

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho relata a delicada relação mãe/bebê diante da prematuridade, situação esta que exige grande elaboração psíquica por parte da mãe, que estará diante de um bebê real e não diante do bebê imaginário que foi construído ao longo da vida desta mãe, através dos seus sonhos, fantasias e desejos.

Para desenvolver o tema foi realizada pesquisa bibliográfica, através de uma leitura dos autores psicanalistas Donald Winnicott, René Spitz e Daniel Stern, já a leitura junguiana foi realizada a partir da teoria de Michael Fordham, que preencheu uma lacuna do desenvolvimento infantil existente na teoria de Carl Gustav Jung, que se dedicou pouco ao desenvolvimento psíquico da criança, voltando mais sua teoria para a segunda metade da vida do indivíduo.

Jung, porém, não concebia o recém – nascido como Freud que dizia que a criança nascia uma tabula rasa. Jung falou do inconsciente pessoal e coletivo sendo que o segundo surge a priori antes do nascimento da criança, sendo herdado de forma psicológica e biológica, já o inconsciente pessoal nasce posterior ao nascimento como resultado das experiências de vida do indivíduo.

Para Fordham o Self é visto como a totalidade da psique que contém o ego e os arquétipos. Sendo que o ego representa o Self na construção da consciência para que a criança possa lidar com seus medos, frustrações, fantasias, desejos, etc. Já os arquétipos são imagens primordiais que explicam a existência de fantasias organizadas e modos primitivos de comportamento.

Spitz fala de organizadores no mesmo sentido que Fordham utiliza os arquétipos para explicar os comportamentos no início da vida do bebê.

E Stern formulou uma idéia de Self muito semelhante à idéia de Self de Fordham. Onde as representações do Self se desenvolvem a partir do Self primordial. O resultado dessas representações é a emergência de diferentes *sensos de eu*. Pois na medida em que surgem novos comportamentos eles são reorganizados para formarem perspectivas subjetivas organizadoras em relação ao eu e ao outro.

A importância da relação mãe/bebê também será abordada através da teoria de Winnicott que fala da preocupação materna primária que é um estado em que a

mãe através do seu instinto será capaz de identificar as necessidades do bebê, é uma condição psicológica muito especial de sensibilidade aumentada. E também sobre o *holding* que tem como função fornecer apoio egóico, durante a fase de dependência antes do aparecimento da integração do ego.

Abordaremos também a capacidade do Self do bebê se adaptar as mudanças externas produzindo formas maciças de ansiedade que atacam o ambiente que Fordham chamou de *deintegração*, e o *par afetivo* que ocorre quando a mãe corresponde às necessidades do bebê e este interage com ela, ou seja, um relacionamento onde mãe e bebê, contribuem com sua parte.

A classificação de prematuridade é feita com relação à idade gestacional: limite, moderada e extrema; e quanto ao peso do recém-nascido ao nascer: com baixo peso, com muito baixo peso e com extremo baixo peso.

As características físicas do bebê prematuro, assim como as principais doenças que podem ocorrer serão apresentadas para que se possa ter um olhar amplo da gama de intercorrências e dificuldades a que este bebê e sua família estarão sujeitos.

O ambiente da UTIN é composto por equipamentos de alta tecnologia, indispensáveis para a manutenção da vida destes bebês, pois para sobreviver estes bebês podem ser entubados, ventilados, drenados, alimentados através de sondas, etc., por um tempo relativamente longo. Tanto para o bebê como para os pais estas experiências serão marcadas pela dor, sofrimento, desconforto e stress.

O RN prematuro na UTIN vive uma realidade marcada por variações térmicas, sons ambientes, como por exemplo, o barulho das portas da incubadora, dos aparelhos, tudo isso é vivido de maneira brusca pelo bebê, pois antes ele estava no aconchego do útero materno.

O sistema neurológico do bebê prematuro ainda não amadureceu o suficiente, portanto eles são vulneráveis aos estímulos táteis, auditivos e visuais. Este bebê chega a ser estimulado cerca de 130 vezes num período de 24 horas, sendo que a maioria é dolorosa e desagradável. Toda essa estimulação faz com que o bebê se apresente estressado e hiperexcitável, reagindo a cada toque, a cada barulho. Como consequência, esta experiência poderá causar distúrbios no relacionamento entre pais e bebê.

Ao descrever a prematuridade verificamos que ela é caracterizada pelo *tempo*: o bebê nasce antes do tempo, as visitas foram adiadas por tempo indeterminado, a mãe sente sua maternidade adiada, os horários de visita, o tempo de interação, os minutos de contato, a rotina das inúmeras intervenções, etc.

E através da mitologia encontramos Cronos que significa tempo cronológico e Kairós que significa um tempo em que algo especial acontece. A mitologia ilustra como as imagens podem abrir a consciência para o acesso ao inconsciente coletivo. Cronos representa o tempo de natureza quantitativa, o “tempo dos homens”, e Kairós é usado para descrever o tempo de forma qualitativa, o “tempo de Deus”.

No estudo de caso será apresentada a história de dois bebês prematuros com histórias clínicas semelhantes, porém histórias de vida completamente diferentes.

No caso Anne, sua mãe apesar de descobrir no dia que comunica sua gravidez ao namorado, que ele era casado e tinha família, não faz um aborto como ele sugere, pois para a sua família as crianças eram sagradas. Apesar de todas as ocorrências, dúvidas sobre a sobrevivência da filha, não ter o apoio do pai de Anne, momentos de agressividade, sua confiança foi sendo restabelecida através das intervenções da equipe de saúde.

Já no caso Anna, sua mãe Lise deu entrada na maternidade com hemorragia devido à tentativa de aborto. Ela tinha outras duas filhas, não imaginava que poderia estar grávida, pois ainda amamentava a filha mais nova, então ela e o marido optaram pelo aborto. Ela pouco visitava Anna, dizia que não tinha tempo, que precisava cuidar das suas duas filhas. A tentativa de realizar um trabalho terapêutico com essa mãe não teve êxito como no caso de Anne.

Um dos objetivos do psicólogo no contexto da UTIN é minimizar os efeitos da vivência traumática causada pela hospitalização precoce nestes bebês tão imaturos e promover o estabelecimento do vínculo pais-bebê quando este se apresentar com dificuldades.

A medicina com todos seus avanços e tecnologias de última geração, não é capaz de manter vivo, não só um recém-nascido prematuro como qualquer ser humano, ela consegue na maioria das vezes vencer as barreiras do corpo, porém não da mente, que com toda sua engenhosidade, ainda é cercada de por perguntas sem respostas. A importância desse trabalho justifica-se por ampliar as possibilidades de compreensão do contexto da prematuridade.

No século passado Pierre Budin, o primeiro perinatologista, considera bem vindas as mães ao berçário de prematuros. Budin defendia a idéia de que as mães que se mantinham separadas dos filhos ainda pequenos perdiam o interesse por estes, já que não podiam cuidar ou afagá-los.

As teorias psicológicas abarcam a importância da relação mãe/bebê como um dos fatores prioritários para a explicação do tipo de desenvolvimento e problemática associados às idades mais avançadas. Sendo que uma das fases de prevenção de psicopatologias infantis está no primeiro estágio da relação mãe/bebê.

Aspectos como a sensibilidade da mulher na relação com o bebê, o desenvolvimento de vínculo entre mães e bebês prematuros, a termo ou pós-termo, além da qualidade dos vínculos e a sua relação com a capacidade do bebê em desenvolver habilidades sociais, são temas de grande importância para a psicologia, já que programas de intervenção entre mães e bebês prematuros são de grande relevância como trabalho preventivo das relações familiares e de saúde mental.

