INTRODUÇÃO

O encontro com recém-nascidos quase sempre se dá num contexto em que o potencial humano de emoções se revela em seu mais alto grau.
Myriam Szejer

Quando terminei a graduação em Psicologia, em 1990, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, iniciei o aprimoramento em Psicologia Hospitalar no Instituto Central do Hospital das Clínicas (ICHC), no setor de Geriatria. Minha busca por uma atividade na área hospitalar traduzia o desejo de atuar junto à comunidade, com pessoas que tinham pouco acesso a um atendimento psicológico em consultório particular. Durante o aprimoramento fui percebendo a complexidade desse trabalho, tanto no que diz respeito aos atendimentos dos pacientes internados e suas famílias, quanto no que se refere às intervenções junto à equipe de saúde.

A Geriatria caracterizava-se por ser um setor pequeno, composto por dois quartos, um masculino e outro feminino, cada um com seis leitos. Havia, em consequência, pouca privacidade para os pacientes. Entretanto, há vários anos esta equipe, formada por dois médicos, uma psicóloga, duas fisioterapeutas, duas terapeutas ocupacionais e uma assistente social, contava com a participação de um profissional da psicologia. A rotina estava estruturada e os responsáveis pelas diversas áreas realizavam semanalmente atendimentos e discussões. Refletíamos e trocávamos idéias a respeito das condições clínicas e do melhor tratamento para cada paciente, sobre as dificuldades relacionadas ao contato ou não com a família e possíveis encaminhamentos a serem feitos. Após as devidas avaliações e ponderações, convocávamos os familiares para discutir as expectativas relacionadas à alta, as dificuldades e limitações do paciente e as possibilidades da família de levá-lo para casa. Tive então, neste primeiro contato com a instituição hospitalar, a oportunidade de ir além da experiência clínica de atendimento aos pacientes internados, ao encontrar-me integrada a um trabalho em equipe interdisciplinar no qual tentávamos abrir perspectivas para que as famílias envolvidas pudessem falar sobre suas dúvidas e sentimentos. Considerando suas manifestações, podiamos conduzir as diversas situações de crise vividas.

Nas discussões em equipe, uma dúvida que aparecia com bastante frequência referia-se à conduta mais adequada nos casos que implicavam um diagnóstico terminal: falar ou não a respeito disso com o paciente ou seus familiares, como falar e quem deveria fazê-lo. Em princípio, era prática corrente uma das médicas responsável pelo setor chamar os familiares e

esclarecer o que havia sido discutido a respeito do diagnóstico do paciente e quais as possibilidades de tratamento. Mas era nas reuniões de equipe que eu, enquanto psicóloga, percebia a dificuldade do grupo em admitir a possibilidade do paciente ser comunicado a respeito de seu diagnóstico. Ao longo do período de permanência no setor observei, pensei e discuti mais a respeito de terminalidade com os diversos profissionais envolvidos nesse cotidiano. Pudemos assim encontrar meios e perspectivas para falar mais sobre a diversidade de opiniões relacionadas a este e outros temas. As discussões entre os profissionais que atendem o paciente são imprescindíveis para que possamos ter uma melhor orientação a respeito dos casos e das diversas variáveis que estão em jogo, quando o adoecimento e internação acontecem.

Posteriormente, em 1993, fui contratada como psicóloga para trabalhar na Enfermaria de Retaguarda do Pronto–Socorro do Instituto Central do Hospital das Clínicas. Nesta enfermaria ficam os pacientes atendidos no Pronto-Socorro e que requerem internação mais prolongada para uma investigação diagnóstica ou tratamento.

Desta vez, estava diante de uma clínica que lidava com situações de urgência. Havia um olhar menos atento em relação aos casos e às dificuldades emocionais e sociais que os envolviam, o que foi difícil para mim. A presença de um profissional da psicologia era recente e apenas uma psicóloga havia sido ali contratada, alguns meses antes de mim. Neste contexto precário, meu trabalho foi de observação, para em seguida realizar intervenções. Passei a atender os casos a partir dos pedidos que me eram encaminhados pela equipe médica e de enfermagem. Quando recebia estas solicitações de atendimento, invariavelmente me dirigia ao profissional para saber mais a respeito do paciente. Nos relatos ouvidos eram muito comuns expressões de incômodo em relação à “falta de colaboração do paciente”. O que eles descreviam, por vezes, era muito diferente do que eu observava. Por exemplo, ao receber um pedido para atender um senhor que não estava querendo se alimentar, procurava, depois de acompanhar o caso, sensibilizar a equipe responsável e o profissional demandante sobre a necessidade de compreender o comportamento relutante do paciente. Tratava-se, no caso, de uma reação que buscava alívio a todos aqueles tratamentos que o paciente sentia que não podiam mais ajudá-lo. Este paciente tinha na verdade uma patologia em fase terminal, mas os médicos mostravam muita dificuldade em lidar com a atitude referente a sua própria morte.

Ao longo dos três anos em que atendi nessa Enfermaria, busquei intensamente contemplar a subjetividade dos pacientes ali internados, num contexto de urgência em que normalmente se dispensa a reflexão a respeito das dificuldades enfrentadas em favor da ação.

Em contrapartida, quando fui designada para trabalhar na Divisão de Clínica Obstétrica e Berçário anexo do Instituto Central do Hospital das Clínicas, em 1996, tive a grata surpresa de me deparar com um trabalho mais consistente, em que parecia haver uma melhor perspectiva de interlocução em relação aos aspectos psicológicos, dentro da equipe de saúde. Na época em que iniciei atividades, o setor estava sem psicólogo há seis meses, embora tivesse contado com um profissional da área nos dez anos anteriores.

O Berçário anexo do Instituto Central do Hospital das Clínicas é um berçário grande, com 65 leitos. Recebe um número considerável de casos graves, tais como bebês malformados, com patologias severas e prematuros extremos, entre outros. Está ligado à Clínica de Obstetrícia, que atende prioritariamente gestações de alto risco. Quando iniciei atividades nessa clínica, deparei-me cotidianamente com separações precoces, em que o bebê fica internado e a mãe vai de alta para casa e tem muitas dificuldades, tanto de ordem externa como obviamente de ordem interna, para retornar ao setor e permanecer com seu filho. Observava bebês internados na UTIN[1] sendo submetidos a uma série de procedimentos como coleta de exames, monitoramentos, entubação e que permaneciam sozinhos por longos períodos. Inicialmente me questionei sobre o quanto a separação e os problemas emocionais vividos tanto pela mãe como pelos bebês poderiam afetar a díade comprometendo o desenvolvimento das relações e do bebê. Mas também me fazia pensar a observação de que a equipe de saúde parecia anestesiada diante do intenso sofrimento que permeava tal realidade.

Quando abordo a situação de prematuridade, tanto nesta tese quanto anteriormente na minha dissertação de mestrado, estou me referindo ao recém-nascido pré-termo extremo, entendido como aquele que nasce com idade gestacional igual ou inferior a 30 semanas, em comparação à gestação considerada a termo que dura 40 semanas.

Na minha dissertação de mestrado investiguei a relação que vai se estabelecendo entre a mãe e o bebê pré-termo extremo. Ao longo do trabalho verifiquei que as mães fazem um grande esforço para entender e se aproximar do recém-nascido e de toda a situação de prematuridade. A partir disto, aos poucos conseguem ir superando os obstáculos que se apresentam, o que permite um encontro com seu filho que respeita as possibilidades de contato. (GOMES, 2001)

Como única psicóloga do setor, minhas perspectivas de atuação ficam muito restritas, pois não há como responder a todas as demandas de trabalho que esta clínica apresenta, tanto

[1] UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

no que diz respeito ao atendimento ao bebê e seus familiares, como no que se refere às dificuldades vividas pelos profissionais.

Por exemplo, dentro desta equipe de saúde são poucas as oportunidades de conversa entre os profissionais a respeito do que se passa com os bebês e suas mães, o que dilui a possibilidade de uma aproximação e relacionamento de forma mais eficiente. Neste setor há o confronto com a complexidade que as condições de prematuridade e internação do bebê oferecem. É preciso lidar com mães em estado de profundo sofrimento e os profissionais têm que suportar suas próprias expectativas e angústias. Desta maneira, as discussões a respeito dos medos e incertezas em relação ao futuro do bebê são de fundamental importância para todos os envolvidos, família, bebê e equipe. Quando pais e equipe não conseguem estabelecer um diálogo, principalmente no início da vida do bebê, período em que riscos, inseguranças e medos se misturam, toda a comunicação fica prejudicada e este também é um dos aspectos que põem em risco o lugar de existência do bebê.

No inicio da vida do bebê é impressionante como, mesmo frente a uma situação precária em que precisa de muitos recursos para ser mantido vivo, ele faz movimentos em busca de contato humano. São os relacionamentos que tornam possível ao bebê atravessar com sucesso este período tão delicado. É preciso ajudar a mãe a estar com seu filho nos momentos em que ele procura contato, é importante colocar o bebê em seu colo o mais precocemente possível, para que ambos possam vivenciar uma relação que pode proporcionar proximidade e aconchego. Na situação de prematuridade extrema o bebê se apresenta em condições precárias de sobrevivência, a família é colocada em um lugar de espectadora da situação e a equipe tem as técnicas para cuidar do bebê.

Tanto os pais como os bebês estão submetidos a uma série de restrições em função da imaturidade e instabilidade do bebê, o que dificulta a relação. Frente a esta situação impactante, há uma paralisação emocional dos pais, uma vez que estes recém-nascidos, em virtude de suas condições físicas, nem sempre conseguem responder a seus apelos de contato, nos momentos em que os pais estão ali. Eles se percebem diante de um bebê muito diferente do que poderiam ter imaginado, têm que compartilhá-lo com os muitos profissionais que o rodeiam e que detêm um saber em relação à sua sobrevivência. Veem-se diante de uma situação intrincada, na medida em que o recém-nascido precisa de cuidados de UTIN e está monitorado por aparelhos nos primeiros dias de vida e mais do que tudo precisam lidar com as possibilidades de morte. Diante destas circunstâncias, os pais se percebem impotentes,

sem conseguir realizar os cuidados e chegam a precisar de intervenções que os auxiliem a tocar no seu próprio filho.

Enquanto que com os bebês nascidos a termo logo acontece um encontro com os pais, e eles têm a possibilidade de reconhecer aqueles que estão a sua volta e de quem recebem cuidados, o que se passa com os recém-nascidos prematuros é que eles acabam sendo manuseados por diversos profissionais tendo poucos contatos significativos com o ambiente. É necessário ressaltar que os cuidados técnicos e não afetivos dificultam a constituição e o desenvolvimento psíquico saudável de um bebê.

Quando o bebê está na UTIN todos os cuidados que o envolvem são precisos, *"perfeitos quanto aos gestos, mas freqüentemente sem pensamento"* (DRUON, 1999, p.36). A atenção em relação ao bebê não respeitará seus ritmos, instaurando uma descontinuidade tanto no tempo quanto no que se refere às pessoas que o atendem. Para que os pais possam se aproximar e tocar seu filho precisam de alguém que lhes diga como fazer e que os auxiliem a entender a situação de prematuridade.

Quando discutia com médicos e enfermeiras sobre as preocupações que envolviam um determinado caso, estes frequentemente mostravam *surpresa* em relação às inquietações da mãe ao ser informada sobre a gravidade da situação inicial. Os profissionais se perguntavam se a mãe havia entendido o estado do bebê, uma vez que, depois de todos os esclarecimentos, ela perguntava sobre quando o bebê poderia ser amamentado. Havia uma dificuldade de perceber que a mãe continuava, apesar de tudo, imersa nos cuidados e atenção a seu filho. Parece que os profissionais esperam uma atitude de distanciamento da mãe frente a um bebê que precisa de várias intervenções para poder sobreviver. Esta era uma situação sistematicamente discutida por mim no dia a dia deste trabalho.

No início da internação, quando o risco de vida para o recém-nascido é maior, a equipe de saúde é pragmática e utiliza todos os seus esforços para salvar a vida do bebê, o envolvimento dos pais chega a parecer despropositado. O primeiro pensamento dos médicos e enfermeiras parece ser o de que estão diante de pessoas que não conseguem compreender o que se passa ou que, talvez, não estejam conseguindo entrar em contato com a realidade como ela se apresenta.

Esta situação é ilustrativa em relação a uma tentativa de aproximação e compreensão sobre o que se passa no cotidiano de um trabalho, bastante intenso e desgastante, com as famílias, seus bebês e os profissionais. Ainda me sinto instigada e mobilizada, na medida em

que fala das relações que vão se estabelecendo entre bebê-equipe-mãe. Esta é a disposição inicial, pois os profissionais estão no meio da relação da mãe com seu filho, uma vez que este bebê só sobrevive graças a um cuidado técnico, altamente especializado, por eles realizado.

Dois aspectos importantes estão em jogo, neste início da vida do bebê: o técnico e o relacional. A pouca comunicação entre estas instâncias tem merecido minha atenção por todos estes anos. Existe uma dicotomia entre o somático e o psíquico e os esforços dos profissionais estão postos nos recursos técnicos para salvar a vida de bebês que nascem com problemas. Já as dificuldades, os medos e as inseguranças dos pais acabam sendo pouco valorizados.

Para realizar o presente estudo foi necessário olhar para trás e retomar o caminho percorrido. Algumas transformações aconteceram; um exemplo é que atualmente há permissão para que as mães possam segurar seus bebês no colo e colocá-los no peito para mamar mais precocemente. Mas isto ainda não acontece quando o bebê apresenta alguma complicação e precisa de oxigênio ou está entubado. Muitas vezes ainda me vejo interpelando algum médico ou enfermeira sobre a importância de permitir uma aproximação maior entre mãe e bebê, para que se inicie um relacionamento efetivo entre as partes, favorecendo a recuperação e o desenvolvimento do bebê.

Sobre minha atuação nesse Berçário, percebo que, mesmo sendo um membro da equipe, o tempo todo tento ter um entendimento diferenciado para as relações que vão se estabelecendo entre os diversos envolvidos na situação de cuidados com o bebê. Esta é uma tarefa difícil e o esforço solitário de tentar me aproximar, entender e acolher as circunstâncias que se apresentam no cotidiano é altamente estressante.

Quando o psicólogo é chamado a fazer parte de uma equipe, dentro de um hospital, há muitas vezes a expectativa de que ele assuma a função daquele que vai intervir no sentido de apaziguar alguma situação que incomoda os profissionais. Por exemplo, quando há uma solicitação de atendimento para uma mãe que *é vista como ansiosa*, pois tem muitas perguntas e quer estar com seu filho em todos os momentos, até quando a enfermeira vai fazer algum procedimento. Diante desta situação, espera-se que eu realize um atendimento que faça com que esta mãe fique mais calma e *não atrapalhe* os profissionais nos cuidados ao bebê. Espera-se, de fato, que eu atue no sentido de abrandar as dificuldades e os conflitos decorrentes dos procedimentos e da internação.

Numa perspectiva psicanalítica, penso que a função do psicólogo dentro da instituição é a de fazer prevalecer um olhar que se comprometa com as relações que acontecem neste espaço, tentando compreender o que se passa de uma forma mais ampla. Neste aspecto, as intervenções precisam abarcar todo o contexto, contemplando não só os atendimentos à mãe, ao bebê e sua família, como também encontrando espaços de reflexão junto aos profissionais, para que possamos compreender um pouco mais as particularidades que envolvem os casos e as situações vividas neste setor.

Ao longo destes doze anos de trabalho tenho tentado manter sempre um olhar de quem está de fora, e efetivamente permaneço um tempo mais reduzido dentro da clínica, situação esta que acaba gerando certo desconforto na equipe. Se, por um lado, os profissionais veem uma perspectiva de acolhimento diferenciada não só para os pais e seus bebês, como para eles próprios, pois me procuram para falar a respeito de algum incômodo que sentem em relação às situações vividas, em contrapartida tal situação desperta desconfiança ao perceberem que não estou afogada neste dia a dia. Procuro estar sempre disponível a algum diálogo entre as diversas partes envolvidas, a partir de um entendimento, tanto da mãe nos cuidados que ela poderá ou não dispensar ao seu bebê, quanto da equipe no que se refere às suas percepções a respeito do recém-nascido e de seus pais nos diversos momentos da internação. Como psicanalista clínica, recorro neste estudo principalmente às contribuições de Winnicott e alguns autores da escola francesa de psicanálise, principalmente Szejer e Mathelin, que trabalham com situações de separações precoces que estão diretamente relacionadas ao tema aqui desenvolvido.

No Berçário, todos os olhares se voltam para o bebê. Os pais e a equipe de saúde se empenham em fazer o máximo e o melhor para que ele supere as grandes dificuldades relacionadas à prematuridade extrema. O olhar dirigido ao bebê tem perspectivas diferentes, o que é natural uma vez que os lugares ocupados pelos pais e pela equipe de saúde são distintos. Os profissionais ficam muito envolvidos em relação aos cuidados especializados e tentam fazer o possível para que os bebês fiquem bem, mas fazem poucas perguntas a respeito dos relacionamentos que vão acontecendo. Prevalece uma atitude de desconfiança que se concentra muito mais nos riscos e na tentativa de afastar a perspectiva de alguma intercorrência. Isto se evidencia quando médicos e enfermeiras demoram a perceber que o bebê está ficando melhor e já consegue respirar sozinho sem a ajuda de aparelhos, precisando do colo de sua mãe. Já os pais são mais atentos às pequenas transformações, o que é essencial para conseguir adequar os cuidados que podem dar às novas disponibilidades do bebê.

Entretanto, é muito freqüente que acabem tendo muitos receios de manifestar seus desejos em relação a uma maior aproximação.

Diante deste cenário inúmeras questões se apresentam: como perceber, valorizar e cuidar dos apelos de contato de um bebê prematuro e visto como despreparado para os relacionamentos? Que espaço é dado para que os pais possam expressar temores e esperanças em relação ao seu filho? Como favorecer e tornar possível a aproximação e o contato dos pais com o seu bebê?

Os profissionais têm um entendimento técnico da situação e se apresentam como aqueles que detêm o saber e o poder de dizer o que é possível ou não em relação ao recém-nascido. Os pais são deixados em um lugar secundário, tendo poucas oportunidades de dialogar a respeito de suas percepções sobre o bebê e a condição que o envolve.

As relações humanas são sempre imprescindíveis, mas isto fica muito mais flagrante quando pensamos nas possibilidades de trabalho dentro de um setor que nos coloca diante de um ser que inaugura o seu estar no mundo. Winnicott (1994) aborda a importância do ambiente que envolve o bebê principalmente no início da vida, quando ele está num estado de dependência absoluta e necessita de alguém que possa não só atender suas necessidades, mas acolhê-lo de forma a manter afastadas as possibilidades de interrupções do seu existir. O processo exitoso de maturação só se efetiva no lactente se houver um ambiente favorável, que tem como característica fundamental uma adaptação a este entorno. É em geral a mãe que cumpre a função ambiental para o bebê nos primeiros meses de vida.

Quando acontece do bebê nascer prematuro, a mãe fica colocada em segundo plano, e toda a possibilidade de aproximação e adaptação dela em relação a seu bebê pode ficar comprometida. Podemos pensar que, segundo Winnicott (1978), o estado de p*reocupação materna primária*, que seria alcançado pela mulher no final da gestação e logo após o parto, na situação de prematuridade fica em suspenso, uma vez que a gestação é interrompida bem antes do final e há, depois do parto, uma separação e a mãe não consegue se colocar como fonte de vida para o seu filho.

Szejer (1999) discute que diante do parto pré-termo a mãe vê toda a sua dedicação cair no vazio, pois não se sente capaz de propiciar ao bebê os cuidados necessários à sua sobrevivência. Ressalta a importância de dar subsídios para que as mães possam perceber e aproveitar os momentos de concentração do seu filho, estimulando-as a exercer sua p*reocupação materna primária*, mesmo quando ainda não sabem a que bebê se dedicar.

Segundo Mathelin (1999), face ao traumatismo do parto prematuro, será necessário que se ofereçam possibilidades de simbolização para que os pais, principalmente a mãe, possam imaginar este bebê. Os pais terão que encontrar um sentido que possibilite assegurar um lugar de existência para o bebê em suas vidas, dando oportunidade para que os olhares se encontrem e as trocas se estabeleçam. Nesse contexto, para que a mãe possa começar a se aproximar do bebê, ela precisará lidar com algumas situações: o impacto que o parto e o bebê prematuro lhe despertam; os primeiros contatos com o bebê; a intermediação da equipe.

Sobre o bebê na UTIN, paira ao mesmo tempo o medo da morte e a esperança de vida; entre um e outro é imprescindível estabelecer laços. É importante que a equipe possa oferecer contornos, intermediando e favorecendo os momentos de encontro da mãe com o seu filho, pois as intervenções nesse início da vida do bebê têm uma importância fundamental, uma vez que será preciso (re)constituir um espaço de comunicação na relação mãe-bebê.

No que diz respeito à equipe de saúde, será necessário que se possa discutir e entender o que se passa com determinado bebê, tanto do ponto de vista clínico quanto em relação a uma diversidade de outros fatores que se apresentam. É fundamental observar as reações do bebê diante de toda a situação que está vivendo e como está se dando a sua relação com o mundo a sua volta: a família, a equipe e os procedimentos.

A equipe de saúde precisa estar atenta para não se posicionar como a “melhor mãe” para o bebê, tanto pelo tempo prolongado de internação que estes bebês demandam, como pelos efetivos cuidados técnicos e de manejo que exigem. É necessário que a equipe possa proporcionar condições de acolhimento para a mãe no sentido de ajudá-la a (re)significar e lidar com toda a situação de prematuridade extrema. A dimensão subjetiva terá que ser contemplada pela equipe para que o bebê possa se recuperar e desenvolver. No tempo de separação mãe-bebê a equipe precisará realizar intervenções específicas que atendam as particularidades de cada caso, tendo o importante papel de possibilitar um entendimento da mãe em relação a seu filho.

Diante deste contexto, que é bastante complexo, penso ser importante considerar o *holding,* nos primeiros momentos. A função de *holding* tem como aspecto essencial manter o sentimento de continuidade para o bebê, evitando a necessidade do bebê reagir e assim interromper a continuidade do existir (WINNICOTT, 1993). É fundamental que a equipe possa realizar esta função tanto junto ao bebê, quanto em relação aos pais, dando atenção e apoio, podendo orientar sobre o estado geral do bebê e suas disposições para estabelecer

algum contato. Nesta relação é necessário estar atento às dificuldades que as mães podem apresentar, respeitando suas dúvidas, receios e disponibilidades.

A possibilidade da mãe se aproximar e cuidar do bebê vai se dar a partir de um entendimento que ela vai conquistando em relação a toda a situação que a envolve. Neste período, apesar de haver um contato corporal mãe-bebê bastante restrito, esta mãe passará um longo tempo sem poder segurar seu filho no colo; alguma perspectiva de encontro e comunicação se mostra como essencial. A capacidade de *holding* da mãe se constrói a partir da sua compreensão e apropriação do momento que vivencia.

Nesta perspectiva, o objetivo do presente estudo será compreender quais as implicações das intervenções realizadas pela equipe de saúde no que se refere a vivências, conflitos psíquicos e perturbações da relação pais-bebê, precocemente interrompida. Aprofundarei o entendimento a respeito da atenção e cuidados realizados pela equipe de saúde em relação ao recém-nascido pré-termo, e como são recebidos pelos pais, e em especial pela mãe, nos diversos momentos da internação do bebê.

Por considerar importante que seja realçado o ambiente de vida do bebê pré-termo extremo, incluo no segundo capítulo uma descrição do serviço, da equipe de saúde e suas rotinas. No terceiro capítulo faço uma ponderação sobre a interlocução entre psicanálise e medicina, tão importante para pensarmos as subjetividades que se entrecruzam neste cotidiano, tanto no que diz respeito aos pais e seus bebês, quanto em relação aos profissionais de saúde. No quarto capítulo exponho reflexões sobre a formação do psiquismo anterior ao nascimento e o quanto precisamos estar mais atentos a isto ao longo da gestação e nos primeiros contatos com o bebê. No quinto capítulo abordo as particularidades relacionadas à gestação de risco e ao nascimento do bebê pré-termo extremo, suas possibilidades e necessidades, no que diz respeito ao ambiente que o circunda. O sexto capítulo traz o objetivo e os aspectos relacionados ao método utilizado para realizar esta pesquisa. Para finalizar, na discussão, trabalho com três casos exemplares, que abarcam de modo amplo e pormenorizado os conflitos, as vivências e a gama de diversidades e singularidades atendidas neste berçário.

II – O COTIDIANO DE UM BERÇÁRIO: A EQUIPE DE SAÚDE, OS BEBÊS E SUAS FAMÍLIAS

Nascemos imersos num campo de linguagem. Um universo de símbolos que grudam em cada poro de nosso organismo e o arrancam do domínio do biológico. O que seria natural instintivo, monótono, previsível é moldado e modificado por aqueles que cuidam de nós.

Paulo Schiller

1 - Descrição do serviço e da equipe de saúde

O serviço em que foi realizado este estudo conta com 65 leitos, divididos em cinco setores: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Isolamento, Alto Risco, Médio Risco e Baixo Risco. Esta divisão tem como critério a gravidade dos casos e as possíveis patologias apresentadas pelo bebê ao nascimento. Os setores estão separados por salas, mas funcionam no mesmo espaço físico e permanecem com portas fechadas. Uma sala localizada logo na entrada do Berçário é utilizada para aulas, reuniões e grupos.

Há uma equipe médica e de enfermagem específica que atua em cada setor, fazem um "rodízio" em períodos previamente estabelecidos. Nos finais de semana o serviço funciona em esquema de plantão, tendo uma escala mais reduzida.

A equipe é numerosa, sendo composta por profissionais de diversas áreas. Existem poucos momentos de interlocução entre estes profissionais, que acontecem de modo informal, pois não há um espaço dedicado a reuniões de equipe em que se possa discutir os casos de forma mais abrangente. Cada um tem um olhar específico para este bebê e sua mãe, o que se relaciona a aspectos individuais e à especificidade de cada área. Será sempre importante considerar as diversas percepções que envolvem cada caso.

A equipe de saúde neste berçário é composta por:

- Médicos assistentes que permanecem três meses em cada setor, fazendo rodízio durante o ano. São responsáveis pelo serviço e realizam as discussões e condutas diárias, com os médicos residentes.

- Médicos residentes que ficam cinco semanas neste serviço e passam uma semana em cada setor, discutem os casos e participam de seminários e reuniões clínicas realizadas pelos médicos assistentes.
- Um serviço de enfermagem que é composto por: enfermeiras, auxiliares e atendentes que fazem rodízio dentro dos setores a cada período do dia. O setor de UTIN funciona somente com enfermeiras. A equipe de enfermagem é responsável pelos cuidados com os recém-nascidos e acaba tendo contato direto com as mães no seu cotidiano.
- Psicologia: sou a única psicóloga do setor, e a responsável por todas as avaliações e atendimentos das mães e bebês. Realizo discussões com a equipe de saúde em relação aos encaminhamentos realizados e demais situações que se apresentam como difíceis ou significativas para os profissionais, os bebês e suas famílias, no cotidiano deste trabalho. Realizo um Grupo de Pais, semanalmente, que é aberto e tem a participação de uma médica e da assistente social.
- Serviço social: há uma assistente social que atende somente este setor e é responsável pelos encaminhamentos relativos a dificuldades socioeconômicas que as famílias possam apresentar para comparecer ao serviço e estar mais presentes nos cuidados com o bebê.
- Fisioterapia: há uma equipe que realiza atendimentos de acordo com as necessidades dos bebês. Em geral, orientam os pais em relação às intervenções realizadas.

Trata-se de uma clínica grande e a disposição dos profissionais de saúde dá uma idéia sobre qual a visão de homem que se coloca para a equipe. Há somente um profissional da área da psicologia e do serviço social, o que limita a perspectiva de ter espaços para uma reflexão e discussão a respeito dos casos e das situações vividas neste dia-a-dia.

Nesse serviço existe uma particularidade em relação à população atendida, pois os pacientes admitidos no Berçário são os bebês que, em razão da prematuridade extrema, precisam permanecer internados. Refiro-me também no presente estudo ao trabalho com as mães desses bebês que, embora não sejam pacientes diretas do Berçário, dirigem-se a este local e são atendidas em suas dúvidas e angústias, pelos profissionais que irão intermediar as primeiras relações mãe-bebê.

Dentro desse serviço existem muitas dificuldades, sobretudo no que diz respeito à acomodação para as mães, não havendo sequer um lugar em que elas possam descansar durante o período de permanência no hospital. No setor não há banheiros que as mães possam utilizar, elas são obrigadas a usar os banheiros do ambulatório, que ficam muito distantes. Elas recebem as refeições (fornecidas pelo hospital) na enfermaria da Obstetrícia, mas não dispõem de um local adequado para se alimentar e precisam descer até um refeitório localizado no subsolo. As mães podem utilizar cadeiras ao lado dos bebês e há uma sala de amamentação que é pequena e em alguns momentos não comporta todas elas.

Quando se atende o recém-nascido, é importante ter em vista que a presença da família é fundamental no que diz respeito a sua recuperação e desenvolvimento. A equipe de saúde do Berçário esforça-se para considerar este fato, mas defronta-se com sérios obstáculos quando seus profissionais precisam trabalhar sob o olhar dos pais. Em alguns momentos é muito difícil para a equipe lidar com o sofrimento que eles manifestam.

No inicio da internação, os pais têm que enfrentar uma situação que escapa ao controle e se apresenta como muito assustadora, uma vez que se confrontam com um bebê muito pequeno e que precisa dos cuidados extraordinários de uma UTIN para ser mantido vivo. Em tal situação pode acontecer que as famílias façam certos tipos de projeção na equipe de saúde, cujos representantes são vistos como aqueles que podem e sabem a respeito da criança e, também, como aqueles que roubam o bebê dos cuidados da mãe. Diante desse cotidiano bastante conturbado, raramente abre-se espaço para o questionamento dos pais.

No setor não há uma rotina na qual os médicos procuram os pais para esclarecer sobre as condições do bebê logo após o nascimento. Não há programação de conversas diárias, são os pais que procuram os profissionais para saber mais a respeito da evolução do bebê. O que se verifica é que as intervenções dos profissionais acontecem no sentido de esclarecer sobre as condições clínicas do bebê. Poucas vezes há o cuidado de tentar orientar os pais em relação a todo o aparato que está ligado ao bebê, a fim de que eles possam entender um pouco mais do que se passa e quais as possibilidades de contato com seu filho.

A presença e o questionamento dos pais fazem parte do cotidiano desse trabalho e, neste sentido, eles têm sido pouco considerados. O que se percebe é que nem sempre eles são devidamente esclarecidos a respeito do que se passa com o bebê e acolhidos em relação a toda esta situação de prematuridade, que se apresenta como bastante ameaçadora.

Outra questão grave é que ainda hoje, apesar de todos os avanços na pesquisa científica e na legislação sobre direitos da criança, a situação desfavorável do prematuro não mudou muito. No cotidiano de algumas UTINs há restrição à presença dos pais, é comum a não permissão para que eles participem dos cuidados, o que é usualmente justificado pela complexidade dos procedimentos a serem realizados com o bebê, pelo espaço físico pequeno e pela escassez de recursos humanos. Quanto a outros membros da família, os impedimentos são ainda mais rigorosos. O que se passa é que, muitas vezes, eles simplesmente não podem visitar o bebê.

Neste Berçário em que atendo, há uma restrição em relação aos contatos pais-bebê durante a internação na UTIN, eles não podem realizar os cuidados em relação ao bebê. Além disso, chama a atenção o fato de que os irmãos não podem ver o bebê ao longo de toda a internação. Esta questão já foi discutida em vários momentos dentro do setor, pois sabe-se que o nascimento de um novo bebê desestabiliza uma família e que esta precisará encontrar outras formas de organização. Tudo isto fica ainda mais evidenciado diante do risco de vida que envolve o nascimento do bebê prematuro.

A impossibilidade de visita dos irmãos coloca-se como uma dificuldade importante, uma vez que irá ressaltar a dimensão da fantasia das crianças que ficam sem poder ver o bebê que acaba de nascer e corre risco de vida. Os pais se confrontam com a necessidade de se dividir entre as exigências da casa e da presença no Berçário com o bebê. Em relação aos avós, estes só podem ver o bebê pelo vidro, sendo-lhes vedada qualquer participação nos cuidados. Se pudéssemos favorecer uma aproximação maior dos irmãos e da família estendida, haveria grande benefício aos pais no tocante às exigências que devem cumprir nos cuidados diários do bebê pré-termo.

2 - Neonatologia enquanto especialidade

Ventura (2007) assinala que somente em 1815 foi criada a primeira maternidade da Europa, atualmente conhecida pelo nome de Port-Royal. Foi nesta maternidade que os pioneiros da neonatologia moderna, a partir de 1960, iniciaram as atividades de assistência destinada a recém-nascidos, em especial a prematuros, por iniciativa do professor Alexandre Minkoviski, que decidiu aplicar técnicas que a escola americana herdara da UTI de adultos e aplicava a crianças maiores.

Klaus & Kennell (1992) apontam que o primeiro texto de neonatologia escrito por Budin já falava da importância da proximidade e dos cuidados da mãe em relação ao bebê que nasce prematuro ou doente e precisa ficar internado por um tempo prolongado, assinalando a preocupação com a possibilidade destas mães amamentarem e idealizando o uso de incubadoras com paredes de vidro que possibilitassem a elas ver o bebê. Os seguidores de Budin não incluíram as mães nos cuidados com os bebês internados. Embora tenham acontecido mudanças revolucionárias no que diz respeito ao diagnóstico e manejo em relação ao bebê prematuro entre 1945 e 1960, os manuais de atendimento ao recém-nascido ainda recomendavam uma restrição ao contato com os bebês internados e o isolamento em relação a qualquer visitante, o que incluía os pais.

Inicialmente, os cuidados com os prematuros tinham como meta essencial apenas a sobrevida. Só mais tarde, a partir de estudos como os de Brazelton (1992), começou a ser percebida a necessidade de conciliar o seguimento clínico e neurológico com aspectos afetivos e emocionais, tanto do bebê como de sua família, o que viria a ter um impacto considerável na vida futura da criança.

Durante muito tempo, as famílias dos recém-nascidos pré-termo foram ignoradas e afastadas do convívio com seus filhos. Normas rígidas determinavam o funcionamento dos berçários, não havendo permissão para visita. Os pais só podiam ver os filhos através do vidro, não existindo nenhuma possibilidade de aproximação e contato físico. A partir da década de 70 percebeu-se que a separação do bebê em relação a sua família dificultava muito o estabelecimento de um vínculo. Aconteceram significativos avanços nessa área, levando a uma melhora tanto da taxa de sobrevivência quanto da qualidade de vida nas unidades para prematuros, a interação com a família passou a ser reconhecida e cada vez mais considerada. As equipes que atuavam nos serviços de neonatologia foram verificando que, para que o vínculo se constituísse de forma satisfatória e o bebê se recuperasse melhor tendo uma internação mais curta, era necessário que o contato da mãe com o bebê acontecesse desde o início. Seria preciso, portanto, encontrar formas de favorecer a relação do bebê com a sua família. (KLAUS& KENNEL, 1992).

A possibilidade de participação dos pais nos berçários se dá a partir de uma preocupação crescente com a questão do vínculo. Com a entrada dos pais, houve uma modificação na rotina de trabalho, o que resultou em mudanças internas que foram podendo dar conta das demandas trazidas pelas famílias para dentro da instituição.

Acompanhando as mudanças que vão ocorrendo ao longo dos anos em todo o mundo, a permissão da visita dos pais durante todo o dia acontece desde 1981 no Berçário anexo à Maternidade do Instituto Central do Hospital das Clínicas.

Antes dessa data, o comprometimento das relações pais-bebê com a separação, em razão de uma internação prolongada, era percebido através de várias situações: abandono de alguns bebês no hospital; um alto índice de maus-tratos depois da alta hospitalar; um baixo índice de adesão dos pais ao acompanhamento desses bebês em ambulatório de seguimento, com freqüente abandono do tratamento, conforme dados observados a partir dos retornos médicos.

Foram surgindo medidas e cuidados que visavam sensibilizar as equipes e os pais, quanto à necessidade de ajustar as condutas, os procedimentos e os comportamentos de todos os envolvidos no cuidado com o bebê, na tentativa de minimizar os danos tanto de natureza neurológica como emocional.

Com o avanço cada vez maior da tecnologia utilizada para salvar bebês cada vez menores e mais imaturos para a vida fora do ambiente intra-uterino, tornou-se importante pensar e discutir os dilemas éticos que envolvem estes casos. Segundo Sadeck (2005) é necessário que a equipe de saúde abra espaços de discussão com os familiares no sentido de tomar a melhor decisão em relação as possibilidade de vida do recém-nascido prematuro extremo. Sendo muito importante discutir os limites de viabilidade nos aponta que:

> Baseado nos dados de literatura pode-se inferir que o limite de viabilidade depende de um fator biológico e, também, de uma realidade sócio-econômica. Nos países desenvolvidos, as melhores condições tecnológicas propiciam uma sobrevida de RN com idade gestacional de 23 a 24 semanas, enquanto nos países em desenvolvimento esta gira ao redor de 26 a 27 semanas. Este fato deve estar sempre presente por ocasião da discussão de normas ou protocolos de indicação de reanimação na sala de parto. (SADECK, 2005, p.69)

Mesmo considerando a presença da família como de extrema importância para a recuperação e desenvolvimento do bebê, há uma resistência, por parte das equipes de saúde que atendem nos serviços de neonatologia, em incorporar de fato estas famílias em suas rotinas. O que se percebe é que ainda é muito difícil para os profissionais trabalharem, tendo que lidar o tempo todo com o olhar e questionamento dos pais.

