das massas e análise do eu e outros textos*. São Paulo: Companhia da Letras, 2011.
- Freud, S. (1923). Dois verbetes de enciclopédia. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 249-274). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1924). A dissolução do complexo de Édipo. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 189-199). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1925). Algumas consequências psíquicas das diferenças anatômicas entre os sexos. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 271-286). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1927). Fetichismo. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 21, pp. 149-160). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1933). Novas conferências introdutórias à psicanálise. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 22, pp. 11-188). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1940). A divisão do ego no processo de defesa. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 289-296). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Fulgencio, L. (2004). A noção de trauma em Freud e Winnicott. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 6(2), 255-270.
- Fulgencio, L. (2008). O brincar como modelo do método de tratamento psicanalítico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 124-136.
- Fulgencio, L. (2011). A ética do cuidado psicanalítico para D. W. Winnicott. *A PESTE: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*, 3(1 & 2), 91-111.
- Fulgencio, L. (2013a). Metodologia de pesquisa em psicanálise na universidade. In F. Scorsolini-Comin & C. A. Serralha (Eds.), *Psicanálise e Universidade: Um encontro na pesquisa*. Curitiba: CRV.
- Fulgencio, L. (2013b). A situação do narcisismo primário. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 47(3), 131-142.
- Fulgencio, L. (2016). *Por que Winnicott?* São Paulo: Zagodoni.
- Fulgencio, L. (2017). [Aula: Desenvolvimento emocional: Winnicott, Jung e Freud].
- Fulgencio, L. (2022). A situação do narcisismo primário para Winnicott. In *Winnicott e Freud*. São Paulo: Blucher.
- Furlan, L., & Caramelli, B. (2021). The regrettable story of the “Covid Kit” and the “Early Treatment of Covid-19” in Brazil. *The Lancet Regional Health - Americas*, 4.
- Gay, P. (1990). *Freud. Uma vida para o nosso tempo*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Golse, B. (1999). *Du corps à la pensée*. Paris: PUF.
- Golse, B. (2003). Transmitir a transmissão: Um ponto em comum entre as diferentes terapias conjuntas pais-bebê. In *Sobre a Psicoterapia pais-bebê: narrativa, filiação e transmissão*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Golse, B. (2006). *L'être-bébé*. Paris: PUF.

- Golse, B. (2014). Transmission, identité et ontogénèse psychique du bébé: Une histoire à double sens. *Revue Française de Psychanalyse*, 78, 363-373. <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2014-2-page-363.htm>
- Golse, B. M., Marie Rose. (2014). *Le développement psychique précoce*. Paris: Elsevier Masson.
- Golse, B. (2019). *Le bébé et ses possibles*. Toulouse: Érès.
- Golse, B. (2023). *Do sentimento de ser ao sentimento de existir no bebê* (C. Leboucher, Trans. E. Parlato-Oliveira & S. L. Oliveira Eds.). São Paulo: Instituto Langage.
- Guedeney, A. Lebovici, S. (1999). *Intervenções psicoterápicas pais/bebês* (P. C. Ramos, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Guimarães, P., Lara, B. d., & Dias, T. (2022). Suportaria ficar mais um pouquinho? *The Intercept*. <https://theintercept.com/brasil/> website: <https://theintercept.com/2022/06/20/video-juiza-sc-menina-11-anos-estupro-aborto/>
- Iaconelli, V. (2020). Sobre as origens: muito além da mãe. In D. Teperman, T. Garrafa, & V. Iaconelli (Eds.), *Parentalidade* (1 ed.). Belo Horizonte: Autêntica.
- Jones, E. (1953). *La vie et l'oeuvre de Sigmund Freud (vol. 1)*. Paris: PUF, 1992.
- Julien, P. (2000). *Abandonarás teu pai e tua mãe* (P. Abreu, Trans.). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Kupermann, D. (2016). Revisitando "Freud, 1914: o ano que não terminou". In L. F. Joel Birman, Daniel Kupermann, Eduardo Leal Cunha (Ed.), *Amar a si mesmo e amar o outro: narcisismo e sexualidade na clínica contemporânea* (pp. 82-94). São Paulo: Zagodoni.
- Kupfer, M. C. (2000). Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância. *Psicologia USP*, 11, 85-105. doi:<https://doi.org/10.1590/S0103-65642000000100006>
- Kupfer, M. C. (2016). Bebês públicos, pais privados do poder educativo para constituir um sujeito (e suas consequências para a clínica do autismo). In R. Voltolini (Ed.), *Crianças públicas, adultos privados* (pp. 111-122). São Paulo: Escuta/Fapespe.
- Kupfer, M. C., & Bernardino, L. M. F. (2009). As Relações entre construções da imagem corporal, função paterna e hiperatividade. Reflexões a partir da pesquisa IRDI. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 45-58.
- Kupfer, M. C., Bernardino, L. M. F., Mariotto, R. M., Pesaro, M. E., Lajonquière, L. d., Voltolini, R., & Machado, A. M. (2012a). Metodologia IRDI: Uma ação de prevenção na primeira infância. In M. C. Kupfer, L. M. F. Bernardino, & R. M. Mariotto (Eds.), *Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância* (pp. 131-145): Escuta/Fapesp.
- Kupfer, M. C. M., Cardoso, D. F., Fernandes, E. T., & Novo, A. L. B. (2012b). O IRDI como facilitador das intervenções terapêuticas em um centro de reabilitação física infantil In M. C. Kupfer, L. M. F. Bernardino, & R. M. Mariotto (Eds.), *Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância* (pp. 95-108). São Paulo: Escuta.
- Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B., Molina, S. H., . . . 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 Online*, 6, n.1 48-68.
- Lamounier, J. A. (1998). Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 44(4), 319-324.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1986). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lebovici, S. (1983). *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste: les interactions précoces*. Paris: Paidós/Le centurion.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista* (F. Vidal, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lebovici, S. (1998). L'arbre de vie. In *Éléments de psychopathologie du bébé*. Toulouse: Érès.
- Lebovici, S., & Soulé, M. (1980). O estatuto ontogênico do fantasma. In *O conhecimento da criança pela psicanálise* (pp. 180-203). Rio de Janeiro: Zahar.
- Mannoni, M. (1982). *A primeira entrevista em psicanálise*. Rio de Janeiro: Campus.