As pesquisas voltadas para a importância da relação mãe/bebê podem introduzir dados fundamentais para o desenvolvimento de estratégias e programas na prevenção de problemas cognitivos, escolares, relacionais, etc., futuros nas crianças, e principalmente em bebês prematuros, onde há uma maior necessidade de cuidados.

2. O NASCIMENTO PSÍQUICO DO BEBÊ

O estudo da vida intra-uterina se mostra difícil, pesquisas e suas quantificações sugerem hipóteses, porém muitas permanecem como hipóteses, devido à dificuldade em se comprovar cientificamente a veracidade das mesmas.

Sabemos que por volta dos cinco meses a estruturação cerebral está terminada, possibilitando a percepção sensorial e a atividade motora - momento em que as primíparas¹ sentem os primeiros movimentos do bebê, pois o espaço vai ficando reduzido à medida que o feto cresce. Verificamos também que o bebê antes do nascimento já tem a audição desenvolvida, sendo capaz de ouvir sons exteriores. E vários autores crêem na possibilidade do estado emocional da mãe afetar de forma positiva ou negativa o feto.

Durante toda a vida de um ser humano não haverá um crescimento tão rápido e tão grande quanto o da vida intra-uterina, no acompanhamento pré-natal é possível verificar que em semanas um bebê dobra de tamanho e peso, é o período durante o qual o feto se prepara para o nascimento.

Para Freud a criança nasce uma “tabula rasa”, meramente biológica, sem psiquismo. O inconsciente surge posterior ao nascimento a partir da “primeira mamada”, sendo um mero depositário de recalques, de desejos sexuais e pulsões. No dizer de Freud, o inconsciente pode apenas desejar, sexualmente. Já Jung (2006) não concebeu o recém-nascido como um “nada vazio”, uma folha de papel em branco, ele postula a distinção entre inconsciente pessoal e inconsciente coletivo. O inconsciente pessoal surge posterior ao nascimento como resultado das experiências de vida do indivíduo. Já o inconsciente coletivo surge a priori, antes do nascimento. É herdado de forma psicológica e biológica, nasce com a criança. É, portanto, um material inato da psique, que é formado pelos arquétipos, núcleos instintivos, passados de geração a geração, psíquica e biologicamente.

Jung (2006) para ilustrar que todo ser humano já nasce com uma psique pré-formada que possui traços hereditários diz que é impossível supor que todas as particularidades da personalidade sejam só criadas no momento em que aparecem, e cita como exemplos as predisposições mórbidas existentes nos pais, as doenças

¹ O termo refere-se à mulher que está em sua primeira gestação.

transmitidas pela hereditariedade e os talentos que podem ser investigados através das gerações, etc.

A teoria dos arquétipos vem para explicar a existência de fantasias organizadas e os modos primitivos de comportamento – pois não é possível, segundo Jung (2006) conhecer a natureza das disposições psíquicas inconscientes mediante as quais o homem é capaz de reagir desta ou daquela forma.

Os arquétipos são imagens primordiais que expressam não só a forma da atividade a ser exercida, como também, a situação típica na qual se desencadeia a atividade. Os arquétipos são determinados apenas quanto à forma e não quanto ao conteúdo. Uma imagem primordial só pode ser determinada quanto ao seu conteúdo, no caso de tornar-se consciente e preenchida com o material da experiência consciente.

Jung (2006) diz que:

O arquétipo é um elemento vazio e formal em si, nada mais sendo do que uma *facultas praeformandi*, uma possibilidade dada a priori da forma da sua representação. O que é herdado não são as idéias, mas as formas, as quais sob esse aspecto particular correspondem aos instintos igualmente determinados por sua forma. Provar a essência dos arquétipos em si é uma possibilidade tão remota quanto à de provar a dos instintos, enquanto os mesmo não são postos em ação *in concreto*.

Fordham (2001) coloca que os arquétipos têm papel fundamental na obra de Jung, eles são uma entidade psicossomática com dois aspectos: um ligado a órgãos físicos que é fonte de pulsões libidinais e agressivas e outro ligado as estruturas psíquicas inconscientes que é onde se formam as fantasias por meio das quais o arquétipo atinge representação incompleta na consciência.

Para Fordham (2001)

Os arquétipos da primeira infância – isto é, dos dois primeiros anos de vida – não estão bem diferenciados quanto os das fases posteriores porque, para começar, comportamento e imagens não podem ser separados uns dos outros: as imagens são corporais. Apesar dessas diferenças, os padrões de comportamento estão relacionados a formas arquetípicas de desenvolvimento e, assim, ligam-se as complexas imagens simbólicas da vida adulta.

Assim como Fordham, Spitz fala de estruturas semelhantes aos arquétipos para explicar os comportamentos no início da vida do bebê. Spitz chamou essas estruturas de “organizadores”.

Para ele o desenvolvimento no primeiro ano de vida não se processa em uma curva uniforme, regular. Em vez disso, pode-se notar em certos estágios sucessivos,

regularmente repetidos, uma mudança na direção dessa curva. Essas mudanças correspondem à reorganização da estrutura psíquica, que é seguida pelo aparecimento de novos aspectos e capacidades da personalidade. Cada um desses estágios sucessivos reflete uma transição de um determinado nível de desenvolvimento para o nível superior seguinte e é marcado por diferenciações mais elaboradas do aparelho mental. Foi através dessas transformações que Spitz (2000) introduziu o conceito de organizadores.

O Self é visto como a totalidade da psique que contém o ego e os arquétipos. Fordham formulou um modelo conceitual a partir de 1947, e atualmente está desenvolvido da seguinte forma:

“O Self primário ou original do bebê é radicalmente perturbado pelo nascimento, no qual o psicossoma é invadido por estímulos tanto internos como externos que dão origem a ansiedade prototípica. Em seguida, restabelece-se um estado estável, finalizando assim a primeira seqüência clara de perturbação seguida de estados estáveis ou repouso. A seqüência repete-se sem cessar durante o amadurecimento e as forças motoras que estão por trás são chamadas deintegrativas e integrativas. A princípio, as seqüências são rápidas, mas, à medida que a organização psíquica prossegue, elas se expandem em períodos mais longos até que se atinja uma relativa estabilidade na maior parte do tempo.” (Fordham, 2001)

Os períodos em que se pode notar a presença desses processos são: o nascimento, a amamentação, o nascimento de um irmão, mudanças que ocorrem por volta dos três meses, sete meses, desmame e a fase da separação. Depois de um período estável da latência conduz às perturbações da adolescência e a uma maturidade relativamente estável, que continua até a passagem para uma fase posterior da vida, que é quando as seqüências deintegrativo – integrativas se repetem e o processo de individuação começa.

A mãe tem sua importância como receptora das necessidades da criança e desta forma permite à criança reconhecer seu Self, o qual pode deintegrar-se. O Self quer ser conhecido e a mãe contribui com este encontro para tentar conseguir fazer sentido para esta criança, atendendo as necessidades dela na hora certa, possibilitando desta forma o desenvolvimento do ego através do reconhecimento do Self. O ego representa o Self na construção da consciência para que a criança possa dar conta dos medos, frustrações, perdas, desejos, etc.

O Self originário, que é uma totalidade primária, necessita deintegrar-se, isto é, subdividir-se, transformando-se em núcleos egóicos que serão reunidos em um

único ego mediante a ação integrativa do Self. O processo de individuação se manifesta, logo a partir do nascimento, através das representações do Self.

Para Fordham é provável que as seqüências deintegrativo – integrativas tenham seu início ainda na vida intra – uterina, dizendo que os períodos de atividade fetal indicariam a deintegração e os períodos de repouso indicariam a reintegração.