3 - Dados populacionais

Segundo Zugaib (2008), a incidência de prematuridade tem uma variação de acordo com as características da população. Nos países em desenvolvimento os dados sobre as taxas de mortalidade são mais escassos e menos confiáveis; estas informações acabam ignorando os partos que acontecem em lugares mais distantes e fora do ambiente hospitalar.

O Ministério da Saúde, que publica as informações sobre os nascimentos prematuros na população brasileira, baseado nos dados do "Sistema de informações sobre nascidos vivos", aponta que a incidência de prematuridade se manteve constante entre os anos de 2000 e 2004, com média de 6,6%, com variações entre as diversas regiões. Na cidade de São Paulo, nos anos de 2004 e 2005, a incidência média foi de 8,76% (CARVALHO, 2005).

Na Clínica Obstétrica do Instituto Central do Hospital das Clínicas, devido à prevalência de gestações de alto risco, a incidência média de prematuridade entre os anos de 1993 e 2004 foi de 22% (ZUGAIB,2008). Esta clínica presta uma assistência de atenção terciária e atende gestantes encaminhadas por diversos serviços em decorrência de problemas relacionados à gravidez.

Dentre os bebês nascidos vivos neste Berçário no ano de 2006, num total de 2.282, o percentual de nascimentos de recém-nascidos pré-termo foi de 23%, este dado denuncia uma população materna de alto risco, uma vez que este serviço é uma referência para encaminhamento de gestantes de risco no estado de São Paulo. O número de nascimentos de bebês considerados pré-termo extremos foi de 3%[2].

A população atendida neste serviço é composta de mulheres encaminhadas de várias regiões, até mesmo de outras cidades. Algumas delas são internadas por um tempo prolongado antes do parto e ficam afastadas da família, pois moram longe e geralmente têm uma condição econômica difícil. São mulheres que necessitam fazer grandes esforços para comparecer ao hospital durante o pré-natal.

Estas mulheres apresentam um fator de risco relacionado à gestação e, nessa situação, a saúde da mãe e do feto tem maiores chances de ser atingida por algum tipo de problema. As patologias que elas podem apresentar são diversas: diabetes gestacional, hipertensão e cardiopatias, entre outras. As mulheres que foram atendidas neste Berçário após o parto

[2] Estes dados são oriundos de estatística interna do Berçário anexo à Clínica Obstétrica do Instituto Central do Hospital das Clínicas

prematuro e participaram deste estudo tiveram uma gestação de risco e a maior parte delas foi acompanhada na Clínica Obstétrica do Instituto Central.

Na coleta de dados, realizada no ano de 2006, metade dos bebês incluídos na pesquisa faleceu. Em relação à prematuridade extrema, o percentual de óbitos é alto. Esta é uma questão em que precisamos nos deter quando trabalhamos com tais casos. No ano de 2006 ocorreu que o índice de óbitos neste Berçário foi superior ao de anos anteriores e subseqüentes em função de uma infecção hospitalar grave, no período de fevereiro a julho. Este fato mobilizou toda a equipe e interferiu diretamente nesta pesquisa.

Os óbitos neonatais representam 36% das mortes ocorridas em menores de cinco anos em todo mundo, sendo que a mortalidade neonatal (menores de um ano) é o componente mais significativo. Nos países em desenvolvimento, os fatores de risco para mortalidade pós-natal ainda são bastante significativos e, a mortalidade neonatal representa mais de 50% do índice de mortalidade infantil. No Brasil, na segunda metade da década de 90, a taxa de mortalidade neonatal representou 60% da taxa de mortalidade infantil. A prematuridade e suas graves conseqüências representam grave problema de saúde pública. Esta situação fez com que no final da década de 90 se intensificassem as políticas públicas no que diz respeito à saúde materno-infantil, visando à redução da mortalidade pós-natal. Atualmente observa-se que a mortalidade neonatal em nosso meio ainda é marcada pela discrepância em relação às regiões geográficas e de acordo com a inserção étnica e social das famílias (CARVALHO, 20005).

Segundo Pedrosa (2005), atualmente a prematuridade e o atendimento inadequado ao parto ainda são os fatores determinantes para a mortalidade infantil. Quando consideramos o aumento da visibilidade dos óbitos neonatais, é importante pensar nas mudanças de percepção em relação aos limites de viabilidade, decorrentes da disseminação das informações sobre as chances de sobrevivência de bebês antes considerados inviáveis. Eventos anteriormente contabilizados dentro da natimortalidade passam a ser definidos como nascidos vivos, ocorrendo então o registro do óbito.

É importante ressaltar que qualquer discussão sobre a qualidade da assistência perinatal precisa ter em vista práticas assistenciais que cercam o parto e nascimento, que busquem uma humanização reconhecendo o papel central da família. É necessário tentar minimizar o impacto negativo de intervenções inerentes ao ambiente da terapia intensiva neonatal que, mesmo sendo imprescindível para a vida do prematuro, se colocam como

situações invasivas e agressivas, tanto para os bebês como para suas famílias (CARVALHO, 2005)

Diante desse contexto seria importante ter equipes de saúde que contemplassem a possibilidade de discussão entre profissionais de diferentes áreas, que pudessem pensar e refletir as situações de forma mais abrangente. Abrindo espaço para que as diversas perspectivas de recuperação e desenvolvimento que incidem sobre o bebê e sua família, pudessem ser consideradas durante a gestação, o parto e a internação da criança.

III - PSICANÁLISE E MEDICINA

O campo da psicanálise é todo aquele em que há sofrimento humano, não se trata mais de delimitarmos sintomas de uma ou de outra natureza, mas de acompanharmos fielmente a dor, o sofrimento e o padecimento humano.
Maria de Fátima S. M. Marques

1. Interlocuções possíveis

A UTI é um lugar propício para ambigüidades e fantasias, tanto nas relações entre os profissionais quanto entre os pacientes e seus familiares. O sintoma de um membro da equipe, as crises que acontecem dentro do setor, são formas de linguagem cifrada e precisam ser vistos como pedidos de ajuda. A possibilidade de existir um espaço de reflexão a respeito das situações que ocorrem dentro da UTI e em outros setores é importante, na medida em que dá lugar para que as opiniões apareçam, o que viabiliza a oportunidade de desenvolver discussões e buscar novos caminhos para as dificuldades que se mostram ao longo do trabalho. (MOURA et al, 2003).

O sintoma aparece como uma palavra que falta e a função do psicanalista, não será de analista da equipe. É importante que consiga se colocar como aquele que favorecerá a circulação das idéias, permitindo que cada um vá encontrando formas de se reconhecer nos problemas e soluções. O mais importante é poder criar espaços para que as questões possam ser vistas, pensadas e faladas.

Como ressaltado por Moura (2003), o trabalho dentro de uma UTI é extremamente difícil. Em função disso, seria importante que as equipes que permanecem nesta área pudessem ficar por um tempo determinado. Nas situações de profundo desamparo, como as suscitadas dentro deste setor, a equipe precisa encontrar saídas para lidar com o sofrimento e estas podem se dar pelo simbólico. O que há de traumatizante não se refere só aos fatos em si, mas ao que é dito ou silenciado pelo ambiente.

O profissional tenta se proteger do sofrimento através de um discurso cientifico, mas sabemos que este não o protege do confronto com a morte. “O estranhamento nos desaloja do lugar onde estamos e nos induz, após o encontro com velhos fantasmas, a fazer emergir o novo, a aceder uma nova posição na vida” (RABELO, 2004 p.181). O psicanalista vai se colocar como aquele que irá favorecer a busca por caminhos que possam dar sentido a esta experiência.

É importante que os profissionais da UTIN, além de acenarem com a possibilidade de vida para o bebê, possam também oferecer algum suporte para que a mãe exerça sua função junto ao filho, oferecendo suas palavras, cuidado e atenção. Não se pode perder de vista o fato de que o bebê só pode existir e se desenvolver a partir do cuidado e reconhecimento do Outro. Neste sentido o cuidado da equipe deve ser o de favorecer o encontro, dando oportunidade para que os pais possam ir entendendo a situação em que estão envolvidos e aos poucos consigam (re)conhecer seu bebê.

Golse aponta que a clínica do bebê é um campo que traz promessas e também perigos. Diz ele:

> Eu me detenho aqui no tema das promessas, dizendo apenas que tudo isto nos conduz a uma clínica absolutamente fascinante, que deve ser finamente descritiva e deve ser muito interativa. É preciso entrar em contato com o bebê, mas fazê-lo com tato, não forçar e não ser intrusivo. A clínica do bebê nos obriga a levar em conta o que nós sentimos, e isso é muito interessante porque não se escreveu tudo sobre seu corpo e seu comportamento. Uma grande parte da clínica com o bebê está inscrita em nós. Sobre o que sentimos, sobre o que o bebê reativa em nós, o bebê que fomos...Enfim o bebê nos obriga a ter uma clínica historicizante.....
> E a respeito dos perigos, em compensação, seria o contrário; e um dos grandes perigos é a clivagem. O segundo grande perigo é, sob o pretexto de que nos ocupamos de sujeitos muito jovens, querer fazer a predição. A medicina preditiva é a grande doença do novo século que nos espera....Não podemos ter aí senão uma maldição a adoecer um bebê no seu vir a ser. (GOLSE, 1993, p. 21)

Na medida em que a equipe de saúde, como aponta Golse, irá se confrontar com sua própria história quando está atendendo os bebês, é urgente pensar que ao realizarmos uma clínica com o bebê teremos que tratar das subjetividades de todos os envolvidos em seus cuidados. É preciso ter um olhar diferenciado para os profissionais que passam muitas horas envolvidos neste cotidiano e têm poucas oportunidades de se questionar a respeito de que modo são tocados por estas situações. Precisamos estar atentos ao bebê e à melhor forma de tratar, tentando tornar as situações o menos invasivas; temos que ter um cuidado com as famílias, favorecendo-a em relação a uma aproximação e contato com o bebê.

Quando Golse aponta para os perigos da clínica com bebês e relaciona isto a uma clivagem e uma medicina preditiva, ele está confrontado com as conseqüências de uma prática que tenta se afastar da subjetividade daqueles que a realizam. Está falando de um fazer repetitivo que evita entrar em contato com o sofrimento envolvido nas situações, em que o profissional acaba respondendo sempre da mesma forma na tentativa de se afastar de um contato humano tão imprescindível para o bebê e sua família.

Faria (2000) destaca o quanto que diante do nascimento de um bebê com Síndrome de Down a equipe de saúde se desorganiza não conseguindo atender a família, propiciando melhores condições de encontro entre o bebê e seus pais. Isto também se dá diante de situações que se apresentam como ameaçadoras, quando há confronto com bebês que ao nascer apresentam uma patologia ou mesmos em relação aos bebês prematuros extremos. Estas ocorrências colocam em evidência os limites profissionais,

Holanda (2004) também aponta para a importância da comunicação entre mães e equipe dentro de uma unidade neonatal. A partir de uma escuta psicanalítica da equipe de enfermagem, percebe um desencontro e uma grande insatisfação dos profissionais em relação aos contatos com as mães. Ao longo dos encontros quinzenais que vai realizando com a equipe, começa a ser possível aprofundar as situações trazidas, vai havendo um confronto com questões referentes a uma intransigência destas profissionais para consigo mesmas, com os filhos e o trabalho. A partir destas percepções e da possibilidade de lidar com estes conteúdos, esses encontros têm um efeito de alivio em relação ao sofrimento da equipe, o que vai refletir de forma direta no cotidiano do setor.

Diante dos encontros e desencontros que vão acontecer durante a internação do bebê, será preciso favorecer alguma intermediação, o que também justifica a presença de um psicólogo com uma escuta psicanalítica. O psicanalista tem que, como diz Mathelin (1999), “inventar o seu lugar”(p.88), é importante abrir espaço para que certo tipo de fala e escuta seja possível. Mesmo sendo parte integrante da equipe é importante preservar uma escuta distanciada, tanto em relação aos pais quanto no que se refere às falas da equipe. A função de uma escuta psicanalítica dentro da equipe é a de resgatar a subjetividade e sustentar a diferença.

Este é um lugar muitas vezes difícil de ocupar já que não é possível tomar partidos nem defender causas. Há uma tentativa de estabelecer uma comunicação entre as partes, na medida em que estamos convivendo em um ambiente muito carregado de angústias e medos, em que todos estão se confrontando com limites que envolvem vida e morte.

Neste serviço, superar a lacuna que separa a medicina e a psicanálise é fundamental, pois é preciso buscar uma forma mais sensível e profunda de compreender a experiência humana, no que se refere à situação de prematuridade extrema. “O sofrimento, no sentido psicanalítico do termo, é um sofrimento simbólico e a necessidade de palavra é tão real que o corpo pode ser atingido em sua integridade.” (ABREP - SZEJER, 1997, p.54).

Na atualidade é importante pensar mais a respeito da dimensão humana, que muitas vezes fica perdida diante de uma sociedade que muda a todo o momento e acaba não dando chance para entrarmos em contato com a nossa própria experiência e com aqueles que estão a nosso redor. A este respeito destaco uma fala de Motta:

> Ao mesmo tempo em que rapidamente podemos ter tantas informações sobre tantos e diferentes setores de nosso mundo, por vezes a comunicação com o que costumamos denominar mundo intrapsíquico ou comunicação mais íntima com um outro ser pode ser dificultada pelas tendência tecnológicas da atualidade (MOTTA, 2006, p. 285).

Safra (2003) também aponta que no mundo contemporâneo há uma ênfase na saúde, compreendida como “bem estar” e como superação da sintomatologia do paciente, tem-se um olhar em relação à saúde física e mental que acaba obscurecendo as questões fundamentais do ser humano. Há uma tentativa de escapar da dor, transformando-a em simples objeto de estudo a ser dominado por uma técnica, perdendo a dimensão do seu significado.

Psicanálise e medicina são duas disciplinas que não convivem de forma harmônica, apresentam discursos diferentes, opostos, mas é importante poder enfatizar as diferenças fundamentais entre ambas, já que elas se refletem de forma decisiva em suas ações.

O ideal terapêutico da medicina é a cura, que tem uma função social de recuperação da saúde enquanto bem produtivo. Sua eficácia pode ser medida em relação à rapidez com que a recuperação se dá. Diante da queixa do paciente o médico irá delimitar o seu campo de atuação, daí resultando um diagnóstico e a prescrição de uma terapêutica. A psicanálise tem como instrumento a palavra e não produz nada concreto que possa ser mensurável. Sua eficácia só pode ser vista ao longo do tratamento. Diferente do médico, o analista não luta contra o sintoma, irá escutá-lo como qualquer outra formação inconsciente, deixando para o paciente a tarefa de construir um saber a respeito de si (PAES, 1999).

> A medicina funda-se sobre um objeto tomado como positivo, passível de ser localizado por um olhar aguçado e esgotado por uma descrição minuciosa.... Diversamente, a psicanálise tem como objeto a subjetividade, propondo-se a ir além do visível. (PAES, 1999, p.42).

Medicina e psicanálise são discursos distintos. "A medicina descreve, a psicanálise narra" (MARQUES, 2008, P.14). Possibilitar a narrativa significa salvar o narrador da falta de sentido, da angustia e da escuridão do inominável, o quanto isto se liga à concepção que a psicanálise tem da subjetividade.

A medicina tradicional tem dificuldade de lidar com a transferência como fenômeno humano, ficando mais preocupada com as relações entre os fatos e se afastando de uma reflexão sobre os processos de adoecimento e morte. Nos últimos anos houve uma tentativa de ampliar a compreensão de alguns adoecimentos, incluindo as "causas psíquicas", mas o raciocínio continua sendo o de causa-efeito, o que não contribui para um aprofundamento da compreensão, pois deixa de lado a subjetividade daquele que adoece. Há uma lacuna que separa a psicanálise da medicina, o que impede um diálogo entre estas duas áreas que precisam tanto poder conversar.

"O pensamento compartimentado e a medicina especializada só têm se ampliado e aprofundado suas raízes, distanciando ainda mais os aspectos orgânicos e psíquicos." (MARQUES, 2008, p. 81) Esta cisão acaba gerando verdadeiros abismos, que impossibilitam alguma compreensão em relação à dor e ao sofrimento humano. Faria (2003) também ressalta que nas instituições especializadas há uma cristalização dos conflitos emocionais que emperra e distorce o trabalho das equipes de saúde.

2. O trabalho no Berçário

No Berçário assim como em serviços de pediatria, atendemos a criança, mas é imprescindível incluir os pais. Neste sentido, será preciso ter uma escuta que contemple suas necessidades e desejos, que serão atendidos quando possível e reconhecidos quando impossíveis de serem atendidos, permitindo a localização da angústia e o seu alívio. De maneira geral, no hospital, quando a equipe se depara com um paciente que questiona e perturba a ordem estabelecida, o psicólogo é chamado para que "restitua a calma". Nesta situação, o mais importante será poder manter a especificidade da escuta psicanalítica, que

precisa estar comprometida com a narrativa do sujeito. A instituição hospitalar é um lugar em que há pouco espaço para a divergência de opiniões entre os profissionais e as falas dos pacientes são pouco consideradas.

Para trabalhar com a dor que permeia as relações entre as pessoas é preciso ter um olhar de distanciamento em relação à equipe. Percebo que, mesmo depois de tantos anos de convivência, consigo me "afastar" das situações, o que permite uma reflexão e ponderação a respeito das histórias, contemplando os diversos envolvidos. Esta possibilidade de transitar dentro do setor se deve também ao fato de ali permanecer um numero muito menor de horas, comparado ao dos demais profissionais que atendem no setor, no mínimo seis horas diárias, com plantões de doze horas.

Depois de tantos anos dedicados a este trabalho, tenho muitas dúvidas e ainda me surpreendo diante do sofrimento dos bebês, das mães e da equipe de saúde. Em várias situações me pergunto como é possível conviver tantas horas com bebês, em estados muito graves e algumas vezes com poucas possibilidades de recuperação. Diante desta perspectiva, em minhas intervenções não há uma urgência por um fazer que resolva a situação, mas sim uma tentativa de criar espaços para que possamos olhar e falar a respeito da angústia que envolve os relacionamentos. Se em alguns momentos as circunstâncias são aparentemente recorrentes dentro do setor, certamente são completamente novas para as famílias e mesmo para os profissionais que estão ali, diante de bebês e famílias diferentes, que respondem de forma particular às intervenções realizadas.

A equipe de saúde tenta evitar o sofrimento que este cotidiano impõe, mas é importante que os profissionais possam dialogar a respeito do sentimento de impotência e medo, principalmente, quando envolve a morte de um bebê e a dor de sua família. Para o médico parece ser mais fácil lidar com aquilo que ele reconhece e pode tratar por meio de prescrições, pois tanto os sintomas como os tratamentos podem ser descritos. Em uma situação, certa vez, um dos médicos me relatou que no início de sua carreira achava muito difícil lidar com aquilo que não estava descrito. Disse que se via com mais dificuldade de atender no consultório uma mãe e seu bebê com cólicas intensas do que de tratar de uma criança com meningite, pois para a segunda havia todo um esquema terapêutico pré-estabelecido, já para a queixa da mãe que enfrentava a cólica do recém-nascido isto não acontecia.

Neste sentido, é importante frisar o quanto há de dificuldade em lidar com as dúvidas e medos de uma mãe que está diante de seu filho e precisa responder a seus apelos. Esta situação se torna muito mais complexa quando há o confronto com o bebê pré-termo e toda a urgência que o envolve.

Na situação de prematuridade extrema, inicialmente, o aparato tecnológico irá prevalecer, pois o mais urgente a ser feito é manter a vida do bebê. Assim sendo, a equipe de saúde irá recorrer a todos os recursos técnicos disponíveis, deixando de lado algo que deveria ser encarado como fundamental, a aproximação e contato com os pais. A medicina tem se apresentado de forma cada vez mais tecnológica, com exames sempre mais sofisticados. Há uma crescente manipulação e controle dos processos naturais e uma busca sem limites de soluções mágicas, que nos afastem do sofrimento que acompanha os processos de adoecimento.

Pode-se observar no contato com a equipe de saúde, principalmente dentro do setor de UTIN, que pouco se fala sobre as dificuldades e os medos em relação às situações vividas. O ambiente está sempre permeado por uma atmosfera de urgência, o que traz um desgaste emocional para os profissionais, que estão constantemente lidando com circunstâncias que implicam risco e confronto direto com aspectos relacionados à vida e morte. Este quadro acaba gerando um sofrimento que é difícil de ser abordado no cotidiano do trabalho, afetando tanto os pais como os profissionais.

Cabe aqui um exemplo concreto. Numa sexta-feira pela manhã, ao chegar ao setor, encontro uma das neonatologistas no corredor. Ela conta que nasceu um bebê pré-termo durante a noite e que faleceu em seguida. Menciona que era um caso muito grave e pede que a acompanhe até a enfermaria para dar a notícia de óbito. Comenta que lhe disseram que a mãe queria muito este filho. Pergunto então se haviam entrado em contato com a família, pois a presença do pai seria importante para que a mãe pudesse compartilhar a sua dor, no momento da notícia do óbito. Responde que pediu para convocarem o pai, mas que ele ainda não havia chegado. Percebo que a médica está muito sensibilizada com a situação da mãe, mas não é possível falarmos sobre isto, pois a profissional está envolvida por uma urgência que parece estar entrelaçada com a sua própria angustia.

Considero que meu trabalho consiste em dialogar com a médica a respeito do caso, apontando as dificuldades de procurar esta mãe para falar a respeito da morte de seu filho. Devo explicar que não seria possível realizar um atendimento psicológico com essa mãe no momento em que recebe a trágica notícia, pois ela precisaria de um tempo para compartilhar

o sofrimento com a família para depois poder falar sobre esta vivência. Posteriormente seria preciso realizar um atendimento com a mãe, para que ela pudesse falar sobre o filho, na tentativa de ajudá-la a fazer alguma maternagem para favorecer o processo de luto.

Dentro deste Berçário ainda predomina uma dicotomia entre o somático e o psíquico. Assim minhas intervenções se colocam na direção de aproximar e estabelecer alguma comunicação entre as duas vertentes. Atualmente, o que se registra é a tendência cada vez maior a uma especialização, o que torna os cuidados cada vez mais técnicos e acaba deixando de fora as subjetividades que são imprescindíveis, principalmente no que diz respeito aos primeiros cuidados dirigidos ao bebê e sua mãe.

A possibilidade de colocar em questão algumas condutas e de poder pensar nas manifestações dos pais em determinadas ocasiões configuraram uma tentativa de promover uma discussão interdisciplinar, capaz de mobilizar um espaço de fala e de escuta a respeito das diversas situações e do sofrimento que as envolve. Interdisciplinaridade implica em ações inter-relacionadas de profissionais de diferentes procedências no que se refere à área do conhecimento. Implica também a tomada de decisão acerca de condutas profissionais, levando em consideração os aspectos relativos a diferentes disciplinas e a diversas dimensões da vida humana. (GASPAR, 1997).

Na equipe em que estou inserida ocorrem momentos esporádicos de discussão, que certamente não envolvem uma interdisciplinaridade, na medida em que não conseguimos fazer uma discussão mais abrangente que envolva os profissionais das diversas áreas, que lidam com o bebê e seus pais. As discussões que acontecem não estão incluídas na rotina, não são sistematizadas e acabam ocorrendo com pouca frequência, dependendo do esforço de alguns membros da equipe. Estes são momentos preciosos de diálogo entre os profissionais, em que se abordam as situações de forma mais abrangente, indo além da simples conduta adequada para determinado caso. Há uma tentativa de contemplar as diversas percepções a respeito de uma situação.

Em diversas ocasiões tenho insistido para retomar um horário semanal de reunião em equipe, que já existiu em outra época, no qual discutíamos alguns casos ou situações que se colocavam como conflitantes ou significativas ao longo da semana. Estas reuniões deixaram de existir por dificuldades de tempo e disponibilidade da equipe. O que os profissionais parecem não perceber é o quanto isso inviabiliza o aprofundamento de importantes questões com as quais nos confrontamos diariamente.

Uma intervenção importante que tenho realizado no setor é o *Grupo de Pais,* que é aberto e conta com a participação de uma médica e da assistente social, acontece semanalmente. Este é um espaço privilegiado em que as mães têm a oportunidade de conversar mais a respeito de suas dúvidas e receios em relação ao que acontece com o bebê. Percebo que o aspecto mais importante deste trabalho e poder favorecer um encontro entre elas no qual podem se conhecer e reconhecer nas dificuldades e conquistas vividas no cotidiano da internação do bebê.

3. Grupos com a equipe de enfermagem

No hospital a equipe de enfermagem é a mais sobrecarregada, tanto em relação ao volume de trabalho como no que se refere ao envolvimento emocional, pois seus membros passam um período prolongado dentro do setor e estão o tempo todo se relacionando com o paciente e seus familiares. Nesta clínica as profissionais atendem bebês a estão convivendo com as mães, esta condição de dependência e cuidado tão intensa torna mais difícil um afastamento em relação aos casos.

Ao longo do trabalho no berçário tenho feito observações e tentado conversar a respeito das situações enfrentadas com os bebês e suas famílias. Inicialmente as enfermeiras ficavam desconfiadas e não sabiam exatamente quais minhas atribuições dentro do setor. Aos poucos pude me aproximar, querendo entender o que se passava, procurando sempre conversar com elas. Mostravam-se pouco disponíveis e quando estavam acompanhadas não queriam se expor. Mas em particular foram conseguindo falar de suas dúvidas e receios.

Em 2002 a chefe da enfermagem conversou comigo sobre a possibilidade de realizarmos um grupo terapêutico com a sua equipe. Achei a idéia muito interessante, mas questionei o tipo de abordagem, uma vez que ocupava um lugar dentro da equipe e tinha um convívio cotidiano com elas. Sugeri que chamássemos um outro profissional para fazer o grupo, mas ela não aceitou a idéia.

A partir desse pedido passei a me questionar sobre as perspectivas de intervenção e, depois de algumas conversas com a chefia, acabei propondo a formação de um grupo de reflexão, abordando temas relacionados aos cuidados com as mães e seus bebês. A proposta foi aceita de imediato.

Toda a parte prática foi combinada com a chefia, incluindo horários, divisão dos grupos e datas de reunião. Em seguida começamos o trabalho. Minha idéia inicial era realizar oito encontros e elaborar os temas a serem discutidos a partir do interesse delas, mas o que se passou é que elas desde o começo apresentavam vários impedimentos para que o grupo se reunisse, tais como problemas de horários, inviabilidade de se afastar dos bebês e outros. Para cada uma das dificuldades fui propondo possibilidades de discussão, mas isto não resolvia e elas mantinham o impasse. Fui percebendo que o problema estava na estruturação da proposta. A maior dificuldade para que o grupo se constituísse de fato foi à prórpia determinação da chefia para que a atividade se cumprisse. As funcionárias acabaram encarando aquele espaço como mais uma obrigação a ser cumprida em um cotidiano já repleto de responsabilidades e bastante desgastante.

Fui manejando as situações e os encontros enfim aconteceram. Mantinha-me muito atenta às questões do grupo e aproveitava os momentos em que elas conseguiam falar sobre o desconforto em relação àquele espaço. Discutíamos sobre o quanto elas não se sentiam ouvidas tanto no que se referia aquele lugar, que havia sido imposto para elas, como pelas situações que enfrentavam no cotidiano do trabalho.

O que pude perceber ao longo desta atividade é que em várias situações as profissionais foram conseguindo manifestar suas dúvidas e descontentamentos. Foi possível abordar as insatisfações contemplando os membros do grupo. Um dos grandes ganhos da iniciativa foi ter proporcionado uma aproximação da equipe de enfermagem em relação ao meu trabalho e ter obtido maiores possibilidades de encaminhamentos das situações vividas com as mães e bebês dentro do setor. A equipe de enfermagem conseguiu perceber um pouco mais os conflitos, passaram a me solicitar para discutir estas situações e a falar mais de suas dificuldades no cotidiano.

Em 2006 houve um novo pedido de espaço para reflexão, mas desta vez foram alguns membros da equipe de enfermagem que me solicitaram a iniciativa. Foi um pedido que me surpreendeu, pois nunca acontecera desta forma. Ponderei com algumas delas o fato de ser uma integrante da equipe e disse que esta situação talvez não fosse a mais adequada. Conversamos sobre estas questões e uma delas enfatizou que todas estavam precisando de um espaço para falar mais dos problemas que estavam vivendo.

Comecei averiguando com elas as possibilidades de horário e marquei um primeiro encontro para analisar, junto com elas, a melhor forma de realizarmos o trabalho. Conversei com a chefia sobre a proposta e apontei a inviabilidade da participação delas nos grupos, pois

inibiria toda a situação, elas concordaram e apoiaram a inicitiva. No primeiro encontro discutimos sobre o contrato de trabalho: horário, sigilo, importância da presença e realizamos uma dinâmica para trabalhar um pouco com o entrosamento.

Foram montados dois grupos, com oito integrantes cada, respeitando os plantões. Combinou-se com os grupos que depois do segundo encontro eles seriam fechados e não haveria mais a possibilidade de entrada de novos integrantes e nem de mudança de grupo. Eram realizados encontros semanais e nos primeiros encontros elas duvidavam da possibilidade de dar conta deste compromisso. Achavam muito difícil conseguir sair do setor e poder ficar no grupo durante uma hora. Inicialmente me questionavam sobre a possibilidade de fazermos algo relaxante, sugerindo que eu aplicasse técnicas para esse fim. Tinham de fato receio de se comprometer com mais uma responsabilidade.

Ao poucos fui apontando para a especificidade do meu trabalho, que é a de possibilitar um espaço de fala e escuta, e ressaltando o quanto elas sabiam da importância disso, pois se haviam solicitado uma interferência minha é porque era disso que estavam precisando. No momento a necessidade de um espaço era flagrante, uma vez a esta equipe estava atravessando um período muito tumultuado dentro do setor, em que havia um problema sério de infecção hospitalar e a perspectiva de mudança de espaço físico, entre outras dificuldades.

No começo falavam desordenadamente, mostravam-se pessimistas quanto às dificuldades, pois não viam como resolvê-las naquele espaço. A cada encontro elas esperavam que eu estabelecesse o caminho a ser seguido. Nos primeiros três encontros introduzi algumas dinâmicas que possibilitaram maior entrosamento, o que foi permitindo a construção efetiva dos grupos.

Ao longo de nossos encontros, as enfermeiras foram se envolvendo com o espaço, passaram a cuidar dos horários e se havia algum problema me falavam com antecedência. Quando duas delas estavam no mesmo setor, me avisavam para que eu pudesse agilizar uma solução junto à chefia, de modo que ambas pudessem sair no horário do grupo. Essas e outras questões foram sendo superadas. Elas foram se comprometendo cada vez mais.

Num final de semana, houve a morte de um bebê há muito tempo internado. Na segunda-feira uma delas me conta a situação, mas não conseguimos realizar o grupo. Naquele momento elas não conseguiam abordar uma das grandes dificuldades que estavam atravessando, relacionada à morte daquele e de outros bebês. Esta questão só pôde ser retomada em outra oportunidade. Aos poucos, porém, elas foram se apropriando daquele

espaço trazendo as muitas dificuldades e conflitos que viviam no cotidiano e algumas questões particulares que foram podiam ser recebidas e discutidas pelo grupo.

Ao final de doze encontros a avaliação foi bastante positiva. Num dos grupos se cogitou da possibilidade de dar uma continuidade aos encontros, mas a intenção não vingou, por problemas relacionados à disponibilidade de horários.

Este trabalho se tornou viável ao longo dos meses, desde que primeiramente ouvi o pedido de alguns membros da equipe de enfermagem e aceitei o desafio de construir algo novo. Seu êxito só foi possível, deve-se salientar, pelo envolvimento dos membros dos grupos e o apoio da chefia de enfermagem. O principal ganho para todos os envolvidos, em síntese, foi a possibilidade de diálogo construída.

Penso que este é um trabalho que não se esgota, pois deriva da necessidade de questionar e refletir a respeito das situações cotidianamente. Tal desafio, ao mesmo tempo em que movimenta pesadas engrenagens, por vezes enfrenta dificuldades paralisantes. É de uma importância inestimável, sobretudo para a equipe de enfermagem, dispor de um espaço para discutir os agudos e aflitivos problemas do dia a dia. Afinal, são os seus membros os que mais se sobrecarregam nas relações intensas e muitas vezes dramáticas com os bebês, pais e familiares. Neles incide diariamente todo o impacto de histórias angustiantes que não só ouvem, mas compartilham.

Diante do que acontece no serviço de neonatologia, em que se trabalha com um momento particular e precioso, ligado às primeiras relações, é necessário que nos afastemos um pouco da objetividade colocada pela visão biomédica, que valoriza os cuidados técnicos, e possamos contemplar as subjetividades de todos envolvidos nestas relações.

No que se refere aos profissionais, sabemos que eles não poderiam entrar em contato o tempo todo com as questões e angústias referentes aos cuidados com os bebês e suas famílias. De fato, esta equipe de saúde lida com situações que será preciso confrontar com certo grau de objetividade para decidir e intervir em momentos cruciais. Mas não é possível deixar as emoções totalmente de fora das situações, uma vez que elas vão surgir de alguma forma nesta jornada tão desgastante.

É importante apontar que no decorrer das muitas relações que se estabelecem dentro do setor e dada a urgência que envolve os casos, é natural que tenhamos de enfrentar muitos momentos de conflitos. Dentro desse contexto, é imprescindível criar espaços que possibilitem falar a respeito das dificuldades e impedimentos que se colocam no cotidiano.

Neste trabalho com bebês internados, principalmente, no setor de UTIN a presença de um psicanalista é fundamental, na medida em que é preciso interpelar os profissionais a respeito de situações que se colocam como aparentemente corriqueiras, mas são muito significativas e precisam ser discutidas, a partir de uma perspectiva que permita o aparecimento das particularidades, tendo uma escuta diferenciada em relação à dor e ao sofrimento que se coloca para todos os envolvidos. É imprescindível que exista um olhar sempre atento para as relações que estão se estabelecendo, podendo pensar e intervir no que diz respeito às diversas situações que se colocam no cotidiano deste trabalho, tanto em relação às famílias e seus bebês, como ao que se refere às intervenções da equipe de saúde.

Neste trabalho psicanalítico na instituição não estamos diante de um processo analítico, mas afigura-se como imprescindível buscar caminhos que nos possibilitem uma integração dos aspectos relacionados à vida e morte, sempre presentes. Torna-se imperativo ir de encontro às repetições que acontecem nestas relações, tentando encontrar sentidos que permitam o aparecimento das dificuldades e diferenças e abram caminhos para que os relacionamentos possam ser pensados e falados.

No imaginário das pessoas a pior dor é a da perda de um filho. Isto não é diferente para os membros desta equipe. Penso que aqui esta idéia parece ampliada, na medida em que há um grande esforço para escapar daquele destino. Esta equipe que, por um lado, teme pelo envolvimento dos pais em relação a um bebê que se apresenta em estado grave e em alguns momentos acaba pintando um cenário muito tenebroso em torno daquele bebê, por outro lado cuida insistentemente e tenta vencer a morte, algumas vezes a qualquer preço. Diante disto, para que alguma comunicação se dê no cotidiano do trabalho, muitas questões terão que ser mobilizadas, tanto no que se refere ao contato dos pais com seu bebê, quanto às idéias e verdades compartilhadas dentro da equipe.

IV – AS PRIMEIRAS RELAÇÕES: ASPECTOS PSIQUICOS ANTERIORES AO NASCIMENTO

Há muito mais continuidade entre a vida intra uterina e a primeira infância do que a impressionante cesura do ato de nascimento nos permite saber.
Sigmund Freud

Winnicott, pediatra e psicanalista, foi um dos primeiros autores que se dedicou ao estudo do psiquismo infantil a partir do nascimento. No texto *Teoria do relacionamento paterno filial (1960)*, ele aponta que o bebê desde o nascimento vai se transformando de um estado de não integração em uma integração. O bebê vai se tornando capaz de experimentar a ansiedade que é associada à desintegração. Mas tudo isso vai depender da continuidade proporcionada por um cuidado materno consistente, pois num primeiro momento o bebê está em um estado de dependência absoluta e não tem meios de perceber o cuidado materno.

Ao longo dos anos, com imagens cada vez mais sofisticadas proporcionadas pelo ultrassom, tem sido possível acompanhar o feto intraútero desde o inicio. Assim pode-se observar e perceber as muitas nuances do seu desenvolvimento, sem perturbá-lo no seu meio natural.

Klaus (1989) aponta o quanto o feto vai desenvolvendo seus próprios ritmos e padrões, que irão prevalecer logo após o nascimento. As mães, muitas vezes, percebem esses indícios durante a gravidez. Os pesquisadores puderam observar também que meses antes de nascer a capacidade auditiva do feto já é aguda e bem desenvolvida. Eles podem distinguir tipos de som, intensidade e altura, vozes diferentes, sons familiares e estranhos, e podem até determinar a direção de onde o som está vindo. Outros sentidos também estão desenvolvidos antes do parto: o paladar, o tato e a capacidade visual. Além disso, pesquisas permitiram perceber que o feto pode ser afetado pelas experiências emocionais de sua mãe, o que vem a confirmar o relato de mulheres grávidas que dizem que seus bebês respondem às suas emoções por uma mudança de atividade (KLAUS, 1989).

Vários estudos se voltam para o psiquismo fetal e que as descobertas relacionadas ao desenvolvimento inicial do feto apontam que cada vez mais é possível dizer que este é um período que deixa marcas no psiquismo e que estas não podem ser nomeadas pela palavra, pois tudo acontece em uma época anterior, quando a comunicação se dá por uma via que passa pelo corpo e sensações.