- Mannoni, M. (1999a). *A Criança Retardada e a Mãe* (M. R. G. Duarte, Trans. 5ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Mannoni, M. (1999b). *A criança, sua "doença" e os outros*. São Paulo: via Lettera.
- Manzano, J., Espasa, F., & Zilkha, N. (2001). Os Roteiros Narcísicos dos Pais. *Livro Anual de Psicanálise, XV*.
- Pasche, D. F., Albuquerque, M. E. d., & Martins, V. C. P. (2010). Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Revista Tempus Actas Saúde Coletiva, 4(4)* 105-117.
- Masson, J. M. (1986). *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess – 1887-1904*. Rio de Janeiro: Imago.
- Matos, T. A., Souza, M. S. d., Santos, E. K. A. d., Velho, M. B., Camargo, E. R., & Martins, S. N. M. (2010). Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem, 63*. doi:<https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600020>.
- Menicucci, T. M. G. (2011). A Política de Saúde no Governo Lula. *Saúde e Sociedade, 20, n.2*, 522-532.
- Mijolla-Mellor, S. d. (2002). Penser la Psychose - Une lecture de l'oeuvre de Piera Aulagnier. *Cahiers de psychologie clinique, 1 / n°18*, 267 à 269.
- Minayo, M. C. d. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência e Saúde Coletiva, 17 (3)*, 621-626.
- Missonnier, S. (2008). L'empathie et l'héritage de Serge Lebovici. In *Qu'avons-nous fait du mandat transgénérationnel de Serge Lebovici?* (pp. 17-34). Ramonville Saint-Agne: Érès.
- Missonnier, S. (2009). *Devenir parent, naître humain*. Paris: Presses Universitaires de France
- Miyazaki, C. M. A., Cordeiro, S. N., Almeida, R. P. d., & Verceze, F. A. (2019). Vivência da gestação e parto de alto risco: uma reflexão a partir do referencial psicanalítico. *Rev. SBPH, 22*. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v22n2/v22n2a02.pdf>
- Moro, M. R. (2005). Ingredientes da parentalidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 8 n. 2*.
- Moro, M. R. (2016). Os ingredientes da parentalidade; compreender, sustentar e cuidar (M. Bialer, Trans.). In M. B. e. S. Rabello (Ed.), *Laço mãe-bebê: intervenções e cuidados*. São Paulo: Primavera Editorial.
- Nelsen, J. (2007). *Disciplina positiva* (4ª Ed.). Cultrix: Ed. São Paulo.
- Osis, M. J. M. D. (1998). Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, 14(Supl. 1)*, 25-32.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12 ed.). Porto Alegre: McGrawHill e Artmed, 2015.
- Parlato-Oliveira, E. (2019). *Saberes do Bebê*. São Paulo: Instituto Langage.
- Phillips, A. (1988). *Winnicott*. São Paulo: Idéias & Letras, 2007.
- Presme, N., & Golse, B. (2008). *Qu'avons-nous fait du mandat transgénérationnel de Serge Lebovici?* (Vol. 96). Ramonville Saint-Agne: Éditions érès.
- Roudinesco, E. (1988). *História da psicanálise na França - A batalha dos cem anos* (Vol. 2 - 1925-1985). São Paulo: Jorge Zahar.
- Roudinesco, E. (2016). *Sigmund Freud na sua época e em nosso tempo* (A. Telles, Trans. 1ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Roussillon, R. (2009). Transitionnel et réflexivité. *Les Lettres de La Société de Psychanalyse Freudienne, Winnicott, un psychanalyste dans notre temps(21)*, 123-140.
- Roussillon, R. (2011). Déconstruction du narcissisme primaire *L'Année psychanalytique internationale, 2011/1*, 177 - 193.
- Rudelic-Fernandez, D. (2002). Linguagem do caso: modelos e modalidades. *Jornal de Psicanálise - Instituto de Psicanálise - SBPSP, 35 (64/65)*, 57-71.