Jung em sua teoria define o ego como centro da consciência, sendo o ego a soma dos atos da percepção e das descargas motoras que são ou podem se tornar conscientes.

Fordham (2001) diz que “o feto experimenta algum tipo rudimentar de consciência”. Já após o nascimento, podem-se notar mais facilmente fragmentos do ego; eles estão relacionados desde o início as representações de fantasias inconscientes, mas à medida que o bebê cresce o ego vai se estruturando e se tornando mais forte, se utilizando de métodos de organização e controle da vida mental.

A partir dos dois anos de idade a criança já possui um ego que permite uma maior estabilização da seqüência deintegração – integração, pois ela já passou pela maioria dos processos citados anteriormente: nascimento, amamentação, etc., e adquiriu controle sobre a atividade física e somática, o que indica amadurecimento psíquico.

Para Fordham existe uma relação dinâmica entre o ego e o Self, ele conta que descobriu símbolos do Self nas fantasias e sonhos de crianças pequenas durante a Segunda Guerra Mundial, e ao se perguntar para que serviam as experiências, verificou que elas estavam ligadas à sensação que a criança tinha de seu Self, sua identidade e auto-estima que poderiam atingir a consciência e assim estar ligadas ao ego.

Daniel Stern (1992) trabalha com uma idéia de Self muito próxima a idéia de *Self primordial* de Fordham. Ele postula representações do Self que se desenvolvem a partir do Self primordial, o desenvolvimento não é visto como a passagem de um estágio para outro, e sim como mudanças que acontecem durante toda a vida, ou seja, um novo estágio não exclui o seguinte, ele perde a força, mas pode aparecer em qualquer momento durante toda a vida. Na medida em que emergem novos comportamentos eles são reorganizados para formarem perspectivas subjetivas organizadoras em relação ao eu e ao outro. Segundo Stern (1992) “o resultado é a emergência, em saltos importantes de diferentes sentidos de eu.”

O *senso de eu emergente* está presente do nascimento até por volta dos dois meses de idade. Nesse período os bebês estão trabalhando na tarefa de relacionar diversas experiências, onde o objetivo são as interações sociais que produzem afetos, percepções, lembranças, etc., ou seja, refere-se ao processo e ao produto da organização em formação. Diz respeito à aprendizagem das relações entre as experiências sensoriais do bebê. Sendo que a aprendizagem certamente não se destina ao exclusivo propósito de formar um senso de eu, mas um senso de eu será um dos muitos subprodutos vitais da capacidade geral da aprendizagem.

No *senso de eu nuclear* que compreende o período entre dois a seis meses, não há uma fase tipo simbiótica, pois nesse período os bebês sentem que são separados fisicamente da mãe, que possuem experiências afetivas distintas e histórias separadas. Pois para Stern não há confusão entre o eu e o outro, no começo ou em qualquer fase do bebê, esse eu geralmente opera fora da consciência.

Quando os bebês descobrem que existe outra mente além da sua, que o eu e o outro não são apenas entidades nucleares de presença física, ação, afeto e continuidade, temos o *senso de eu subjetivo* que inclui os estados mentais subjetivos sentimentos, intenções, emoções que orientam o comportamento e ocorre entre o sétimo e nono mês.

Por volta dos quinze e dezoitos meses Stern (1992) diz que o bebê desenvolve uma terceira perspectiva organizadora em relação ao eu e ao outro, “é que o senso de que o eu (e o outro) possui um depósito de conhecimento e experiência do mundo pessoal.” É através de símbolos que transmitem significados e o início da linguagem verbal que o bebê cria relação entre o eu e o mundo formando um *senso de eu verbal*.

Tanto Fordham como Stern têm um olhar semelhante sobre o psiquismo infantil. Para ambos o ego interage com o mundo interno e a ambiente, à medida que surgem novas situações elas vão sendo incorporadas e organizadas de acordo com as relações com os pais e com o ambiente.

O ego vai se fortalecendo a cada nova experiência, permitindo assim o crescimento e a estruturação da psique, o que faz com que a criança desenvolva perspectivas organizadoras, em relação a si mesma e em relação aos outros (pais e ambiente).

A teoria de Fordham, assim como de Stern e outros psicanalistas vem preencher a lacuna no desenvolvimento infantil no início da vida do bebê, pois anteriormente as teorias existentes apenas previam um ego com certo grau de organização por volta dos quatro ou cinco anos de idade. Fordham preencheu esta lacuna a partir da teoria dos arquétipos, Spitz através dos organizadores e Stern falou sobre os sentidos de eu.

Desta maneira Fordham contribui para o entendimento do desenvolvimento infantil indo além na teoria de Jung que dizia que em caso de psicopatologia da criança, os pais deveriam ser tratados em primeiro plano e a criança só em segundo plano. A teoria de Fordham nos trás o retrato de um bebê separado da mãe desde o início. A mãe durante a gestação contém e protege o bebê, mas ele permanece separado do corpo da mãe pela placenta e pelo líquido amniótico.

Fordham nos traz a importante contribuição de que o bebê não vive só num estado narcísico, simbiótico, esses momentos podem acontecer, mas não é uma regra, pois desde o começo o bebê visa o objeto, independente de como ele enxerga o objeto, porque embora o bebê não faça conscientemente ele se relaciona com o objeto e pode distinguir entre o que é ele mesmo é o que são as partes da mãe com as quais entra em contato.

3. O PAPEL DA RELAÇÃO MÃE/BEBÊ NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

O recém-nascido é o ser vivo mais dependente de cuidados dentre todos existentes, sabemos que um potro minutos após nascer já começa tentar se equilibrar para dar os primeiros passos, um bezerro procura rapidamente as tetas da vaca para se alimentar, já o ser humano necessita ser cuidado por um adulto nos seus primeiros anos de vida, sendo os dois primeiros os de maior dependência. Por isso a mãe tem seu papel fundamental, para manter vivo este recém-nascido, porque se alguém não alimentá-lo, não aquecê-lo, suprir suas necessidades básicas fisiológicas e principalmente emocionais, ele não será capaz por si só de manter-se vivo.

Para muitos autores o nascimento é visto como um evento traumático. Fordham discorda dessa afirmação, e diz que apesar do bebê chorar por passar pela dor de atravessar o canal vaginal, onde não há possibilidades de protestar e se depara com um ambiente totalmente diferente do útero materno, for colocado nos braços da mãe logo em seguida e ambos puderem permanecer aninhados, o choro cessará, e se ele puder permanecer pelos próximos 45 minutos junto à sua mãe isso facilitará enormemente o apego e uma boa relação com a mãe. (Fordham, 2001)

Fordham chama a essa capacidade do Self do bebê se adaptar a mudanças externas - nesse exemplo o choro - produzindo formas maciças de ansiedade que atacam o ambiente de *deintegração*. Quando ele para de chorar por estar nos braços de sua mãe, ele integra sua experiência, ou seja, ele volta à unidade, e é a mãe no caso do recém-nascido que facilita ao que Fordham chamou de *reintegração*.

Ao nascer o bebê é totalmente dependente tendo várias necessidades, de ser alimentado, trocado, cuidado, protegido, cuidado para sobreviver, essas necessidades são um pré-requisito para as seqüências deintegrativas – integrativas. A mãe corresponde a essas necessidades estabelecendo assim um relacionamento onde cada um, mãe e bebê, contribuem com sua parte, Fordham (2001) chamou esse relacionamento de *par afetivo*.

Na amamentação o comportamento da mãe atua como facilitador de uma deintegração que leva ao bebê responder ao seio sugando-o (ato deintegrativo).

Depois de estabelecida a amamentação por atos deintegrativos e facilitada pela mãe, ocorrerá o sono (ato reintegrativo).