Wilheim (1997) indica que o feto tem uma apreensão de sua experiência vivencial intra-uterina, ainda que não consiga precisar ao certo como acontece. Mas já é muito relevante podermos constatar a realidade dessa experiência. Afirma ele:

> Estudos têm-nos revelado, por um lado, a sofisticação do aparelho perceptivo e motor do feto, a crescente complexidade do seu aparelho mental e a sua participação ativa na manutenção da gravidez e na determinação do seu desfecho final. Por outro lado os conhecimentos sobre a fisiopatologia da gestação, incluindo estudos sobre o efeito do estresse materno no feto e embrião, puseram um fim à falsa idéia que se fazia do útero como um lugar ideal....
>
> Hoje sabemos que muito antes de nascer o feto pode perceber luz e som, é capaz de engolir, ter paladar, escolher uma posição predileta, registrar sensações e mensagens sensoriais; que ele dorme, sonha, acorda, boceja, esfrega os olhos, reconhece a voz de sua mãe, brinca com seu cordão umbilical, chupa o dedo, reage com irritação quando se sente molestado e apresenta rudimentos de aprendizado. Sabemos também que o feto tem uma vida emocional: é um ser que sente, tem emoções, experimenta prazer e desprazer, dor, tristeza. É capaz de relacionar-se com sua mãe, captando seus estados emocionais e sua relação afetiva com ele. (WILHEIM, 1997, p. 21-22)

Existe uma comunicação mãe e feto durante todo o período gestacional. Hoje se sabe que a placenta não funciona como barreira protetora e que as perturbações emocionais vividas pela mãe provocam alterações fisiológicas que vão repercutir sobre o estado neurofisiológico do feto, ou seja, seu estado emocional. A disponibilidade afetiva da mãe para lidar com as dificuldades e poder falar disto parece ser de fundamental importância para o feto (WILHEIM, 1997)

A importância de atentarmos mais para as questões referentes ao psiquismo pré-natal está relacionada à possibilidade de prevenção e cuidado em relação às gestações, principalmente aquelas consideradas de risco, pois acabam envolvendo um alto nível de estresse que precisa ser considerado para que os prejuízos em relação a mãe, ao feto e ao bebê possam ser trabalhados.

O nosso conhecimento a respeito do feto ainda é limitado, pois mesmo com os avanços na ecografia nós os vemos ocasional e muito rapidamente, os meios de comunicação

deles são reduzidos e acaba sendo difícil determinar uma reação fetal passível de ser objetivada (BUSNEL, 1997).

Piontelli (1995) fez um extenso estudo da vida pré-natal e suas repercussões no desenvolvimento do indivíduo, observando através de imagens de ultrassonografia onze fetos desde a décima sexta semana de gestação até pouco antes do nascimento. Realizou observações regulares após o nascimento até quatro anos de idade. A autora descreve que o que constava em relação aos estudos realizados, na época, com os fetos apontava para uma criatura altamente capacitada e sofisticada, mas ainda vista como um ser anônimo e amorfo. A partir de longos períodos de observações, foi encontrando caminhos para entender melhor e poder interpretar as imagens vistas e assinalou:

> Meus achados sugerem a existência de notável continuidade em aspectos da vida pré e pós-natal. Cada feto tinha maneiras características de comportamento que até certo ponto e de alguma forma continuaram na vida pós-natal. Tal continuidade deu-se apesar das grandes alterações provocadas pelo nascimento e pela natureza do meio ambiente continente. Não quero, no entanto, afirmar que o "inato" seja mais importante que o "adquirido". O que meus achados sugerem é que a interação entre o inato e o adquirido começa muito mais cedo do que normalmente se considera, e de que certas experiências pré-natais podem ter efeito emocional profundo sobre a criança, especialmente se tais acontecimentos são reforçados pelas experiências pós-natais (PIONTELLI, 1995, p. 15).

Há um debate nos meios psicanalíticos em torno do nascimento psíquico do bebê. Se por um lado há psicanalistas que consideram o bebê uma criatura com um ego incipiente, nos primeiros meses de vida, em contrapartida há os psicanalistas que ponderam que a vida mental está operando a partir do nascimento e defendem que somente depois de entrar em contato com outros seres humanos é que o bebê poderá começar a sentir e pensar (PIONTELLI, 1995).

Piontelli aponta estudos que demonstram que todos os sentidos humanos encontram-se em funcionamento a partir de um determinado momento do segundo trimestre de gestação e, portanto, o feto responde aos estímulos tácteis, de pressão, cinestésicos, térmicos, vestibulares, sonoros, olfativos, gustativos e dolorosos. Atualmente sabe-se que o mundo intrauterino, longe de ser um universo estático, é sujeito a muitas mudanças e pode apresentar inúmeras variações individuais, como também cada feto habita um meio ambiente diferente,

embora de modo geral semelhante, sendo assim sujeito a estimulações e experiências diversas.

A capacidade de escutar e reconhecer as vozes que o rodeiam já está presente no feto depois de alguns meses, podendo discriminar sons agudos ou graves, a língua materna dentre outras e reconhecer cheiros. Diante disto é possível dizer que o recém-nascido possui desde o primeiro momento competência para categorização perceptiva de memória e aprendizagem, o que sustenta a idéia da existência de memorização durante a gravidez (ABREP - SZEJER, 1997).

Novos conhecimentos mostram que a constituição e o desenvolvimento da personalidade podem ser entendidos a partir da fecundação. O psiquismo pré e perinatal foi discutido no segundo Encontro Brasileiro da ABREP, 1997, do qual destaco esta fala de Golfeto:

> Pensa-se que a psique nasce num estado de totalidade indiferenciada a partir da fecundação e que gradualmente, através das forças da maturação biológica e das vivências intrauterinas, a consciência do feto vai se formando a partir do próprio inconsciente. (GOLFETO,1997, p. 35)

Considera-se que existe uma relação entre o feto, a mãe e o meio ambiente. Sendo assim, as vivências do feto produzem registros de memória que irão ter influência na formação da personalidade deste novo ser. Pesquisas relacionadas aos recém-nascidos apontam que o bebê é um ser pensante com idéias ligadas a sentimentos, conseguindo discriminar o cheiro e a voz de sua mãe (GOLFETO, 1997)

No referido segundo Encontro Brasileiro da ABREP (1997) foi muito discutido o quanto seria preciso alterar as formas de atendimento e tratamento dirigido ao bebê, às gestantes e às puerperas, no sentido de tornar o ambiente hospitalar mais acolhedor. O que percebo ao longo de minha prática na Maternidade é que, atualmente, este atendimento continua sendo técnico, valorizando pouco os relacionamentos com a mãe e seu bebê. As pesquisas e estudos conhecidos a respeito das competências do feto e do recém-nascido ainda não levaram a alterações no tipo de atenção dispensada às mães e seus filhos durante o pré-natal, o parto e os primeiros cuidados com o bebê.

Trata-se de uma situação difícil que é preciso explicitar para que possamos enfrentá-la, procurando caminhos que nos permitam encontrar novas possibilidades de cuidado que contemplem a especificidade de momentos tão particulares e importantes para a vida do bebê

e sua mãe e para a relação que está se estabelecendo. No trabalho na maternidade sempre me chama a atenção o fato de que todo o cuidado dispensado ao bebê e a mãe não leva em conta as suas efetivas necessidades e desejos. Se pensarmos no parto como exemplo, o que se percebe é que este acaba sendo encarado como um momento de urgência que tem que ser atravessado, mas pouco se fala com a mãe e praticamente não há quem se dirija ao bebê durante este processo e mesmo depois de atravessá-lo. Os cuidados continuam sendo realizados de forma técnica e se dispensa pouca atenção ao acolhimento, que talvez seja o mais urgente a ser feito pelo bebê e por sua mãe.

Com a medicalização do parto há uma tentativa de afastar a dor e o sofrimento que envolve o nascimento de um ser que altera completamente a vida da mulher e a antiga constituição familiar. Nesta perspectiva, as equipes de saúde acabam se mantendo em um discurso biomédico que mostra a dicotomia quase absoluta entre o somático e o psíquico, tentando afastar a possibilidade de encontro com a dor e o sofrimento que certamente irão estar presentes durante a gestação, o parto e os primeiros contatos com o bebê, pensando em qualquer nascimento.

O momento do parto inevitavelmente confronta o risco de morte. Esta situação é realçada quando, diante de um parto de risco, se fica frente a chances muito aumentadas em relação à morte e se dá a separação do bebê ao nascimento. Será que os nascimentos acontecem em melhores condições neste século ou a medicalização da gestação e do parto afastam a mãe de seu bebê dificultando os primeiros contatos? Como lidar com o sofrimento de famílias que, após o nascimento, precisam viver situações limites como a possibilidade de morte de um filho? Como a equipe de saúde encara estas situações e todo o sofrimento que elas envolvem?

As respostas a estas questões são complexas. A mortalidade infantil diminuiu muito com os avanços da medicina. No que diz respeito à prematuridade extrema, os recursos tecnológicos têm diminuído os limites de viabilidade, o que faz com que seja possível salvar bebês cada vez menores e mais imaturos para a vida fora do útero. Todas essas conquistas são muito importantes e partem de uma perspectiva de valorização da vida e dos cuidado em relação ao bebê. Mas é preciso atentar mais para as implicações que todos esses cuidados altamente especializados terão para as relações das famílias com seus bebês. É preciso refletir sobre à falta de espaço para os envolvidos, logo após o nascimento e nas primeiras semanas de vida do bebê, pois este é o momento em que seria importante existir um olhar diferenciado que possibilitasse um acolhimento em relação ao bebê e sua família.

Quando nasce uma criança, ocorre uma ruptura com o que estava colocado para os pais. Mas ao mesmo tempo o bebê torna-se o herdeiro das tradições culturais peculiares àquela família (SAFRA, 2004). O parto é encarado como o fim de uma história que foi acompanhada ao longo de vários meses, mas seria importante que pudéssemos encarar este momento como a continuidade de algo que precisa ser visto e cuidado, por constituir uma situação que implica na emergência de um novo ser que traz muitas mudanças para a vida da mulher e da família.

Quanto mais os cuidados com os bebês e suas mães são medicalizados, maior o risco de que não haja lugar para as palavras, que são imprescindíveis, principalmente quando estamos diante das separações precoces que acontecem entre as mães e seus bebês. Após o nascimento a mãe vai significando o mundo para o bebê, contando a ele o que se passa ao seu redor. Na situação de prematuridade, o que em geral acontece é que tanto a mãe quanto o bebê ficam sem palavras, o que irá comprometer esta relação, pois o olhar e a voz são importantes desde o momento do nascimento.

> Pela voz de outros homens, o recém-nascido deixa de ser apenas um corpo, e passa a ser um ser inserido no simbólico. A voz é essa cesura significante mais apta a levá-lo à vida do que o corte do cordão umbilical. Ela é o que nomeia, distingue e celebra o corpo da criança (SZEJER, 1999, p.43).

No Serviço de Obstetrícia do Instituto Central do Hospital das Clínicas, a mulher permanece internada somente dois dias depois do parto, o que é muito pouco para que seja possível entender algo sobre como as relações estão ou não se dando. Isto vale tanto para o parto que se dá a termo quanto em relação aos bebês prematuros. Na situação de prematuridade as mães ficam muito fragilizadas no dia de sua alta hospitalar, não sabem como vão fazer para voltar para casa sem seu filho. Para o bebê, desde o momento do nascimento as vivências são difíceis, uma vez que é separado da mãe, levado para o Berçário e acaba sendo submetido a uma série de procedimentos que mantém a sua vida mas o afasta daqueles que podem significar o mundo a seu redor.

Não se dispensa tempo às mulheres que, em torno do momento do parto, evocam histórias e intimidades carregadas de afeto, o que revela o quanto esta é uma situação em que algo do inconsciente aflora e muitas vezes precisa ser ouvido e cuidado, para que essas mulheres possam acolher o novo ser que está chegando e depende delas para viver.

Para que a mãe possa cuidar de seu bebê, ela primeiramente precisa ser acolhida pelos que estão à sua volta, familiares e equipe de saúde Mas isto na prática não acontece. Há algumas décadas, sucedia que depois do parto a mulher tinha um período de *resguardo*, no qual era poupada em relação a um confronto imediato com a realidade. A prioridade nos cuidados se colocava na relação que ela estava estabelecendo com o bebê e havia toda uma estrutura familiar que se organizava no sentido de proteger a mãe e seu bebê.

Esse período em que a mulher era poupada para poder cuidar do bebê funcionava como um momento para que ela pudesse falar e ouvir a respeito de outras experiências familiares, remetendo-se a outras mulheres e mães que estavam a seu redor. O tempo dedicado ao *resguardo* permitia à mulher receber o seu bebê e ir constituindo sua função materna.

Atualmente a mulher fica muito desamparada diante do parto e de um bebê que depende totalmente dela. Observa-se que ela não sabe como responder aos apelos de seu filho e não tem a quem recorrer. Existe uma equipe de saúde a seu redor, que encara as dificuldades como naturais mas não consegue responder aos pedidos de ajuda desta mãe. Os profissionais acabam encarando a situação dentro do que se convenciona assumir como normalidade, o que dificulta a possibilidade de questionamentos e falas que poderiam ajudar a mãe a encontrar caminhos dentro de uma situação às vezes muito assustadora.

Estamos diante de uma realidade em que as mulheres se sentem cada vez mais inseguras e despreparadas em relação à maternagem, pois estão confrontadas com um número crescente de responsabilidades e terminam por não saber qual o lugar do bebê e da maternidade em suas vidas. Diante dessa realidade, depois do parto as mães se veem solitárias, pois não há uma rede de apoio possível, cria-se um distanciamento em relação às famílias estendidas e os profissionais não sabem como abrir espaços de interlocução com essas mulheres em desamparo.

Hoje trona-se cada vez mais difícil às pessoas poderem viver uma experiência. O mundo apresenta uma temporalidade cada vez mais acelerada, resultando disso um isolamento no qual as pessoas não conseguem estabelecer uma comunicação significativa. Há um sentimento do não pertencer, em que as pessoas não se sentem inseridas em nenhum grupo. “O tempo da experiência é o da duração e o da demora, possibilitando o convívio.” (SAFRA, 2006; p. 25).

Na experiência de nascimento o que se passa é que a mulher irá se confrontar com um bebê desconhecido e com uma função materna que ela terá que desempenhar. Esta é uma situação que de fato demanda tempo e disponibilidade para que aconteçam encontros que

possam se mostrar como significativos para esta mulher, permitindo que ela possa ir construindo sua própria maternidade, algo que diz respeito a ela, às relações que foi podendo estabelecer ao longo de sua história, a este bebê e suas especificidades e ao tipo de sustentação que ela vai ou não conseguir dar ao bebê, neste início de vida.

Quando o bebê nasce parece haver uma necessidade de que tudo aconteça de forma rápida, eliminando-se a dor e o sofrimento. O mais comum é que, quando a gestação chega ao fim e a mulher tem que se defrontar com o parto e depois com o bebê, tudo acaba sendo muito rápido e não há tempo nem espaço para que ela se aproprie desta experiência e do bebê. Na instituição hospitalar não há um acolhimento e cada vez a mulher encontra menos espaço para compartilhar esta experiência, findando por sentir-se muito solitária e com um bebê que ela precisa conhecer e reconhecer para poder cuidar.

Quando o bebê nasce pré-termo e precisa ficar internado a situação se coloca de forma ainda mais difícil, pois há uma separação logo ao nascimento e tanto a mãe quanto o bebê ficam privados de um encontro que poderia possibilitar algum contato. A equipe de saúde encara o primeiro momento como de urgência, dispensando todos os cuidados necessários para que o bebê sobreviva. A mãe é colocada em segundo plano, são discutidos com ela todos os problemas que a situação envolve e, inclusive, a possibilidade de morte do bebê. Neste primeiro momento não há falas que confortem a mãe. Em relação ao bebê, o que se dá é que ele acaba ficando isolado em sua incubadora, sofrendo muitas manipulações, mas tendo poucos contatos significativos que lhe permitam o encontro com as pessoas que estão a sua volta.

No serviço de Obstetrícia e Berçário do Instituto Central do Hospital das Clínicas os estudos a respeito do psiquismo fetal e neonatal são pouco considerados. O recém-nascido pré-termo é visto como um ser imaturo e em perigo e são realizados todos os esforços para salvar a vida destes bebês. Mas pouca atenção é dada a sua capacidade enquanto ser relacional que precisa do Outro para poder se constituir e desenvolver.

V – SOBRE A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO E O NASCIMENTO DO BEBÊ PRÉ-TERMO EXTREMO

A terra para chegar à primavera mudou três vezes de estação....
Milton Nascimento

Será sempre importante considerar que há uma relação que se estabelece entre a família e seu bebê. Segundo Szejer (1997), quando um homem e uma mulher se encontram e concebem uma criança há um encontro de duas linhagens. Cada linhagem tem sua história, com ditos e não ditos que irão perpassar a história desta criança desde o início. Fala de um *banho de linguagem* e que vai ser através das palavras dos pais que a criança irá se constituindo, mesmo antes da concepção propriamente dita.

Quando a mulher se vê diante da confirmação de uma gestação, confronta-se com uma ambivalência em que os sentimentos de aceitação e rejeição em relação à situação e ao bebê se alternam.

A gestação normal é considerada uma transição na vida da mulher, uma vez que implica mudanças que a atingem nos aspectos fisiológico, psicológico e social. A gestante pode experimentar uma ampla variedade de emoções que, em geral, estão associadas a uma intensa ansiedade que se instala principalmente no início da gestação. A mulher com diagnóstico de gestação de risco tem intensificada a sua ambivalência, o que traz maiores dificuldades de adaptação emocional. Os medos em relação a si própria e a seu filho se colocam como um obstáculo para o caminho que ela terá de trilhar ao longo dos diferentes momentos da gravidez. Se na gestação normal a mulher terá que enfrentar uma série de ajustes, a gestação considerada de risco representará um desafio muito maior em termos de adaptações, tanto para a mulher como para seus familiares. (TEDESCO, 1997).

Os intensos cuidados médicos dispensados às gestantes de risco têm diminuído consideravelmente o índice de mortalidade materna e perinatal, mas, em contrapartida, tem-se observado que os excessivos cuidados físicos acabam gerando distúrbios psicossociais. As várias internações e o repouso no leito, apesar de melhorarem o prognóstico clínico tanto da mãe quanto do feto, acabam representando um desafio adaptativo para a gestante em sua vida emocional, conjugal e familiar. A internação, em geral, aumenta o caráter regressivo da gravidez e sentimentos negativos como culpa, censura e falha surgem com maior intensidade,

o que pode complicar a evolução da gestação. Toda esta situação pode acentuar os sentimentos de ambivalência em relação ao feto (TEDESCO,1997).

Ao longo do acompanhamento pré-natal na Clínica Obstétrica do Instituto Central do Hospital das Clínicas as mulheres estão sob a vigilância dos cuidados médicos, mas recebem pouco acompanhamento psicológico. Várias situações se colocam: algumas são encaminhadas, mas não conseguem procurar o serviço de psicologia; outras não são encaminhadas e poderíamos dizer que poucas são as que têm um acompanhamento efetivo, que favoreça o contato com a situação de risco e possibilite lidar com o vínculo da mãe com a gravidez, com o bebê e toda a ameaça que os envolve.

Diante da dicotomia entre somático e psíquico, que se dá em relação ao atendimento as estas gestantes, o foco é colocado no somático. Prevalece a idéia de que se houver um cuidado clínico que cerque as patologias a situação estará resolvida. Desse modo, acaba havendo pouco espaço para que as dificuldades e angústias apareçam e possam ser acolhidas, faladas e trabalhadas.

Poucas são as mulheres acompanhadas durante a gestação, em relação aos casos atendidos neste estudo, nenhuma delas havia sido atendida antes do parto. Esta é uma situação que precisa ser trabalhada, na medida em que a possibilidade de ter um suporte psicológico durante a gestação poderia favorecer um maior contato e entendimento em relação à situação de risco e ao vínculo mãe-bebê.

O parto pré-termo invariavelmente acontece por causa de algum tipo de problema ao longo ou no final da gestação. Estas complicações, em certos casos, podem ser tratadas adiando o momento do parto. Em outros casos, a interrupção da gestação é a única possibilidade de vida para o bebê e/ou a mãe.

Diante do nascimento prematuro, pais e bebê inicialmente ficam impedidos em relação a um encontro que fica suspenso e ameaçado por uma possibilidade de morte do bebê. O parto pré-termo está permeado pela urgência, o bebê nasce bastante prematuro e sobre esta realidade paira um fantasma, gerando-se um trauma.

De acordo com Agman, Druon & Frichet (1999):

> O Trauma, lembremos, é um evento que, em função de sua intensidade afetiva, ultrapassa as capacidades do sujeito responder a ele adequadamente e pode, então, provocar efeitos patológicos duráveis. Um evento é tanto mais traumático quanto mais ancorado estiver na fantasia. (AGMAN, DRUON& FRICHET,1999, p. 18).

A separação que acontece com o parto se apresenta como uma situação com a qual a família terá de lidar, pois este bebê vai para a UTIN e todo o contato dos pais com o recém-nascido terá que ser intermediado pela equipe de saúde.

Na situação de prematuridade os pais se confrontam com um bebê muito imaturo, mas que precisa estabelecer contatos. No início da vida ele está ligado a vários aparelhos e depende da equipe de saúde para ser mantido vivo. Neste contexto a família acaba sendo colocada em um lugar secundário no que diz respeito aos cuidados com o bebê, o que não favorece uma identificação da mãe com seu filho. Na verdade, toda a aproximação e os primeiros contatos estarão dificultados, uma vez que a mãe se deparara com um bebê frágil que corre risco de vida. Esta situação se coloca de forma bastante complicada para a mulher que terá de buscar caminhos para se aproximar do bebê, que se apresenta como um "estranho" e a coloca diante de sua própria estranheza, uma vez que é difícil se reconhecer enquanto mãe de um bebê que ela não pode cuidar e que corre risco de vida.

Quando o bebê nasce pré-termo a mãe se vê tomada por angústias muito intensas. Privada da experiência de ser mãe, vê confirmados seus temores de ser uma mãe má, que não pode carregar seu filho, pois lhe deu uma vida frágil demais. A mãe fica impedida em relação aos contatos e acaba sendo difícil investir em um filho visto como estranho. Confrontada com a sensação de impotência e fracasso, ela se vê impossibilitada de dar ao bebê os cuidados que ele exige (SANCHES, 2005).

Segundo Mathelin (1999), vida e morte se colocam desde o nascimento. Esta é uma realidade com a qual todos os pais se defrontam, mas a situação é amenizada quando, no parto a termo, tudo corre bem e os pais ganham um bebê que os gratifica. Isto não acontece no parto pré-termo, pois ali os pais se veem ante a situação traumática de um parto inesperado e antecipado, que os confronta com um bebê que é pequeno e "frágil", precisando de muitos recursos e cuidados especializados para ser mantido vivo. Neste momento, é a morte que permeia as relações pais-bebê e, principalmente para a mãe, é muito difícil se

colocar como detentora de vida para o seu filho, pois este geralmente a assusta. Esta é uma situação que poderá inibir ou até impossibilitar as primeiras relações da mãe com o bebê.

Inicialmente se trava uma luta contra a morte, mas de que morte se trata, pois manter a vida do bebê com a ajuda de aparelhos e deixar de lado sua família e história é amputá-lo de algo essencial. Mathelin (1999) aponta que é imprescindível que ao reanimar o bebê possamos dar espaços para que o discurso que o anima se mostre, precisamos possibilitar que a família diga a respeito do filho e da história que conseguiram ou não construir até o momento do nascimento.

Num primeiro momento um encontro entre mãe e filho é bastante assustador e a equipe de saúde precisa intermediar estes primeiros contatos. Quando cuida do recém-nascido, os profissionais poupam a mãe do confronto com aquele bebê que se apresenta como um desconhecido. Inicialmente, os pais têm muito receio de tocar e pegar o bebê, temem feri-lo e não se sentem capazes de cuidar de um ser que se apresenta como muito frágil. Para atravessar este início da vida e possibilitar um encontro entre os pais e seu bebê, será essencial retomar a história desta família na tentativa de encontrar algum sentido para tal experiência.

Embora muito se tenha avançado em relação à importância atribuída aos contatos iniciais da mãe com seu bebê, para a constituição e desenvolvimento da criança, e se haja abordado cada vez mais a questão da humanização aos cuidados neonatais, ainda surgem numerosas questões impeditivas quando o bebê nasce muito prematuro ou com algum tipo de problema. As famílias não encontram acolhimento na fala da equipe que assume uma postura receosa, uma vez considera as muitas incertezas que envolvem o caso.

Faria (2001) destaca o quanto que diante do nascimento do bebês com Síndrome de Down, a equipe de saúde tem muita dificuldade de lidar com a situação e acaba se precipitando em relação ao momento e a forma de dar a notícia à família, deixando de lado as necessidades do bebê e seus pais no que diz respeito às possibilidades de encontro logo após o parto. Em alguma medida algo semelhante se apresenta em relação ao confronto com os bebês pré-termo extremo que são separados dos pais ao nascimento.

Cunha (2004) ressalta que o problema da separação entre a família e o bebê ainda não foi satisfatoriamente resolvido, e que durante o período de internação na UTIN os cuidados da mãe são colocados em segundo plano, diante de todo o investimento técnico-cientifico realizado em relação a estes bebês pré-termo extremos.

Em sua pesquisa, Padovani et al (2004) destacam a importância de avaliar e oferecer tratamento psicológico às mães de bebês pré-termo, principalmente durante a internação do bebê, uma vez que foi possível constatar que durante a internação as mães apresentam escores indicativos de sintomas clínicos de ansiedade e depressão.

Vizziello et al (2001) abordam a questão das representações maternas, o apego e o desenvolvimento no que diz respeito ao bebê pré-termo. Fazem um estudo longitudinal, em que acompanham os bebês e suas mães desde o nascimento até os 12 meses de *idade corrigida*[3] para prematuridade, comparam o desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e a termo.

As conclusões desta investigação mostram diferenças importantes no tipo de apego materno entre os bebês nascidos pré-termo e os demais. Os autores consideram que as mães dos bebês pré-termo apresentam um tipo de apego desorganizado, uma vez que a situação de prematuridade constitui um trauma para a mãe, que pode ter um efeito de desorganização da personalidade.

Na referida pesquisa aponta-se que idade gestacional e peso ao nascer não têm uma influência significativa, no que diz respeito a um desenvolvimento harmônico. Variáveis de personalidade da mãe, como a ansiedade, são relatadas como um fator importante para a falta de harmonia dos bebês pré-termo**.** Em minha experiência, questiono o fato da evolução do bebê pré-termo extremo ser muito diferente de acordo com a idade gestacional e mesmo o peso ao nascimento, e o quanto isto parece influenciar no tipo de contato que a mãe vai estabelecendo com o bebê.

Ao longo do trabalho com as mães, é preciso salientar que os bebês que nascem menores podem apresentar um número maior de intercorrências e acabam tendo uma internação prolongada na UTIN. Há um confronto com o risco constante de morte. Penso que esta situação pode ser significativa e marcante para o tipo de relacionamento e apego que se estabelecerá, pois a mãe estará mais exposta à angústia de morte.

O que tenho podido perceber em meus atendimentos com as mães de bebês pré-termo extremo é que elas vão desenvolvendo formas de contato com o bebê que dizem respeito à dinâmica de relacionamento que vai se estabelecendo durante a internação. Isto se relaciona a alguns pontos como a história da mãe e do casal e as características do bebê. É importante

---

[3] Após o nascimento, será feita uma contagem das semanas até que o bebê complete 40 semanas, idade em que ele nasceria a termo. Este passa a ser o marco zero no que diz respeito às expectativas em relação ao desenvolvimento do bebê.

destacar que o que esta mulher vai ouvir dos profissionais a respeito do seu bebê durante a gestação e no início da vida do seu filho acaba sendo muito significativo, no que se refere às expectativas.

É possível afirmar que toda a experiência de descontinuidade vivida na UTIN, por um tempo muito prolongado, compromete o contato que o bebê vai estabelecendo com o mundo ao seu redor. Observa-se que durante a internação a mãe vai tentando se adequar às formas de relacionamento que o bebê vai apresentando e acaba respondendo muitas vezes de forma agitada e desorganizada, mantendo um ciclo de descontinuidade e desorganização para o bebê.

Carvalho (2001) em sua pesquisa sugere que as crianças pré-termo de muito baixo peso, mesmo enfrentando condições de nascimento adversas e dificuldades iniciais em seu desenvolvimento, não parecem ter comprometido significativamente na média meninice o processo de desenvolvimento e aprendizagem, quando comparadas com as crianças do grupo controle, bebês nascidos a termo e com peso adequado. Por outro lado, aponta que há indícios de problemas de comportamento, quando comparadas com o grupo controle. Para esta autora, com relação aos problemas encontrados no grupo de crianças nascidas pré-termo, pode-se observar que fatores ambientais e não apenas a vulnerabilidade neonatal podem estar potencializando o risco perinatal.

Na internação do bebê, seria muito importante que pudéssemos proporcionar uma situação de acolhimento *(holding)* para os pais, para que eles aos poucos conseguissem ir se apropriando de uma situação tão inesperada e caótica, na tentativa de encontrar um sentido nesta experiência.

> Winnicott designa pelo termo *holding* o conjunto de cuidados dados pela mãe à criança para responder a suas necessidades fisiológicas, especificadas segundo sua própria sensibilidade tátil, auditiva, visual, sua sensibilidade à queda, e se adaptar às mudanças físicas e psicológicas da criança. O *holding* tem então como função essencial evitar para a criança a necessidade de reagir e de interromper por isto a continuidade do existir. (BOUKOBZA, 1997, p. 90)

O que se passa é que antes do nascimento o bebê já é falado pelos pais e, quando o parto se dá dentro do esperado, este bebê continua a ser falado e as situações irão transcorrer

dentro de uma continuidade. Quando nos deparamos com a situação de prematuridade nos vemos confrontados com uma descontinuidade da experiência, tanto para mãe como para o seu bebê.

Na Clínica de Winnicott, uma das noções fundamentais é a de que não existe o bebê sem sua mãe, o que equivale dizer que não existe homem sem o seu ambiente, não existe corpo sem seu psiquismo. A experiência psíquica é um continuum e se isto for interrompido por alguma razão há um desarranjo que pode ser recuperado, mas também pode significar uma ruptura de proporções catastróficas. (MARQUES, 2008)

Em relação aos primeiros relacionamentos a vivência de continuidade é muito importante para o bebê, neste sentido destaco a fala de Mota e Rosa: "estas experiências de encontro, renovadas constantemente pela dupla mãe-bebê, alicerçam a crença do bebê na capacidade de criar a experiência de satisfação" (ROSA, J. T e MOTTA, I. F., p. 33).

Diante da descontinuidade vivida pelo bebê prematuro é preciso que cuidemos para que ele não seja submetido a rupturas muito intensas, que o colocariam em contato com uma angústia de aniquilamento que é descrita em (WINNICOTT, 1994, p.88) como:

> ser feito em pedaços
> cair para sempre
> morrer e morrer e morrer
> perder todos os vestígios de esperança de renovação de contatos

A angústia de aniquilamento é o grande risco quando cuidamos destes bebês tão imaturos e que acabam sendo submetidos a tantos procedimentos. A situação de prematuridade é caracterizada por uma falta de contato humano e o bebê é deixado a sós com seus próprios recursos, quando isto ainda não é possível para ele. O bebê acaba submetido a situações que podem levá-lo muito mais para aspectos relacionados à morte do que para uma perspectiva de relacionamento humano, essencial como aliado no que se refere à perspectiva de vida.

Ao longo dos últimos vinte anos houve uma sofisticação dos recursos tecnológicos, o que tem diminuído cada vez mais os limites de viabilidade para os bebês pré-termo extremo. Estes nascem com idade gestacional cada vez menor e mais imaturos para a vida fora do útero.

O bebê pré-termo extremo apresenta poucas possibilidades de interação com o ambiente e no primeiro momento vai para a UTIN, pois exige muitos cuidados e requer uma internação prolongada. Num primeiro momento, será importante acolher os pais e orientá-los sobre as possibilidades de contato, para que o bebê não fique isolado e sujeito somente às manipulações da equipe de saúde, pois isto pode fazer com que ele vá se afastando do contato com o ambiente por não encontrar um apaziguamento para suas necessidades e desconfortos. (GOMES, 2001)

As possibilidades de interlocução com os pais é muito importante, pois a partir do momento que eles conseguem entender e transitar melhor dentro das situações, há melhores possibilidades de se colocarem como figuras de referência para seus bebês. Em relação ao trabalho com os pais Motta (2006) destaca os ganhos da orientação para os pais em diversas situações.

É importante que o bebê possa ter contatos significativos, o que só a família poderá propiciar, pois os contatos que a equipe realiza serão técnicos e muitas vezes invasivos, na medida em que se trata de procedimentos doloridos e que não irão respeitar os ritmos do bebê.

A apostila desenvolvida pelo Ministério da Saúde (2002) sobre o projeto mãe-canguru enfatiza o contato pele a pele entre a mãe e o RN pré-termo, e as disponibilidades, capacidades e sensibilidades do bebê prematuro. Frisa também a importância de uma preocupação constante em relação aos aspectos invasivos do ambiente de UTIN para o bebê prematuro. Neste sentido destaco algumas observações:

- Ao nascer o bebê encontra na UTIN um ambiente muito diferente do uterino e, em função de sua imaturidade, tem dificuldade de entrar em contato com o meio que o rodeia. Dentro da incubadora o RN pré-termo tenta encontrar limites, é importante fornecer a contenção para o corpo todo, sempre permitindo uma exploração manual do rosto e da boca. É fundamental individualizar os cuidados respeitando as capacidades do bebê, mantendo um equilíbrio entre contenção e exploração.
- Em relação aos cuidados dentro de uma UTIN é preciso tentar adequar os contatos aos ritmos do bebê. Durante um procedimento invasivo é importante entender as pistas fisiológicas e comportamentais do bebê, sempre tendo o

cuidado de acamá-lo ao final da intervenção, na tentativa de que ele recupere sua organização.

- O bebê pré-termo é mais sensível à dor do que o RN a termo. Isto se dá pela plena capacidade de percepção e a pouca capacidade de inibição da dor. As reações à dor são variadas, desde expressões faciais e choro até respostas fisiológicas. Nestas situações é importante consolar o bebê e os procedimentos vistos como os mais indicados são o enrolamento do bebê antes da intervenção dolorosa e o contato pele a pele.
- É importante cuidar da excessiva estimulação auditiva e visual do pré-termo durante a internação na UTIN, pois esta situação pode comprometer o desenvolvimento destas capacidades do bebê (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Todos os cuidados apontados são importantes, na tentativa de lidar com as experiências de descontinuidade vividas pelo bebê pré-termo durante sua internação na UTIN, já que isto pode influir negativamente nas suas possibilidades de contato com o ambiente e no seu desenvolvimento psíquico e neurológico.

VI - OBJETIVO E METODOLOGIA

1. Objetivo

O presente estudo tem como objetivos:

a) Compreender quais as implicações das intervenções realizadas pela equipe de saúde no que se refere às vivências, conflitos psíquicos e perturbações da relação pais-bebê precocemente interrompida.

b) Investigar de que forma as intervenções da equipe de saúde favorecem ou não uma aproximação e contato da mãe com o bebê pré-termo, nos diferentes momentos da internação.

2. Metodologia

Trata-se de uma investigação clínica que utiliza uma metodologia qualitativa. Considerando que esta forma de fazer ciência apresenta uma epistemologia específica, na qual a investigação é construída dentro do fenômeno estudado, partindo do principio de que a própria investigação interfere no objeto a ser investigado. Assim, considera-se que na pesquisa qualitativa uma investigação clínica não tem a pretensão de uma averiguação direta dos resultados e conclusões, não visando exclusivamente explicar ou apontar para um sentido da realidade, do fenômeno ou processo estudado.

Desta forma, as pesquisas qualitativas voltam-se para a compreensão do significado das situações, ações e interações complexas em seu contexto, procurando do ponto de vista do sujeito uma compreensão global do fenômeno. Ao fornecerem informações a respeito da associação entre o dado e o contexto no qual está inserido, propiciam uma melhor compreensão dos fenômenos humanos, levando em consideração seus significados e intenções. (GUBA, LINCOLN,1994)

Neste estudo trabalho com três entrevistas individuais semidirigidas para cada caso. As entrevistas foram realizadas em três momentos diferentes do período de internação do bebê pré-termo (roteiro das entrevistas no apêndice B). São eles:

- **1º momento - Contatos iniciais com o bebê na UTI** - Neste início da internação os pais estão em contato com uma situação bastante difícil, em que há um risco de perda, o que gera uma grande angústia para a família, podendo dificultar as primeiras relações com o bebê;
- **2º momento - Possibilidade de o bebê começar a mamar** - Este é o momento em que a mãe pode realmente assumir mais os cuidados com o seu filho, sem precisar tanto da intermediação dos profissionais;
- **3º momento - Alta do bebê -** É um momento desejado e ao mesmo tempo temido pela mãe, em que terá que assumir a responsabilidade por todos os cuidados, sem ter mais a intermediação dos profissionais que estiveram presentes desde o momento do nascimento.

Estes momentos foram escolhidos, considerando que em minha prática profissional foram se mostrando como importantes e significativos ao longo da internação do bebê, por implicarem em situações de transição para a dupla mãe-bebê. Não há uma expectativa de generalizar para um contexto mais amplo, mas de refletir sobre a situação de prematuridade extrema de forma contextualizada e particularizada.