- Souza, V. C. A. d. (2020). *A influência do diagnóstico pré-natal da interação da díade mãe-bebê: um estudo longitudinal do pré-natal ao primeiro ano de vida*. (Tese de doutoramento), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Spitz, R. A. (1979 [1965]). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.
- Stern, D. (2002). *The First Relationship*. Cambridge: Harvard University Press.
- Vaz, P. (2018). Risco e Futuro. In J. B. e. I. Fortes (Ed.), *Guerra, catástrofe e risco: Uma leitura interdisciplinar do trauma* (pp. 98-117). São Paulo: Zagodoni.
- Victora, C. G. (2009). Nutrition in early life: a global priority. *The Lancet*, 374(9696), 1123-1125.
- Viodé-Bénony, C. G., Bernard. (2012). *Psychopathologie du bébé*. Paris: Armand Colin.
- Violante, M. L. V. (2001). *Piera Aulagnier: Uma contribuição contemporânea à obra de Freud*. São Paulo: Via Lettera Editora.
- Winnicott, D. W. (1945a). Apoio aos Pais Normais. In *A Criança e seu Mundo* (pp. 196-199). Rio de Janeiro: LTC, 2017.
- Winnicott, D. W. (1945b). E o Pai? In *A Criança e seu Mundo* (pp. 127-133). Rio de Janeiro: LTC, 2017.
- Winnicott, D. W. (1946). O que Entendemos por uma Criança Normal? In *A Criança e seu Mundo* (pp. 140-147). Rio de Janeiro: LTC, 2017.
- Winnicott, D. W. (1949). O Ódio na Contratransferência. In *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (pp. 277-287). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- Winnicott, D. W. (1950). Algumas Considerações sobre o Significado da Palavra Democracia. In *A Família e o Desenvolvimento Individual* (pp. 227-247). São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- Winnicott, D. W. (1953). Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. In *O Brincar & a Realidade* (pp. 13-44). Rio de Janeiro: Imago Ed., 1975.
- Winnicott, D. W. (1954b). Necessidades das Crianças de Menos de Cinco Anos. In *A Criança e seu Mundo* (pp. 203-213). Rio de Janeiro: LTC, 2017.
- Winnicott, D. W. (1957a). A Contribuição da Psicanálise à Obstetrícia. In *A Família e o Desenvolvimento Individual* (pp. 153-163). São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- Winnicott, D. W. (1957b). A Contribuição da Mãe para a Sociedade. In *Tudo Começa em Casa* (pp. 117-122). São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- Winnicott, D. W. (1958). A Preocupação Materna Primária. In *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- Winnicott, D. W. (1958). Preocupação materna primária. In *Da pediatria à Psicanálise*. São Paulo: Ubu., 2021.
- Winnicott, D. W. (1960a). Contratransferência. In *O Ambiente e os Processos de Maturação* (pp. 145-151). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, D. W. (1960b). Teoria do Relacionamento Paterno-Infantil. In *O Ambiente e os Processos de Maturação* (pp. 38-54). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, D. W. (1961b). Fatores de Integração e Desintegração na Vida Familiar. In *A Família e o Desenvolvimento Individual* (pp. 59-72). São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- Winnicott, D. W. (1963). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo (I. C. S. Ortiz, Trans.). In Artmed (Ed.), *O ambiente e os processos de maturação: estudo sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 79-87). Porto Alegre, 1983.
- Winnicott, D. W. (1965a). *O Ambiente e os Processos de Maturação* (I. C. S. Ortiz, Trans.). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, D. W. (1965b). Distorção do Ego em Termos de Falso e Verdadeiro Self. In *O Ambiente e os Processos de Maturação* (pp. 128-139). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, D. W. (1965c). Família e Maturidade Emocional. In *A Família e o Desenvolvimento Individual* (pp. 129-138). São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- Winnicott, D. W. (1965d). O Relacionamento Inicial entre uma Mãe e seu Bebê. In *A Família e o Desenvolvimento Individual* (pp. 21-28). São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- Winnicott, D. W. (1969a). A Amamentação como Forma de Comunicação. In *Os Bebês e Suas Mães* (pp. 19-27). São Paulo: Martins Fontes, 2012.