Atos deintegrativos como sorrir, balbuciar e olhar são sinais que o bebê emite para tornar-se amado por sua mãe, assim o bebê promove o apego entre ele e sua mãe, mas ele também pode chorar gritar e protestar, dessa forma Fordham coloca que o par afetivo é essencialmente interativo, ambos mãe e bebê, interagem entre si.

Objetos que produzem satisfação são vistos pelo bebê como objetos bons, já os que não produzem prazer são vistos como objetos maus. Para Fordham a mamada não é apenas um ato de transferir leite, “é uma experiência em que a relação do bebê com a mãe começa a desenvolver-se. O olhar, o afagar, o amar, o atacar e o cheirar também são importantes.”

A mãe vê o bebê como uma pessoa; ela cuida das necessidades e se relaciona com o Self do bebê. Esse cuidar será influenciado pela história pessoal da mãe, onde essas necessidades serão supridas com base nas necessidades que essa mãe teve quando criança, isso ocorre por causa da identificação projetiva, que facilita as seqüências deintegrativas - reintegrativas.

Por mais identificada que a mãe esteja com seu bebê, não deixará de frustrá-lo, umas serão toleráveis outras não, o que levará o bebê a administrar os objetos bons e maus. A mãe ajuda o bebê a desenvolver o seu ego e a capacidade de distinguir-se dela, se preparando para a separação – individuação.

Fordham ainda salienta que é importante observar e reconhecer não só o amor e ódio que o bebê tem da mãe, mas também o amor e ódio que a mãe tem do bebê. Sendo esses sentimentos normais, pois a relação mãe/bebê é norteadada por desejos, fantasias e projeções que nem sempre são supridos conforme um ou outro esperava, causando sentimentos ambíguos, conflitantes, no caso da mãe essa ambivalência é muito mais forte, pois esse bebê foi idealizado, mas ao nascer ele teve que dar lugar ao bebê real.

A mãe estará ligada a esse bebê, e a proximidade e intimidade entre eles será construída aos poucos, e através do instinto a mãe irá perceber quais são as necessidades de seu bebê, se quando ele chora está com fome, frio, calor, se precisa ser trocado, se precisa de atenção, etc., Winnicott chamou essa identificação da mãe com o seu bebê de *preocupação materna primária*.

Winnicott (1983) diz que o potencial inato para amadurecer, para se integrar; dependerá de um ambiente facilitador que forneça cuidados suficientemente bons, sendo que, no início, esse ambiente é representado pela mãe.

Não basta, apenas, que a mãe olhe para o seu filho com o intuito de realizar atividades mecânicas que supram as necessidades dele; é necessário que ela perceba como fazer para satisfazê-lo e possa reconhecê-lo em suas particularidades.

A preocupação materna primária é uma condição psicológica muito especial, de sensibilidade aumentada, que Winnicott chega a comparar a uma doença, uma dissociação, um estado de psicose materna, que, no entanto, é considerado normal durante esse período.

Winnicott afirma que, na base do complexo de sensações e sentimentos peculiares dessa fase, está um movimento regressivo da mãe na direção de suas próprias experiências enquanto bebê e das memórias acumuladas ao longo da vida, concernentes ao cuidado e proteção de crianças.

Após algumas semanas de intensa adaptação às necessidades do recém-nascido, este sinaliza que seu amadurecimento já o torna apto a suportar as falhas maternas. A mãe suficientemente boa deve compreender esse movimento do bebê rumo à dependência relativa e a ele corresponder, permitindo-se falhas que abrem espaço ao desenvolvimento.

A capacidade da mãe em se identificar com seu filho permite-lhe satisfazer a função descrita por Winnicott na expressão *holding*. Ela é a base para o que gradativamente se transforma em um ser que experimenta a si mesmo. A função do *holding* em termos psicológicos é fornecer apoio egóico, em particular na fase de dependência absoluta antes do aparecimento da integração do ego. O *holding* inclui principalmente o segurar fisicamente o bebê, que é uma forma de amar; contudo, também se amplia a ponto de incluir a provisão ambiental total anterior ao conceito de viver com, isto é, da emergência do bebê como uma pessoa separada que se relaciona com outras pessoas separadas dele.

Em sua teoria, conforme colocado anteriormente, ele afirma que o “estado de preocupação materna primária” implica em uma regressão parcial por parte da mãe, a fim de identificar-se com o bebê e, assim, saber do que ele precisa, mas, ao mesmo tempo, ela mantém o seu lugar de adulta. É, ainda, um estado temporário,

pois o bebê naturalmente passará da “dependência absoluta” para a “dependência relativa”, o que é essencial para o seu amadurecimento.

A dependência absoluta refere-se ao fato de o bebê depender inteiramente da mãe para ser e para realizar sua tendência inata à integração em uma unidade. À medida que a integração torna-se mais consistente, o amadurecimento exige que, vagarosamente, algo do mundo externo se misture à área de onipotência do bebê.

É nesse período de dependência relativa que o bebê vive estados de integração e não integração, forma conceitos de eu e não – eu, mundo externo e interno, estágio de concernimento, podendo então seguir em seu amadurecimento, no que Winnicott denomina independência relativa ou rumo à independência.

A simples presença da mãe serve de estímulo para as atitudes e respostas do bebê, independente da ação da mãe estar direcionada ao bebê, ela sempre vai atuar como um estímulo.

Para Spitz (2000), o bebê obtém prazer, através da liberação de suas pulsões instintuais, sob a forma de ações. O bebê demonstra prazer quando alguma tensão é aliviada, e esse prazer é aumentado quando a mãe participa da sua alegria. Dessa forma sua busca de comunicação com a mãe, vai se tornando cada vez mais dirigida, com o passar das semanas.

Ainda segundo Spitz (2000) as atitudes do bebê que são agradáveis a mãe, serão por ela facilitadas, portanto as preferências maternas terão influência direta no desenvolvimento do bebê. E essas ações facilitadas pela mãe são propiciadas pelas atitudes inconscientes dela. De igual modo as atitudes que são desagradáveis à mãe não serão por ela estimuladas.

Verny (1993) diz que o contato do bebê com a mãe imediatamente após o nascimento é biologicamente indispensável à mãe por duas razões, sendo que a primeira é referente ao choro do bebê que estimula a lactação e a outra é o contato da pele do bebê contra o seio que estimula a produção de ocitocina que diminui o sangramento após o parto. Ele ainda questiona se a presença do bebê seria suficiente para desencadear o instinto materno.

Se analisarmos o grande número de crianças maltratadas, podemos verificar que não é suficiente apenas a presença do bebê para desencadear o instinto materno, as crianças prematuras estão mais suscetíveis de serem maltratadas. Isso se deve ao fato de que o internamento em UTI Neonatal durante semanas e até meses, impõe a distancia da mãe que tem pouco ou quase nenhum contato com o

recém-nascido prematuro, pois este tem que ser levado rapidamente para realizar exames e intervenções necessárias.

Verny (1993) fala a respeito de observações que mostram que existe imediatamente após o nascimento um período determinado, durante o qual a formação da ligação, ou sua ausência, tem profundas repercussões na mãe e no bebê.

O importante a ressaltar é que a mãe não pode ser considerada ruim ou inadequada por não conseguir realizar essa ligação, pois a possibilidade de fazer o vínculo poderá ser posterior ao nascimento. Os primeiros dias após o nascimento não é o único período em que o vínculo pode se estabelecer. O vínculo mãe/bebê é tão rico quanto complexo e sua possibilidade de ser estabelecido não pode ser reduzida a um único período da vida deste bebê.