2.1. Aspectos Éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Conselho do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 28/06/2005, parecer CPE-466/37/2005 (em anexo).

No momento em que foi feito o convite à participação nesta pesquisa e elas concordaram, li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice C) que explica a pesquisa, seus objetivos e procedimentos, além de aspectos éticos. Enfatizei o fato de que elas tinham a opção de participar ou não da pesquisa e que uma recusa não influiria no atendimento recebido durante a internação do bebê, inclusive no que diz respeito a um acompanhamento psicológico.

Além de serem entrevistadas, estas mulheres foram acompanhadas em atendimento individual semanal, durante todo o período de internação do bebê, pois, de acordo com os preceitos éticos, uma vez que as entrevistas mobilizam angústias e sou a única psicóloga do setor, foi oferecida a possibilidade de atendimento a estas mães e todas aceitaram. Os nomes

utilizados são fictícios, para manter o anonimato em relação à identidade dos participantes da pesquisa.

2.2. Caracterização da população estudada

Foram selecionados dez casos de bebês que se encontravam internados na UTIN no período de outubro de 2005 a junho de 2006, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, previamente definidos:

- Como critério de inclusão foram considerados: a) a prematuridade extrema do bebê e b) que permanecesse as primeiras semanas de vida internado na UTI neonatal.
- Os critérios de exclusão foram: a) o bebê ser gemelar; b) portador de alguma síndrome ou malformação; c) a mãe apresentar algum problema psiquiátrico; e d) o bebê permanecer em estado muito grave a ponto de inviabilizar a apresentação da pesquisa para os pais. Considerei a relevância destas circunstâncias, na medida em que poderia haver uma interferência no que se refere ao vínculo da mãe com o bebê ou mesmo na sua relação com a equipe durante a internação.

A idade das mulheres variou de 27 a 44 anos, conforme podemos observar no **Quadro 1**, abaixo. Nove dessas mulheres são casadas ou vivem com um companheiro, somente uma estava separada e vivia sozinha no momento da internação do bebê. No que se refere à ocupação profissional, em sua maioria exercem atividades que estão ligadas aos cuidados com a casa.

Quadro 1 –Participantes - mães dos bebês pré-termo internados

Nome	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Profissão
ROSA Caso1	37	casada	superior	professora
MARA Caso2	42	casada	Fundamental incompleto	empregada doméstica
VERA Caso3	31	separada	Fundamental completo	vendedora
ALICE Caso4	35	casada	Fundamental incompleto	cozinheira

CARLA Caso5	27	casada	Fundamental incompleto	do lar
ELENA Caso 6	43	amasiada	Médio incompleto	desempregada
ELIANE Caso7	28	casada	Fundamental incompleto	desempregada
ELSA Caso8	34	casada	Fundamental completo	do lar
EDNA Caso9	44	amasiada	Fundamental incompleto	empregada doméstica
ALINE Caso10	37	casada	Fundamental incompleto	do lar

Para visualizarmos algumas características em comum deste grupo de mulheres, apresento dados no **quadro 2**. Sete mulheres acompanharam o pré-natal neste serviço, três foram encaminhadas no final da gestação ou no momento do parto em virtude de um diagnóstico de gestação de risco. No que se refere à paridade, somente em um dos casos a mulher era primigesta, todas as outras nove mulheres já tinham gestações anteriores, mas duas delas não tinham filhos vivos. Esta é uma situação frequente neste serviço, que é referência para o atendimento de gestantes de risco, pois para ele acabam sendo encaminhados vários casos de mulheres com abortos recorrentes, sem ter conseguido determinar alguma causa. Quanto às complicações que levaram ao parto pré-termo, sete mulheres tiveram hipertensão, o que provocou a interrupção da gestação Em dois dos casos os partos aconteceram em função de trabalho de parto prematuro sem causa determinada. Num dos casos o parto foi antecipado por um problema relacionado ao hipotiroidismo. Em função da prematuridade extrema a via de parto escolhida é prioritariamente operatória (Cesareo). Nos dois casos em que o parto aconteceu por via baixa (Normal), a razão foi não ter sido possível realizar o parto operatório, em função de um trabalho de parto adiantado. A idade gestacional variou de 26 a 30 semanas.

Quadro 2 – Dados da gestação e parto classificados de acordo com a idade gestacional

Nome	**Paridade**	**Pré-natal**	**Complicações**	**Parto**	**Idade Gestacional**
CARLA Caso5	3 gestações (1 aborto)	Neste serviço	Trabalho de parto prematuro	Normal	26 semanas
ALICE Caso4	5 gestações (2 abortos e 1 natimorto)	Neste serviço	hipertensão	Cesário	28 semanas
ELENA Caso 6	8 gestações (5 abortos e 1 natimorto)	Neste serviço	hipertensão	Cesário	28 semanas

ELIANE Caso7	4 gestações	Outro serviço	hipertensão	Cesário	28 semanas
EDNA Caso9	5 gestações (1 aborto)	Neste serviço	hipertensão	Normal	28 semanas
ALINE Caso10	3 gestações (1 aborto e 1 óbito RN)	Neste serviço	hipotiroidismo	Cesário	28 semanas
ROSA Caso1	1 gestação	Outro serviço	hipertensão	Cesário	29 semanas
MARA Caso2	2 gestações	Outro serviço	Trabalho de parto prematuro	Cesário	29 semanas
VERA Caso3	2 gestações	Neste serviço	hipertensão	Cesário	29 semanas
ELSA Caso8	2 gestações (1 óbito RN)	Neste serviço	hipertensão	Cesário	30 semanas

No que se refere aos bebês, conforme podemos observar no **Quadro 3**, abaixo, nasceram seis meninas e quatro meninos. A idade gestacional ao nascimento variou de 26 a 30 semanas, com uma prevalência de 28 semanas. Podemos observar uma variação grande de peso, uma vez que na faixa de 28 semanas de gestação o menor pesou 640 gramas e o maior 910 gramas.

Quadro 3 – Dados dos bebês pré-termo classificados de acordo com o peso ao nascimento

Nome	**Sexo**	**Idade gestacional**	**Peso**	**Tempo de internação**
Caso9 - Sabrina	feminino	28 semanas	640 gramas	44 dias (óbito)
Caso4 - Paulo	masculino	28 semanas	690 gramas	134 dias
Caso6 - Lara	feminino	28 semanas	750 gramas	30 dias (óbito)
Caso5 - Marcela	feminino	26 semanas	790 gramas	136 dias
Caso10 - Peter	masculino	28 semanas	910 gramas	54 dias (óbito)
Caso3 - Marta	feminino	29 semanas	1030 gramas	64 dias (óbito)
Caso2 - Vivian	feminino	29 semanas	1250 gramas	70 dias
Caso1 - Marcelo	masculino	29 semanas	1280 gramas	53 dias
Caso7 - Lia	feminino	28 semanas	1370 gramas	64 dias
Caso8 - Sérgio	masculino	30 semanas	1470 gramas	43 dias (óbito)

Fazendo um levantamento neste Berçário acerca do número de nascimentos e óbitos no ano de 2006, pude constatar que o índice de óbitos nesta faixa de prematuridade extrema foi de 52%. Trata-se de um índice considerado muito alto e tal situação ocorreu em virtude de um problema com infecção hospitalar no ano de 2006[4].

2.3. Procedimentos

- **Procedimento de coleta de dados**

As primeiras entrevistas foram realizadas durante o primeiro mês de vida do bebê. Um dos critérios foi o de que o bebê ainda estivesse internado na UTIN, pois a família estaria vivendo uma situação de gravidade no estado do bebê que remeteria a possibilidade de morte, o que é uma vivência bastante significativa nestes casos e uma questão de grande relevância para este trabalho.

Em cinco dos dez casos não foi possível concluir as três entrevistas. Nos demais foram realizados somente a primeira entrevista e alguns atendimentos, uma vez que os bebês faleceram.

Optei por não realizar a primeira entrevista durante a internação da mãe, os primeiros dois dias após o parto, pois neste momento elas estão envolvidas em uma situação traumática, já que se confrontam com um parto antecipado e um bebê que foge completamente a qualquer tipo de expectativa que pudessem ter. O RN pré-termo extremo é muito pequeno e inicialmente está em condições instáveis, precisando de todo um aparato de alta tecnicidade para manter sua vida. Mesmo que esta situação seja prevista, é muito perturbadora e angustiante para as mães.

Estabelecido o primeiro contato com estas mulheres e a partir do seu consentimento em participar da pesquisa, foi realizada a primeira entrevista e elas foram seguidas em atendimentos semanais. As demais entrevistas foram realizadas quando o bebê atingia os momentos acima descritos. Nos casos atendidos na pesquisa fui ao encontro das mulheres e ofereci o atendimento. Esta é uma questão importante quando pensamos na intervenção

---

[4] Nesta pesquisa dos dez casos, somente cinco sobreviveram. Em alguns momentos tive o receio de que esta situação inviabilizaria todo o trabalho. Isto não aconteceu, pois com os dados colhidos foi possível discutir mais a respeito da relação da mãe com a equipe de saúde na situação de prematuridade. Apesar da amplificação da situação de morte do bebê, esta se coloca de forma bastante significativa, no que diz respeito aos cuidados com estes bebês.

psicológica e, sendo assim, todas as vezes em que cheguei ao setor para atendê-las sempre me preocupei em oferecer o atendimento como uma possibilidade que elas poderiam aceitar ou não. Nos contatos com estas mulheres, há sempre a perspectiva de deixar claro que o atendimento não se coloca como mais um procedimento ao qual elas precisam se submeter, e sim como uma possibilidade de pensar e falar mais a respeito da situação que estão enfrentando, e que isto só poderia acontecer a partir do desejo delas em relação a esta possibilidade.

As entrevistas e os atendimentos foram registrados imediatamente após a sua realização. Esses registros se deram a partir da escuta da psicóloga/entrevistadora, com o cuidado de manter a fala das mulheres, tendo como foco os objetivos da pesquisa.

- **Procedimento de análise e discussão de dados**

Ao termino da realização de todas as entrevistas e atendimentos, fiz várias leituras tentando encontrar o melhor caminho para a realização da análise e discussão dos dados. Em seguida, realizei um levantamento dos temas recorrentes ao longo de cada entrevista, mantendo o foco nos objetivos da pesquisa.

Para a explicitação dos resultados optei por uma discussão clinica de três casos, por considerá-los exemplares no que se refere às vivencias enfrentadas durante a internação pelos bebês, pais e equipe de saúde na situação de prematuridade extrema.

A discussão clínica fundamenta-se na perspectiva da teoria psicanalítica, principalmente num referencial winnicotiano. Realizo uma reflexão a respeito das vivências e conflitos atravessados pela mãe nos diversos momentos da internação do bebê. Não pretendo generalizar para um contexto mais amplo, mas procuro pensar e discutir as situações de forma particularizada e contextualizada.

VII - DISCUSSÃO

Ocupar um lugar no mundo é ocupar um lugar na vida de outro. Somente a partir desta experiência é que o olhar poderá se voltar para o mundo com curiosidade e desejo.

Gilberto Safra

O início da vida do bebê é muito difícil tanto para os pais quanto para os profissionais envolvidos em sua assistência, pois confronta a todos com dificuldades que envolvem vida e morte. Pais e equipe precisam investir muita energia e esforço em um bebê instável, que requer muitos cuidados, não havendo inicialmente garantias em relação ao sucesso desse investimento. O bebê vive uma situação caótica e os primeiros dias são de expectativa, pois além dos cuidados que ele necessitará é preciso ver como irá reagir a tantos procedimentos.

Os médicos neonatologistas têm um primeiro contato com a mãe na sala de parto, mostram o bebê, mas quase não falam a respeito de suas condições. Uma questão importante que se coloca é que esta equipe de saúde não procura a mãe depois do momento do parto para conversar sobre as condições do bebê. Estas mulheres ficam sem notícias dos filhos até que o pai ou elas possam ir até o setor. A primeira conversa pode demorar um pouco para acontecer, pois depende das possibilidades e impossibilidades que os pais vão apresentar para se dirigir até o Berçário, procurar a equipe e falar a respeito do que se passa. Não há uma rotina de conversas diárias com as famílias.

Nestes casos, nas primeiras conversas que a equipe tem com os pais, aponta-se este período inicial da vida como o mais crítico e destaca-se a possibilidade de morte do bebê. Os cuidados técnicos irão prevalecer, havendo dificuldade de proporcionar um ambiente mais acolhedor em que se pudesse ir contando ao bebê e sua mãe um pouco do que está se passando.

Durante o período de internação na UTIN é a equipe quem sabe a respeito do bebê e realiza os cuidados. Seria importante que com o passar dos dias os profissionais pudessem ir incluindo a mãe, para que aos poucos ela fosse retomando seu lugar junto ao filho. O que ocorre neste serviço é que há uma demora até que se possa abrir um espaço efetivo para a participação da mãe.

Diante da situação de prematuridade extrema, verifica-se que a função ambiente é realizada, em grande parte, pela equipe. São os profissionais que recebem e cuidam do bebê. Na primeira semana de vida do bebê há dificuldade em incluir a mãe nos cuidados.

Entendendo-se que o bebê é totalmente dependente do ambiente que o circunda, ele só poderá sobreviver a tantas situações difíceis e intrusivas se pudermos ir lidando com os aspectos de descontinuidade vividos após o nascimento. O ambiente precisa ter aspectos acolhedores e significativos, que só poderão ser proporcionados pela mãe. Quando me refiro à mãe estou pensando na família, pois a presença do pai como aquele que irá sustentar a mãe durante este período de internação será muito importante.

O confronto diário com o inesperado, que envolve a morte de bebês, coloca esta equipe de saúde diante de um sofrimento muito intenso, ao qual ela tenta escapar. Como escapar de algo que é inerente a este trabalho? Para refletir mais a respeito desta situação será preciso investigar as relações que vão se estabelecendo entre os diversos envolvidos nos cuidados com o bebê. Estas relações não se colocam de forma linear, pois há uma relação de saber na qual, inicialmente, são os profissionais que detêm o conhecimento a respeito do bebê.

A possibilidade de morte é apresentada pela equipe aos pais, os profissionais travam combates e lutam incessantemente para afastá-la, mas efetivamente há pouco espaço para que se possa falar a respeito do medo da morte e de como tratá-la quando se coloca como inevitável. Cada vez que um bebê morre pouco se fala a respeito, tanto com os pais quanto entre os profissionais. Há uma tentativa de "apagar os vestígios de algo que não deveria ter acontecido", todos têm muita dificuldade de lidar com o sofrimento que advém da interrupção de uma vida que mal se iniciou. Esta equipe se confronta com a morte inúmeras vezes, mas tem muita dificuldade de conversar a respeito das repercussões que isto tem no cotidiano do trabalho.

Neste serviço há uma dificuldade em relação à interlocução com outras áreas, em especial com a psicologia, pois as conversas implicariam em um contato maior com o sofrimento das famílias e as suas repercussões em cada um de nós. Existe pouca disponibilidade para discutir as situações vividas neste cotidiano e isto fica ainda mais ressaltado quando se refere aos casos novos, pois há o receio de conhecer melhor o bebê e uma família que confronta sérios riscos. Diante disto, muitos cuidados e procedimentos são realizados, mas pouco se faz no sentido de receber e contar mais a respeito do que se passa para o bebê e sua família.

Seria importante que os profissionais não só acolhessem melhor a família, mas pudessem colocá-la em posição de destaque em relação ao bebê. Dentro desta equipe isto ainda não se evidencia, na medida em que o olhar e a fala dos pais são pouco considerados e

a família estendida (os avós e irmãos) nem sequer podem participar, durante a internação do bebê.

Pensando na mãe e no bebê prematuro, logo após o nascimento, seria importante que a equipe de saúde pudesse acolhê-los dentro do setor, explicitando aos poucos a situação de prematuridade e favorecendo algum contato físico, na tentativa de ir despertando a fala da mãe em relação a seu bebê, para que aos poucos ela pudesse ir contando, para ambos, um pouco da história deste nascimento, que se apresenta como muito conturbado e difícil de ser falado e significado. Neste sentido a equipe poderia estar lidando de forma mais efetiva com aspectos de descontinuidade, que estão presentes no cotidiano e colocam em risco a vida do bebê.

É certo que quando chega um recém-nascido prematuro extremo toda a equipe médica e de enfermagem se mobiliza para receber um bebê muito imaturo para a vida fora do útero materno, e empenha-se para encontrar a melhor forma de cuidar (a perspectiva de morte é uma constante em relação a estes casos). Em seguida todos ficam vigilantes para entender a evolução daquele recém-nascido que, se por um lado, é conhecido por ser mais um prematuro extremo, por outro é um desconhecido, pois tem uma evolução particular. Mas dentro da rotina de uma UTIN, principalmente quando o bebê está grave, os questionamentos da mãe muitas vezes não são compreendidos e suas solicitações chegam a parecer inadequadas, diante das tensões vividas pela equipe. Em alguns casos os profissionais discutem o entendimento da mãe em relação à gravidade da situação do bebê e temem pelo seu envolvimento. As mães, por sua vez, mesmo sendo informadas de todos os riscos que o bebê corre, interrogam sobre quando poderão amamentar. Nesta situação a expectativa de alimentar o filho aproxima a relação de algo conhecido e que traz perspectivas de vida. Neste momento crítico elas precisam muito acreditar que isto seja possível.

Em relação aos casos de prematuridade extrema a observação é imprescindível, pois cada bebê irá apresentar especificidades em sua evolução e por isso sempre irá impor um desafio para toda a equipe, que precisa se envolver para conseguir perceber as particularidades que vão se apresentando ao longo do caminho. Os profissionais terão que receber não só o bebê, mas também aos seus pais que chegam ao setor e se confrontam com uma situação completamente diferente de qualquer coisa que pudessem ter imaginado. Será preciso cuidar, contando a eles mais sobre seu bebê, enfatizando não só os riscos mas as possibilidades de vida, uma vez que a cada dia o bebê estará enfrentando grandes desafios para sobreviver e isto precisa ser destacado. Seria importante que a equipe de saúde fizesse a

função do pai no início da vida do bebê, dando sustentação a estas mães para que elas pudessem ir entendendo a situação de prematuridade, que é o que irá permitindo a elas conseguir se aproximar e entrar em contato com o bebê.

As famílias, por sua vez, logo após o nascimento se encontram diante de um bebê que tem um significado, mas que se apresenta muito frágil a qualquer tipo de aproximação e contato. Os pais são separados do filho desde o início, não conseguem se colocar enquanto fonte de vida e precisam delegar os cuidados em relação ao bebê a outros, a uma equipe de saúde que eles ainda não conhecem. Esta é uma circunstância complexa, uma vez que o ambiente, que deveria ser controlado pela mãe, não só foge ao seu controle como também em muitos momentos a exclui. Ela não tem os conhecimentos e condições necessárias para cuidar de um bebê que precisa de muitos cuidados especializados e corre risco de vida.

Percebo que nesta equipe ainda prevalece uma preocupação técnica, na qual é importante deixar claro os riscos em relação aos procedimentos. Termina-se por esquecer que a mãe precisa ter esperança para continuar acreditando nas possibilidades de seu filho. Subestima-se quanto este investimento é fundamental para que o bebê possa retornar de situações graves. Um aspecto importante em relação à sobrevivência ou não destes bebês está relacionado ao lugar que é dado ou não para esta criança, e o quanto uma fala de "saber" realizada pelo médico tem uma grande influencia sobre o imaginário da família e principalmente da mãe em relação a seu filho. As mães acabam tendo muitas conversas, antes e após o nascimento, em que são destacadas as possibilidades de morte de seu filho. Estas falas terão repercussões nas relações que estão se estabelecendo. Neste sentido, precisamos ter muito cuidado em relação ao que é dito para as mães e seus bebês, e seria importante realizarmos alguma intermediação que favoreça o encontro entre as partes.

A conversa entre a mãe e seu bebê, em geral, acontece naturalmente quando o bebê nasce bem. Há uma adaptação da mãe em relação às necessidades do seu bebê, o que Winnicott (1978) descreveu como "preocupação materna primária". Nos casos de prematuridade extrema o bebê é separado de sua mãe e colocado sob os cuidados da equipe e a mãe não tem a quem se dedicar. Nesta situação, a mãe pode ficar sem fala e será preciso que encontre um caminho em que vá conhecendo o bebê, até que possa reconhecê-lo como uma produção sua e consiga se colocar enquanto fonte de vida para a criança.

A experiência de contato e proximidade da díade mãe-bebê é imprescindível para o estabelecimento da relação. O bebê não pode existir sem o ambiente que o circunda e o quanto que é a mãe, aquela que poderá cumprir com esta função ambiente, uma vez que há

um preparo durante a gestação para que ela possa dedicar a este bebê que ocupa algum lugar dentro da família.

Diante das angústias que a situação de prematuridade desperta, as mães reagem de formas diversas. Em alguns momentos calam, em outros conversam com a equipe de saúde para saber mais a respeito de seus bebês. Mas, em geral, discutem pouco as falas e condutas, submetem-se e tentam passar despercebidas neste cotidiano assustador. Todas as mães que fizeram parte desta pesquisa estiveram sempre presentes ao longo da internação, conversavam com a equipe de saúde todos os dias, mas quase não perguntavam a respeito das condutas, ainda que em muitas situações permanecessem com dúvidas em relação às intervenções e procedimentos realizados.

Anteriormente ao parto, o que se passou é que, em geral, as mulheres tiveram uma gestação de risco e precisaram lidar com a possibilidade de morte do bebê em alguma situação. Em relação às mulheres atendidas nesta pesquisa, cinco precisaram ficar internadas antes de o bebê nascer e acabaram tendo que se confrontar com um monitoramento diário da gestação, via ultrassom. Nestas circunstâncias acabaram tendo várias conversas com os profissionais de saúde e os riscos em relação a vida do bebê foram destacados. Em alguns casos foram apontadas as chances de sobrevivência que variaram (de poucas chances até sessenta por cento), em dois casos foi colocado que as chances de sobrevivência eram mínimas.

Na situação de prematuridade, a possibilidade de morte do bebê é destacada pela equipe durante o pré-natal, no momento do parto e, em relação ao recém-nascido, nos primeiros dias de vida. Desse modo, diante da perspectiva de ter um parto prematuro a mulher se confronta com uma angústia muito intensa.

As falas que as mulheres vão ouvindo da equipe durante o pré-natal terão repercussões nas suas expectativas em relação ao momento do parto e aos primeiros contatos com o bebê. Todas as mulheres entrevistadas revelam um grande receio em relação ao parto, e referem-se à importância de poder ouvir o choro do bebê, que é significado como a manifestação de vida, que está sendo colocada em dúvida pela equipe de saúde. Dentre elas, somente duas não conseguiram ver o bebê no momento do parto, pois receberam anestesia geral em função de alguma complicação.

Atualmente, a equipe de saúde consegue entender melhor a importância da mãe ver seu bebê no momento do nascimento, principalmente quando envolve uma situação de risco. Existe toda uma urgência que precisa ser enfrentada, mas é necessário poder contemplar a

mãe não só com palavras, mas também com a possibilidade de olhar o seu bebê. A gravidez de risco acaba envolvendo muitas fantasias em relação à criança e, neste sentido, a possibilidade de ouvir o choro e ver o bebê, permite um contato que tranqüiliza a mãe.

Após o parto, as mulheres referem que a entrada no Berçário é difícil. Apontam que não haviam tido um contato prévio com a equipe, mas que conseguiram se deslocar até o setor para ver o bebê nos primeiros dois dias. Duas delas não conseguiram ver o bebê durante a primeira semana, por causa de complicações no parto que as impediram. Todas relatam que a primeira visita ao filho foi difícil e mencionam que acharam o bebê pequeno. Frente a esta situação os pais fazem algumas perguntas ou se retraem. Ambas as atitudes são difíceis, pois ou os profissionais se sentem confusos diante das dúvidas ou se percebem solitários em relação aos cuidados com o bebê, quando a família não comparece ou se coloca muito pouco.

A expectativa que tinha quando pensei esta pesquisa era a de que as mulheres, ao serem questionadas a respeito das intervenções da equipe de saúde, apresentariam algumas queixas quanto a uma falta de proximidade e dificuldade para conversar e perguntar mais a respeito de seus bebês. Esta problemática apareceu bem menos do que eu poderia supor. Inicialmente estas mulheres ficam muito impactadas com toda a situação e os riscos que as envolvem, e efetivamente apresentam dificuldade para questionar mais a respeito do que se passa com o bebê.

Nos atendimentos que realizei com as mães, em diversas oportunidades elas relatam que quando perguntam a respeito da situação do bebê alguns médicos lhes dizem que o bebê está *estável* e que não entendem exatamente o que isto quer dizer. Contam que muitas vezes procuram um segundo médico que lhes explique melhor o que está ocorrendo com seu filho.

O termo *estável* se apresenta de forma bastante ambígua tanto entre os profissionais como para os pais. Os pais se queixam de que este termo não diz muito a respeito do que está acontecendo com o bebê. Para a equipe, muitas vezes diz respeito a uma evolução muito lenta e difícil, em alguns casos o bebê permanece estável e em estado grave por um longo período. Parece haver uma tentativa de escapar do confronto com a complexidade que a situação oferece, pois falar mais a respeito daquele bebê em particular, frequentemente implica uma relação mais próxima com a família e um contato mais íntimo com a dor e o sofrimento vivido pelos pais e seu bebê.

Principalmente no início da internação a comunicação entre as partes - equipe e pais - é muito truncada, uma vez que os pais querem ouvir algo que aproxime seu bebê de uma situação considerada *normal*, momento em que irá poder mamar, sair da incubadora e ir para o berço. A equipe, diante de tantas complicações que os bebês pré-termo extremo podem apresentar, têm dificuldade de enxergar as possibilidades de vida, a curto prazo, e corre o risco de fazer prevalecer o real em detrimento a qualquer possibilidade de sonho em relação àquela criança.

Efetivamente o que se passa é que quando um bebê chega ao setor a equipe fica atenta às primeiras visitas dos pais: pergunta a respeito do nome, que é fixado no lado de fora da incubadora, e esclarece sobre a importância de abrir a incubadora e tocar o bebê. Há uma tentativa de reconhecer as particularidades do bebê e sua família. Esta iniciativa é importante, mas é preciso que a equipe possa estar mais atenta aos movimentos e dificuldades da mãe e seu bebê, para favorecer os primeiros contatos.

Quando questionadas se tiveram alguma orientação em relação à aproximação do bebê, as mães referem que quando conversaram com os profissionais, foram orientadas a abrir a incubadora e tocar no bebê. Na fala delas transparece um receio em relação ao toque, que não conseguiram conversar com a equipe. É possível perceber que estas mães vão conseguindo encontrar algum caminho para se aproximar e poder mexer no seu filho, mas isto acontece de forma lenta e solitária. Duas delas comentam que tiveram medo e passaram vários dias sem conseguir abrir a incubadora. Existe algo de assustador que permeia os contatos da mãe com seu bebê. Isto se justifica em parte por toda a gravidade das situações vividas e pelas dificuldades particulares de cada família, mas o que se passa é que as intervenções da equipe em várias ocasiões ressaltam os problemas, afastando as perspectivas de vida.

Esta situação parece ficar evidenciada quando, ao final da internação na terceira entrevista, questiono sobre os momentos significativos vividos com o bebê e a expectativa em relação à alta. As mães me perguntaram se queria saber das circunstâncias boas ou difíceis. Quando repito a pergunta, elas relataram complicações enfrentadas durante a internação do bebê na UTIN. Duas delas apontaram episódios em que os filhos conseguiram ter alguma aquisição. No que se refere à expectativa em relação à alta, elas falaram pouco de seus medos e inseguranças, o que seria de se esperar depois de tantas intercorrências que tiveram que enfrentar durante uma internação prolongada. O que me chamou a atenção é que as mães ficaram tão impactadas com as complicações que ocorreram durante o período em

que o bebê permaneceu na UTIN que, em geral, tiveram muita dificuldade de falar a respeito de suas dúvidas e comemorar as conquistas de seus filhos.

Parece ser difícil a estas mães o fato de que para além do medo que experimentaram, nas conversas com a equipe, quase não encontraram possibilidades de um entendimento que contemplasse as suas dúvidas e perspectivas em relação ao bebê.

As situações que a equipe consegue conversar com as famílias auxiliam um entendimento bastante racional a respeito das condições de um bebê que é, inicialmente, totalmente desconhecido e assustador. Mas é possível perceber, a partir das falas das mães, que o aspecto afetivo que envolve estas relações parece pouco contemplado, principalmente quando ainda é difícil prever qual será o rumo dos acontecimentos, se este bebê conseguirá ou não sobreviver. O que talvez seja o mais importante a ser considerado é que as mães se mostram solitárias, diante de um bebê desconhecido, e a equipe fala da evolução de um bebê pré-termo extremo, mas acaba dizendo pouco daquele bebê em particular, que ocupa um lugar dentro da família.

Foram feitas várias leituras das entrevistas e optei por realizar uma discussão clínica utilizando três casos nos quais trabalhei com as entrevistas e atendimentos realizados durante toda a internação do bebê.

Considero que posso destacar três casos, pois são exemplares no que diz respeito às relações que se estabelecem dentro do setor. Será possível refletir mais a respeito do que se passa entre pais, equipe e bebê, bem como minhas intervenções durante a internação do bebê.

Neste trabalho a equipe tem a expectativa de manejar e controlar as situações. Os profissionais acabam realizando os cuidados de forma repetitiva, tentando evitar a morte e todo o sofrimento que ela implica. Diante disto, verifica-se que em muitos momentos não se permitem entrar em contato com o novo que cada bebê nos apresenta. Penso que a grande tarefa, ao relatar e desenvolver os três casos, foi abordar e pensar as relações abrindo a perspectiva de falar a respeito das particularidades, o que permite que reflitamos sobre outras possibilidades de encontros que podem acontecer entre todos os envolvidos nestas relações.

1. CASO 2 – Vivian, aquela que atravessou um longo caminho

Mara é casada e esta é sua segunda filha. Tem um filho de 15 anos. Durante a internação do bebê foram realizadas 3 entrevistas, 5 atendimentos (alguns aconteceram junto com o bebê) e ela participou de 2 Grupos de Pais. Permaneceu internada durante 70 dias.

Mara teve uma perda de líquido precoce a acabou entrando em trabalho de parto prematuro. O bebê nasceu de 29 semanas de gestação, pesou 1250 gramas, é uma menina e chamarei de Vivian. A primeira entrevista aconteceu com dezoito dias do nascimento de Vivi não estava clinicamente bem, havia tido uma piora no final de semana.

A possibilidade de uma intervenção psicológica só foi apresentada para Mara na terceira semana de vida do bebê. Os horários em que a mãe estava no setor não combinavam com os meus, o que fez com que demorássemos a nos encontrar. Esta é uma das limitações deste trabalho, pois sou a única psicóloga num setor em que há quinze leitos de UTIN, vinte e cinco leitos de pacientes que permanecem internados depois da alta das mães e vinte e cinco leitos rotativos de bebês que nascem e vão embora depois de três dias de internação.

Interrogo Mara a respeito de sua gestação e ela conta que foi bem até que teve uma perda de líquido, quando estava de 26 semanas. Estava trabalhando e precisou ficar internada por 21 dias, antes de Vivi nascer. Relata que a gestação foi inesperada e não queria mais filhos, pois tem uma condição financeira difícil. Havia parado com o anticoncepcional por causa de um tratamento de mioma e por descuido acabou engravidando. Diz ter ficado desesperada quando soube, mas foi se acostumando com o passar dos meses.

Antes do bebê nascer Mara ficou três semanas internada. Conta que durante este período os médicos a monitoravam diariamente e lhe diziam que quanto mais tempo conseguissem manter a gestação, melhor. Foi lidando com a iminência de um parto pré-termo e percebeu que seu bebê poderia nascer a qualquer momento.

Ao longo de sua internação Mara aponta que tinha grande expectativa em relação ao parto e os primeiros contatos com o bebê. Conta que no momento do parto só conseguiu ver a filha de longe, estava dentro da incubadora e teve que fazer um esforço para conseguir enxergá-la. Apesar de ter visto sua filha no momento do parto, o que aparece em sua fala é que tudo foi feito rapidamente, pela priorização de procedimentos técnicos relacionados aos cuidados com o bebê.

Mara relata que logo no primeiro dia conseguiu levantar e foi ao Berçário para saber mais a respeito da filha. Sabia que ela estava na UTIN, pois os médicos mencionaram o fato no momento do parto. Mara conta que assim que chegou ao setor a equipe disse que era preciso lavar as mãos e podia tocar no bebê. Diz que abriu a incubadora, mas não teve coragem de tocar e acabou ficando sem mexer em sua filha, nos primeiros dez dias de vida. Conta que todos os dias conversava com a equipe a respeito de sua filha, e em vários momentos os profissionais diziam para ela mexer no bebê. Mara diz que não conseguia tocar,

passava todo o tempo olhando para Vivi e em várias ocasiões lhe falava sobre o quanto ela precisava melhorar.

Quando interrogada sobre as primeiras conversas com a equipe de saúde, Mara conta que eles enfatizaram as dificuldades e os riscos. Logo após o nascimento da filha, Mara é confrontada com a possibilidade de morte de sua filha e se vê diante do dilema que é investir em uma relação que pode perder a qualquer momento.

Quando Mara relata as suas vivências em relação a Vivi, pode-se perceber que os primeiros dias de vida da filha foram muito assustadores para ela. Conta que todos os dias procurava a equipe de saúde para saber mais a respeito da filha e as falas que ouvia enfatizavam as dificuldades e a ameaça de morte. Os profissionais conseguem esclarecer muito mais os aspectos técnicos que dizem respeito ao estado geral do bebê, do que falar a respeito de suas aflições em relação as possibilidade de aproximação e contato com a filha.

É importante destacar que o que se observa a partir das falas de Mara é que os aspectos afetivos que envolvem as relações não são contemplados. Ela se mostra solitária, diante de um bebê desconhecido, e a equipe fala da evolução de um bebê pré-termo extremo, mas acaba dizendo pouco daquele bebê em particular, que ocupa um lugar na vida desta mulher. Ela não menciona falas da equipe de saúde que amenizem o confronto com esta situação e a aproximem de sua filha.

Mesmo estando presente diariamente, Mara tinha dificuldade de se colocar em relação ao que se passava com sua filha. O que chama a atenção é o quanto ela interroga pouco a respeito das condutas, mesmo quando não entende a fala dos médicos, tem dificuldade de perguntar mais a respeito. A equipe faz uma tentativa inicial de esclarecer a mãe em relação à importância do toque, mas não há um espaço para que ela possa falar a respeito de seus impedimentos e dificuldades em relação a esta situação.

Ao final da primeira entrevista, quando Mara é questionada em relação às expectativas, ela fala a respeito da perspectiva de que o bebê melhore e possa ir para casa, mas o que é possível perceber é que prevalece uma desconfiança em relação à recuperação e desenvolvimento de Vivi. Este receio é compartilhado por toda a equipe de saúde, que nestes casos, sempre mantém um olhar vigilante e teme que algo possa se interpor neste processo, que é visto como uma conquista lenta e frágil, podendo ser perturbada por diversas complicações.

Em relação a este caso percebo que o mais urgente a ser feito se refere à possibilidade de encontrar formas de aproximação entre Mara e sua filha. Nos momentos em que estou no

setor e em meus atendimentos o que observo é que ela permanece ao lado da incubadora muitas vezes sem abri-la. Ao longo da internação de Vivi, todas as vezes em que oferecia atendimento a Mara ela aceitava prontamente e se mostrava muito satisfeita com a possibilidade de conversar comigo, bem assim com a perspectiva de falarmos com Vivi a respeito do que estava acontecendo. Nos atendimentos, sempre quando chego pergunto a Mara se posso abrir a incubadora e falar com Vivi. Ela autoriza e se mostra satisfeita por eu tomar esta iniciativa, de algum modo parece precisar disso. Quando abro a incubadora conto a Vivi um pouco de como vão às coisas, o que sei a respeito de sua situação clínica, vou colocando-a a par das situações vividas pela mãe e digo mais a respeito do lugar que ela ocupa nesta história. Nesta situação, em geral, ela consegue dizer algo para sua filha. Quando conto a Vivi o que se passa, minha intensão é não só dizer a ela a respeito do que está acontecendo a sua volta e com ela, mas também tenho a expectativa de que a mãe ao me ver falar com Vivi consiga construir ou recuperar a possibilidade de conversar com a filha, significando a realidade que as rodeia.

Neste caso soma-se a toda a situação de prematuridade que Mara precisou enfrentar um estranhamento em relação à filha, que se relaciona à história desta gestação. Num dos atendimentos, quando pergunto a respeito da escolha do nome, Mara conta que significa vida e esperança e está relacionado a toda a história da gestação, do parto e ao que estão enfrentando durante a internação. Relata que estava vivendo uma situação difícil com o marido e não tinha mais planos de ter filhos, que a gestação foi indesejada e demorou um tempo para que ela se convencesse da idéia, mas aos poucos foi aceitando e conseguindo fazer planos para a filha. Percebo que as dificuldades em relação a esta gestação são retomadas de alguma forma diante do parto prematuro e da possibilidade de morte do bebê.

No que se refere à aproximação e contato de Mara com sua filha o que é possível perceber é que a equipe de saúde ocupa um lugar de destaque nos cuidados em relação a Vivi e a mãe acaba tendo um lugar secundário, o que não favorece a construção da relação mãe-bebê e conseqüentemente deixa Vivi vulnerável.