- Winnicott, D. W. (1969b). O Uso de Um Objeto e Relacionamento Através de Identificações. In *O Brincar & a Realidade* (pp. 121-131). Rio de Janeiro: Imago Ed., 1975.
- Winnicott, D. W. (1971a). *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil* (J. M. X. Cunha, Trans.). Rio de Janeiro: Imago Ed., 1984.
- Winnicott, D. W. (1971b). O Conceito de Indivíduo Saudável. In *Tudo Começa em Casa* (pp. 3-22). São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- Winnicott, D. W. (1986). A Cura. In *Tudo Começa em Casa* (pp. 105-114). São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- Winnicott, D. W. (1987a). *Os Bebês e suas Mães* (J. L. Camargo, Trans. 4ª ed.). São Paulo: Martins Fontes, 2012.
- Winnicott, D. W. (1987b). As Origens do Indivíduo. In *Os Bebês e suas Mães* (pp. 43-49). São Paulo: Martins Fontes, 2012.
- Winnicott, D. W. (1987c). A Mãe Dedicada Comum. In *Os Bebês e suas Mães* (pp. 1-11). São Paulo: Martins Fontes, 2012.

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre-Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes ou responsáveis legais

Nome do participante: _____

Doc. de identidade nº. _____ Gênero: M () F () Data de nascimento: ___/___/___

Endereço: _____ N.º _____

Apto.: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ Telefones: _____

✓ Apresentação

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que tem como objetivo analisar o processo de tornar-se mãe e pai e o impacto disso na vida psíquica do bebê, dentro e fora do contexto de uma gestação com riscos para a saúde do bebê, identificando assim, quais os tipos de conflito em jogo, bem como que tipo de sustentação ambiental será necessária para os pais e para a criança.

✓ Tema

Pesquisa em nível de doutorado intitulada “**A construção da parentalidade e a constituição psíquica do bebê a partir de uma gestação de risco: um estudo psicanalítico**” a qual será desenvolvida sob a responsabilidade da pesquisadora Fernanda Fernandes da Silva, sob orientação do prof. Dr. Leopoldo Fulgencio.

✓ Participação

Sua participação é totalmente voluntária, ou seja, você tem o direito de recusar e desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo.

✓ Procedimentos

Se você concordar em participar deste estudo, você será convidado (a) para entrevistas com a pesquisadora durante a gestação e após o nascimento do bebê. As entrevistas poderão ser realizadas nas dependências do hospital com a presença de ambos os pais e o bebê, com duração de até uma hora. A entrevista somente será gravada se houver autorização dos entrevistados.

✓ Riscos e desconforto

Tratando-se de uma pesquisa em que trabalharemos a partir de informações pessoais e subjetivas, mensuramos como mínimo o risco de sua participação nesse estudo (desconforto emocional). No entanto, caso você sinta necessidade de algum encaminhamento durante ou após o processo de entrevistas, nos comprometemos na ajuda deste.