Fordham, Winnicott e Spitz enfatizam a importância da identificação da mãe com o seu bebê, como ela se relaciona com ele, e para que esse relacionamento se desenvolva normalmente, fica claro que uma falha no vínculo poderá trazer conseqüências graves para o psiquismo e desenvolvimento da criança, sendo que o ambiente também tem seu papel fundamental, pois é através dele que a criança vai interagindo, adquirindo experiências e se relacionando com elas e com os outros a sua volta.

Outro ponto em comum entre os autores é a capacidade do bebê em se adaptar as mudanças externas, se comunicando através do choro, olhar, sorriso, manhas, etc. O desenvolvimento dessa capacidade no bebê a mudanças externas é importante, pois ele terá que lidar com as frustrações impostas pela mãe e pelo ambiente, esse processo permite o amadurecimento do ego, e que o bebê se veja como uma pessoa separada da mãe e que se relaciona com outras pessoas separadas dele.

4. O QUE É PREMATURIDADE

O bebê é considerado nascido a termo quando o parto ocorre entre a 38^a e a 42^a semanas de gestação. Mas quando os bebês nascem antes das 38 semanas, então estamos diante um bebê prematuro ou também denominado de pré-termo.

O bebê prematuro caracteriza-se pela imaturidade do seu organismo, tornando-o mais vulnerável a determinadas enfermidades e, também, mais sensível a determinados fatores externos como a iluminação, ruídos, manipulação excessiva, etc.

De acordo com o Ministério da Saúde², a prematuridade pode classificar-se, segundo a idade gestacional, da seguinte forma:

Prematuridade Limite: bebês nascidos entre a 37^a e a 38^a semanas de gestação;

Prematuridade Moderada: pode ser definida quando o bebê nasce entre a 31^a e 36^a semanas;

Prematuridade Extrema: Os recém-nascidos pré-termo extremo, são definidos como aqueles cuja idade gestacional é menor ou igual há 30 semanas, apresentam, como conseqüência desta maior imaturidade, problemas mais freqüentes e mais graves, sobretudo os menores que 27 semanas.

Ou segundo o peso do recém-nascido:

Recém - nascido com baixo peso ao nascer: é quando o bebê ao nascer tem um peso inferior a 2500 gramas, independente da idade gestacional.

Recém - nascido com muito baixo peso ao nascer: quando o RN nasce com um peso inferior a 1500 gramas.

Recém - nascido com extremo baixo peso ao nascer: é quando o bebê nasce com um peso inferior a 1000 gramas.

Um bebê prematuro merece, assim, cuidados redobrados, uma vez que não teve a oportunidade de completar todo o processo de maturação biológico, dentro do útero da mãe.

² www.saude.gov.br

No que se refere ao seu aspecto físico, destacam-se como principais características, as seguintes:

- Tamanho pequeno;
- Baixo peso ao nascer;
- Pele fina, brilhante e rosada, por vezes coberta por lanugo (penugem fina);
- Veias visíveis sob a pele;
- Pouca gordura sob a pele;
- Cabelo escasso;
- Orelhas finas e moles;
- Cabeça grande e desproporcional ao resto do corpo;
- Músculos fracos e atividade física reduzida;
- Reflexos de sucção e de deglutição reduzidos

Os bebês prematuros, devido a sua imaturidade que os caracteriza, podem mais facilmente adoecer. O risco associado a esta situação revela-se mais elevado quanto maior foi o grau de prematuridade e menor for o seu peso, muito em particular nos casos em que apresentam um peso inferior a 1500g.

Pelo fato dos bebês prematuros necessitarem se adaptar, antecipadamente, à vida extra-uterina, numerosos cuidados deverão ser tomados para que possam superar algumas das adversidades provenientes da sua prematuridade.

As primeiras visitas à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) são, sem qualquer dúvida, extremamente estressantes, assustadoras e por vezes frustrantes. Os pais encontraram seu bebê numa incubadora completamente monitorizada, sentindo-se impotentes na maioria das vezes.

Sendo uma unidade de cuidados intensivos facilmente se entenderá a quantidade de equipamentos ali existentes, ligados ao bebê. Além de diversos monitores que exibem vários tipos de informação, não lhe será indiferente, os constantes apitos, que na maioria dos casos não traduzem qualquer anormalidade da situação e alguns bebês que estejam ventilados.

Os ventiladores ajudam os prematuros a respirar, tarefa que freqüentemente esquecem devido a sua imaturidade, os quais poderão ser de dois tipos:

- Invasivos: ligados ao bebê por intermédio de um tubo (traquéia)

- Não invasivos: vulgarmente denominados de CPAP³, sendo aplicada uma máscara sobre o nariz do bebê.

O bebê será monitorizado, no que se refere à percentagem de oxigênio no sangue, os seus ciclos respiratórios, os batimentos cardíacos e a sua tensão arterial. A estes monitores estão associados sinais sonoros, os quais, com o decorrer do tempo, se revelarão menos "agressivos", dado que, muitas vezes, disparam como consequência, de um mau contato, ou devido a um movimento mais brusco do bebê.

Na fase inicial o bebê será alimentado a soro, mediante a utilização de uma bomba infusora, a qual permitirá dosar a quantidade do mesmo. Quando o bebê já puder iniciar a ingestão de leite (materno, ou não) será utilizada uma sonda nasogástrica, isto porque os prematuros se cansam com muita facilidade, não conseguindo por isso mamar, só por volta da 34ª semana é que o reflexo de mamar surge. Assim, sem dispêndio de energia relevante, mais facilmente aumentará de peso.

Considerando que o ideal seria nascer com 40 semanas de idade gestacional, deve-se descontar, da idade cronológica do prematuro, as semanas que faltaram para sua idade gestacional atingir 40 semanas, ou seja, idade corrigida = idade cronológica (40 semanas - idade gestacional em semanas). A idade corrigida traduz o ajuste estabelecido face à idade cronológica, em função do grau de prematuridade. Embora não esteja totalmente esclarecida até quando se deve corrigir a idade do prematuro, é recomendado utilizar a idade corrigida até os dois anos de idade, a fim de obter a expectativa real para cada criança. A correção da idade cronológica em função da prematuridade é fundamental para o correto diagnóstico do desenvolvimento nos primeiros anos de vida, pois, a título de exemplo para um prematuro de 28 semanas, não utilizar a idade corrigida aos 24 meses (ou seja, 24 meses - 3 meses = 21 meses de idade corrigida), implica exigir a um bebê de 21 meses que se comporte de igual forma que um de 24 meses.⁴

Uma das características dos bebês prematuros reside na incapacidade que apresentam para regular de forma adequada a sua temperatura corporal, daí a necessidade das incubadoras, pois estas irão reproduzir as condições de temperatura e umidade oferecidas pelo útero materno.