Quanto aos cuidados em relação a Vivi na UTIN, a situação de descontinuidade prevaleceu, uma vez que havia uma manipulação excessiva da equipe desvinculada de uma possibilidade de contato significativo. Nesta situação, é possível apontar que as possibilidades de Vivi ter alguma experiência de continuidade estaria relacionada ao contato com sua mãe, mas o que ocorreu é que Mara ficou colocada em segundo plano, e por suas

próprias dificuldades, em parte relacionadas à história desta gestação, acabou se mantendo afastada e receosa em relação à aproximação e ao contato com a filha.

Mara relata que todos os dias conversa com os médicos, mas o que vou notando é que nestas conversas ela apenas ouve o que eles têm a dizer sobre as condições de Vivi. Trabalho com ela a importância de conseguir entender mais a respeito das situações e conversar com sua filha. Um episódio ilustra claramente a falta de comunicação que acontece entre Mara e a equipe, isto se dá quando Vivi está precisando tomar uma medicação com muitas contra-indicações e é necessário que a mãe assine uma autorização.

Com um mês de vida Vivi novamente tem uma piora, uma trombose de veia cava na ponta do cateter e fica em estado grave. A mãe, que ainda se colocava de forma insegura, vê todo seu medo confirmado quando se confronta com a necessidade da filha ser novamente entubada. Realizamos um atendimento e Mara chora muito, conta que sua filha não está nada bem, que esperava que isto pudesse acontecer, mas que não achava que ela poderia ficar em estado tão grave e revela o medo de perder Vivi. Relata que a médica conversou com ela, explicou que a filha está em condição grave e que eles estão "entre a cruz e a espada", pois vão precisar dar uma medicação nova para dissolver o trombo. Acrescentou a médica que só oito bebês tomaram a medicação no setor e que é perigoso.

Mara conta que na semana anterior, quando viu que Vivi estava melhor, achou que poderia acreditar mais na possibilidade de levá-la para casa, mas que esta piora a deixou muito perturbada. Destaca que ficou ainda pior depois da conversa com a médica. Mara parece sentir que está diante de uma situação sem saída, trabalho com ela o quanto que depois da conversa com a médica ela ficou com uma perspectiva de que a filha vai morrer de um jeito ou de outro, com ou sem o remédio.

Voltamos para o setor, continuo o atendimento ao lado da incubadora e conto um pouco da situação para Vivi, digo a ela que irá tomar uma nova medicação para ajudar a melhorar deste problema que está enfrentado e a fez voltar a precisar do aparelho para respirar. Digo que a situação é difícil e que ela está enfrentando bravamente as dificuldades.

Nesta situação, procuro a médica para entender melhor o que está se passando. Ela me diz que o caso é muito grave, pois o bebê está com um trombo e se não conseguissem dissolvê-lo não havia perspectiva de recuperação. Conta que a medicação dada nestes casos é nova, está sendo testada, e que somente oito bebês a haviam usado no setor. Explica que é uma medicação com diversas contra-indicações. Questiono com a médica como vou ouvindo o que me diz a respeito desta situação e o quanto Mara foi ficando sem esperanças diante de

tantas impossibilidades que lhe foram apresentadas. A médica vai se dando conta de que foi mostrando uma situação sem saída, e aponto a importância da mãe ver algum tipo de perspectiva para continuar a investir na sua filha. Ao final de nossa conversa, a médica diz que irá falar com Mara novamente e contará que tem um bebê internado que recebeu a mesma medicação e está melhorando.

No caso de Mara, inicialmente a equipe não conseguiu favorecer um encontro, pois ressaltava os aspectos complicados, apontando para uma perspectiva de morte do bebê. Esta era de fato uma situação vivida, entre outras. Por que não conseguiam realçar toda a força de Vivi, ao enfrentar tantas situações difíceis? Parece haver um receio de dar falsas esperanças e deixar a mãe acreditar que poderá levar um bebê que talvez não sobreviva. Mas como uma mãe conseguirá cuidar de um bebê que é visto como alguém que tem poucas perspectivas diante de tantas intercorrências a que está submetido?

Nesta situação se coloca um impasse que confronta vida e morte. A equipe de saúde tenta se proteger do sofrimento de lidar com Mara e acaba contemplando pouco as particularidades desta relação. Os profissionais têm dificuldade em dar um espaço para que Mara conte um pouco mais do que está ou não conseguindo entender da situação vivida por ela e sua filha.

Resulta o predomínio de um medo em relação à morte do bebê que ameaça paralisar os que estão a sua volta. Esta é uma situação bastante preocupante, na medida em que Vivi precisava do investimento emocional de sua mãe, que ela pudesse dizer um pouco mais do lugar que Vivi poderia ocupar dentro da família. Minhas intervenções foram acontecendo sempre com a perspectiva de que pudessem ocorrer alguns encontros que favorecessem uma aproximação e contato entre Mara e sua filha. Penso que só isto poderia colocar Vivi em uma posição de combate, frente às dificuldades que estava enfrentando.

Ao longo dos atendimentos com Mara vou tentando entender quem são as figuras que lhe dão algum tipo de acolhimento dentro e fora do setor. Quando questiono sobre a presença do pai, Mara conta que o marido é caminhoneiro, viaja muito e participa pouco de todo o processo. Diz que ele veio num final de semana, ficou muito impressionado e alegou que não consegue vê-la assim. Em seguida viajou e não tem previsão para voltar. Falamos sobre a dificuldade de enfrentar toda esta situação sozinha. Mara relata que tem sido complicado e o que tem amenizado é o apoio das irmãs que moram perto e do filho de 15 anos, vai me contando um pouco mais sobre seu relacionamento com o pai de Vivi, diz que ele viaja demais porque o relacionamento dos dois é conturbado, já pediu a separação mas ele não

aceita. Relata que com o nascimento da filha seria mais difícil ela conseguir a separação, pois desde a sua primeira gravidez ele queria uma menina e que, inicialmente, rejeitou o menino, porque já tinha outros dois filhos do primeiro casamento. Mara acha que o marido se envolve pouco com as situações relativas à filha, conta que de vez em quando ele liga para saber sobre o que está acontecendo.

Vivi tem uma evolução bastante difícil e conturbada, entendo que isto parece estar ligado a tantos impedimentos vividos por Mara em seu relacionamento com o marido e as dificuldades e medos enfrentados desde que descobriu a gestação. Mara tem muito desejo em relação à filha, mas parece precisar encontrar um lugar para Vivi em sua vida.

Ao longo dos atendimentos, trabalho com a perspectiva de que Mara possa ir contando um pouco mais da sua historia para a filha. Vou percebendo que é importante que o pai aparecesse de alguma forma para Vivi, pois ele não conseguia vir para vê-la, mas tinha um desejo em relação a ela que precisava aparecer na fala da mãe. Converso com Mara sobre a possibilidade dela ir contando a respeito do seu relacionamento com o pai de Vivi, das dificuldades dele conseguir vê-la assim doente, mas sempre destacando o quanto ele queria que ela conseguisse ficar bem e ir para casa.

Mara vai encontrando seu próprio caminho para se aproximar da filha. Admite que no início da internação, mesmo tendo a informação de que era importante tocar seu bebê, demorou um tempo até conseguir fazê-lo. O que é possível perceber é que ela percorre um caminho, junto com a filha, no qual vai acreditando e desacreditando em alguma medida, estando sempre presente e atenta às situações atravessadas por Vivi. Aos poucos vai podendo tocar e falar, e destaca que nos momentos de piora tem muito medo de perder e não consegue conversar a respeito. Ela encontra apoio com as irmãs, refere que a irmã mais nova perdeu um bebê no início da semana, estava grávida de seis meses e o bebê morreu na sua barriga. Precisaram realizar um enterro e foi tudo muito difícil. Relata que teve receio quando aconteceu tudo isto com a irmã, e na segunda, quando chegou, soube que havia morrido um bebê na UTIN. Diz que teve muito medo mas que, por outro lado, acredita que sua filha vai melhorar. Falamos um pouco mais destas situações que viveu na última semana e do medo de perder a filha.

Enfatizo a importância de contarmos todas estas histórias para Vivi, pois estão diretamente ligadas à possibilidade dela encontrar um lugar dentro desta família. Nos atendimentos, sistematicamente, trabalho com a mãe a necessidade de abrirmos a incubadora e falamos um pouco com Vivi a respeito do que ela vem enfrentando e o quanto sua mãe tem

estado sempre ao seu lado e tentado entender o que se passa. Digo a ela que em algumas situações sua mãe tem muito medo de perdê-la. Retomo um pouco com Mara a história de sua gestação. Conto para Vivi que no início a sua mãe ficou muito assustada e não sabia como iria caber um bebê em sua vida, masque aos poucos foi se acalmando e pode ir se apegando e construindo um lugar para ela. Destaco que a mãe encontrou um espaço para ela dentro da família e seu nome tem relação com toda esta história. A mãe diz a ela que seu nome se relaciona ao fato dela estar sendo vitoriosa. Contamos novamente para Vivi que sua mãe e seu pai estão com dificuldades de relacionamento, que seu pai não está conseguindo vir mas que ele quer que ela consiga ficar bem.

Na semana seguinte, Vivi ainda está na UTIN e a mãe me conta que na madrugada anterior havia se extubado sozinha. Como ficou bem, optaram por não entubar novamente. Realizo o atendimento de Mara com Vivi no colo, depois de pelo menos três semanas em que ela esteve muito grave e entubada. Mara conta toda a melhora de Vivi, conversamos isto com ela e digo que poderia melhorar ainda mais, para poder sair da UTIN e ir para o berço.

A mãe fala do pai de Vivi e pergunto o que ela vem conversando com ele. Mara relata que tem contado a respeito da filha e que frisa a importância de sua presença. Diz que quando fala ele fica em silêncio e depois lhe diz que quando vier para casa tudo vai ser diferente e que ele vai poder conviver com ela. Mara consegue falar de seu ressentimento em relação a esta situação.

Neste atendimento aponto para a mãe a importância dela ficar o máximo de tempo possível com Vivi no colo. Digo que a filha tem ficado agitada na sua ausência e que ela pode solicitar à equipe de enfermagem que coloquem Vivi no seu colo durante todo o tempo em que permanecer no setor, para que elas possam ter o maior contato possível. Tento enfatizar para Mara a importância de sua presença junto à filha, destacando o quanto Vivi conhecia e precisava de seu colo e que este se distinguia de tudo o que a equipe pudesse oferecer para ela. A mãe se mostra totalmente disponível e fica muito satisfeita com a tranqüilidade da filha em seu colo.

O que observo é que Mara proporciona um colo bastante aconchegante e seguro para sua filha, mas ainda fala pouco e se mostra bastante satisfeita quando converso com Vivi durante os atendimentos. Aos poucos ela vai se tornando mais confiante em relação à evolução da filha, parece que tudo que atravessaram foi possibilitando a Mara conhecer e se apropriar de Vivi e esta por sua vez vai respondendo cada vez melhor, fazendo apelos para ir ao colo e mamar. O que observo é que Vivi fica muito bem com a mãe. Quando é dada a possibilidade dela ir para o peito ela suga prontamente, como se estivesse há muito tempo

esperando por esta oportunidade. Em relação à amamentação, Mara conta que foi estimulando e tirando leite todos os dias, no início. Quando a filha não estava recebendo seu leite, ela o tirava e jogava fora, acreditando que Vivi conseguiria mamar.

Quando perguntada sobre se recebeu orientação em relação à amamentação, ela conta que a recebeu das meninas da copa, que são funcionárias que recebem o leite que as mães deixam para os bebês. Elas não têm uma formação nesta área de amamentação. O que se passa é que a equipe quase não orienta em relação ás possibilidade destas mulheres estimularem e manterem o seu leite até que o bebê possa mamar.

Mara conta que teve ajuda na primeira mamada, mas que Vivi pegou bem e que não teve dúvidas de que ela estava mamando. Refere que não teve maiores dificuldades, sempre achou que conseguiria amamentar, pois o leite não secou durante o longo tempo de espera. Ela já havia amamentado seu primeiro filho e este fato pode ter favorecido a situação de amamentação em de Vivi.

Esta mãe só consegue vir no período da tarde, então Vivi passa muitos momentos sozinha. Nos períodos em que a mãe não está observo que Vivi fica muito agitada, permanece um tempo prolongado chorando, sendo difícil consolá-la.

Percebo que Vivi está com o esquema corporal desorganizado, o que é esperado diante da situação de prematuridade e de todas as situações difíceis que precisou atravessar. Discuto com a equipe de enfermagem que este bebê precisa ser aconchegado na ausência da mãe, seria importante segurá-la no colo e enrolá-la no lençol para que pudesse se sentir mais contida e protegida. Algumas enfermeiras recebem melhor do que outras as minhas intervenções. O que posso observar é que em algumas situações encontro Vivi aconchegada e mais tranqüila e em outros momentos ela está bastante desorganizada e chorando muito. Outra dificuldade vivida por este bebê é que passou um período em jejum, reiniciou a alimentação recebendo uma quantidade pequena de leite e quando vai melhorando clinicamente sente mais intensa a sensação de fome, o que faz com que fique muito agitada. Toda esta agitação de Vivi me parece bastante significativa, pois denota uma busca por contato. Ela parece se ressentir na ausência da mãe, cuja a presença é muito importante, mas precisamos proporcionar experiências de aconchego nos momentos em que a mãe não está.

Nas situações em que encontro Vivi chorando consolo-a contando um pouco do que se passa e legitimo sua fome e a busca por contato. Em seguida aponto insistentemente, para a equipe de enfermagem, o quanto é importante confortá-la enquanto a mãe não está e ela ainda não pode receber uma quantidade de leite suficiente para satisfazer a sua fome.

Ao final da internação Mara conta que vê o período como um pesadelo. Este é um sentimento intenso, pois ela faz a referência em mais de um atendimento. Menciona que viveu muitas situações difíceis e momentos em que tinha muito medo de perder a filha. Relata que foram três semanas com um trombo no coração, em que Vivi ficou em estado muito grave e tinha dúvidas se ela conseguiria resistir. Conta que os encontros comigo foram importantes, pois foi conseguindo falar mais a respeito do que acontecia com Vivi, dos medos que sentia e das dificuldades que estava vivendo com seu marido e tudo isto foi fazendo com que ela olhasse para toda a situação de um jeito diferente. Foi percebendo que Vivi era muito forte, pois enfrentava as situações difíceis que iam surgindo.

Mara aponta como situações significativas os momentos críticos em que Vivi estava na UTIN. Diz que a situação mais difícil foi quando Vivi teve que tomar a medicação para o trombo, pois ela não sabia o que iria acontecer e teve muito medo de perder a filha. Tinha muito receio quando recebia alguma notícia de piora. Ressalto com Mara o quanto, no inicio da internação, a possibilidade de existir um espaço de aproximação e contato entre ela e filha estava muito comprometida e inviabilizava qualquer conversa entre as duas.

Demorou algumas semanas para que Mara pudesse pegar sua filha no colo. Mas o que foi possível notar é que Mara tinha um desejo em relação a Vivi, que apareceu cada vez mais ao longo dos atendimentos. Inicialmente Mara se vê confrontada com o fantasma da morte da filha, mas aos poucos, com a possibilidade de realizar atendimentos psicológicos ela vai podendo entender um pouco mais a respeito do que se passa com sua filha. Aponto o quanto ela foi conseguindo enfrentar as situações junto com Vivi, tentando entender o que acontecia. Assinalo que compreender as falas da equipe foi difícil, pois havia o confronto com a possibilidade da morte, o que era muito assustador. Conforme Mara foi podendo entender mais a respeito de sua história e do que se passava em relação à internação de Vivi, foi se aproximando da filha e começou a surgir uma conversa entre mãe e filha.

Mara foi encontrando caminhos para poder se aproximar e cuidar da filha, mas ficou sempre muito restrita em relação aos cuidados, não participando das trocas ou do banho. Neste setor não há uma rotina de incluir as mães nos cuidados realizados com o bebê. É uma situação que tenho discutido em diversas vezes, mas o argumento utilizado pela chefia de enfermagem é a grande quantidade de bebês e o quanto seria difícil viabilizar a circulação das mães dentro do setor. Novamente nos deparamos com a dificuldade da equipe de incluir as famílias de uma forma que estas possam estar cuidando de forma ativa de seus bebês e saindo da posição de expectadoras.

Ao final da última entrevista, Mara conta que tem um pouco de receio em relação ao banho, pois acha que Vivi ainda está pequena. O receio em relação à alta aparece de forma velada e o que percebo é que pouco se fala a respeito disso e não há um preparo efetivo das mães. No que se refere ao atendimento de Mara, ao final retomamos um pouco do caminho percorrido ao longo da internação, trabalho com ela o quanto é natural que ela tenha receios em relação aos cuidados, pois durante todo este tempo elas tiveram que enfrentar muitas situações difíceis e havia toda uma equipe em volta que cuidou junto com ela ou por ela.

No que diz respeito a Vivi, verifico que a impossibilidade de comunicação inicial foi muito comprometedora para ela, colocando sua vida em risco. Há uma dificuldade relacional que passa quase despercebida dentro de um cotidiano repleto de urgências A medida que Vivi foi entendendo um pouco do que se passava ao seu redor, foi respondendo ao tratamento e mostrando sua disponibilidade e desejo de fazer contatos, solicitando atenção e cuidados da mãe e da equipe de saúde quando esta não estava presente. Um exemplo da disposição e sede de contato apresentada por Vivi se dá em relação à possibilidade de mamar. Quando a mãe a coloca no peito, ela imediatamente suga. Mara se surpreende com a sua capacidade de mamar, tendo ficado tanto tempo privada desta situação.

Coloco-me à disposição para que ela possa me procurar se considerar necessário e entrego meus telefones de contato. Nestes casos não realizo um seguimento, pois não é possível para eu atender no setor e dar continuidade aos atendimentos ambulatoriais depois da alta dos bebês. Quando percebo que há um problema de relacionamento que persiste até o final da internação, procuro encaminhá-las para algum serviço próximo de suas residências. Seria interessante montar um esquema de atendimento concomitante ao seguimento médico, para que todas as mães pudessem passar pelo menos por algumas consultas, logo depois da alta. Quando houvesse necessidade seriam acompanhadas durante os primeiros meses de vida do bebê. Mas isto não foi possível por limitações institucionais.

Depois de dez meses entro em contato com a mãe, por telefone, e ela me diz que Vivi está bem, não teve mais nenhum problema depois que saiu de alta e que atualmente está muito esperta, que o pai é muito atencioso e as atenções da casa estão voltadas para ela. Mara conta que está separada e que Vivi foi amamentada até os oito meses, quando ela voltou a trabalhar.

1.1 Reflexões a respeito das aproximações e contato que foram acontecendo entre Mara e Vivi

Neste caso o que mais me impressionou foi a situação de desamparo e solidão da mãe e, mesmo estando sempre presente, quanta dificuldade teve de se colocar tanto em relação à filha quanto no que diz respeito às manifestações que foi ouvindo da equipe de saúde.

Esta é uma situação difícil dentro do setor, pois não desperta uma preocupação nos profissionais, ainda que a mãe esteja presente e converse com a equipe todos os dias. Mara corria o risco de passar despercebida, num cotidiano em que predomina o olhar para as urgências clínicas e os profissionais têm dificuldade de se aproximar, entender e discutir um pouco mais das relações que estão ou não acontecendo entre o bebê e sua mãe.

Aconteceu em relação a este caso, que Mara acabou sendo encaminhada para uma avaliação psicológica somente no momento em que o bebê ficou em estado muito grave e a equipe mobilizou-se com o sofrimento dela sem conseguir lidar com a situação. Nesta ocasião o bebê já tinha um mês e ela já estava sendo acompanhada em atendimentos semanais e pode falar mais a respeito da sua dor e do medo em relação à morte da filha.

Ao longo dos atendimentos o que se passou é que Mara foi podendo falar a respeito das situações difíceis que a envolviam e de alguma forma interferiam na sua relação com a filha. A partir disto foi podendo se aproximar efetivamente de Vivi e construir um lugar para ela dentro de sua vida e na família.

2. CASO 10 – Peter, aquele que não conseguia existir

Durante a internação de Peter foram realizados com Alice 1 entrevista, 5 atendimentos individuais e ela participou de 4 grupos de pais. Foi relizado um atendimento individual com o pai ao lado da incubadora do bebê. Peter sobreviveu 54 dias, tinha uma infecção que não se conseguiu controlar. Mas sua morte foi avaliada como súbita, uma vez que seus parâmetros se mantinham estáveis e isto mobilizou a equipe.

Alice tem 38 anos, é casada há dez anos e não tinha filhos. Teve duas perdas, um primeiro filho que nasceu morto (aos cinco meses de gestação) e um segundo que nasceu prematuro e viveu 20 dias Esta ultima perda havia ocorrido há quatro anos. A primeira entrevista aconteceu quando o bebê estava com doze dias de vida.

A atual gestação foi interrompida em função de um sofrimento fetal decorrente do problema de saúde da mãe, hipotiroidismo. O bebê nasceu de 28 semanas de gestação e pesou 910 gramas. Conheci Alice num dos atendimentos do Grupo de Pais. Nesta oportunidade ela diz ter medo de que aconteça algo com seu bebê, chora e tem dificuldade de falar, mencionando as duas perdas anteriores. Quando pergunto se abre a incubadora e mexe no bebê ela me diz que toca pouco, pois tem medo de machucá-lo. Alice conta que acaba ficando um longo tempo ao lado da incubadora sem abri-la. Oriento em relação à importância de abrir a incubadora, conversar com o bebê e tocá-lo. Nesta situação percebo a importância de acompanhar em atendimento Alice, durante a internação de seu bebê.

Na semana seguinte, quando a convido para um atendimento individual, ela me pergunta por que e me diz que já fez atendimento psicológico na ocasião em que perdeu seu segundo filho. Acha que não tinha muito o que dizer e por isto parou, acrescentando que foi atendida durante um ano. Neste primeiro encontro, ela se coloca de forma reticente no início, mas acaba falando a respeito de suas experiências anteriores e do seu medo de perder este bebê.

Alice relata que este é seu terceiro bebê, e que acha que desta vez pode ser diferente, pois se sente mais apegada ao filho do que das outras duas vezes. Da primeira vez a menina nasceu morta. Na segunda foi outra menina e acha que não chegou a se apegar a ela. Quando pergunto sobre isto ela me diz que quase não ia visitar a filha, acha que não acreditava que ela conseguiria sobreviver.

Em relação à gestação Alice tem um pouco de dificuldade para falar, mas acaba me contando que estava indo tudo bem, até quando a barriga começou a aparecer e tiveram que fazer o parto. Refere que todos estavam achando que ela estava bonita, mas não deu tempo de aproveitar e logo teve que se internar, para tentar postergar o momento do parto. Conta que gostaria muito de levar a gestação até o final, mas nunca conseguiu: “fica bonito, mas não dá tempo de curtir.”

Alice diz que precisou ficar internada para tentar manter por mais tempo a sua gestação, mas a certa altura os médicos disseram que não havia mais jeito e que precisavam realizar o parto, pois apesar do bebê ser pequeno estava em sofrimento fetal e tinha que nascer. Menciona que viu seu bebê rapidamente na hora do parto e logo o levaram embora.

Quando veio ao Berçário sabia que o bebê estava na UTIN, mas não conversou com ninguém antes de entrar. Lembra que foi muito difícil. Conta que as enfermeiras disseram que ela podia abrir a incubadora e colocar a mão no bebê. Conversou com os médicos e eles

informaram que o bebê era pequeno, mas que estava estável. Conta que achou seu bebê muito pequeno e teve medo. Não sabe se conseguiu abrir a incubadora no primeiro dia, mas depois passou a abrir. Alice conta que tem vindo sempre, mexe em Peter, mas tem medo de machucá-lo. Relata que todas as vezes que vem conversa com a médica e quer saber o que está acontecendo.

As conversas que Alice tem com os médicos não conseguem tranquilizá-la. Conta que em algumas situações acaba falando com mais de um médico para confirmar as informações em sobre seu filho.

Os profissionais da equipe de saúde me dizem que é muito difícil lidar com o olhar que ela lhes dirige, "sempre prestes a chorar". A médica do setor refere que fica angustiada em relação à mãe, pois tem receio de que o bebê não sobreviva.

Num dos atendimentos pergunto a Alice como está e ela me diz que naquele dia ainda não havia conseguido ver o bebê de perto, que só o viu de longe. Conta que quando chega ao setor sempre fica muito aflita (refere que sente palpitações e a aceleração da respiração) e que só consegue se acalmar quando vê seu bebê. Ao falar disto seus olhos se enchem de lágrimas, digo a ela que tem sido um caminho difícil e que ela ainda tem muito medo de como vai se desenrolar esta história. Alice me pergunta se o bebê vai sair até completar nove meses de gestação e digo que não temos como saber, pois vai depender do seu desenvolvimento. Alice me conta que acha que o bebê está indo bem e que estava muito aflita até completar os vinte dias, que foi quando perdeu seu outro bebê. Em seguida me diz que esta história está sendo diferente, que o bebê está vivendo mais e que se sente muito mais apegada a este bebê do que às outras duas meninas.

Ao longo de toda a sessão falamos de seu receio de perder o bebê e de todo o seu empenho para construir uma outra história. Alice consegue tirar o leite para dar para ao bebê por sonda. Exploro com ela o quanto esta história estava sendo diferente das demais, uma vez que estava conseguindo se apegar ao filho e manter o seu leite, na expectativa de poder amamentá-lo.

Num dos atendimentos encontro com Alice ao lado da incubadora. O bebê me parece visivelmente melhor, está maior e mais gordo. Alice relata que está mais confiante e comenta que consegue ver as melhoras do bebê mas logo em seguida tem falas que revelam sua desconfiança e medo.

Pergunto mais sobre o pai e como está o seu envolvimento com o bebê. Ela me diz que "ele está bobo" e quando chega em casa quer o "relatório" completo do que está acontecendo. Conta que ele percebe as mudanças do bebê, pois vem uma vez por semana e

sempre acha que ele cresceu, mas que ela não consegue perceber muito bem os progressos de Peter.

Os atendimentos giram em torno do medo que ela sente em relação à possibilidade de morte do bebê. Alice relata que só ficará mais tranqüila quando Peter completar os nove meses e estiver no berço. Acha que tem ficado mais confiante, mas ainda sente muito medo do que pode acontecer.

Alice abre pouco a incubadora e diz que tem receio de que o bebê sinta frio. Reitero a ela que é muito importante o contato com Peter e isto só é possível com a incubadora aberta. Abro, comento com o bebê a respeito de meu atendimento com Alice e digo a ele que sua mãe deseja permanecer mais com ele. Quando termino minha fala ela fecha a porta da incubadora. Esta situação se repete em outras oportunidades.

Chama a atenção o fato desta mãe em nenhum momento comentar sobre a possibilidade de pegar o bebê no colo. Num dos atendimentos ela me diz que chegou a pegar sua filha anterior, mas que depois de alguns dias ela faleceu. Menciono o quanto ela tem medo de fazer algum mal para o seu bebê, apontado novamente que prevaleciam suas experiências anteriores e ainda era difícil para ela acreditar que fosse possível construir uma história diferente com este bebê.

Alice me conta que este caminho tem sido muito difícil e que tem tentado ficar em casa nos dias em que o marido vem. Refere que é extremamente difícil ficar sem ver o bebê e que tem vontade de ficar o tempo todo no hospital. Ao longo da internação Alice não estabelece um contato diferenciado com ninguém da equipe de saúde e não se reporta a nenhuma fala que pudesse lhe tranquilizar em relação à situação que estava enfrentando com seu bebê.

O bebê vai evoluindo de forma truncada e não é possível tirá-lo do respirador. Depois de um mês ele passa a ter pioras súbitas, apresentado sangramentos. Nos atendimentos com Alice ela me conta algumas situações em que ela e o marido chegam ao setor e o bebê se acha em estado grave. Chama-me a atenção o fato destas situações acontecerem preferencialmente nos finais de semana e na presença do pai do bebê. Alice descreve o medo e o desespero do marido em relação a Peter e o quanto ela tenta consolá-lo. O relato a respeito dos sentimentos do marido me parece muito semelhante a sua aflição em relação a toda a situação vivida.

Ao longo dos atendimentos vou percebendo que os pais compactuam de um sentimento de derrota e fracasso relacionado às vivências de luto anteriores, que permanecem

como ocorrências traumáticas que parecem dificultar ou inviabilizar a perspectiva deles se colocarem enquanto fonte de vida para este bebê. Peter parece se ressentir desta situação e permanece num impasse que não o permite melhorar da infecção.

Com o pai foi realizado apenas um atendimento. Encontro o pai no setor ao lado da incubadora do bebê e assim que pergunto sobre Peter ele começa a chorar. Fico me perguntando se houve alguma piora. Esta é uma situação que chama a atenção, pois o bebê tem mais de um mês de vida e mesmo passando por de instabilidades há uma evolução. Em minha experiência os pais a esta altura da internação conseguem transitar melhor dentro do setor e confiam mais na recuperação da criança.

Abordo com ele o medo em relação à morte do bebê e o quanto que stava vinculado com toda a experiência que tinha vivido até então. Menciono o bebê que eles perderam e o quanto toda a história fazia lembrar aquela. Pergunto o nome que haviam dado a filha, ele me diz e em seguida refere que Peter já viveu quarenta e cinco dias e que vai ser diferente (repete a observação feita pela mãe). Digo a ele que de fato eles estão tentando construir uma outra história, mas ainda lutam com muita dificuldade para acreditar nisto.

Conto para o pai que o que via era um desejo e um medo muito grande, mas o que acabava ficando ressaltado era o medo, tanto o dele quanto o de Alice. Menciono que a esposa me dizia que eles conversam bastante e falam muito sobre tudo o que estava acontecendo. Ele concorda com um aceno de cabeça e pergunto se nestas conversas ambos conseguem falar dos sonhos que têm em relação a Peter. Ele continua chorando.

Trabalho um pouco com o pai a falta de sonho em relação a esta história, tanto no que se refere às conversas entre eles como para dizer a Peter. Ele fica me olhando atento e pergunto qual é seu maior sonho neste momento em relação ao bebê. Ele olha para mim e chora. Digo que é importante podermos falar a Peter, mais a respeito de algum sonho que tenham, e que podemos abrir a incubadora para contar a ele.

Abro a incubadora e me afasto um pouco para lavar as mãos. Quando retorno a incubadora já está fechada. Pergunto se podemos falar com o bebê e ele diz que sim. Abro novamente a incubadora, conto um pouco do que estávamos conversando e digo a Peter que os pais estão muito assustados com toda a situação que estavam vivendo, mas que queriam muito que ele pudesse melhorar e ir para casa com eles. O pai se abaixa e fala no ouvido do bebê que seu maior sonho é sair com ele nos braços para ir para casa, se emociona e chora muito. Eu reafirmo as palavras do pai, para que ele e Peter possam ouvir novamente. Ao final do atendimento reforço com o pai à importância de dar um espaço para o sonho e poder

compartilhar tudo isto, tanto com sua esposa quanto com Peter. Enfatizo a importância do sonho na vida dos três.

Na semana seguinte, logo que chego ao setor a enfermeira chefe me chama e diz que Peter havia falecido no dia anterior. Conta que os pais ficaram péssimos, mas que o pai parecia mais inconformado. A enfermeira observa que, se lhe perguntassem quais bebês poderiam morrer naquela semana, não citaria Peter, pois ele estava estável. Ressalta que ficou muito impressionada, pois é raro ver acontecer da forma como aconteceu com Peter. Diz ela: "ele morreu e nunca mais voltou". Conta que tentaram fazer de tudo para reanimar o bebê e nenhum procedimento deu resultado. Ficou muito surpresa com o fato dele não ter voltado nenhuma vez.

2.1 Reflexões sobre as impossibilidades que se apresentaram ao longo da história de Peter

Em relação a este caso restaram muitas dúvidas, principalmente no que se refere à maneira como aconteceu a morte de Peter. Fiquei pensando quais intervenções poderiam ter surtido mais efeito para que os pais pudessem construir uma história diferente.

Em relação a este caso fica claro que os pais têm um desejo que se mistura com um medo muito grande quanto à capacidade de se tornarem pai e mãe e poder cuidar desta criança. Eles estão muito ligados entre si e com este bebê, mas isto ressalta ainda mais a insegurança do casal. A situação vivida com Peter os remete à não elaboração do luto vivido em relação as perdas anteriores. Em contrapartida, percebo que o bebê fica colado a esta impossibilidade dos pais e não consegue ter um impulso de vida que os enlace de outra maneira que não esta que leva sempre para o mesmo lugar: a morte do bebê e a inviabilidade do casal enquanto pais.

Este caso me mobilizou muito, pois confrontou com os limites muito tênues que envolvem vida ou morte, principalmente nesta situação de prematuridade extrema. Penso que talvez pudéssemos ter tido algumas investidas favorecessem um contato maior entre a mãe e seu bebê, que fizessem com que esta mulher pudesse encontrar algo que a aproximasse dela e do filho. Isto não foi possível, pois a equipe permaneceu em compasso de espera em relação a alguma melhora do bebê para colocá-lo no colo de sua mãe.

Nestes casos os profissionais encaram algumas urgências em relação aos procedimentos e cuidados com o bebê. Mas parecem ter dificuldade em legitimar um lugar para a mãe no tocante aos cuidados com o filho. O único lugar permitido para Alice foi o

daquela que poderia trazer leite para o filho e este lugar ela conseguiu ocupar com muita propriedade, pois até o final conseguia tirar seu leite e deixa-lo para Peter. Pergunto-me se ela poderia ter lidado de uma forma diferente com toda esta situação se tivéssemos conseguido dar um lugar de fato, em que pudesse se destacar em relação aos cuidados.

No que se refere às minhas intervenções, penso que talvez tenha faltado realizar atendimentos com este bebê, nos quais pudesse contar um pouco de toda a história que o envolvia, destacando as mortes que aconteceram e as dificuldades de construir um caminho diferente. Em meus atendimentos com Alice tentava enfatizar o que tornava esta história diferente das demais. Mas talvez ela precisasse falar ainda mais a respeito do que havia se passado em relação à morte de seus outros bebês e a ferida que estas histórias haviam deixado, para quem sabe conseguir se desvencilhar da vivência aterrorizante que assombrava sua relação com Peter.

No que diz respeito ao seguimento do caso, entro em contato com os pais logo depois da morte de Peter, para que eles viessem para um atendimento, mas eles não conseguem. Em relação à morte dos bebês, quando estou presente ofereço a possibilidade de atendimento para os pais depois que é dada a notícia do óbito. Caso contrário, entro em contato por telefone para oferecer alguma perspectiva de acompanhamento ou encaminhamento.

Em todos os casos coloco a possibilidade de um seguimento posterior e dou meu numero de telefone para que possam entrar em contato. O que ocorre é que eles não conseguem voltar depois que o bebê morre. Isto é natural, uma vez que é muito difícil retornar a um lugar que traz tantas lembranças doloridas. Tento fazer um encaminhamento, mas é difícil conseguir êxito.

Não perco de vista este objetivo e depois de oito meses do ocorrido entro em contato com os pais, novamente, e marco um atendimento. Alice e o marido comparecem e me contam um pouco sobre como foi difícil atravessar toda a situação de morte de Peter. Alice relata que tem muito medo de engravidar novamente e que o casal continua querendo ter um filho. Mas não sabe se isto será possível. Procuro sensibilizá-los para que possam buscar um atendimento, aponto a importância de cuidarem deste sofrimento, pois percebia que havia um desejo muito intenso por algo que eles ainda não haviam podido realizar. Ambos concordam comigo e marcamos mais um encontro para que pudesse fazer o encaminhamento, pois eles moravam muito distante do hospital e não tinham condições para realizar o atendimento comigo, inclusive porque ambos estavam trabalhando. Eles não conseguiram retornar e o encaminhamento foi feito por telefone. Pedi a eles que me dessem um retorno quanto a viabilidade ou não de atendimento, mas fiquei sem notícias do casal.

Penso, em relação a este casal, que para ter alguma perspectiva de realizar o desejo de um filho, teriam que realizar um tratamento psicológico. Isto para tentar compreender um pouco mais a respeito das impossibilidades que se colocam quanto à maternidade e a paternidade, pois ambos parecem não conseguir vislumbrar a concretização deste sonho. Há uma grande dificuldade ante as possibilidades de encaminhamento para o casal. Alice foi atendida na ocasião da perda de seu outro bebê e durante esta internação. Mas o pai do bebê ficou em segundo plano e o que foi possível entender, a partir do contato com este homem, é que o casal compactua de uma impossibilidade que precisa ser tratada.

3. CASO 5 – Marcela, aquela que demorou a ir ao colo

Carla é casada e Marcela é sua terceira filha. A primeira filha nasceu prematura e faleceu com dois dias de vida. A segunda foi prematura, pesou 1000 gramas e se desenvolveu bem. Marcela nasceu com 26 semanas de gestação e pesou 790 gramas. Foram realizadas 3 entrevistas e 15 atendimentos com a mãe (alguns aconteceram junto com o bebê). Houve 1 atendimento somente com o bebê e Carla participou de 4 Grupos de Pais. Marcela permaneceu internada 136 dias.

No que se refere à gestação, Carla conta que foi planejada, pois queria engravidar quando sua filha tivesse três anos. Logo no início teve um sangramento e o médico lhe disse que precisava de muito repouso senão não conseguiria segurar a gestação. Ficou em repouso, mas com cinco meses teve outro sangramento e precisou fazer uma cerclagem[5]. Depois de algumas semanas entrou em trabalho de parto prematuro. Carla conta que queria muito ir até o final da gestação, "ficar com um barrigão de 9 meses". Relembra que o primeiro bebê nasceu de cinco meses, nasceu vivo mas faleceu logo em seguida. Depois de um ano e meio ela engravidou novamente e teve a filha que tem agora 4 anos.