✓ Confidencialidade

Sua identidade será mantida em sigilo, sob a responsabilidade da pesquisadora, e somente ela vai ter acesso a essas informações. Você não será identificado (a) pelo nome em nenhuma publicação dos resultados desta pesquisa.

✓ Benefícios

Não haverá benefício direto ao participar deste estudo, porém as informações fornecidas poderão contribuir na assistência à saúde materno-infantil e familiar.

✓ Custos

Não haverá nenhum custo na participação deste estudo.

✓ **Dúvidas**

Você poderá esclarecer qualquer dúvida a respeito deste estudo e de sua participação com a pesquisadora que apresentou esse TCLE. Poderá, também, procurar por Fernanda Fernandes da Silva pelo e-mail psico.fernanda@usp.br ou ainda contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, situado Av. Professor Mello Moraes, 1721 – Bloco G, 2º andar, sala 27 CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP E-mail: ceph.ip@usp.br - Telefone: (11) 3091-4182.

✓ **Local da pesquisa**

()

()

()

Fone: (11) 4476-2787

09271260

✓ **Consentimento**

Eu li e entendi os propósitos deste estudo e concordo em participar do mesmo. As dúvidas que tive foram esclarecidas pela pesquisadora. Estou ciente de que minha participação é totalmente voluntária e de que posso desistir de participar em qualquer momento do processo.

Este documento está elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pela pesquisadora.

Autorizo a gravação da entrevista: () sim () não

Data: ____/____/____

Nome do(a) participante ou responsável legal _____

Assinatura do(a) participante ou responsável legal _____

Eu, abaixo assinado, expliquei ao participante voluntário o procedimento a ser utilizado no estudo, seus riscos e benefícios.

Data: ____/____/____

Fernanda Fernandes da Silva
CRP 06/74357
Psicóloga-Pesquisadora

ANEXO B – Roteiros de entrevistas para os momentos 1, 2 e 3.

➤ **Momento 1** - Roteiro para a entrevista

Período: Em qualquer momento da gestação, seguindo os critérios de indicação pelo obstetra para cada grupo.

Hospital: _____ Grupo: _____

1) **Dados Familiares**

Gestante: _____

Idade: _____ Escolaridade: _____

Endereço: _____

E-mail: _____

Telefones: _____

Pais da gestante:

Mãe: _____ Idade: _____

Pai: _____ Idade: _____

Irmãos da gestante:

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____

Pai do bebê: _____

Idade: _____ Escolaridade: _____

Endereço: _____

Telefones: _____

E-mail: _____

Pais do pai:

Mãe: _____ Idade: _____

Pai: _____ Idade: _____

Irmãos do pai:

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____

Filhos:

Nome: _____ Idade: _____ por parte de () mãe () pai

Nome: _____ Idade: _____ por parte de () mãe () pai

Nome: _____ Idade: _____ por parte de () mãe () pai

Nome: _____ Idade: _____ por parte de () mãe () pai

Nome: _____ Idade: _____ por parte de () mãe () pai
 Nome: _____ Idade: _____ por parte de () mãe () pai
 Nome: _____ Idade: _____ por parte de () mãe () pai
 Nome: _____ Idade: _____ por parte de () mãe () pai
 Nome: _____ Idade: _____ por parte de () mãe () pai
 Nome: _____ Idade: _____ por parte de () mãe () pai

Que tipo de relação os pais do bebê mantêm?

Casados () Namorados ()
 Noivos () Ex- _____ ()
 Estranhos () Desconhecido () _____

Informações complementares: _____

2) Gestação

- Houve planejamento?
- Como recebeu a notícia da gravidez? Aceitação?
- Como tem sido o pré-natal?
 - Saúde e sexo do bebê.
- Reações do casal em relação aos primeiros exames
- Restaram dúvidas sobre os exames?

3) Aspectos Fantasmáticos

- Tem algo que te preocupa em relação a gestação?
- E com relação ao bebê?
- Como imagina que será seu parto?
- Consegue imaginar como será seu bebê?
- Investigar como foi essa expectativa e como lidou com o bebê real em outras gestações.
- Caso haja extrema resistência sobre a gestação, investigar sobre o desejo de interromper a gestação.