³ CPAP - Pressão positiva contínua em vias aéreas

⁴ Fonte: <http://www.nascerprematuro.org/>

Abaixo seguem algumas das diversas complicações que um prematuro pode enfrentar nas suas primeiras semanas de vida:

- **Dificuldades Respiratórias:** Os bebês prematuros carecem de uma proteína denominada surfactante, que se produz nos pulmões, permitindo os alvéolos de se encherem de ar. Esta carência dificulta a respiração (oxigenação), sendo necessária a administração de oxigênio adicional, mediante assistência mecânica, com o objetivo de manter dilatados os pulmões. Esta assistência mecânica pode-se resumir ao CPAP, o qual aporta uma mistura de ar e oxigênio sob pressão, aos pulmões do bebê, através de pequenos tubos que se colocam no nariz. O CPAP ajuda o bebê a respirar, mas não respira por ele. No caso, em que os bebês não conseguem respirar sozinhos poderá haver necessidade da ajuda de um ventilador, o qual respirará por eles, até que os pulmões amadureçam. Outro dos tratamentos consiste na administração do surfactante, para abrir os alvéolos pulmonares, promovendo a sua função de troca gasosa. Salieta-se que os bebês prematuros estão constantemente monitorizados no sentido de detectar eventuais apnéias (quando deixam de respirar), sendo, por isso, uma situação rapidamente detectável.
- **Problemas Cardíacos:** Durante a vida fetal, existe um vaso, denominado ductos, que faz com que o sangue não passe pelos pulmões, uma vez que o feto recebe o oxigênio através da placenta. Normalmente, este vaso fecha pouco depois do nascimento, permitindo aí que o sangue vá aos pulmões para se oxigenar. Nos prematuros, os ductos, por vezes, não encerram de forma adequada, provocando uma insuficiência cardíaca. A persistência dos ductos pode ser diagnosticada pelo aparecimento de um sopro, confirmando-se numa ecografia cardíaca. Geralmente, a administração de fármacos próprios é suficiente para a resolução do problema, podendo, em alguns casos, ser necessária uma intervenção cirúrgica.
- **Inflamações Intestinais:** A enterocolite necrotizante é um quadro inflamatório intestinal, potencialmente grave, ao que se associa uma baixa tolerância à alimentação, distensão abdominal e uma deterioração clínica geral. A radiografia abdominal, assim como, as análises clínicas são instrumentos preciosos na sua detecção. O seu tratamento consiste em submeter o bebê a

uma dieta, com alimentação intravenosa e na administração de antibióticos. Por vezes é necessária a realização de uma cirurgia.

- **Hemorragia Intraventricular:** Habitualmente estas hemorragias surgem nos primeiros dias de vida do bebê, sendo diagnosticadas mediante a realização de uma ecografia cerebral. Na maioria dos casos trata-se de hemorragias pequenas que são reabsorvidas espontaneamente pelo organismo, sem conseqüências graves. As hemorragias mais graves podem provocar a dilatação dos ventrículos cerebrais, e a compressão do tecido cerebral, danificando-o. Quando se produz uma dilatação (hidrocefalia) pode ser necessário colocar um tubo, para efetuar a drenagem dos ventrículos (válvula).
- **Retinopatia:** O bebê prematuro nasce com os vasos da retina ainda imaturos. Diferentes agentes externos, principalmente as variações de oxigenação, podem originar deficiências nestes mesmos vasos. Esta complicação é diagnosticada por um oftalmologista, observando-se uma maior incidência nos bebês nascidos com menos de 32 semanas.

O bebê que foi idealizado durante toda a gravidez, estará ali, diante dos pais, frágil e absolutamente dependente dos equipamentos tecnológicos, das equipes de saúde e principalmente da mãe.

É muito importante que os pais de um bebê prematuro conheçam a patologia própria destes bebês. Para isso é necessário que exista uma boa comunicação entre estes pais e as equipes de saúde que estão envolvidas com os cuidados do bebê. Aos pais deverá ser dada a confiança suficiente, para que possam expor livremente as suas dúvidas e preocupações, assim como, deverão ser criadas todas as condições para que os mesmos possam usufruir do seu bebê, desenvolvendo-se, desta forma, laços afetivos fortes, que são tão importantes para ambas as partes.

5. DA MITOLOGIA AOS DIAS ATUAIS

Os mitos “falam”. As experiências são passadas de pais para filhos, da mesma forma os mitos, através das imagens, das fantasias abrem para a consciência o acesso para o inconsciente coletivo. Além de gerarem padrões de comportamento humano, os mitos permanecem através da história como marco referencial através dos quais a consciência pode voltar às suas raízes para se revigorar. (Brandão, 1999)

O nascimento de um bebê prematuro está marcado por uma simbologia muito particular, não só por se tratar de uma vida, um novo ser que se integrará na família, como também a possibilidade da morte e seqüelas, sempre presentes quando se trata de prematuridade.

O seu nascimento não acontece e não segue o mesmo ritual de um bebê nascido a termo, o que gera nos pais uma avalanche de pensamentos, uma tempestade psíquica que vai contra os sonhos e os ideais aos quais eles tiveram que renunciar, pois umas das primeiras imagens que esses pais irão ter dessa criança é que ela é como se fosse uma criança dos médicos, um bebê de incubadora diferente do bebê idealizado durante a gravidez, o que vai dificultar o vínculo pais-bebê.

Toda situação de prematuridade está caracterizada pelo o “tempo”. Existe um tempo cronológico, nome este que vem de Cronos. Em homenagem a ele foram criados os mais variados tipos de relógios, alarmes, despertadores para que pudéssemos regular o tempo de duração das experiências. Em contrapartida, temos Kairós, expressão grega para aquele tempo em que algo especial acontece.

Enquanto Cronos é o tempo de natureza quantitativa, o "tempo dos homens", Kairós é usado para descrever a forma qualitativa do tempo, "o tempo de Deus". O tempo de Cronos tem 24 horas e regula nossas ações enquanto determina à hora para acordar, tomar café, ir para escola, trabalhar e o tempo de Kairós significa "o momento certo". Não existe relógio ou aparelho para medi-lo porque é subjetivo.

Cronos era pai de Zeus, que engolia vivos os próprios filhos, tão logo estes nasciam temendo a maldição que Urano, seu próprio pai que havia lhe profetizado: que ele também seria destronado por um de seus filhos.

Aqui temos o medo do desconhecido e o controle do tempo, Cronos engole seus filhos - assim como a prematuridade engole os desejos dos pais - numa

tentativa de controlar e impedir que o tempo siga seu curso normal, com medo de perder seu reinado, seu status, os pais de bebês prematuros vivenciam essa mesma perda, pois com o bebê na UTI os presentes, as felicitações e as visitas estão suspensas. A mãe não se sente mãe, a gestação não chegou ao fim, foi interrompida, antes do tempo, o ritual de apresentar o filho à sociedade está adiado por tempo indeterminado, diante deste quadro um sentimento de incompletude invade essa mãe, que acha que não foi capaz de terminar, de completar sua gestação. O pai paralelamente sente essa mesma incompletude.

Os sentimentos vividos pelos pais irão influenciar na forma como esses pais vão lidar com esse bebê, muitas vezes o bebê será rejeitado, ou os pais não o visitaram, ou quando visitarem terão dificuldade em estabelecer um vínculo, um contato físico, e até mesmo conversar com o bebê. Esses comportamentos se apresentam como mecanismo de defesa diante da possibilidade da perda, os pais não querem se apegar ao bebê, porque ele pode morrer a qualquer momento.

No relato de uma mãe, esta diz que não ousava pedir notícias da filha, porque ela poderia estar morta. *“Não seria melhor que ela morresse, de qualquer modo? E depois, mesmo que não morresse, haveria seqüelas. Penso o tempo todo na morte da minha filha. Quanto mais cedo, melhor, não posso me apegar a ela”. sic*

Réia a mãe de Zeus, cansada de ver seus filhos sendo engolidos por Cronos, se esconde em uma caverna, onde Zeus nasce, e enrola uma pedra em cueiros e dá para Cronos engolir, como se fosse seu filho, assim ele faz sem desconfiar de nada. Zeus é rejeitado pelo pai, já a atitude de Réia por um lado é vista como um certo abandono, pois ela o deixa sob os cuidados de ninfas e ele é amamentado por uma cabra chamada Amaltea, e por outro lado essa mesma atitude revela o desejo que seus filhos sobrevivam, pois não agüentava mais ver Cronos engolindo-os, então para que isso não mais acontecesse, ela se separa de Zeus para que ele pudesse sobreviver.