A primeira entrevista acontece quando Marcela tem nove dias de vida. Carla conta que sua filha está bem, que está precisando do aparelho para ajudar a respirar, porque ainda é muito pequena. Menciona que conversa com a equipe todos os dias, pergunta como está seu bebê e dizem que está estável.

Carla relata que quando chegou ao hospital estava em trabalho de parto. Os médicos tentaram inibir mas não conseguiram. Disseram que teriam que fazer o parto, mas que as chances seriam mínimas porque o bebê era muito pequeno. No momento do parto Carla viu

[5] Procedimento em que é feita uma sutura no colo do útero para tentar impedir que aconteça um aborto ou parto prematuro. Os pontos são retirados antes do parto.

sua filha dentro da incubadora, rapidamente. No mesmo dia veio junto com o marido ao Berçário, conversou com a médica e esta lhe disse que Marcela estava estável, mas precisava da ajuda dos aparelhos para respirar. Refere que a enfermeira mencionou que ela podia abrir a incubadora, mas precisava lavar as mãos e colocar uma luva[6], pois Marcela era muito pequena. Lembra que logo a abriu e conversou com a filha.

Carla destaca que está achando a filha bem, tem conversado muito com ela e costuma falar sobre tudo. Menciona que no dia anterior estava com o marido, conversando com o bebê e na hora de ir embora Marcela começou a chorar. Explica que não dá para ouvir o choro dela, mas dá para perceber que está chorando. Quando o bebê está entubado não é possível ouvir o seu choro, pois há uma pressão dos tubos sobre as cordas vocais que impede a saída do som.

O choro é a primeira forma de comunicação entre a mãe e o bebê. É pelo choro que o bebê se expressará e chamará a presença da mãe. Nesta situação de internação na UTIN, enquanto o bebê está entubado, tal possibilidade não se coloca e a mãe terá que apreender o sentido das expressões de seu bebê. Carla consegue significar os apelos da filha e menciona o quanto Marcela quer a sua presença, uma vez que chora quando ela precisa ir embora para casa. Esta mãe vai construindo sentidos que lhe permitem uma comunicação com Marcela, ao longo da internação.

No que se refere às conversas com a equipe de saúde, Carla conta que quando está no setor sempre pede para conversar com o médico e quando ele não está solicita que o chamem. Admira-se ao constatar que neste Berçário não exista uma rotina diária em que o médico procure as famílias para contar a respeito do que está acontecendo com o bebê e aponta algumas dificuldades ao longo da internação da filha. Diz que precisa pedir para que coloquem uma cadeira ao lado da incubadora quando está presente, faz comparações com o serviço em que nasceu a sua outra filha, que também era prematura extrema, e diz que este era mais confortável para que ela pudesse permanecer o dia todo e que os médicos conversavam com ela todos os dias.

Neste serviço, de fato faltam condições para que as mães possam permanecer ao lado de seus filhos. A estrutura de acolhimento as mães é precária. A equipe fala da importância da presença das mães junto aos filhos, mas não há condições que privilegiem esta permanência. Não há sala de descanso, banheiro e refeitório. A refeição é oferecida, mas as

---

[6] Nesta época havia uma determinação da equipe para que se colocassem luvas para manusear os bebês com menos de um kilo e isto incluía a mãe. Atualmente as mães não precisam mais seguir o procedimento. Isto foi discutido em diversas ocasiões, pois a situação inibia o contato mãe-bebê.

mães têm que percorrer um longo trajeto para usar o refeitório do hospital, inclusive no período em que estão recém operadas, em que têm muita dificuldade de locomoção.

Das dez mulheres incluídas na pesquisa somente Carla colocava de forma incisiva as suas queixas em relação às condições de permanencia no setor, à impossibilidade de segurar sua filha no colo e à precariedade das informações recebidas no cotidiano da internação. Ter tido uma experiência prévia em outro serviço parece lhe dar subsídios e lhe autorizar a questionar o tipo de acolhimento e cuidados dispensados a ela e a sua filha, durante a internação de Marcela.

Desde a primeira entrevista Carla tem receio de colocar seu sofrimento em relação a toda a situação do bebê. Ao longo dos atendimentos faz questão de se mostrar firme e forte. Carla me conta que a filha mais velha nasceu um pouco maior e se recuperou mais rapidamente, Diz que permanecia com ela o dia todo e era possível carregá-la no *canguru*[7], mesmo quando ainda estava entubada. Carla acredita que se pudesse segurar sua filha ela poderia se recuperar mais depressa.

Neste caso, desde o início chama muito a atenção o quanto Carla se coloca de maneira firme, dando pouco espaço para as dúvidas e medos que podem ocorrer diante de situações tão difíceis e assustadoras, como as que ela teve que enfrentar. Há uma fala de Carla, que aparece na primeira entrevista, em que se refere à vida de Marcela como um prêmio e toda a sua satisfação por ter conseguido suportar o parto. Isto se coloca como um ponto de partida que prevalece ao longo de toda a internação.

Diante do *prêmio conquistado* parece que outras situações tomam uma dimensão menor. Carla relata que logo após o nascimento uma das informações dos médicos obstetras é de que Marcela tinha poucas chances de vida, uma vez que nasceu muito pequena e com pouca idade gestacional. Esta fala que, em alguns casos, soa muito assustadora e pode se colocar como um fantasma em relação à morte, que assombra a relação da mãe com seu bebê, para Carla acaba tomando uma dimensão menor. Carla parece enfrentar o fantasma da morte de forma a combatê-lo, na tentativa de mostrar aos médicos que estavam enganados em relação a suas previsões e que ela e a filha conseguiriam enfrentar as dificuldades e ser vitoriosas.

Desde o início da internação, Carla refere que sente falta de mais espaço dentro do setor para ficar junto com Marcela. Vai ficando muito desgostosa com o fato de não poder

---

[7] Projeto mãe-cangurú, é um procedimento em que o bebê prematuro é colocado no contato pele a pele com a mãe durante a internação.

pegar sua filha no colo. Carla pergunta para a equipe sobre as perspectivas de Marcela ir para o seu colo e, nos atendimentos comigo, aponta a importância de uma proximidade mãe-bebê que só o colo proporciona.

Carla assinala que em relação a sua filha de quatro anos realizavam o *projeto mãe-cangurú*. Desde o início o bebê foi colocado no colo e permanecia assim durante todo o dia. Considera que sua primeira filha se desenvolveu bem, pois ela podia segurá-la no colo e realizar os cuidados. Neste sentido questiona sistematicamente a equipe sobre os cuidados realizados, uma vez que não é incluída neles.

A equipe de saúde se mostrava irredutível quanto à possibilidade de colocar Marcela no colo de sua mãe. Apresentavam-lhe estes argumentos: viam o bebê como muito pequeno, passou muito tempo com menos de um quilo e permaneceu entubada durante os três primeiros meses de vida.

Neste caso, a mãe em muitos momentos percebia um impasse. Ao mesmo tempo em que Marcela era vista pela equipe como aquela que tinha poucas condições clínicas para ir para o colo, este era muito importante para que conseguisse se desenvolver. O colo vai proporcionar uma experiência de continuidade que é imprescindível para que o bebê possa ir organizando a experiência vivida. A mãe se colocava de forma irredutível e não acreditava que Marcela pudesse crescer sem que ambas tivessem uma relação mais próxima. Carla em várias situações menciona a importância do "projeto canguru" o que possibilitaria que elas tivessem um contato pele a pele que ela apontava como tendo sido muito importante na relação com a sua primeira filha, nascida em condições muito parecidas às de Marcela. Relata que naquela situação pôde segurar a filha no colo desde as primeiras semanas de vida, quando ainda estava entubada.

Quando Marcela tem quarenta dias de vida e ainda precisa do aparelho para respirar Carla passa a questionar mais a respeito de seu desenvolvimento. Isto aparece em suas comparações entre as duas filhas, quando aponta novamente o quanto tem sido difícil não poder segurar sua filha.

Nesta época começam a tentar tirar Marcela do respirador. Ela consegue ficar um ou dois dias extubada, mas em seguida é necessário entubá-la novamente. Carla num dos atendimentos questiona o porquê dos médicos tentarem extubar, pois quando ela volta para o aparelho eles dizem que ela ainda não tem peso para conseguir respirar sozinha. Ela refere que não entende a persistência dos médicos para tirar o aparelho, acha que isto só piora a situação de sua filha. Trabalho com ela a importância de tentar entender melhor esta situação com a médica do setor.

Esta circunstância é realmente muito difícil de ser manejada, pois quanto mais tempo o bebê precisar do respirador maior o número de intercorrências a que ele estará sujeito. Havia um investimento da equipe para tentar evitar maiores danos para o bebê. Há toda uma preocupação, muito mais técnica do que relacional, pois o pedido da mãe em relação à possibilidade de segurar sua filha no colo não é considerado pela equipe. Isto de fato poderia alterar o rumo dos acontecimentos, uma vez que a possibilidade de haver uma proximidade maior entre as duas poderia fazer com que Marcela conseguisse responder melhor a toda a situação.

Carla percebe que sua filha não consegue melhorar e faz relação com o fato dela ainda não poder ir para o colo. Refere que não consegue entender o que a impede de segurar a sua filha e enfatiza a importância da proximidade que só o colo proporciona. Menciona que a equipe do outro serviço era muito mais receptiva e que com o tempo todos os cuidados com a filha eram realizados por ela. Não entende o porquê da rotina ser tão diferente neste setor.

Ao longo da internação, em meus atendimentos com Carla tento sempre legitimar suas convicções. Aponto que considero suas percepções importantes e acertadas e que teremos que encontrar uma forma de alterar o rumo dos acontecimentos. Concordamos que a situação vai se tornado complicada tanto para ela quanto para Marcela e que precisamos encontrar um outro caminho. Digo a Carla que sua percepção a respeito da equipe é correta, pois há muita resistência para colocar os bebês entubados no colo. Ressalto o quanto ela está ressentida pelo fato da equipe não ouvir e considerar o que ela vem falando, o que faz com que se sinta colocada em segundo plano em relação a sua filha. Isto tem sido difícil para ambas.

Em relação a todos os casos faço discussões sistemáticas com a equipe, tanto com os médicos como com as enfermeiras. No tocante a este caso aponto para a importância do bebê poder ir para o colo, tanto pelos benefícios que esta experiência traria para Marcela como pelos efeitos produtivos que proporcionaria à mãe. Questiono o rigor da determinação e o quanto tínhamos que poder lidar com a situação desta mãe com seu bebê de forma particular, uma vez que ela já tinha uma experiência prévia que precisaria ser considerada. A equipe se coloca de forma inflexível frente minhas argumentações e faz prevalecer uma preocupação técnica, uma vez que Marcela tinha pouco peso e ainda estava entubada. Na situação de separação vivida por Carla e Marcela, que durante três meses não puderam viver a experiência do colo, fica explicitado o quanto a equipe não favorece a aproximação e o encontro da mãe com seu bebê.

Depois de quase três meses de internação, continuo relacionando a evolução difícil de Marcela ao fato desta mãe se ver impedida de exercer os cuidados e se colocar enquanto fonte de vida para a criança. Carla conseguia manter o leite, mesmo sua filha estando desde o nascimento sem mamar, mas não podia segurar seu bebê no colo e nem realizar os cuidados.

Ao longo da internação vou me colocando de forma cada vez mais insistente e passo a fazer discussões quase que diárias com a equipe médica e de enfermagem, no sentido de viabilizar que Marcela fosse colocada no colo de sua mãe. Muitas resistências e receios foram apresentados. Colocar um bebê nas condições de Marcela no colo é realmente uma tarefa difícil, principalmente diante da realidade enfrentada neste serviço, em que prevalece uma visão tecnicista em que a manutenção dos cuidados altamente especializados deve prevalecer em relação aos cuidados que contemplem a subjetividade da mãe do bebê e desta relação que está se constituindo, frente a tantos obstáculos que precisam ser enfrentados.

Diante da possibilidade de colocar o bebê no colo a equipe teme pelos riscos em relação a vida de bebês tão pequenos. Mas não há espaço para entrar em contato com o sofrimento da mãe e seu bebê, frente a tantas impossibilidades, e para verificar o quanto toda esta situação de descontinuidade também coloca em risco o estabelecimento da relação mãe-bebê e a vida do bebê.

Quanto ao pedido da mãe, uma outra questão que a equipe de enfermagem aponta é que há poucos funcionários por setor, e para colocar este bebê no colo seria preciso que houvesse a vigilância mais atenta de uma funcionária. Esta é uma dificuldade que realmente procede, mas seria possível contrná-la se a equipe se confrontasse com o sofrimento de Carla e Marcela.

Quando Marcela tem quase três meses a médica solicita um exame para avaliar se ela não tem algum comprometimento funcional que a impossibilite de respirar sozinha. Discuto o caso com a médica responsável pelo setor, destacando que Carla havia tido uma experiência anterior na qual considerava que o contato pele a pele fora fundamental para a recuperação e desenvolvimento de sua primeira filha. Aponto ainda que as dificuldades de extubação de Marcela estavam relacionadas ao fato da mãe não conseguir segurar sua filha no colo.

Diante do impasse que o caso coloca para a equipe de saúde, no que se refere à impossibilidade de extubação e às minhas insistentes discussões sobre a importância do colo para esta díade, a médica autoriza que Marcela vá para o colo ainda entubada. Pode-se perceber que esta equipe abre uma brecha para que outra possibilidade de contato se coloque, não porque se reconheça a importância de contemplar os aspectos subjetivos envolvidos

nesta relação, mas sim porque quase se esgotam as intervenções clínicas em relação à viabilidade de extubação do bebê.

Depois de muitas discussões com a equipe médica e de enfermagem, conseguimos que Marcela fosse colocada no colo da mãe. Neste dia ela está agitada na incubadora, mas começa a se acalmar quando vai para o colo e procura o peito da mãe. Marcela está com fome, pois vem tomando só metade da quantidade de leite, em função de uma cirurgia de retinopatia no dia anterior.

Neste atendimento converso com o bebê e sua mãe e conto para Marcela que necessitou muito do aparelho para sobreviver, mas agora estava precisando respirar sozinha para conseguir mamar em sua mãe e crescer. Carla reafirma minhas palavras e o tempo todo fala um manhês[8] no ouvido da filha. A mãe fica muito emocionada de poder segurar a filha. Ao final, ela abraça a enfermeira, numa tentativa de cativá-la e mostrar a importância do gesto realizado.

Ao longo dos atendimentos seguintes a mãe me diz que não são todos os dias que consegue segurar sua filha no colo, mas observa que agora consegue suportar melhor, pois sabe que em alguns momentos poderá carregar Marcela.

Carla me questiona sobre quando conseguiremos colocar os bebês no canguru, pois quer ter esta experiência com a filha. Coloca alguns receios em relação ao desenvolvimento da filha e vamos podendo conversar mais a respeito das dificuldades. Aos poucos ela mesma se acalma dizendo que sua outra filha teve que fazer vários acompanhamentos, mas que depois ficou tudo bem.

Nos momentos em que Marcela fica mais instável a equipe de enfermagem tem muita dificuldade de colocá-la no colo. Mas isto acaba acontecendo por uma insistência minha que discuto o caso exaustivamente, sempre enfatizando a importância que esta mãe dá para o fato de poder segurar seu bebê no colo e o quanto este acolhimento é fundamental para a recuperação e desenvolvimento de Marcela.

A partir do momento em que Marcela conquista a possibilidade de ir para o colo de sua mãe, ela reage muito bem, tem uma melhora significativa e depois de uma semana consegue finalmente se ver livre do aparelho para respirar. Carla vai ficando mais confiante em relação à recuperação da filha, reafirmando a importância de seus cuidados. A resposta rápida de Marcela surpreende a todos, mas não a mim e a mãe. O tempo inteiro há uma aposta da mãe nesta relação que vai se estabelecendo entre ela e filha e na sua possibilidade

[8] Um tipo de fala com uma entonação diferenciada que as mães utilizam para falar com o bebê.

de se manter enquanto fonte de vida para o bebê, mesmo quando toda a situação de cuidados em relação ao bebê não a inclui. Vou podendo partilhar e retomar o caminho percorrido com Carla.

É interessante notar que, mesmo com todas as dificuldades enfrentadas, Carla se coloca como fonte de vida para sua filha, o que muitas vezes não acontece em outros casos, principalmente quando o bebê está em estado grave e precisa do respirador para poder sobreviver. Nesta situação um fato importante parece ter sido a experiência prévia de Carla em relação a sua outra filha, que também havia sido prematura extrema, teve outro tipo de cuidado e evoluiu bem.

Neste ponto é importante notar que Carla também tinha vivido uma experiência de fracasso, uma vez que sua primeira filha nasceu bastante prematura e faleceu depois de dois dias de vida. Mas parece que ao nascimento desta terceira filha não é aquela vivência que se destaca. Ela se remete às gratificações que foi podendo viver ao longo dos contatos com sua segunda filha.

Depois de algumas semanas, quando chego ao setor a equipe de enfermagem me diz que Marcela teve uma piora e que ficou em estado grave durante a noite. Nesse dia, procuro Carla para realizarmos um atendimento e ela me conta que ao chegar para visitar a filha a assistente social lhe conta que iria chamá-la, pois havia um aviso de grave[9]. Carla chora e me diz que neste tempo todo isto nunca havia acontecido e que ela estava muito assustada com toda a situação. Trabalhamos um pouco com o medo de perder, que até então ela quase não havia conseguido mencionar, e ela me conta o quanto tem sido difícil percorrer este caminho com a filha.

É diagnosticada uma infecção intestinal e Marcela acaba precisando ficar em jejum por um tempo prolongado. Quando chego para realizar um dos atendimento, Marcela está agitada no colo da mãe e procura mamar. Converso com as duas a respeito desta situação, digo a elas da dificuldade que estão enfrentando e Carla relata que é muito complicado ficar com a filha no colo e não poder amamentar. Digo a ela que é importante que vá contando a Marcela que ela tem razão de ficar brava e que esta história de não poder mamar estava sendo difícil para as duas, mas que ela estava melhorando e aos poucos poderia voltar a mamar. Conversamos longamente a respeito desta situação e Marcela vai se acalmando.

Quando é possível dar leite para Marcela, pedem para a mãe e ela consegue tirar 20 ml, o que é bastante uma vez que este bebê nunca sugou em seu peito. Marcela recebe este

[9] Quando o bebê tem uma piora e fica em estado grave ou há uma notícia de óbito, a família é chamada para comparecer ao setor. Os pais já conhecem o procedimento e ficam muito assustados quando isto acontece.

leite na mamadeira. Ao longo de meus atendimentos enfatizo com Carla a importância de falarmos com sua filha sobre o que está acontecendo, reafirmo que seria interessante falar mais dos seus desejos e planos para a filha. Ao longo dos atendimentos vou contando à Marcela que está melhorando e que tem toda a razão de procurar o peito de sua mãe para mamar, aponto que ainda não está mamando na sua mãe, porque os médicos não autorizaram e que há a possibilidade dela mamar no peito até a semana seguinte.

Em relação à possibilidade de Marcela mamar no peito de sua mãe foram necessárias algumas conversas com a médica, pois novamente havia um receio da equipe, quanto as condições do bebê. O que acontece é que nos casos em que o bebê fica longo tempo internado e enfrenta uma série de intercorrências a equipe se coloca de forma super-protetora, afastando o bebê das experiências e do contato com sua mãe e com o mundo à sua volta.

Quando Marcela completa 120 dias de vida finalmente vai para o peito e surpreendentemente, para a equipe, pega muito bem. Parece que as únicas que, novamente, não se surpreendem sou eu e a mãe, que pudemos realmente ter um olhar diferenciado para o desenvolvimento de Marcela. Esta mãe tem uma sintonia muito boa com as necessidades de sua filha, mas se vê impedida de exercer os cuidados, pois parece que tem sempre alguém para saber e dizer a ela o que deve ou não fazer em relação a sua filha.

Carla relata que desde que colocou Marcela no peito ela pegou bem e pega o peito em todas as mamadas. Conta que às vezes ficava imaginando se ela conseguiria pegar, pois ficou tanto tempo entubada e sem poder mamar que tinha dúvidas. Mas por outro lado achava que ela pegaria, pois estava sugando bem a chupeta e até a sonda. Carla relata que teve poucas dúvidas em relação a amamentação, acha que foi se preparado muito para este momento e sua filha também. Conta que em muitas ocasiões, quando colocavam Marcela em seu colo, ela ficava sugando na altura do peito, como que pedindo para mamar.

Algumas vezes, quando chego ao setor, a equipe de enfermagem me diz que foi difícil acalmar Marcela. Vamos então conversando mais a respeito das possibilidades de tranqüilizá-la, nos momentos em que estivesse muito aflita. Aponto para os profissionais o quanto é importante encontrar formas de proporcionar algum aconchego para Marcela na ausência de sua mãe, pois ela precisava muito disto para se recuperar. Converso sobre a possibilidade delas segurarem no colo ou enrolarem Marcela em um lençol, nos momentos em que ela estivesse mais agitada.

Ao final da internação Carla continua a se queixar do atendimento médico, me diz que quase não fica sabendo do que está acontecendo com a filha. Conta que quando quer uma informação precisa ficar atrás do médico, que eles não a procuram para dizer como a filha

está e o que irão fazer em termos de tratamento. Novamente refere que, no outro serviço em que esteve, quando a sua segunda filha nasceu a situação era bem diferente, pois todos os dias os médicos a procuravam para dizer o que estava acontecendo. Carla aponta que neste setor nem sempre consegue conversar com alguém, relata que em muitos momentos teve que ficar atrás dos médicos para obter alguma notícia sobre a filha e que houve momentos em que foi embora sem conversar com ninguém.

Discuto com a equipe as questões que Carla vai me colocando, enfatizo novamente para eles a importância de procurarem os pais diariamente para contar sobre o que acontece com o bebê e o quanto Carla se ressentia com o fato de, em algumas ocasiões, não conseguir conversar e saber mais a respeito do que se passava.

Carla refere que ao longo da internação tem conversando comigo a respeito de Marcela e de suas questões e que gostaria que os médicos também conversassem mais com ela e que as enfermeiras colocassem mais a filha em seu colo. Conta que não vê a hora de Marcela ir para o berço para poder pegá-la na hora que quiser. Diz que precisava ter uma cadeira mais confortável, pois gostaria de poder pegar sua filha na posição canguru e não consegue porque a cadeira que utiliza não permite que fique inclinada. “A cadeira não é confortável para recostar e colocar Marcela deitada no meu peito”. Carla fala que está feliz e que agora só espera o momento de levar sua filha para casa com ela. Diz que ainda vai demorar um pouco, acha que um mês. Digo que antes disto ela poderá ir para casa. A mãe comenta que coloca uma data para a frente para não se decepcionar e acredita que o mais importante neste momento é o bebê ir para o berço.

No nosso ultimo atendimento, antes da alta, quando pergunto sobre os momentos que ela considerou marcantes durante a internação, Carla me indaga se é para contar os momentos bons ou os difíceis. Pergunto novamente quais foram as situações significativas e ela aponta três: quando Marcela saiu do respirador, ela ficou muito feliz; quando pegou a última infecção e ficou mal, ela ficou muito assustada e quando foi para o berço, finalmente ela pode ficar com a filha no colo o tempo todo em que permanecia no setor. Enfatiza que este foi um período longo e difícil, que hoveram momentos complicados, mas que está muito satisfeita e feliz. Aponta que o mais importante para ela neste momento é que está tudo bem e a filha vai de alta para casa com ela.

No que se refere às perspectivas em relação à alta da filha, Carla acha que vai ficar tudo bem. Conta que a filha de quatro anos espera ansiosa a chegada da irmã. Carla acha que Marcela está muito bem e esperta apesar de todas as dificuldades que enfrentou.

Carla conta que aos poucos foi percebendo como lidar com as enfermeiras e acha que no geral conseguiu conviver com as situações e se relacionar com a equipe. Conversamos a respeito do quanto ela foi podendo enfrentar cada momento, acreditando nas suas capacidades e na filha, e quanto este havia sido um diferencial que permitiu a boa recuperação e o desenvolvimento de Marcela, mesmo diante de todas as intercorrências que enfrentou. Reafirmo a Carla o quanto sua percepção sempre esteve em sintonia com o que Marcela precisava e que isto foi possibilitando um encontro das duas, no qual ela foi podendo entender e dar um sentido às situações e dificuldades vividas.

Ao final do ultimo atendimento dei o número do meu telefone e me coloquei à disposição para que ela pudesse me procurar. Depois de oito meses liguei para saber sobre Carla e Marcela, mas não consigui falar e não tive mais notícia das duas.

3.1 Reflexões sobre as dificuldades de encontro da equipe em relação à Mara e a Marcela

Neste caso muitos foram os impedimentos colocados pela equipe de saúde em relação as possibilidades de aproximação e contato entre a mãe e sua filha. Desde o início percebi que o mais urgente a ser feito seria mobilizar os profissionais em relação às oportunidades de contato que se apresentavam para Mara. Entendia que não era possível seguir o protocolo que determinava que bebês entubados não pudessem ir para o colo. Mas o que se passou é que apesar das inúmeras discussões realizadas com a equipe esta se mantinha irredutível e abria poucos espaço para olhar para as particularidades que envolviam a relação de Carla e Marcela.

Desde o início do atendimento com Carla verifiquei que ela tinha uma atitude diferenciada, pois se colocava em um lugar de destaque no que se refere ao entendimento e cuidados com Marcela e, mesmo diante das muitas dificuldades, se mantinha como fonte de vida para sua filha. Isto lhe possibilitou lidar com os obstáculos que a internação foi apresentando. Neste caso foram muitos os impedimentos com os quais Carla teve que se confrontar, mas ela não recuou e seguiu querendo entender o que se passava, na perspectiva de poder segurar, aconchegar e cuidar de sua filha. No que diz respeito a Marcela, o que pude notar é que este bebê tinha um grande impulso de vida, uma vez que precisou enfrentar muitas intercorrências e acabou ficando impossibilitada de ir para o colo durante um longo período. Mas conseguiu mostrar suas disponibilidades e capacidades para sua mãe e para mim.

Havia uma sintonia entre o desejo da mãe e as repostas do bebê. Penso que se este relacionamento tivesse assumido o primeiro plano toda a recuperação de Marcela poderia ter ocorrido de forma diferente, pois o que aconteceu é que elas reagiram muito bem às poucas chances de encontro que foram acontecendo durante a internação.

4. Reflexões finais a respeito dos três casos acompanhados

Nos três casos discutidos podemos perceber que as famílias percorreram caminhos muito distintos, no que diz respeito a uma aproximação e contato com o bebê e a toda a situação de prematuridade e internação.

É sempre importante estarmos atentos às particularidades que cada caso nos apresenta, uma vez que a evolução se dá de forma muito individual e está relacionada a uma série de situações, tais como: a relação que os pais e, principalmente, a mãe estabelecem com o bebê; os contatos que vão acontecendo dentro do setor; as condições do bebê ao nascimento; as intercorrências vividas neste primeiro período entre outras.

Em relação a estes e outros casos o que mais me chamou a atenção foi o quanto as mães e seus bebês ficam solitários durante uma parte da internação. As mães, em geral, contam com pouco suporte no que diz respeito a sua realidade externa e não encontram conforto nas falas da equipe de saúde. Os bebês são afastados dos pais, colocados em uma incubadora e ligados a alguns aparelhos que mantêm a vida, mas estes cuidados técnicos os separam daqueles que podem ir significando as suas experiências.

O pós-parto envolve muitas dores e adaptações e nesta situação de prematuridade extrema as mães precisam trilhar um caminho muito mais longo para conseguirem encontrar-se com seus bebês. Nas tantas histórias que fui ouvindo o que se destaca é uma solidão que de alguma forma compartilho, por ser a única psicóloga e tentar o tempo todo refletir a respeito do que se passa neste cotidiano em que os profissionais estão envolvidos por um fazer no qual cabem poucos pensamentos a respeito de uma aproximação às aflições vividas por estas mães e seus filhos. Compartilho desse sentimento também por ser mulher e mãe e conhecer um pouco dos desafios que se apresentam quando estamos diante de um bebê que depende de nós para viver.

Neste setor as relações vão acontecendo de forma truncada e as mães falam pouco a respeito de suas dificuldades e medos. Inicialmente elas ficam aterrorizadas diante de uma realidade que é de fato bastante assustadora. Mas o que se passa é que as mães de alguma

forma precisam lidar com os medos e impedimentos que se colocam e vão buscando caminhos nas próprias histórias que compartilham comigo e entre elas. Uma importante rede de apoio que se constrói dentro deste Berçário são os relacionamentos que vão se estabelecendo entre elas. Neste sentido o *Grupo de Pais* tem sido uma atividade que me permiti lidar com as situações de diferentes formas: falando a respeito das dificuldades que as mães encontram durante a internação; percebendo quais delas precisam de um acompanhamento individual e possibilitando um encontro entre estas mães que dá a oportunidade a elas de se conhecer e se reconhecer diante dos problemas e das soluções que elas vão conversando ao longo destes encontros. A meu ver este último é um dos efeitos terapêuticos mais importantes que os grupos proporcionam.

Quando discuti estes três casos que foram considerados por mim exemplares, por apresentarem grande parte das dores, sofrimentos, encontros, desencontros, surpresas e alegrias que envolvem a todos que estão no cotidiano deste trabalho, tive a intenção de apontar para a importância de refletirmos mais a respeito das relações dentro de um serviço de neonatologia. Ao longo destes anos de trabalho tenho tido uma escuta muito atenta às *falas* dos pais, de seus bebês e dos profissionais com a perspectiva de legitimar a importância das primeiras relações que vão se estabelecendo. Neste sentido é importante cuidar para que mãe e bebê possam ser acolhidos de uma forma que consigam se (re)conhecer, pois além dos cuidados intensivos que a equipe realiza estes bebês precisam encontrar alguém que possa ir contando a eles a respeito do que se passa à sua volta, tarefa que deveria ser cumprida pelos pais.

VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando lidamos com a situação de prematuridade extrema, precisamos estar atentos às possibilidades de encontro entre os pais e seu bebê. Será muito importante que a mãe possa ir compreendendo o que se passa com o seu filho não só de forma racional, mas também em seu entorno, pois somente a partir deste entendimento ela irá conseguir transitar dentro do setor se apropriando do que se passa e efetivamente poderá se aproximar e cuidar de seu filho.

No início da internação, a equipe de saúde coloca e mantém os pais em uma posição passiva em relação aos cuidados com o bebê. Este é um lugar que não favorece o contato da mãe com seu filho, uma vez que ela passa um longo período assistindo a equipe cuidar. Esta equipe que, por um lado, teme pelo envolvimento dos pais em relação a um bebê que se apresenta como grave, por outro lado cuida insistentemente tentando vencer a morte, algumas vezes, a qualquer preço.

Numa situação de UTIN e ao longo da internação do bebê pré-termo extremo, é preciso pensar quais os movimentos possíveis que favoreçam alguma integração em um ambiente revestido de descontinuidade e ameaças de rupturas. A equipe de saúde muitas vezes se coloca de forma defensiva, já que acaba se confrontando inúmeras vezes com a morte de bebês e o incomensurável sofrimento dos pais, havendo uma tentativa de escapar da dor que estas situações representam.

O trabalho que tenho realizado está relacionado à perspectiva de manter algumas portas entreabertas, pois só a possibilidade de ter alguma expectativa dá a chance aos pais de investir na relação, o que é fundamental para a recuperação e desenvolvimento do bebê ou mesmo para uma posterior elaboração do luto se o bebê não resistir. Isto contraria o imaginário da equipe de saúde que, em muitos momentos. acredita que se os pais não estiverem tão envolvidos poderão sofrer menos diante de uma eventual perda O que foi possível constatar, a partir dos atendimentos com as famílias é que quanto mais envolvidos e participantes estiverem, tendo a possibilidade de se sentirem cuidadores, melhores perspectivas terão em relação a elaboração do luto se precisarem enfrentar a morte do bebê.

Como foi explicitado neste estudo, seria importante criar e estabelecer algumas rotinas que envolvessem os pais nos cuidados. Para isto seria necessário que os profissionais conseguissem dar mais espaços para que os medos, as dificuldades e as expectativas aparecessem no cotidiano do trabalho. Há um grande envolvimento desta equipe, em relação

aos cuidados, pois seria muito difícil atender aos bebês e suas mães e não estabelecer algum tipo de compromisso e envolvimento, mas ainda há muita dificuldade de valorizar e incorporar as percepções das mães.

Através dos dez casos atendidos ao longo desta pesquisa pude concluir que é imprescindível viabilizar um espaço maior para o relacional, propiciando a oportunidade para que os pais falem mais a respeito da história da criança e possam segurar seu bebê no colo, o mais precocemente possível. Esta vivência aproxima toda a condição de prematuridade de algo que pode ser reconhecido e a mãe tem mais chances de se colocar como fonte de vida para seu filho. O momento de pegar o bebê no colo acaba sendo uma das situações mais aguardadas por qualquer mãe depois que seu filho nasce. No entanto tal momento acaba sendo muito adiado, como ficou explicitado em relação aos casos atendidos neste Berçário.

No que diz respeito ao trabalho com a equipe, é essencial criar espaços que possibilitem falar mais a respeito das situações vividas com os bebês e suas famílias. Isto certamente favoreceria o surgimento de outros olhares para as relações que vão se estabelecendo entre profissionais, pais e bebê. Quando conseguimos abrir espaços para falarmos a respeito das dificuldades, os afetos podem surgir e ser trabalhados, de uma forma em que é possível colocá-los a favor de novas possibilidades e relacionamentos, o que permite perceber e contemplar as especificidades de cada caso.

Retomando algo que contei na introdução deste trabalho, o que mais chamou a minha atenção no início foi a intensidade do sofrimento com que lidamos o tempo todo neste cotidiano. Houve um longo caminho de aproximação e entendimento, para poder trabalhar com as vivências, as dores e angústias que foram surgindo no decorrer do percurso. Penso que todo meu empenho para sistematizar este conhecimento fica evidenciado na minha dissertação de mestrado e nesta tese. Percebo que o maior esforço que tenho feito ao longo dos meus atendimentos com as famílias e seus bebês, nas discussões com a equipe e nas minhas reflexões pessoais é o de entender mais a respeito das possibilidades de interlocução dentro do setor.

Nestes anos de atendimento aos bebês e suas famílias sempre trabalhei com a perspectiva de um maior contato em relação às experiências e vivências dos pais e seus bebês e este foi um dos aspectos que me induziram a realizar esta pesquisa. O que foi possível perceber, ao longo do acompanhamento dos dez casos que fizeram parte deste estudo, é que o bebê e sua família permanecem numa condição de desamparo, principalmente no início da internação. Neste sentido é importante enfatizar que todo o atendimento precisaria ser mais

acolhedor, pois o que estas mães e seus bebês precisam é de falas e intervenções que respeitem a sua dor e sofrimento em relação a toda a situação que estão enfrentando. Diante das dificuldades impostas por este trabalho os profissionais acabam se protegendo com uma série de discursos nos quais vão colocar impossibilidades referentes à falta de tempo. Mas, ao que parece, há um falta de disponibilidade de contato, que de alguma forma vai se estabelecendo, mas que poderia estar sendo cuidada desde o primeiro dia de internação do bebê ou até mesmo antes que este bebê nascesse. A família poderia se sentir muito mais acolhida e amparada se pudesse conhecer e conversar, antes do parto, com aqueles que irão receber e cuidar do seu bebê depois do nascimento. A equipe de saúde teria que poder ouvir um pouco mais estas famílias, tendo a noção de que sempre estamos diante de algo novo, por mais que nos pareça totalmente conhecido.

No início da internação, seria importante acontecer algumas conversas a respeito da história desta gestação e nascimento e das possibilidades de aproximação e contato com aquele bebê que se apresenta como um desconhecido. Algumas vezes há uma solicitação de atendimento psicológico para que se possa cumprir esta função. Estes pedidos acontecem muito mais por um desconforto da equipe em relação ao contato com aquela família, do que por uma preocupação quanto a um acolhimento no que diz respeito às dificuldades que envolvem a situação.

Durante a internação e, principalmente, no período em que o bebê está na UTIN é importante que a equipe de saúde esteja atenta aos ritmos do bebê e às formas de relacionamento que vão se estabelecendo com a mãe, no sentido de poder intervir para tornar este ambiente mais humano para todos os envolvidos.

A equipe está muito voltada para os aspectos técnicos da situação de prematuridade, que envolve risco de vida para o bebê, e acaba tendo dificuldade para se aproximar das angústias dos pais diante de uma situação difícil e ameaçadora. Há problemas de comunicação e alguns entraves precisam ser atravessados para que os profissionais consigam trazer a situação para um âmbito em que os pais consigam saber mais a respeito das dificuldades e riscos que o bebê está atravessando. Uma questão fundamental que não podemos perder de vista é que os pais precisam ter perspectivas em relação a algo que traga este bebê para uma situação mais familiar e mantenha uma expectativa em relação à vida.

Outra sugestão que gostaria de explicitar é que seria importante estabelecer uma rotina em que todas as famílias que estão chegando pela primeira vez ao setor fossem acolhidas por alguém da equipe, que orientaria a respeito das possibilidades de aproximação

e contato, tentando contemplar um pouco das dificuldades que os pais estão enfrentando. Um dos aspectos fundamentais a ser abordado diz respeito à perspectiva dos pais poderem segurar seu filho no colo. Este primeiro contato poderia ser feito por qualquer membro da equipe e seria importante realizar discussões freqüentes sobre estas intervenções, para que a equipe pudesse conhecer um pouco mais os pais, apurando sua escuta no sentido de acolhê-los no cotidiano dos cuidados com o bebê.