4) Sustentação

- Identificar o que cada um, pai e mãe do bebê, sentem como um tipo de apoio externo às suas necessidades. (pessoas, instituições, condições socioeconômicas, saúde física ou mental, etc.)
- O que está faltando para que a experiência da gestação seja melhor?
- E se isso não acontecer?
- Qual a maior dificuldade para você nesse momento?
- Você confia nos profissionais envolvidos no pré-natal? Por que?
- Você tem a quem recorrer em caso de emergência?
- Que tipo de apoio recebe de sua família?
- Como se sente em relação ao seu cônjuge?
- Como o(s) outro(s) filho(s) está reagindo com a gestação?
- Do que vocês acham que esse bebê mais vai precisar?
- E do que vocês vão precisar quando esse bebê nascer?

5) Projetos Pessoais

- Planos pessoais e profissionais para depois do nascimento do bebê

➤ Momento 2 - Roteiro para a entrevista

Período: de 3 a 6 meses após o parto

Hospital: _____ Grupo: _____

6) Dados Familiares

Mãe: _____
 Pai: _____
 Bebê: _____

Filhos: _____

7) Ambientação

- a. Como vocês estão?
- b. Existe uma rotina estabelecida?
- c. O que está sendo mais difícil para cada um do casal neste momento?
- d. E para os outros filhos?

8) Aspectos Fantasmáticos: Término da gestação, parto e pós-parto

- a. Gostaria de saber como foi o final da gestação e o parto.
Tipo: _____
- b. Alguma coisa saiu diferente do planejado/desejado? Como lidaram?
- c. Como foi a primeira impressão em relação ao bebê?
- d. Quais as dificuldades iniciais?
- e. O que teriam feito diferente?
- f. Sentiu medo de alguma coisa em relação a você ou ao bebê?
- g. A experiência foi diferente de outras gestações e partos?
- h. Você está sendo a mãe ou o pai que imaginava que seria?

9) Sustentação

- a. (MÃE) Sente-se apoiada pelo cônjuge e/ou pai da criança?
- b. (PAI) Como você se sente em relação às cobranças da paternidade?
- c. Está faltando apoio ou ajuda de alguém?
- d. Como foi a relação com a equipe médica?
- e. O casal conseguiu retomar a vida sexual?

10) Projetos Pessoais e Familiares

- a. Planos profissionais
- b. Com quem vai ficar a criança?
- c. Escola, creche, cuidador.
- d. Como são tomadas as decisões familiares? Há consenso sobre essas decisões?

11) Bebê (investigar a participação e a percepção de cada um)

- a. Peso e tamanho do bebê
 - i. Nascimento: _____
 - ii. data da entrevista: _____
- b. Amamentação
- c. Sono
- d. Preferências
- e. Desenvolvimento
- f. Iniciar uma brincadeira com o bebê

➤ **Momento 3 - Roteiro para entrevista**
Período – de 6 a 10 meses após o parto

Hospital: _____ Grupo: _____

1) Dados Familiares

Mãe: _____
Pai: _____
Bebê: _____
Filhos: _____

2) Sustentação

- a. Ambientação
- b. Colher informações sobre a retomada ou não da vida profissional da mãe e os impactos disso na rotina e na vida do pai e do bebê (creche, babá, cuidador-familiar)
- c. Qual a maior dificuldade desse momento?

- d. Vocês recebem alguma ajuda?
- e. O casal está de acordo sobre a decisão de quem vai cuidar da criança?
- f. A família aprova a decisão do casal?
- g. Qual seria o cenário ideal referente a criança para cada um do casal?

3) Aspectos Fantasmáticos

- a. Como está o desenvolvimento do bebê? Algo te preocupa?
- b. Vocês teriam feito algo diferente se pudessem voltar atrás?
- c. A família tem alguma atividade de lazer?
- d. Como vocês percebem a aceitação da criança nesses ambientes?
- e. Perguntar individualmente: Você é a mesma pessoa de antes de ter seu filho? Por quê?
(aspectos físicos e psíquicos)
- f. Utilização dos indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil (IRDI) – indicadores do 6º ao 13º.

4) Vida conjugal e profissional

5) Bebê (investigar a participação e a percepção de cada um)

- a. Iniciar uma conversação/brincadeira com o bebê dirigindo-lhe perguntas para observar a reação dos pais.
- b. Peso e tamanho do bebê: _____
- c. Amamentação _____
- d. Sono _____
- e. Preferências _____

ANEXO C – Protocolo IRDI

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

	interessa à mãe.			
	28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.			
	29. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.			
	30. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.			
	31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.			