Simbolicamente podemos relacionar as ninfas e a cabra à equipe de neonatologia, que priva a mãe da sua experiência do cuidar, alimentar e proteger, esses cuidados são realizados por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, e que pela mãe são vistos como os juízes que confirmam que ela não poderá viver o mesmo vínculo se esse bebê tivesse nascido a termo. O bebê fica por muito tempo na incubadora, único recurso para a sobrevivência deste, mas não deixa de ser um

fator que distancia a mãe desse bebê, assim como Réia deixou Zeus aos cuidados de ninfas numa caverna.

Amaltheia é símbolo de generosidade. Conta outra versão, que para proteger Zeus da fúria de Cronos, ela teria escondido a criança ao colocá-la suspensa em uma árvore, para que não fosse encontrada nem na terra, nem no céu. Além disso, teria chamado os Curetes, habitantes de Creta, para com uivos e danças tumultuosas, impedir que Cronos ouvisse o choro da criança.⁵

O estar internado em uma UTI neonatal, submetido à permanência na incubadora, está relacionado a um lugar no imaginário da mãe que não é nem o céu nem a terra, esse bebê não morreu, portanto não foi para o céu, mas também não está totalmente vivo, pois necessita de máquinas para sobreviver, deixando os pais num constante estado de apreensão e angústia.

Quando mãe citada acima diz que: “*Quanto mais cedo, melhor, não posso me apegar a ela*”. *sic*, deixa claro que sua filha não foi desejada, na continuidade do seu relato ela conta que sua filha nasceu prematuramente porque ela se submeteu a um aborto e sofreu uma hemorragia. O aborto foi uma decisão entre ela e o marido. Esta mãe achou que não sairia do hospital com uma criança viva, em consequência disso ela não conseguia estabelecer nenhum tipo de vínculo com sua filha. Toda equipe de saúde efetivamente tentou auxiliar essa mãe a se aproximar de sua filha, mas todas as tentativas não tiveram sucesso. E com 120 dias o bebê tem alta com exame clínico satisfatório, mas dez dias após a alta este bebê retorna ao hospital, falecido por morte súbita durante a noite.⁶

Segundo o que Jung (2006) diz podemos verificar que as atitudes desta mãe caracterizam a impotência, o desamparo daquele impulso de vida o qual obriga tudo o que cresce a obedecer à lei da máxima realização, neste processo as influências do ambiente coloca os maiores e mais diversos obstáculos.

A criança ora tem o aspecto da divindade criança, ora o do herói juvenil. Ambos os tipos têm o nascimento miraculoso e as adversidades da primeira infância, como o abandono e o perigo da morte, igualmente à criança prematura. O motivo da “insignificância”, do estar exposto ao abandono e perigo, procura

⁵ Fonte: http://www.estacio.br/rededeletas/numero14/escrito_nas_estrelas/texto3.asp

⁶ Para um maior compreensão do caso: Wanderley, B. D: agora eu era o rei, 1999, in Pulsão de morte ao desejo de vida, ou as vicissitudes de uma terapia intensiva, pg. 61

representar a precariedade da possibilidade da existência psíquica da totalidade, isto é, a enorme dificuldade de atingir este bem supremo.

Enquanto a criança estiver sob os cuidados de uma equipe médica multidisciplinar terá uma maior probabilidade de ser salva, mas isso não garante sua sobrevivência fora do hospital como no caso citado anteriormente, o desejo de viver tem que ser alimentado pelos pais que são as pessoas que passarão a maior parte de seu tempo com esta criança, fortalecendo dia a dia o vínculo, o contato, ultrapassando e vencendo as barreiras e dificuldades impostas por toda a vivência que a prematuridade impõe a esses pais.

Diante da prematuridade parece haver uma relação muito mais com o tempo cronológico – Cronos, porém, podemos perceber que o tempo em que algo especial acontece – Kairós, também está muito presente, pois não se quantifica o olhar, o sorriso, ou qualquer sinal de contato desse bebê para sua mãe, é um momento em que o relógio para, se torna um momento eterno, que será lembrado, como algo especial, que ficará marcado na memória dessa mãe. Uma linguagem onde as palavras, não são o único objeto principal, mãe e bebê se comunicam sem palavras, apenas gestos, olhares, sorrisos.

A forma como essa mãe irá vivenciar esse nascimento prematuro, também esta relacionada com Kairós, porque nessa situação o que está em evidência é a percepção, um tempo especial para integrar e elaborar essa experiência tão prematura, um tempo em que essa mãe irá se relacionar com esse bebê. O bebê poderá ficar internado por semanas até meses, e durante este tempo a mãe terá a oportunidade de olhar para si mesma e para esse bebê, tentando achar respostas para seus questionamentos. Tentando conhecer seu bebê através da sua linguagem sem palavras, reconhecer o que aquele sorriso, gesto ou choro que dizer.

Se pararmos para meditar, para o silêncio criativo após uma experiência ou uma dificuldade, estamos criando um ambiente propício para Kairós. Quando oferecemos oportunidade para a compreensão de algum desconforto ou de uma intensa alegria, para "colocar cada coisa em seu lugar", concedemos um tempo para o psicológico, para nosso mito pessoal, para vivências individuais, para o nosso drama pessoal e fundamental.

6. ESTUDO DE CASO

A seguir temos o relato do caso de duas meninas nascidas no mesmo hospital na França. As duas haviam nascido com uma hora de intervalo entre um parto e outro; seus nomes Anne e Anna, eram quase idênticos, como também tinham sido as condições de seus nascimentos. Anne com 26 semanas e meia de gestação, pesava 850 gramas e Anna, com 820 gramas com um termo de 27 semanas.

6.1 CASO ANNE

A mãe de Anne, Lila, tinha dado entrada na maternidade devido a risco de parto prematuro, três dias antes do nascimento da criança. Anne nasceu de parto natural. Sua mãe a tinha visto no nascimento, mas a fragilidade da criança não permitia que a pegasse no colo, muito rapidamente, com gestos precisos e corretos, sem ter tempo de falar, as enfermeiras levaram-na para longe.

Lila, era de origem argelina, estava na França há dois anos. Ela vivia na casa da irmã e do cunhado, tendo fugido de uma família que ela achava severa demais. Seus pais não sabiam nada da sua gravidez: “Eles me matariam se soubessem”, disse ela.

Sem documentos e em situação irregular, refugiada em Paris para escapar da autoridade paterna e encontrar trabalho, Lila tinha rapidamente encontrado um homem com o qual se envolveu de maneira passional.

Bonito, rico, inteligente, seu príncipe encantado lhe conta que é casado e pai de família, no dia em que ela lhe comunica sua gravidez. Seu conto de fadas se transforma em pesadelo quando ele pede que ela faça um aborto. “Não era possível”, explica Lila, “Na nossa família crianças são sagradas, quando a gente está grávida, a gente as coloca no mundo e as educa. Foi assim que fizeram minha mãe e minha avó e eu não podia fazer diferente.”

Face à recusa de Lila, o pai de Anne decide romper com ela, mas Lila não volta atrás na sua decisão. Ela fica na casa da irmã, onde o ambiente se degrada

cada vez mais, teve que fazer algumas horas de faxina para dar dinheiro ao cunhado, que ameaçava mandá-la de volta para Argélia. “Foi duro e o trabalho era cansativo, mas eu queria lutar pelo meu bebê, meu futuro era ele, nós estávamos sós, mas iríamos sair desta juntos”, disse ela.