Penso que a partir da possibilidade desta equipe ter algum espaço de interlocução entre seus membros, tentando discutir e rever algumas situações, principalmente aquelas que dizem respeito aos primeiros contatos com os pais, favoreceria uma aproximação e discussão a respeito dos entraves que dificultam este trabalho. Esta situação poderia viabilizar o surgimento de um ambiente mais human, em que os aparelhos necessários à sobrevivência do bebê estariam aliados aos cuidados a favor da vida. Uma intervenção que consegue reunir os aspectos humanos e técnicos de uma forma mais harmoniosa pode favorecer o surgimento de um tipo de acolhimento e cuidados dos pais para com seus bebês que restitua a proximidade e contato que são fundamentais para sua constituição e desenvolvimento do bebê.

Seria importante que a equipe acolhesse a mãe desde o início da internação, criando possibilidades de aproximação e contato e abrindo cada vez mais espaços para falar a respeito das dúvidas e expectativas. A partir disto, se possibilitaria à mãe a oportunidade de ir realizando os cuidados em relação a seu filho, tentando (re)encontrar alguma continuidade que ficou interrompida no momento do parto, quando o bebê foi afastado dela.

Outra conclusão importante deste estudo é que os pais precisam, ao longo da internação, ser melhor preparados para o momento da alta hospitalar do bebê e devem ser acompanhados em ambulatório de seguimento não só clinicamente pelos pediatras, como também por profissionais da área da psicologia, para que possam falar de seus medos e inseguranças em relação aos cuidados em casa com um bebê que precisou de uma atenção tão diferenciada no início da vida.

Os profissionais deste setor realizam um ambulatório de seguimento que praticamente conta pouco com a possibilidade de intervenção psicológica. Há um serviço que avalia os casos mas não é possível atender a todos e muitos são encaminhados para algum recurso da comunidade. Seria importante que todas estas mães de bebês pré-termo extremo pudessem ter um acompanhamento psicológico inicial, nos primeiros retornos ambulatoriais, e quando houvesse a necessidade seria realizado um atendimento mais prolongado. Esta situação foi discutida por mim em várias oportunidades, mas não se viabilizou a criação de um serviço

que contemplasse uma atenção mais integral a estas famílias. Atualmente o que se passa é que faço alguns encaminhamentos quando percebo a necessidade de um acompanhamento psicológico mais específico depois da alta do bebê, mas o desenrolar das situações permanece sem acompanhamento. O mesmo se dá no que diz respeito às famílias que perdem seus bebês. Não há uma possibilidade de acompanhamento e nem um serviço de referência ao qual pudéssemos encaminhar estes casos. Esta é uma grande falha do serviço, pois deixamos de trabalhar com aspectos relacionados à prevenção, no que diz respeito aos cuidados com as primeiras relações do bebê com sua família, que são de fundamental importância para a constituição e desenvolvimento do sujeito.

Neste setor o fascínio e o terror se misturam o tempo todo, à medida que nos confrontamos diariamente com situações que nos aproximam de aspectos relacionados à vida e morte. O trabalho em uma maternidade sugere vivências relacionadas a algo muito ligado a vida em que os bebês nascem e gratificam aqueles que estão a sua volta. Ao primeiro olhar o nascimento fica encoberto por uma aura revestida de cor-de-rosa, mas quando nos aproximamos de fato e olhamos com olhos de quem quer entender percebemos que o nascimento e a morte estão muito mais próximos e interligados do que conseguimos admitir.

Ao longo destes anos de trabalho neste Berçário tenho tentado encontrar os caminhos possíveis, que nos permitam entrar em contato com o sofrimento destas mulheres, de seus bebês e dos profissionais. Neste caminho penso que a passagem se dá pela fala. É imprescindível que haja lugar para que se possa dizer a respeito do que acontece, contemplando as dores envolvidas em um fazer que muitas vezes se cumpre sem que os profissionais se permitam pensar ou conversar a respeito. Neste contexto é preciso ter alguém que possa escutar as falas e entender as situações que envolvem os pais, o bebê e os profissionais que convivem neste lugar, tentando resgatar algum sentido no seu cotidiano.

Constato com grande surpresa e pesar que no próximo *Simpósio Internacional de Neonatologia*, promovido pelas duas maiores maternidades de São Paulo, serão discutidos vários aspectos relacionados aos cuidado e complicações neonatais e que na programação não haverá em nenhum momento a possibilidade de discutir os aspetos emocionais envolvidos neste cuidado com o bebê e seus familiares. Também não acontecerão discussões a respeito do estresse que este trabalho provoca nos profissionais que se confrontam diariamente com situações muito desgastantes.

Num serviço de neonatologia aspectos relacionados à vida e morte se apresentam de maneira intensa e constante. Diante disto, torna-se urgente discutir mais a respeito de

possibilidades de interlocução que tornem este lugar mais acolhedor para todos que convivem dentro deste cotidiano. Este estudo pôde confirmar que nestes serviços há um espaço que precisa ser ocupado por profissionais da psicologia que terão condições de realizar um trabalho de prevenção e terapêutico importantes. Esta investigação procurou aprofundar este tema tão instigante e relevante quando pensamos em saúde mental, família e desenvolvimento psíquico.

IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÀRIES, P. *História social da criança e da família.* Rio de Janeiro: Editora Zahar. 1978.

AGMAN, M.; DRUON, C.; FRICHET, A. Intervenções psicológicas em neonatologia. In: WANDERLEY, D.B. *Agora eu era o rei:* os entraves da prematuridade. Salvador: Ágalma, 1999.

BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BOUKOBZA,C. A clínica do holding. In: WANDERLEY, D. B. *Palavras em torno do berço.* Salvador: Ágalma, 1997.

BRAZELTON, T. B. *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BUSNEL, M.C. A sensorialidade fetal e suas consequencias. In: Associação Brasileira para o estudo do psiquismo pré e perinatal – ABREP. Anais do Segundo Encontro Brasileiro para o Estudo do Psiquismo Pré e Perinatal. São Paulo, 1997.

CARVALHO, A.E.V. et al (2000) História de Desenvolvimento e Comportamento de crianças nascidas pré-termo e baixo peso. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. V.14 n.1 Porto Alegre. 2001.

CARVALHO, M. e GOMES, M.A.S.M. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. *Jornal de Pediatria,* RJ. V.81 n.1 supl,1. Porto Alegre mar/2005.

CUNHA, I. A mãe, o RN de muito baixo peso e a internação: uma nova perspectiva para os cuidadores da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal – UTIN. In: Aragão, R.O.(org.) *O bebê o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

DRUON, C. Ajuda ao bebê e aos seus pais em terapia intensiva neonatal. In: WANDERLEY, D.B. *Agora eu era o rei*: os entraves da prematuridade. Salvador, Ágalma, 1999.

FARIA, M.C. O estranho no ninho: o bebê com Síndrome de Down. In: ROHENKOHL, C.M.F. *A clínica com o bebê.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

FARIA, M.C. Na maternidade: a hora da notícia do bebê com Síndrome de Down. In: CAMAROTTI, M.C. *Atendimento ao bebê: uma abordagem interdisciplinar.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

FARIA, M.C. *A Leste do Éden - projeto de inclusão: clínica psicanalítica e deficiência mental.* São Paulo, 2003, 217p. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica.

GAIVA, M.A.M. E SCOCHI, C.G.S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 58(4), pg.444-8, julho-agosto/2005

GASPAR, M.F.M. Trabalho em equipe interdisciplinar de saúde: fantasia ou realidade. Actas do 2O. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Braga/Lisboa: ISPA, 1997.

GOLFETO, J. H. A experiência no Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. In: Associação Brasileira para o estudo do psiquismo pré e perinatal – ABREP. Anais do Segundo Encontro Brasileiro para o Estudo do Psiquismo Pré e Perinatal. São Paulo, 1997.

GOLSE, B. *Sobre psicoterapia pai-bebê:* narratividade, filiação e transmissão. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

GOMES, A.L.H. *As especificidades do vínculo com o bebê pré-termo na situação de internação do bebê.* São Paulo: s.n., 2001. – 119p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Clínica.

GOMES, A.L.H. Vínculo mãe-bebê pré-termo: as possibilidades de interlocução na situação de internação do bebê. *Revista Estilos da Clínica/ Instituto de Psicologia - USP*, vol. VI, nº 10, 2001.

GUBA, E.G E LINCOLN,Y.S Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS (eds.). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 105-117, 1994.

HOLANDA, A.R. Bebês prematuros na UTI: a maternidade em questão. *Revista Estilos da Clínica/ Instituto de Psicologia – USP,* Ano IX.no 16. 1º. Semestre de 2004.

KLAUS, M. H. & KENNELL, J. H. *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KLAUS, M. O surpreendente recém-nascido. Porto Alegre: Arte Médicas, 1989.

MARQUES, M.F.S.M. *A morte como afirmação existencial: leucemia a doença branca.* Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2008.

MATHELIN, C. O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com bebês prematuros.
Trad. Procópio Abreu. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-cangurú.* Secretaria de Políticas de Saúde, Área da Saúde da Criança. Brasília, 2002.

MOTTA, I.F. Psicanálise do século XXI: as conferências brasileiras de Robert Rodman. In: *A psicanálise do século XXI: um momento de reflexão.* SP: Idéias & Letras, 2006.

MOTTA, I.F. *Orientação de pais perspectivas no desenvolvimento de crianças e adolescentes.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

MOURA, M.D. e Mohallem, L.N. Quem cuida se cuida. *Revista da SBPH*, vol.6 n.2: 08-15, Dezembro/2003.

PADOVANI, F.H.P. et al Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e pós hospitalização em UTI-Neonatal. *Rev. Brás. Psiquiatria* . v.26 n.4. São Paulo Dez/2004.

PAES, T.G.G. Psicanálise e medicina: reflexões sobre um exercício de transdisciplinaridade. *Rev. SBPH*. V.2 n.2. Agosto/1999.

PALHARES, M.C.A Transferência e contratransferência: a clínica viva. *Revista Brasileira de Psicanálise.* V. 42 n.1, pg.100-111, 2008.

PEDROSA, L.D.C.O. (2005) Óbitos neonatais: por que e como informar? *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. v.5 n.4. Recife out.dez/2005

PIONTELLI, A. *De feto à criança: um estudo observacional e psicanalítco.* Rio de Janeiro: Imago, 1995.

RABELO, A. A função simbólica da UTI neonatal. In: Aragão, R.O.(org.) *O bebê o corpo e a linguagem.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. VER PAG.-34

ROSA, J. T e MOTTA, I. F. Violência no relacionamento pais e filhos. In: ROSA, J. T e MOTTA, I. F. *Violência e sofrimento de crianças e adolescentes: na perspectiva winnicottiana.* São Paulo: Idéias&Letras; São Paulo: FAPESP, 2008.

SADECK,L.S.R. O recém-nascido pré-termo extremo e os limites de viabilidade. In: Procianoy RS & Leone CR. PRORN-Programa de Atualização em Neonatologia. Artmed/Panamericana ed, Ciclo 3 Módulo 1, 2005, 67-86.

SAFRA, G. *Desvelando a memória do humano*: o brincar, o narrar, o corpo, o sagrado, o silêncio. São Paulo: Edições Sobornost, 2006.

SAFRA, G. *A pó-ética na clínica contemporânea*. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2004.

SAFRA, G. Psicanálise do *self* e sofrimento humano. In: AIELLO-VAISBERG, T. (org.) *Trajetos do sofrimento: rupturas e (re) criações de sentidos.* São Paulo: Instituto de psicologia da Universidade de São Paulo, 2003.

SANCHES, R.M; PETER, A.C.A.; ARRIDA, S.G.P. UTI neonatal como espaço para intervenção profilática. In: SANCHES, R.M. (org.) *Winnicott na clínica e na instituição.* São Paulo: Editora Escuta, 2005.

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

SZEJER, M. *Palavras para nascer: a escuta psicanalítica na maternidade.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SZEJER, M. Feto, recém-nascido e pais envolvidos na linguagem. In: Associação Brasileira para o estudo do psiquismo pré e perinatal – ABREP. Anais do Segundo Encontro Brasileiro para o Estudo do Psiquismo Pré e Perinatal. São Paulo, 1997.

TEDESCO, J.J Aspectos emocionais da gravidez de alto risco. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J.; QUAYLE, J. *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1997.

VENTURA, G. Antes do tempo. *Revista Mente e Cérebro*, vol.1. O feto seu cérebro e a consciência primordial. 2006.

VIZZIELO, G.F.et al Representaciones maternas, apego y desarrollo en la premadurez. *Mudanças Psicotr. Estud.Psicossociais,* 9(16), jul-dez, 2001.

ZUGAIB, M *Obstetrícia.* Barueri, SP: Manole, 2008.

WILHEIM, J. *O que é psicologia pré-natal.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

WINNICOTT, C. *Explorações psicanalíticas*: D.W. Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

WINNICOTT, D.W. *Da pediatria à psicanálise*: textos selecionados. Rio de Janeiro: Franscico Alves, 1978.

WINNICOTT, D.W. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

WINNICOTT, D.W. *A família e o desenvolvimento individu*al. São Paulo: Martins Fontes,1993.

WINNICOTT, D.W.(1960) Teoria do relacionamento paterno filial. *In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

APÊNDICE A

DADOS DO PRONTUÁRIO DO RECÉM NASCIDO

Dados da mãe, do parto e do recém-nascido

Nome: Idade:

Estado civil:

Escolaridade:

Profissão:

Paridade:

Pré natal:

Complicações:

Parto:

Grupo de Pais:

Pulseira

Idade gestacional: Peso:

Apgar:

Entubação:

Data de nascimento:

Data da alta:

APÊNDICE B

ROTEIROS DAS ENTREVISTAS

1º. Momento - primeiros contatos com o bebê na UTI.

1. Como está o bebê?
2. O que tem conversado com a equipe sobre o bebê?
3. Tinha alguma idéia de que o parto poderia ser prematuro?
4. O que foi conversado com os médicos no momento do parto?
5. Pôde ver o bebê no momento do parto?
6. Quando veio ver o bebê, você sabia que ele estava na UTI, conversou com alguém da equipe sobre a condição do bebê antes de entrar no setor?
7. Recebeu alguma orientação em relação a uma aproximação do bebê? Quem* orientou?
8. Com quem foi o primeiro contato na UTI e o que foi conversado?
9. Como foi a entrada na UTI e o que achou do bebê?
10. Você abriu à incubadora? Você conversou com o bebê?
11. O que está achando do bebê e que tipo de contato vem estabelecendo com ele, neste período?
12. Nos momentos em que está no setor com quem tem conseguido conversar?
13. Tem algo que você a sente falta em relação ao contato com a equipe?
14. Qual a sua expectativa em relação a seu bebê e a esta internação?
15. Como foi a gestação?
16. Você pretende amamentar? Recebeu alguma orientação a respeito deste assunto?

2º. Momento - possibilidade do bebê começar a mamar.

1. Como está o bebê e como vem se desenvolvendo?
2. Desde quando o bebê está recebendo leite?
3. Recebeu alguma orientação de como seria o processo até que o bebê pudesse mamar? Quem orientou?
4. Enquanto não podia amamentar você retirava o leite? Qual era a sua expectativa em relação a amamentação?

---

* Nesta e nas outras duas entrevistas, em todos os momentos em que pergunto *com quem* foi o contato, minha intenção é saber de qual equipe (médica, enfermagem, fisioterapia, fonaodiologia) é o profissional que orientou a mãe naquele momento.

5. Recebeu alguma orientação em relação à retirada e conservação do leite, enquanto o bebê não estava podendo mamar? Quem orientou?
6. Você está conseguindo amamentar?
7. Se sim (9). Como imaginava que seria? Como está sendo?
8. Se não (9). É você que está dando a mamadeira? Desde quando e como está sendo?
9. Você teve ajuda de alguém da equipe nas primeiras mamadas? Como foi e quem ajudou?
10. Tem dúvidas em relação à amamentação ou para dar a mamadeira? Quando está com dúvidas a quem você recorre para ajudá-la?
11. Tem algo que você a sentiu falta em relação ao contato com a equipe?
12. Qual a sua expectativa em relação a seu bebê e a esta internação? Repetida em relação à primeira entrevista.

3º. Momento – Alta do bebê

1. Como foi o processo de internação do bebê?
2. Quais foram a situações mais significativas, durante a internação do bebê?
3. Nestas situações você conseguiu conversar com alguém da equipe? Quem?
4. Qual é a sua perspectiva em relação à alta do bebê?
5. Como acha que vai ser em casa com o bebê?
6. Você tem alguma questão? Se sim. Está conseguindo conversar ?
7. O que você está achando do desenvolvimento do bebê e de todo o processo de internação?
8. Tem algo que você a sentiu falta em relação ao contato com a equipe?

APÊNDICE C

ENTREVISTAS DOS DEZ CASOS QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA

CASO 1: ***Marcelo, aquele que sabia se aconchegar***

Dados da mãe, do parto e do recém-nascido (RN)

Nome: Rosa

Idade: 37 anos

Estado civil: Casada

Escolaridade: superior completo

Profissão: professora

Paridade: 1º. Filho

Pré natal: outro serviço

Complicações: diabetes Melittus tipoII e hipertensão

Parto: cesárea

Grupo de Pais: 2 atendimentos

Pulseira 01 - Marcelo

Idade gestacional: 29 semanas

Peso: 1280gramas

Apgar: 09/09/10

Entubação: 3º. dia de vida, ficou na máscara de O2 nos primeiros dois dias

Data de nascimento: 10/11/2005

Data da alta: 01/01/2006

Atendimentos: 3 entrevistas e 2 atendimentos

1º. Momento - primeiros contatos com o bebê na UTI.

1ª Entrevista: 24/11/2005

1. Agora ele está bem, mas no início foi muito difícil, passei a 1ª. Semana chorando, entrava e saía chorando.
2. Desde o início eu sempre converso com os médicos e as enfermeiras, pergunto sobre ele e quero saber tudo o que está acontecendo.
3. Conta que não pensava que pudesse ter um parto prematuro e que tudo aconteceu muito de repente e foi muito difícil. Tenho diabetes e sempre achei que meu bebê ia nascer grande, dizem que filho de diabética cresce muito.

4. Os médicos obstetras foram muito sinceros comigo e me disseram que com este tamanho de dez bebês, somente seis sobrevivem. O parto foi feito de urgência, a médica explicou que se não fizessem o parto o bebê não tinha chances de sobreviver. Ficou muito mau, chorou do momento em que ficou sabendo até o momento em que o parto aconteceu, a médica me consolou e os outros médicos do Centro Obstétrico foram muito atenciosos.
5. Não ouvi ele chorar quando nasceu e achei que ele não tinha resistido, mas a médica disse que o choro que ouviam ao longe era o dele e que em seguida a pediatra o iria trazer para ela ver. Quando vi fiquei muito aliviada.
6. No primeiro dia à tarde vim ver o bebê no Berçário e já sabia que ele estava na UTI, não conversei com ninguém, estava com meu marido e chorei muito. Fiquei muito impressionada com o tamanho dele e não consegui mexer nele.
7. No primeiro dia não tive orientação, mas no segundo dia quando voltei à enfermeira me disse que podia lavar as mãos abrir a incubadora e mexer no meu bebê. Desde o início sempre conversei com os médicos, na primeira semana tinha muito medo do que podia acontecer. Não sabia se podia acreditar, mas com o tempo fui ficando mais confiante e acreditando mais.
8. Não consegui conversar com ninguém.
9. Achei o Marcelo muito pequeno, mas desde o segundo dia, abri à incubadora e mexi nele, converso muito e conto de todo mundo que pergunta dele, sempre começo dizendo que ele venceu mais um dia.
10. Ver a resposta 9
11. Tenho achado que ele está cada vez melhor e agora tenho conseguido ficar mais calma e confiante.
12. Todos os dias converso com os médicos e as enfermeiras.
13. Em relação à equipe não tenho nenhuma queixa, todos são atenciosos e cuidam muito bem do meu bebê e dos outros, vejo as enfermeiras falarem de forma carinhosa com os bebês.
14. Agora estou confiante e acho que ele tem estado melhor a cada dia.
15. A gestação foi programada e evoluiu bem, estava controlando a diabetes, mas o problema que ocasionou o parto foi à hipertensão. Quando internei aqui, me disseram que era necessário ter um acompanhamento mais rigoroso, por ser uma gestação de risco.

16. Eu quero muito amamentar. As coisas já aconteceram de um jeito tão diferente do que deveria. Não consegui curtir minha gravidez, ele chegou muito antes da hora, não pude pegá-lo nos braços e beijar, ele foi direto para a UTI, agora se não conseguir amamentar vai ser muito frustrante para mim.

2º. Momento - possibilidade de o bebê começar a mamar.

(Este bebê começa a mamar tudo por boca depois de 40 dias de vida)

2ª. Entrevista: 14/12/2005

1. Considero que meu bebê está se desenvolvendo bem. O que observo ao longo dos dias é que Rose fica o tempo todo com o bebê no colo e tem um olhar dirigido a ele, está sempre conversando com seu bebê.
2. Ele está recebendo leite via oral desde (12/12) começou com 5ml e já está com 15ml. Hoje pude oferecer o seio. Sempre quando chego no setor vejo ele e em seguida leio o prontuário para ver a evolução e o peso. (Conta que uma das enfermeira havia perguntado a ela se havia dado o peito na mamada anterior. A enfermeira orientou que poderia oferecer o peito, pois estava prescrito, ela diz que se surpreendeu, pois não havia lido).Fiquei feliz e logo em seguida coloquei ele no peito, não tinha muita expectativa, pois só tenho conseguido tirar de 5 a 10 ml por dia, não descobri nada que faça aumentar o meu leite.
3. Recebi poucas orientações, um dia tive uma conversa com uma das médicas que explicou um pouco a respeito da estimulação e de sua importância para a produção de leite.
4. Tenho estimulado constantemente, mas tiro pouco leite de 5 a 10 ml, não sei se vou conseguir amamentar. Gostaria muito de amamentar, a gestação já não foi até o final, não pude ficar barriguda, ele teve que ficar internado e até agora não consegui levar ele para casa, gostaria que pelo menos a amamentação pudesse acontecer. Repete algo que já foi dito na 1ª. Entrevista, que realmente é muito significativo para as mães destes bebês que é o quanto todas as situações fogem do esperado e elas tem que se haver com um cotidiano bastante difícil e aterrorizante com o seu bebê.
5. Recebi no início, na copa com as meninas que ficam lá.
6. Hoje foi difícil, pois eu quase não tenho leite, mas consegui fazer pingar algumas gotas na boca dele, ele dorme bastante na hora da mamada.

7. Não imaginava muito diferente disso, pois eu quase não tenho leite e não tenho bico, mas gostaria de conseguir amamentar.
8. Tenho dado a mamadeira, ele é dorminhoco mas mama bem. Ele mama devagar ele e todos terminam antes dele.
9. Na primeira mamada a enfermeira me ajudou, eu não tenho bico e é difícil.
10. Acho que ele é um pouco dorminhoco e às vezes é difícil, mas quando tenho dúvidas consigo conversar com os médicos e as enfermeiras.
11. Tenho conseguido conversar bem, não tenho queixa, os médicos e enfermeiras são sempre atenciosos quando tenho alguma questão.
12. Estou muito feliz com o desenvolvimento dele, queria que pudesse ter sido diferente, mas diante das conversas como os médicos antes dele nascer, acho que está indo muito bem.

3°. Momento – Alta do bebê

3ª. Entrevista - 29/12/2005

1. Acho que foi tudo bem, mas sempre com um aperto no coração de ter que deixar ele aqui. No início foi muito difícil ver ele na UTI, ficava muito estressado e estava ligado aos aparelhos. Desde o início sabia que ele conseguiria, vim para o hospital fora do dia da consulta e quando cheguei pediram um ultra-som e viram que ele estava em sofrimento fetal, o parto foi feito às pressas. Fico pensando que ele sobreviveu naquele momento foi para ficar comigo.
2. Tiveram três momentos significativos: 1º. quando saiu da UTI, foi uma emoção muito forte, chorei muito; 2º. quando foi para o berço e pude colocar a roupa pela primeira vez, foi muito emocionante; 3º. quando foi para o médio risco e ficou mais perto de ir para casa. Tenho esperado ansiosamente o momento da alta, parece que quanto mais chega perto, o tempo passa mais devagar.
3. Em todas as situações conseguiu conversar com a equipe, tanto os médicos como com as enfermeiras Tentava não ficar com dúvidas, a equipe sempre foi muito atenciosa.
4. Meu bebê está muito bem e vai ficar melhor em casa.
5. Acho que vai ser muito bom em casa, agora me sinto madura para cuidar dele sozinha.

6. Tive uma questão em relação a uma cirurgia de hérnia, que acabei de conversar com a médica.
7. Achou que foi tudo bem e que ele está indo muito bem. O que você está achando dele? Digo a ela que Marcelo está se desenvolvendo bem, e que isto se deve a todo cuidado e atenção que ela tem dado a ele durante todos os momentos da internação. Converso com ela a respeito de uma tranqüilidade que conseguiu passar na relação com seu bebê.
8. A relação com a equipe médica e de enfermagem foi boa e não tenho nenhuma queixa. Não posso reclamar de nada, pelo contrário.

CASO 2: ***Vivi, aquela que precisou atravessar um longo caminho***

Dados da mãe, do parto e do recém-nascido (RN)

Nome: Mara

Idade: 42 anos

Estado civil: Casada

Escolaridade: ensino fundamental

Profissão: empregada doméstica

Paridade: 2º. Filho

Pré natal: outro serviço (ficou internada 21 dias antes do parto)

Complicações: trabalho de parto prematuro, perda de líquido precoce

Parto: cesárea

Grupo de Pais: 2 vezes

Pulseira 02 – Vivian

Idade gestacional: 29 semanas

Peso: 1250gramas

Apgar: 05/08/09

Entubação: 3º.minuto de vida, ficou entubada por 10 dias, foi extubada e depois de 5 dias teve uma trombose e teve que ser entubada novamente.

Data de nascimento: 13/11/2005

Data da alta: 20/01/2006

Atendimentos: 3 entrevistas e 5 atendimentos individuais

1°. Momento - primeiros contatos com o bebê na UTI.

1ª. Entrevista: 01/12/2005

1. Neste momento o bebê não está muito bem, teve uma piora no final de semana, teve que voltar a ser entubada, já estava sem o tubo há quase uma semana.
2. Desde o início sempre converso com a equipe sobre como está a minha filha.
3. Fiquei internada vinte e um dias antes do parto, tive uma perda de líquido, sabia que o parto poderia acontecer a qualquer momento.

4. Os médicos disseram que não era mais possível esperar, deram duas injeções. Os médicos diziam que quando mais o bebê conseguisse se desenvolver melhor seriam suas chances ao nascimento, ela estava pequena.
5. Pude ver só um pouco, ela estava dentro da incubadora. Tive que fazer um esforço para enxergá-la
6. Vim no mesmo dia para ver minha filha, já sabia que estava na UTI. Conversei com o médico.
7. Logo no primeiro dia a equipe disse que era preciso lavar as mãos e podia tocar nela. Abri a incubadora, mas não tinha coragem de tocar, não mexi nela nos primeiros dez dias de vida. A equipe dizia para eu mexer, mas não conseguia.
8. Conversei com a enfermeira
9. Foi difícil, achei que ela era muito pequena. Conversava com minhas irmãs e dizia a elas que achava que Vivi não conseguiria sobreviver.
10. Eu abria a incubadora, mas não conseguia mexer nela.
11. Agora eu mexo, converso bastante com ela, canto uma música que cantava quando ela estava na minha barriga.
12. Tenho conversado com a equipe médica e de enfermagem, todos os dias. Todos têm sido atenciosos, e quando a enfermeira percebe que eu estou ansiosa vai me explicando a situação.
13. Não sinto falta de nada.
14. Acho que ela está melhor, mas que em alguns momentos fico desesperada com toda a situação, tenho muito medo de perder.
15. A gestação estava indo bem até que tive uma perda de líquido quando estava trabalhando, precisei internar e fiquei vinte e um dias. A gestação aconteceu sem eu esperar (não programada). Não queria engravidar e fiquei desesperada quando soube que estava grávida, depois fui me acostumando com a situação. Mara conta que havia parado com o anticoncepcional por causa de um tratamento de mioma e por descuido transou sem camisinha, diz que tem uma condição financeira difícil e não queria ter mais filhos, tem um filho de 15 anos.

16. Tiro leite todos os dias, Vivi não estava recebendo meu leite mas agora já está, quando ela não recebe eu tiro o leite e jogo fora. Conta que amamentou o seu primeiro filho.

2º. Momento - possibilidade do bebê começar a mamar.

Mamou tudo por boca com 50 dias de vida

2ª. Entrevista: 09/01/2006

1. Acho que agora ela está indo bem, mas foi muito difícil.
2. Desde que começou a mamar, eles logo aumentaram o leite, em dois dias conseguiu mamar tudo por boca e não precisou mais da sonda, ai ela pôde ir para o peito.
3. Recebia algumas orientações quando perguntava, quando ela iria começar a mamar.
4. Retirava pouco leite, mas sempre achava que ira amamentar, pois o leite não secou
5. Recebia algumas orientações das meninas da copa.
6. Estou amamentando nos momentos em que estou aqui, uma ou duas mamadas por dia, diz que gostaria estar mais tempo aqui, mas conta que tem que preparar o almoço do filho e sua casa é muito longe do hospital.
7. Imaginava que ela iria pegar bem, pois chupava muito bem a chupeta. Ela realmente pegou muito bem me senti muito realizada.
8. Dou a mamadeira para complementar a amamentação, pois ainda tenho pouco leite, ela mama muito bem e respira direitinho.
9. Na primeira mamada, o pessoal explicou e ajudou até que ela conseguisse pegar.
10. Não tenho dúvidas, ela está mamando muito bem.
11. Não senti falta de nada, sempre consegui conversar, mesmo nos momentos mais difíceis.
12. Acho que agora está tudo bem. Vejo a internação como um pesadelo que passou, vivi muitas situações difíceis e momentos em que tinha muito medo de perder minha filha. Durante três semanas ela ficou com um trombo e não sabia se resistiria, ela conseguiu melhorar e fui ficando confiante.

3°. Momento – Alta do bebê

3ª. Entrevista – 12/01/2006

1. Foi muito difícil, foi complicado e tem horas que parece ter sido um pesadelo.
2. As situações significativas foram os momentos críticos em que ela estava na UTI, que não sabia o que iria acontecer e tinha muito medo. Tinha muito medo quando recebia alguma notícia de piora.
3. Em todos os momentos consegui conversar com a equipe e entender o que estava se passando. Teve um momento difícil quando ela precisou tomar uma medicação nova e a médica me explicou, não entendi e depois conversei de novo.
4. Acredito que vai ser muito bom, tenho um pouco de medo de como será dar banho nela, é tão pequena.
5. Acho que vai ser muito bom ter a Vivi em casa, já está tudo preparado. Quando comecei a lavar as roupas, logo em seguida a médica lhe disse que já poderia me preparar para levar ela para casa.
6. Neste momento não tenho nenhuma questão, fui conseguindo conversar a respeito das minhas suas dúvidas, aprendi muito ao longo da internação. Minha irmã e a vizinha também tiveram filhos prematuros, mas só agora sei o que é, nunca imaginei viver uma situação como esta.
7. Foi muito difícil, agora estou achando que está indo bem.
8. Minha relação com a equipe foi boa, pude conversar sobre todas as dúvidas. Os momentos de piora dela foram muito difíceis, em algumas situações tinha medo de perdê-la.

CASO 3: ***Marta, aquela que não encontrou um lugar***

Dados da mãe, do parto e do recém-nascido (RN)

Nome: Vera

Idade: 31 anos

Estado civil: separada

Escolaridade: ensino fundamental

Profissão: vendedora

Paridade: 2º. filho

Pré natal: neste serviço

Complicações: sofrimento fetal/CIUR

Parto: cesarea

Grupo de Pais: não participou

Atendimentos: 12 atendimentos com a bebê

Pulseira: 03 - Marta

Idade gestacional: 29 e 5/7semanas Peso: 1030gramas

Apgar: 05/07/08

Entubação: 1º. Minuto de vida

Data de nascimento: 22/11/2005

Data do óbito: 24/01/2006

1º. Momento - primeiros contatos com o bebê na UTI.

1ª. Entrevista – 09/12/2005

1. Acho que está um pouco melhor do que já esteve.
2. Venho pouco e sempre converso com a equipe, da primeira vez que vi chorei muito, a enfermeira e o médico me consolaram dizendo que tinham outros bebês pequenos e que eles reagem e sobrevivem.
3. Não achava que o parto seria tão prematuro, tenho um problema cardíaco, na minha primeira gestação (tem um filho de 5anos), tive que ficar internada no final, mas o bebê nasceu de tempo certo.

4. O bebê estava em sofrimento e me disseram que precisava fazer o parto. Tive eclampsia.
5. A anestesia foi geral (cardiopata) e não vi o meu bebê na hora do parto. Fiquei uma semana sem poder ver ela, fiquei internada em outro hospital (Incor) a minha mãe que visitava ela no Berçário. Minha mãe me dizia que a neném não estava bem. Ela estava entubada e minha mãe ficava apavorada com a situação sem saber o que fazer, depois me contou. Um pouco antes da alta consegui que me trouxessem de cadeira de rodas para visitar minha filha que já tinha sete dias.
6. Quando cheguei no Berçário, já sabia que ela estava na UTI, conversei com a enfermeira e com o médico e chorei muito.
7. Recebi orientação para tocar no bebê, desde a primeira vez, mas não consegui por a mão nela no primeiro dia, quando vim no outro dia conseguiu abrir a incubadora e colocar a mão na mão dela.
8. Ver o número 6
9. Fiquei muito impressionada, nunca tinha visto um bebê tão pequeno, minha irmã também teve um bebê que nasceu de seis meses mas eu não cheguei a ver quando estava no hospital.
10. Abri a incubadora só a partir da segunda vez, conversei um pouco mas quando venho não sei o que falar. Hoje eu não abri, pois tem um papel dizendo manusear o mínimo possível. Explico a ela que este aviso é para os profissionais e não para ela. Reforço com ela à importância de abrir a incubadora conversar e tocar em Marcela.
11. Venho e acho que ela está igual, acho que cresceu um pouco. Tenho vindo pouco, nesta semana vim na segunda e na sexta, não tenho dinheiro estava trabalhando fazendo bijuteria, mas agora estou sem trabalho. Já estava separada do pai dela fiquei sabendo que estava grávida. O pai só ficou sabendo recentemente, quando filha já tinha nascido, ainda não conversamos.
12. Converso sempre com a enfermeira e com o médico, me explicam dela, mas na visita passada saí sem saber o peso. Hoje quero saber quanto ela está pesando.
13. Não sinto falta de nada.
14. Ainda não sei, ela precisa melhorar.

15. A Gestação não foi programada, transcorreu bem até o sexto mês, estava trabalhando e de repente fiquei mau, sabia que quando viesse para a consulta ia ficar internada. Demorei quinze dias, ficava em casa pensando como quem deixaria meu outro filho de cinco anos. Quando vim para a consulta, logo fui internada e ela nasceu no mesmo dia.
16. Pretendo amamentar, meu outro filho amamentei até os quatro anos, tenho estimulado e tirado um pouco de leite quando tomo banho. Não tive orientação para amamentar minha filha, só sei que ela ainda não pode mamar.

CASO 4: ***Paulo o que conseguiu encontrar um lugar***

Dados da mãe, do parto e do recém-nascido (RN)

Nome: Alice

Idade: 35 anos

Estado civil: casada

Escolaridade: fundamental incompleto

Profissão: cozinheira

Paridade: 5 gestações (1 natimorto, 2 abortos, a filha de 4 anos e o bebê)

Pré natal: neste serviço

Complicações: CIUR grave, em função de uma hipertensão

Parto: cesarea

Grupo de Pais: 9 atendimentos

Atendimentos: 3 entrevistas e 7 atendimentos (5 com a mãe e 2 com o bebê)

Pulseira: 04 - Paulo

Idade gestacional: 28 semanas Peso: 690gramas

Apgar: 09/10/10

Entubação: 1º Minuto de vida

Data de nascimento: 05/10/2005

Data da alta: 16/02/2006

1º. Momento - primeiros contatos com o bebê na UTI.

1ª. Entrevista - 03/11/2005

1. Ele agora está bem, muito melhor do que esteve, mas já passou por situações difíceis.
2. Todos os dias em que venho visitar converso com alguém, os médicos ou as enfermeiras, quero sempre saber o que está acontecendo.
3. Teve três internações durante a gestação, pois a hipertensão estava descontrolada, já sabia que seu bebê seria prematuro, sua primeira filha também foi, nasceu com 1000gramas. Quando teve a última internação os médicos lhe disseram que o bebê estava em sofrimento e que teria que ser feito um parto de urgência. O médico deu poucas chances para o meu bebê, falou que ele era muito pequeno, chegou a dizer que talvez ele não

conseguisse chorar. Esta fala se relaciona a morte, uma vez que o choro é a primeira expressão de vida do bebê.

4. Ver a anterior.
5. Ouvi ele chorar na hora do parto e pensei que estava sendo diferente do que os médicos falaram. A pediatra disse que ele era pequeno, mas estava muito bem. Os médicos perguntaram se eu queria ver o bebê, eu não quis. Pergunto o pq dela não querer ver o bebê? Tinha medo de que ele fosse muito pequeno e eu ficasse impressionada, minha segunda filha eu só conseguiu ver depois de 2 semanas. Alice conta que sua primeira filha nasceu de sete meses de gravidez era bem maior que ele e faleceu com alguns dias de vida, por uma falta de recursos do hospital. Depois teve 2 abortos e só na quarta gestação teve a sua primeira filha que pesou 1000gramas.
6. Quando vim ver o meu bebê, no primeiro dia de vida, já sabia que ele estava na UTI, olhei pelo vidro e só depois entrei, estava com meu marido. Conversei com a enfermeira e ela me explicou que poderia lavar as mãos e mexer no bebê. Alice conta que neste primeiro dia não conseguiu tocar e nem falar com Paulo, mas o marido conseguiu. Conseguiu abrir a incubadora depois no terceiro dia de vida.
7. Ver a anterior
8. Meu primeiro contato foi com as enfermeiras elas me contaram um pouco a respeito dela.
9. Achei que era muito pequeno e não acreditei que ele poderia resistir, foi muito difícil tanto para mim quanto para meu marido.
10. Ver a resposta da 6.
11. Acho que ele está indo bem e não vê a hora de ir para casa com ele. O pior período foi quando Paulo teve um pneumotórax e teve que colocar dois drenos no pulmão. Eu e meu marido tivemos muito medo.
12. Todos os dias que venho converso tanto com os médicos como com as enfermeiras, quero saber o que está acontecendo e estou achando que ele vai indo bem.
13. Não sinto falta de nada.
14. Agora acho que ele está indo bem, mas ainda não consegui comprar nada, penso em ir e não consigo.

15. A gravidez não foi programada, quando soube que estava grávida não acreditei. Fui fazer um ultra-som, achava que estava com alguma doença grave, tinha feito dois testes de gravidez que o resultado foi negativo. Precisei fazer outro ultra-som para acreditar que estava grávida. Com a confirmação comecei a achar que ia morrer com a hipertensão (tem hipertensão crônica), passei um período achando que ira morrer. Depois comecei a achar que tinha que acreditar, meu marido me dizia ia morrer. Melhorei quando fiz o ultra-som e soube que ia ser um menino, tanto eu como meu marido ficamos muito felizes.
16. Tive algumas orientações no grupo de pais, mas acho que não vou conseguir amamentar, pois quase não tenho leite. Acho que vou ter aflição e não acredito que vou conseguir amamentar. Não consegui amamentar a minha primeira filha.

No início desta entrevista me diz que acha que é uma boa mãe, mas que seu marido consegue ser muito mais carinhoso e próximo das crianças, descreve-se como muito cuidadosa, mas não tão carinhosa.

2º. Momento - possibilidade de o bebê começar a mamar.

(Mamou tudo por boca com 70 dias de vida)

2ª. Entrevista - 09/01/2006

1. Acho que ele está bem agora e dá para perceber os seus progressos.
2. Faz quatro dias que ele está mamando e ontem comecei a dar a mamadeira
3. Recebi poucas orientações da enfermagem.
4. Não tinha muita expectativa de amamentar, tirei leite durante o primeiro mês, desde o início saia muito pouco não acreditava que conseguiria.
5. Não recebi muitas orientações.
6. Não consegui.
7. Não consegui amamentar minha primeira filha e não achava que seria diferente desta vez.
8. Estou dando a mamadeira desde ontem e foi incrível, fiquei com medo quando a enfermeira ofereceu, mas depois achei bom. Agora só penso no momento dele ir para casa, hoje foi mais fácil para dar a mamadeira eu não senti medo.

9. Tive ajuda da enfermeira na primeira mamada. A enfermeira me disse para eu dar o leite, colocou ele no meu colo, me explicou o que tinha que fazer e me disse para chamar se precisasse, mas não me explicou muito a respeito do que tinha que fazer. Fui percebendo que ele cansava e tinha que tirar a mamadeira da boca dele.
10. Tive algumas questões, mas fui fazendo como achava, ainda tenho um pouco de medo a hora de dar a mamada.
11. Sinto falta de algumas enfermeiras que atendiam no Isolamento, com quem fiz bons contatos e que agora praticamente não encontro. Em relação ao resto, tem sido tudo bem.
12. Acho que agora vai ser tudo bem, tiveram momentos muito difíceis e teve dias que chegava para vê-lo e preferia não falar com ninguém, tinha receio das notícias que viriam. Teve um período em que toda a situação era crítica, lembro como foi difícil todo o processo para ele conseguir eliminar o trombo, tinha dúvidas se ele conseguiria resistir. Agora acho que está tudo bem e que é só uma questão de tempo para ele poder ir para casa. Sonho com o momento da alta, arrumo o quarto e depois arrumo novamente só esperando por ele. Acho que a alta ainda vai demorar.

3º. Momento – Alta do bebê

3ª. Entrevista – 16/02/2006

1. A internação foi muito difícil e teve momentos em que não tinha vontade de conversar com ninguém. Acho que foi muito longo e em alguns momentos ficava desanimada.
2. Você está querendo saber das situações boas ou as difíceis? Quais foram as situações significativas para você? O mais difícil foi ver ele entubado na UTI, depois o que foi ainda mais difícil foi ver ele piorar e precisar dos drenos (de pulmão) e quando ele estava melhorando piorou muito teve uma infecção, foi para o isolamento.
3. Tinha momentos em que eu não queria conversar com ninguém, não sabia o que esperar, no final sempre acabava perguntando e conversando sobre o que estava acontecendo. Na maioria das vezes conseguia esclarecer minhas dúvidas e só raramente encontrava alguém que não sabia conversar, quando isto acontecia procurava outra pessoa. Quando ele estava na UTI e no Isolamento tinha uma enfermeira muito boa que sempre conversava comigo e explicava o que estava acontecendo. Num dos plantões o meu bebê estava com uma sonda

errada eu conversei com a enfermeira e ela não me deu atenção, acabei conversando com a enfermeira chefe que logo resolveu o problema.

4. Tenho um pouco de medo da alta, acho que ele é muito pequeno e não sei como vai ser para cuidar dele em casa.
5. Tenho um pouco de medo, mas acho que vou fazer tudo para que Paulo fique bem, os vizinhos estão na expectativa de conhecer, acho que é só curiosidade eles não vão ajudar. Pergunto a ela como vai ser apresentar o Paulo para todos? Não sei, pedi para eles não ficarem em cima dele (neste momento se emociona).
6. A única questão que tenho é que não sei o resultado de um eletroencefalograma, os médicos ainda não conversaram comigo. Sempre conseguiu conversar sobre minhas dúvidas. Acho que médica vai conversar sobre o exame na hora da alta.
7. Ele está bem, em comparação a como ele já esteve, acho que ele melhorou muito. Esta internação foi longa e difícil.
8. Acho que minha relação com a equipe foi boa, tiveram alguns momentos difíceis em que me desentendi com algumas pessoas, mas em seguida encontrei outra pessoa para conversar.

CASO 5: ***Marcela, aquela que não podia ir ao colo***

Dados da mãe, do parto e do recém-nascido (RN)

Nome: Carla

Idade: 27anos

Estado civil: casada

Escolaridade: fundamental incompleto

Profissão: do lar

Paridade: 1 aborto, 1 filha de 4 anos

Pré natal: neste serviço

Complicações: cerclagem no 5º. mês de gestação, trabalho de parto prematuro

Parto: normal

Grupo de Pais: 4 atendimentos

Pulseira 05 - Marcela

Idade gestacional: 25 6/7 semanas

Peso: 790g

Apgar: 07/08/09

Entubação: 1º. Minuto de vida

Data de nascimento: 13/02/2006

Data da alta: 30/06/2006

1°. Momento - primeiros contatos com o bebê na UTI.

1ª. Entrevista - 22/02/2006

1. Ela está bem, está com o aparelho para ajudar a respirar porque ainda é muito pequena.
2. Todos os dias converso com a equipe médica e de enfermagem, pergunto como Marcela está. Dizem que ela está estável.
3. Achava que o parto não iria ser prematuro. Minha outra filha também foi prematura, nasceu de 6 meses e pesou 1000g. Na verdade eu queria muito conseguir ir até o final, mas no fundo achava que iria ser prematuro.

4. Cheguei em trabalho de parto, os médicos tentaram inibir mais não conseguiram e me disseram que teriam que fazer o parto, mas que as chances eram mínimas porque o bebê era muito pequeno.
5. Quando a vi estava dentro da incubadora.
6. O parto foi na madrugada, e a tarde vim ver a bebê. Não conversei com ninguém, mas eu já imaginava, meu marido já tinha visto. Depois viemos juntos conversamos com a médica e ela disse que Marcela estava estável, mas precisava da ajuda dos aparelhos para respirar.
7. A enfermeira disse que eu podia abrir à incubadora, explicou que precisava lavar as mãos e colocar uma luva, porque ela é muito pequena. Abri e logo conversei com ela.
8. Ver a resposta 6.
9. Já sabia que ela estava na UTI, pela minha experiência com minha outra filha, achei ela bem pequena. A impressão que me dá é que só o fato da filha ter conseguido suportar o parto e estar viva já é um prêmio, então todo o resto parece tomar uma dimensão menor.
10. Ver a resposta 7.
11. Estou achando que minha filha está bem, tenho conversado muito com ela e costumo falar sobre tudo, ontem estava com meu marido e com ela na hora de ir embora a bebê começou a chorar, me explica que não dá para ouvir o choro dela (está entubada), mas dá para perceber que ela está chorando. Neste dia eu voltei abriu a incubadora coloquei a mão nela., e disse a ela que iria embora, mas voltaria no dia seguinte. Ficou consolando a bebê e quando ela dormiu pôde ir embora mais tranqüila.
12. Todos os dias é preciso chamar os médicos para conversar, eles não passam para falar a respeito do que está acontecendo, isto é difícil, hoje ainda não consegui falar com o médico.
13. Tem algumas coisas que sinto falta, não tem uma cadeira ao lado da incubadora para que eu possa sentar. No hospital universitário tinha sempre uma cadeira ao lado dos bebês. Sei que posso pedir para colocarem, mas tem dia que não quero ter que e acabo saindo para sentar fora do setor.
14. Acho que minha filha está indo bem, quero levá-la embora o mais depressa possível.

15. A gestação foi programada, queria engravidar quando minha filha tivesse uns três anos. Logo no início tive um sangramento e o médico me disse que precisava de muito repouso senão não conseguiria segurar a gestação Fiquei de repouso, mas com cinco meses tive outro sangramento e precisou fazer uma cerclagem[10], continuei de repouso mas entrei em trabalho de parto. Queria muito ir até o final, ficar com um barrigão de nove meses. Esta é minha terceira gestação o primeiro bebê nasceu de cinco meses, nasceu vivo mas logo em seguida morreu, foi difícil. Depois de um ano e meio engravidei novamente e minha filha tem quatro anos.

16. Quero amamentar até um ano, estou estimulando em casa, tiro o leite, hoje ela recebeu do meu leite e já tirei para deixar, quase não tive orientação, sabia um pouco por causa de minha outra filha. Amamentei minha primeira filha durante dois meses.

2º. Momento - possibilidade de o bebê começar a mamar.

(Demora 90 dias para mamar por boca)

2ª. Entrevista - 09/06/2006

1. Acho que ela está bem e que está se desenvolvendo bem, tiveram momentos difíceis, como quando não conseguiam tirá-la do aparelho para respirar e esta ultima infecção que me assustou muito, e pela primeira vez chorei.

2. Já estava mamando por boca há um mês atrás e quando foi para colocar no peito ela pegou uma infecção e ficou quase vinte dias sem receber leite, agora quando retomou em uma semana começou a receber, colocaram no peito e retiraram a sonda.

3. Conversei um pouco com a médica, e algumas coisas já sabia por causa de minha outra filha, acha que demoraram muito para colocar sua filha para mamar no peito.

4. Sempre tirei o leite, e queria muito conseguir amamentar, minha outra filha só recebia do meu leite enquanto estava internada.

5. As orientações que recebeu, foram das atendentes que trabalham na copa.

6. Desde que coloquei ela no peito pegou bem e pega todas as mamadas, teve uma mamada que ela mamou só o peito, mas nas outras complementei com a mamadeira, acho que ainda estou com pouco leite.

---

[10] Procedimento em que são dados alguns pontos no colo do útero para tentar impedir um que aconteça um parto prematuro

7. Ficava imaginando se ela conseguiria pegar, pois ficou tanto tempo entubada e sem poder mamar que tinha dúvidas, mas por outro lado achava que ela pegaria, estava sugando bem a chupeta e até a sonda.
8. Tenho complementado com a mamadeira e que ela pega bem tanto no peito quanto na mamadeira.
9. Na primeira vez tive ajuda, mas logo em seguida as enfermeiras disseram que não precisava de ajuda, ela estava pegando muito bem.
10. Não tive dúvidas.
11. Gostaria que os médicos conversassem mais com ela a respeito de sua filha e que as enfermeiras colocassem mais a Marcela em seu colo, não vejo a hora dela ir para o berço para poder pegar a hora que quiser. Precisa ter uma cadeira melhor, esta não é confortável para recostar e colocar a bebê deitada no meu peito.
12. Estou feliz e agora só espero o momento de levar ela para casa, acho que ainda vai demorar um pouco, talvez um mês. Coloco a data da alta para frente, para não me decepcionar. Agora estou ansiosa para ver ela no berço.

3º. Momento – Alta do bebê

3ª. Entrevista - 30/06/2006

1. Foi longo e difícil, tiveram momentos complicados, agora estou muito satisfeita e feliz, o mais importante é que minha filha vai de alta para casa e está tudo bem.
2. Você quer saber das situações boas ou as difíceis? Pergunto novamente quais foram às situações significativas. Tiveram três situações que foram mais marcantes para mim: quando ela saiu do respirador, fiquei muito feliz; quando ela pegou a última infecção e ficou mau, fiquei muito assustada e quando ela foi para o berço que finalmente pude ficar com minha filha no colo o tempo todo.
3. Nem sempre conseguiu conversar com alguém no setor, em muitos momentos ficava atrás dos médicos para ter alguma notícia sobre minha filha. Tiveram momentos em que fui embora sem conversar com ninguém, acho que esta situação melhorou um pouco agora no final, depois que conversei sobre isto com os médicos.

4. Acho que vai ficar tudo bem, não vejo a hora deste momento chegar ela vai ficar muito bem em casa. Minha filha maior espera ansiosa a chegada da pequena.
5. Ver anterior.
6. Tinha algumas questões em relação a suspeita de hidrocefalia, que foi vista nas ultimas semanas. Fiquei muito assustada, tive medo dela ter que operar. Conversei várias vezes com os médicos e fui entendendo que isto aconteceu por causa da infecção, os médicos disseram que não está progredindo e não terá maiores repercussões. Acho que agora o importante vai ser o acompanhamento, quanto a isto já sei como é, acompanhei minha outra filha e acho que vai dar tudo certo.
7. Acho que ela está muito bem, está esperta apesar de todos os problemas que enfrentou durante a internação. O que você acha do desenvolvimento dela? Retomo com Carla um pouco do percurso feito por elas ao longo da internação e lhe digo que no meu entender sua filha, neste momento, está com um bom desenvolvimento.
8. Fui podendo falar mais com você sobre as dificuldades que fui percebendo durante a internação. Acho que o mais difícil foi ficar sem notícias dela em alguns momentos. Foi bom estar com ela ao longo de todo este tempo. Aos poucos fui aprendendo a lidar com as enfermeiras e acho que conseguiu resolver com as situações e me relacionar com a equipe.

CASO 6: ***Lara, aquela que não conseguiu suportar***

Dados da mãe, do parto e do recém-nascido (RN)

Nome: Elena

Idade: 43 anos

Estado civil: Amasiada, 2º. relacionamento

Escolaridade: médio incompleto

Profissão: Desempregada (auxiliar de escritório)

Paridade: 11 gestações (5 abortos, 1 filho faleceu com 1 ano e outro faleceu com 2 dias)

Tem 1 filha com 19 e um filho com 18 anos.

Pré natal: neste serviço

Complicações: sofrimento fetal, hipertensão

Parto: cesárea

Grupo de Pais: 2 grupos

Pulseira 06 - Lara

Idade gestacional: 28 semanas Peso: 750g

Apgar: 01/07/08/09

Entubação: 1º. Minuto de vida

Data de nascimento: 17/01/2006

óbito: 17/02/2006

1° Momento - primeiros contatos com o bebê na UTI.

1ª. Entrevista – 15/02/2006

1. Minha filha não está nada bem, já esteve melhor.
2. Os médicos dizem que ela não está bem, hoje precisou fazer diálise, ela está muito inchada, é difícil de ver.
3. Tinha porque tive outros partos prematuros, a minha filha antes dela também nasceu prematura e viveu 2 dias.

4. Não foi conversado muita coisa, pois o parto foi de urgência, eu fiquei muito mau. Descreve que teve muito medo de morrer e durante o parto falava sem parar com os médicos.
5. Vi minha filha de longe na incubadora.
6. Sabia que ela estava na UTI, mas os médicos sempre dizem que é grave. No último final de semana uma das médicas falou de um jeito grosseiro, e me disse que todos os bebês que estão na UTI estão graves.
7. Desde o início disseram que eu poderia mexer na minha filha, foi muito difícil. Há quinze dias eu coloquei a mão nela, e o coração acelerou muito, viu no monitor. Me assustei muito e tirei a mão imediatamente achei que ela poderia morrer.

   Neste momento percebo a importância de fazer uma intervenção e digo a ela que sua percepção está correta, pois Lara reconheceu a sua voz e foi por isto que a freqüência cardíaca aumentou. Conto que isto é bom, pois mostra que ela está atenta ao que está acontecendo ao seu redor e ressalto com Elena a importância dela conversar com filha, pois a ajuda a reencontrar com alguma coisa conhecida.
8. Foi difícil e quase não tem conseguido ficar dentro do setor, não está agüentando ver a filha do jeito que está.
9. Achei muito pequena, é muito difícil vê-la assim.
10. Não tenho conseguido abrir a incubadora e neste momento não consigo me aproximar, fico muito impressionada com o estado dela.
11. Não estou conseguindo entrar no setor, converso com a médica e logo vou embora.
12. Tenho conversado com as médicas
13. Não consegue responder.
14. Mesmo estando mau, acho que vou ficar com ela, é diferente de minha outra filha prematura que não tinha nada do enxoval e de alguma forma sabia que ela não conseguiria resistir.
15. A gestação foi difícil, não achava que ainda poderia engravidar. Não queria esta gravidez, é de um rapaz com quem vivo, mas não gosto. Desta vez como estou desempregada até conseguiu cuidar um pouco mais, fiquei em casa fiz o repouso, não total, sou muito ansiosa e não consigo ficar parada.

16. Pretendo amamentar, tenho tirado leite todos os dias, agora a bebê não está recebendo meu leite, pois está em jejum. O pai não se conforma que os médicos deixam a bebê sem o leite, eu entendo que os médicos estão tentando fazer o melhor. Conta que amamentou pouco os outros filhos.

CASO 7: ***Lia, a que sabia esperar***

Dados da mãe, do parto e do recém-nascido (RN)

Nome: Eliaen

Idade: 38anos

Estado civil: casada

Escolaridade: fundamental incompleto

Profissão: do lar

Paridade: 4º. Filho (18 anos, 8 anos, 2 anos)

Pré natal: outro serviço

Complicações: DHEG

Parto: cesárea

Grupo de Pais: 1 atendimento

Pulseira 07 – Lia

Idade gestacional: 28 2/7 semanas

Peso: 1370g

Apgar: 01/06/09

Entubação: 2º. Minuto de vida

Data de nascimento: 23/01/2006

Data da alta: 28/03/2006

1º. Momento - primeiros contatos com o bebê na UTI.

1ª. Entrevista - 14/02/2006

1. Agora está bem melhor, ficou com o tubo e no final de semana ainda estava com o tubinho no nariz (CEPAP), agora a ela está respirando sozinha
2. Todos os dias que venho eles me dizem alguma coisa sobre ela.
3. Não achava que ela pudesse nascer tão antes da hora.
4. Não consegui conversar quase nada, logo que internei tive que fazer o parto, eles me disseram que era eclampsia e eu sabia que era grave.
5. Não pude ver, a anestesia foi geral.

6. Só consegui ver o meu bebê depois de quatro dias, pois nos primeiro três dias fiquei na UTI, a médica que me atendia é que me dava notícias dela. Ela vinha ver a minha filha e depois me contava. Quando vim para ver não sabia que ela estava na UTI, conversei a médica, que me disse que ela estava com uma infecção e precisava de cuidados.
7. A enfermeira disse que podia abrir a incubadora, mexer e falar com ela.
8. ver a resposta 6
9. Foi difícil, eu nunca tinha visto um bebê tão pequeno e com aparelhos.
10. No primeiro dia eu não consegui, mas no segundo fui conseguindo.
11. Acho que ela está melhorando, agora abro à incubadora, mexo nela e converso bastante. Ainda não consigo vir todos os dias, moro muito longe e não tenho dinheiro para a condução, estou tentando conseguir uma ambulância que venha todos os dias para o hospital.
12. Todos os dias que venho, converso com o médico, ele me explica o que está acontecendo.
13. Não sinto falta de nada
14. Ainda tenho medo não tenho conseguido comprar nada para ela, acho melhor esperar ela crescer um pouco mais.
15. A gestação não foi programada.
16. Desde que fui para casa não tenho leite. Meus outros filhos eu só amamentei no primeiro mês, logo tinha que voltar a trabalhar.

2° Momento - possibilidade do bebê começar a mamar.

(Mamou sem precisar da sonda depois de 45dias de vida)

2ª. Entrevista - 16/03/2006

1. Ela está bem e tem se desenvolvido bem, está ganhando peso e não vejo a hora de poder levá-la para casa.
2. Há uma semana, ela está tomando todo o leite sem precisar da sonda.
3. Não recebi orientação e fui observando como as enfermeiras faziam e depois dei a madeira para ela.

4. O leite só durou alguns dias, quase não consegui tirar. Meus outros filhos só mamavam no primeiro mês de vida e depois não aceitavam mais. Logo precisava voltar a trabalhar e não podia amamentar.
5. Recebi alguma orientação na copa.
6. Não estou conseguindo amamentar
7. Os meus outros filhos amamentei muito pouco, desta vez só tive leite na primeira semana.
8. Está sendo fácil, na maioria das vezes, ela mama bem respira direitinho e não tem problema.
9. ver a resposta 3
10. Não tenho dúvidas acho que ela mama bem e não vejo a hora de levar ela para casa.
11. Não senti falta de nada, quando tenho dúvidas pergunto para os médicos e eles esclarecem.
12. Acho que agora está perto do momento dela ir de alta, espero que até a semana que vem possa levar ela para casa.

3° Momento – Alta do bebê

3ª. Entrevista - 23/03/2006

1. O começo foi difícil, depois foi tudo bem.
2. Você quer saber sobre as situações difíceis ou não? Que momentos considerou importantes durante a internação? O momento mais difícil foi no início quando ela estava na UTI e perdeu muito peso, às vezes duvidava que ela fosse agüentar, quando chegava em casa contava a situação para a minha sogra e chorava muito.
3. Sempre conseguia conversar com as médicas, perguntava sobre a perda de peso, elas me diziam que era assim mesmo, que os bebês perdem peso logo depois que nascem.
4. Em relação à alta acho que vai ser tudo bem, tenho um pouco de medo da reação da minha filha menor, ela está com ciúme.

5. Acho que vai ser tudo bem, que não vai ter grandes problemas, ela vai ter que ficar até a próxima terça, pois ainda tem que fazer um exame de vista e tem chance de ter que operar, espero que isto não aconteça.
6. Não tenho nenhuma questão, já tinha esclarecido suas dúvidas no grupo de pais.
7. Acho que foi tudo bem, estou ansiosa para levar minha filha de alta para casa. O que devo esperar dela, é diferente de meus outros filhos? Lia já tem com dois meses e ainda não sorri. A médica explicou que para os bebês prematuros, tem que contar uma idade corrigida, ela brincou que a Lia vai ter dois aniversários: o de nascimento e o de quando deveria ter nascido. Reafirmo a fala da médica e ela fala um pouco do medo que a Lia tenha um desenvolvimento muito diferente de seus outros filhos
8. Acho que foi tudo bem , uma coisa difícil tem sido a troca de plantão da enfermagem. Acontece no momento em que chego no setor e acabo tendo que esperar quase duas horas, até conseguir entrar no setor e daí já está quase na hora de ir embora. Venho de transporte da minha cidade e tenho pouco tempo para ficar no hospital. Esta queixa também aparece no grupo de pais e ela fala um pouco de sua situação.

CASO 8: ***Sérgio, o bebê que não consegui construir uma história própria***

Dados da mãe, do parto e do recém-nascido (RN)

Nome: Elsa

Idade: 34 anos

Estado civil: Casada

Escolaridade: Fundamental completo

Profissão: Do lar

Paridade: o 1º. Bebê foi prematuro e faleceu com 40 dias de vida

Pré-natal: neste serviço desde o início

Complicações: DHEG leve, diabetes gestacional tardia, sofrimento fetal

Parto: cesáreo

Grupo de Pais: 2 atendimentos / 6 atendimentos individuais

Pulseira 08 - Sérgio

Idade gestacional: 30 semanas

Peso: 1470 g

Apgar: 03/07/08

Entubação: logo ao nascimento

Data de nascimento: 24/02/2006

Data do óbito: 10/04/2006

Este bebê faleceu com a mesma idade do primeiro, que a mãe conta que sobreviveu 43 dias.

1º. Momento - primeiros contatos com o bebê na UTI.

1ª. Entrevista - 13/03/2006

1. No inicio foi complicado, agora ele está bem melhor ele ficou bem mau, teve uma parada, senti muito medo mas acreditei.
2. Todos os dias que venho tenho conversado com a equipe, acho que ele tem melhorado um pouco a cada dia, agora está com uma infecção, está bem melhor se comparado com sexta que ele estava com parâmetros altos no aparelho.

3. Achava que desta vez conseguiria ir até o final, estava cuidando de tudo e a pressão estava controlada.
4. A médica me disse que iria fazer o perfil do bebê e que a nota mínima seria seis se tivesse uma nota menor teria que antecipar o parto indicava que o bebê estava em sofrimento. A nota foi quatro e o parto teve que ser feito de urgência, a médica disse que as chances do bebê eram de sessenta por cento.
5. Fiquei muito feliz, vi meu bebê no momento do parto e colocaram perto do meu rosto. Disseram que teriam que entubar o bebê.
6. Já sabia que o bebê estava na UTI e tive um certo desanimo na hora de vir, pensava que de novo teria que ver o bebê na UTI. Depois me enchi de coragem e vim sozinha para ver ele, não fiquei muito impressionada, já sabia que não podia ser diferente pelo fato dele ser prematuro.
7. A equipe orientou que podia tocar no bebê, já sabia como fazer por causa da minha outra filha.
8. Foi com a médica e ela disse que o bebê estava entubado, a médica me disse que a situação era estável.
9. Acho que foi difícil chegar mas quando cheguei ele era como eu tinha imaginado com o cabelo pretinho. Ele é pequeno, mas não vejo a hora de poder segurar no colo.
10. Desde o primeiro dia eu abro a incubadora mexo converso com ele. Digo a ele que precisa melhorar logo para vir no meu colo.
11. Tenho conversado bastante com ele, sempre digo que precisa melhorar para ir para casa conosco.
12. Todos os dias eu o pai estamos vindo e temos conversado com os médicos.
13. Não sinto falta de nada a equipe tem sido muito atenciosa comigo, sempre vem conversar e contam um pouco do Sérgio para mim.
14. Espero que ele melhore rápido para poder ir para o meu colo e sair da UTI.
15. Conta que a gestação era desejada, mas que logo que soube que estava grávida teve muito medo de passar por tudo novamente, depois foi ficando mais tranqüila, conforme o tempo foi passando. Acompanhei a gestação desde o início, tive um problema de pressão mas logo ficou controlado, depois teve um problema de diabetes e na terceira consulta que vim

para tratar tive que internar e fazer o parto de urgência. Conversei com a médica para saber se não tinha outro jeito ela me disse que precisava interromper a gestação.

16. Estou tirando leite para ele, atualmente está recebendo 3 ml por mamada e tem tomado do só do meu, espero conseguir manter meu leite até ele poder mamar.

CASO 9: ***Sabrina, a que não foi considerada no momento do parto***

Dados da mãe, do parto e do recém-nascido (RN)

Nome: Edna

Idade: 44 anos

Estado civil: casada

Escolaridade: fundamental incompleto

Profissão: empregada doméstica

Paridade: 5 gestações

Pré natal: neste serviço (ficou internada duas semanas antes do parto)

Complicações: DHEG

Parto: normal

Grupo de Pais: 1 atendimento

Pulseira 09 - Sabrina

Idade gestacional: 28 3/7 semanas Peso: 640g

Apgar: --/ 03/07

Entubação: sim

Data de nascimento: 01/03/2006

Data do óbito: 14/04/2006

1º. Momento - primeiros contatos com o bebê na UTI.

15/03/2006 – 1ª. Entrevista

1. Agora eu tenho achado ela bem melhor, a barriga desinchou e ela parece bem melhor.
2. Tenho conversado com os médicos todos os dias, eles dizem que ela está melhor.
3. Não achava que ia ter um parto prematuro, até que comecei a ter problemas de sangramento, procurei o hospital e fiquei uma semana internada, fui para casa, em seguida tive que ficar internada novamente e depois fui transferida para cá e fiquei mais duas semanas.
4. O medico não estava no momento do parto, aconteceu na enfermaria estava sozinha, e chamei a enfermeira para socorrerem minha filha, fiquei muito assustada e tive medo.

5. Acabei vendo depois que ela saiu, ela se mexia, tive muito medo do que podia acontecer.
6. Eu não sabia que a minha filha estava na UTI e uma das pessoas que conversou comigo no setor, não sei bem quem era, me perguntou se no momento do parto eu achava que era um bebê ou pensava que estava tendo um aborto. Me senti mau com esta pergunta, sabia que era um bebê como os outros que teve e estava cuidando para que ela conseguisse nascer no tempo certo.
7. Desde o inicio disseram que podíamos mexer e conversar com ela, desde a primeira vez eu mexi nela. O pai chorava muito e tinha medo, quase não conseguia entrar no setor.
8. O médico fala que minha filha é uma guerreira, enfrentou um longo caminho até chegar ao berçário, me diz que precisamos acreditar nela.
9. Foi difícil e quando vi minha filha fiquei achando que ela não resistiria, é muito pequena. Lembro que na semana passada quando ela ficou grave tive muito medo, acho que me descontrolei. Tive uma conversa com uma outra mãe no grupo e foi o que ajudou, saí da reunião do grupo acreditando novamente
10. Abriu a incubadora mexi e conversei com minha filha.
11. Estou achando que ela está bem, converso sobre tudo com ela, sempre quando chego digo a ela que já está com 1m e 80 cm (sorri para mim).
12. Tenho conseguido conversar, a equipe tem se mostrado muito atenciosa, não tenho nada que possa reclamar.
13. Tenho conversado em todos os momentos que preciso.
14. Estou bem confiante, vejo que ela está melhorando, o pai fica três dias sem vir e quando vem nota diferença, acha ela maior e mais gorda.
15. A gestação não foi programada, passei muito nervoso com meu o marido, acho que influiu para o que aconteceu.
16. Pretendo amamentar, meus outros três filhos foram amamentados bastante tempo. Estou tirando leite, ela ainda não está podendo mamar, está em jejum. O médico me disse que quando ela começar a mamar vai precisar do leite materno.

CASO 10: ***Peter, aquele que não conseguia existir***

Dados da mãe, do parto e do recém-nascido (RN)

Nome: Aline

Idade: 38 anos

Estado civil: casada

Escolaridade: fundamental incompleto

Profissão: não trabalha

Paridade: 1 natimorto, 1 pré-termo que sobreviveu 20 dias

Pré natal: neste serviço

Complicações: diabetes tipo II, hipotiroidismo, sofrimento fetal

Parto: cesareo

Grupo de Pais: 4 atendimentos (o pai participou de um atendimento)

Pulseira: 10 – Peter

Idade gestacional: 28 5/7 semanas Peso: 910 gramas

Apgar: 02/07/08

Entubação: 1º. Minuto de vida

Data de nascimento: 25/03/2006

Data do óbito: 18/05/2006

1º. Momento - primeiros contatos com o bebê na UTI.

1ª Entrevista - 06/04/2006

1. Acho que está melhor, para mim é bem difícil vê-lo assim, fico sem saber o que vai acontecer, ela chora.
2. Todos os dias que venho, converso com os médicos mas é sempre difícil.
3. Achava que sim, pois sempre foi assim para mim, quando começa a aparecer a barriga logo em seguida o bebê nasce, a barriga fica bonita, mas não consigo curtir.

4. Eles me disseram que não tinha mais jeito e que precisava fazer o parto, me disseram que ele estava pequeno, mas tinha que nascer agora.
5. Eu vi bem rápido mas logo levaram embora.
6. Sabia que estava na UTI, mas não conversei com ninguém antes de entrar, foi difícil.
7. As enfermeiras disseram que eu podia abrir à incubadora e podia por a mão no bebê.
8. Conversei com os médicos, eles disseram que o bebê era pequeno, mas que estava estável.
9. Achei muito pequeno e tive medo.
10. Não sei se abri no primeiro dia, mas depois eu comecei a abrir.
11. Tenho vindo sempre, mexo nele mas tenho medo acho que ele é muito pequeno, tenho medo de machucar.
12. Todas as vezes que venho converso com a médica, sempre quero saber o que está acontecendo.
13. Não sinto falta de nada.
14. Aline fica bastante reticente em relação a esta pergunta e não consegue me responder.
15. A gestação foi programada e estava indo bem, quando a barriga começou a aparecer tive que fazer o parto, todos estavam me achando bonita, mas não deu tempo de curtir e logo tive que internar. Fiquei um tempo internada para tentar postergar o parto.
16. Quero amamentar e trago leite todos os dias para ele.

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLRECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Instruções para preenchimento no verso)

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE .:..... .....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : ..... SEXO : .M □ F □
DATA NASCIMENTO: ...../...../.....
ENDEREÇO ..... Nº ..... APTO: .....
BAIRRO: ..... CIDADE .....
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....) .....

2.RESPONSÁVEL LEGAL .....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M □ F □
DATA NASCIMENTO.: ...../...../.....
ENDEREÇO: ..... . Nº ..... APTO: .....
BAIRRO: .....CIDADE: .....
CEP: .....TELEFONE:DDD (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:

A mãe, o bebê pré-termo e a equipe saúde: conflitos e vivências durante a internação do bebê.

PESQUISADOR: Ana Lucia Henriques Gomes

CARGO/FUNÇÃO: psicóloga INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 06/35415-8

UNIDADE DO HCFMUSP: Berçário anexo à Maternidade do Instituto Central do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - ICHC-FMUSP

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO □ RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO □

RISCO BAIXO □ RISCO MAIOR □

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como conseqüência imediata ou tardia do estudo)

4.DURAÇÃO DA PESQUISA : 2 anos

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa; **2**. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais; **3**. desconfortos e riscos esperados; **4**. benefícios que poderão ser obtidos; **5**. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo.

Este projeto de pesquisa faz parte do programa de atendimento as mães que tem filhos prematuros internados no Berçário. Tenho a intenção de entender melhor quais às dificuldades que você enfrenta ao longo da internação do seu filho, e que tipo de intervenção da equipe interdisciplinar pode auxiliá-la no contato com o seu bebê. Realizarei três entrevistas com você, em momentos específicos da internação do seu filho, são eles: primeiro contato com o bebê na UTI, possibilidade do bebê começar a mamar, alta do bebê, a alem disso serão feitos os atendimentos necessários ao longo da internação. A qualquer momento você poderá decidir interromper este atendimento e não participar mais da pesquisa, sem que isto prejudique o seu atendimento ou de seu bebê no hospital. Da mesma maneira se você decidir não participar da pesquisa seu atendimento e de seu filho seguirão normalmente. Você poderá a qualquer momento obter esclarecimentos sobre esta pesqisa, se dirigindo a mim com suas dúvidas. Todos os dados de identificação serão mantidos em sigilo, sendo respeitada a sua privacidade. Ao final da internação me coloco a disposição para futuros esclarecimentos, atendimentos e encaminhamentos.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas. **2**. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência. **3**. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade. **4**. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa. **5**. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA.

Ana Lucia Henriques Gomes Tel. 3069-6459 ou 9168-4966

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 2006.

_____ _____

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal assinatura do pesquisador

ANEXO

APROVAÇÃO DO CONSELHO DO DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA
da Universidade de São Paulo

Departamento de Pediatria

PARECER.DOC

PROJETO DE PESQUISA

Título: A mãe, o bebê pré-termo e a equipe interdisciplinar: conflitos e vivências durante a internação.

PARECER C.P.E. Nº.:466/37/2005

Orientações ao Relator da Comissão de Pesquisa

O relator da Comissão de Pesquisa, ao receber o Projeto de Pesquisa, deverá proceder às seguintes análises:

- Analisar o Projeto do ponto de vista metodológico
- Apresentar a Relatório na Reunião da Comissão de Pesquisa e Ética

RELATOR DA COMISSÃO DE PESQUISA:

- **Análise Metodológica:**

Projeto adequado do ponto de vista metodológico e ético.

( ) **devolução ao autor**

( ) **Reunião CPE** **Data:** 27 / 06 / 05
Aprovado [X]
Aprovado com exigências [ ]
Reapresentação [ ]

Data:____/____/____
Assinatura:_____

Assinatura do relator: Ulysses Doria Filho CRMSP - 14.576

- **Aprovação CPE:**

pl **Profa. Magda Maria S. Carneiro Sampaio**
Presidente
Comissão de Pesquisa e Ética
Departamento de Pediatria - FMUSP

Data: 28 / 06 / 05