6.1.2 Estado clínico

“Ela é tão pequena, tão frágil”, disse Lila, a mãe de Anne à psicóloga do serviço na sua primeira entrevista. Na mesma noite do parto, Lila, mesmo titubeante, foi ver sua filha. Ela escutava as explicações da enfermeira, mas recusava-se a tocar seu bebê, e caiu num choro silencioso: “Ela é pequena demais, ela não vai sobreviver.” “Vai sim, a gente já viu outros”, respondeu-lhe uma enfermeira.

Depois houve o encontro com o médico responsável. Lila só lhe perguntou uma coisa: “Minha filha vai sobreviver?”

O médico disse que Anne era muito pequena, mas que no momento parecia suportar bem seu estado e os tratamentos, mas ainda era muito cedo para qualquer pronunciamento, era preciso esperar um mês, pois as complicações ainda podiam acontecer, mas que eles sempre a manteriam informada, dia após dia, da sua evolução.

Algum tempo depois Anne não pesava mais que 780 gramas, alimentada com uma fórmula J14, ela lentamente começava a ganhar peso. Lila, por sua vez, pegava no pé da equipe. Ela vinha todos os dias, ora exigente, ora deprimida, se revoltando sem cessar contra o pessoal da equipe, uma noite dizia não suportá-los, na seguinte dizia não suportar a filha, ela a achava feia e doente demais. Criticava os auxiliares, não suportava as mudanças de plantão, tinha seus inimigos e amigos: os que ela julgava bons demais para com Anne, os que julgava incompetentes. Às vezes rejeitava sua filha, às vezes a defendia contra o mundo, que lhe parecia hostil, projetando para a equipe sua agressividade.

Freqüentemente ela pedia para ver a psicóloga, e a plantonista repassava esses pedidos a psicóloga para retornar certos dias, mais pela equipe que por ela, quando não agüentavam mais seus gritos, lágrimas e agressividade. Claro que o que lhes era mais penoso, era quando essa agressividade se voltava para a sua

filha: “Até parece que ela quer sua morte”. “Mas será que esta mãe a ama?”, se perguntavam as enfermeiras

Anne rapidamente mostrara que reconhecia as diferentes pessoas da equipe, que se interessava por tudo. “Com ela, a gente é realmente obrigado a falar”, diziam as enfermeiras. “Se não estabelecemos um contato antes de tocá-la, ela começa a gritar e tornando o contato impossível”, se queixavam os médicos. Anne induzia o interesse e o respeito de todos. Quando, antes do seu 50º dia de vida, os médicos decidiram parar a ventilação, as dificuldades então começaram. Ela não tinha tido doença pulmonar até essa data, e não teve depois, mas em contrapartida nesse momento apareceram numerosas bradicardias. As diminuições do ritmo cardíaco podiam levar a apnéias mais ou menos prolongadas.

Logo que Anne caía num sono profundo demais, o monitor tocava sem parar até desenhar uma linha reta sobre a tela. Rapidamente ela compreendeu que arriscava sua vida dormindo; ligada aos dedos da equipe de saúde horas inteiras, lutava contra o sono. O simples fato de estar perto dela e falar com ela, sem nenhuma manobra de reanimação, faziam aumentar sua frequência cardíaca, restabelecendo assim sua oxigenação. Anne mobilizou permanentemente alguém do lado dela. “É curioso, parece que ela substitui o oxigênio pelas palavras que ela pede para dizermos”, diz um dia uma auxiliar.

Anne deixa sua incubadora com três meses de vida; pesava dois quilos, e desde esse dia não deixa mais os braços da mãe. Seu pai vinha todas as semanas, e seu primeiro grande sorriso foi para ele. Lila estava encantada: “Se ela é tão sedutora quanto ele, saberá certamente mantê-lo”, dizia ela.

6.1.3 Intervenções

Na primeira consulta com o médico Lila, havia deixado a sala sem dizer nada, não foi ver sua filha no dia seguinte, e só se apresentou ao serviço de psicologia no dia e na hora marcados com a psicóloga um dia depois. Na entrevista ela começa dizendo que não ousava pedir notícias de Anne. Ela estaria morta? Não seria melhor que ela morresse, haveria seqüelas? Pensava o tempo todo na morte de sua filha. “Quanto mais cedo, melhor, não posso me apegar a ela”. Disse ela.

Evidentemente, no serviço, quando ela falava assim, tinham feito com que se calasse: “Não é para dizer isto, não é bom”. Não é bom para quem? Para o bebê, para a mãe ou para a equipe? Perguntava-se a psicóloga.

Como a psicóloga a deixava falar da morte de Anne, ela continuava: “Será mais simples para todo mundo, e, no entanto essa criança que eu carregava era a minha única felicidade, minha única esperança, o que me fazia viver.”

A psicóloga a faz notar que hoje sua filhinha lutava contra a morte, sem dúvida graças a essa força que ela tinha lhe transmitido no tempo em que estava na sua barriga. Lila parece sair do seu torpor e diz: “Eu iria vê-la, mas os médicos parecem muito pessimistas que eu não ousou dizer-lhe para continuar lutando”.

Lila é questionada pela psicóloga: “O que gostaria de dizer-lhe?”

“Eu gostaria de dizer a ela para não se deixar levar, que ela é forte e sairá desta.”

“O que a impede?”

“Eu tenho a impressão de que este não é o meu lugar, e sim dos especialistas, que não sou eu quem sabe, e sim eles”.

A psicóloga diz que agora só ela poderia saber qual era o seu lugar e o que dizer a sua filha! Ela podia se autorizar qualquer que fosse o diagnóstico deles, a escutá-la com outro ouvido que não o dos médicos, e falar com ela com uma outra voz. Nada a obrigava a pensar como eles.

Saindo da sala ela entra diretamente na UTI. Quando a psicóloga entrou, duas horas mais tarde, viu Lila sentada ao lado do seu bebê. A psicóloga simplesmente entreabriu a porta da incubadora dizendo-lhe: “Assim ela pode lhe ouvir” e as deixou as sós, ocupadas com sua conversa. Naquela noite, até o fechamento do serviço, e todos os outros dias, Lila falava com Anne infatigavelmente.

De tanto falar com as enfermeiras e com Lila, uma confiança mútua acabou se instalando, e Lila foi de qualquer forma acompanhada tanto quanto seu bebê. Era preciso admitir o medo e a ambivalência dessa mãe, compreender que apesar do sofrimento ela poderia, em vez de incomodá-los, tornar-se uma ajuda preciosa na evolução de Anne.

“Essa mãe é ligada a nós como seu bebê às nossas perfusões”, disse um dia uma atendente. Anne, por sua vez, ia cada vez melhor. Viva é tônica, ela era desde o início, de uma surpreendente presença.

Quando os médicos decidiram tirar Anne da ventilação mecânica e por consequência teve um aumento da bradicardias, a mãe nesse período perde o chão de novo. Ela vinha todos os dias regularmente, mas aterrorizava as enfermeiras pela violência em relação a sua filha. “Ela não agüenta mais, deixem-na morrer”. Mas no momento de partir ela sussurrava na orelha de Anne: “Fique boa esta noite, eu estarei aqui amanhã”.

Novas entrevistas com a mãe e a diminuição das bradicardias trouxeram uma calma progressiva na equipe e em Lila, que diz um dia à plantonista: “Minha filha e eu lhe devemos-lhes a vida”.

Anne tinha dois meses e meio quando seu pai se apresentou ao serviço e pediu para vê-la. A mãe, que jamais parou de solicitá-lo, conseguiu que ele enfim se incomodasse. Ele pediu um encontro com o médico e depois comigo. Durante essa entrevista ele me diz que não tinha intenção de mudar nada em sua vida atual, mas que o encontro com Anne o havia transtornado, ela agora fazia parte do seu universo. Ele passou a vir regularmente.

6.1.4 Resultados

Depois desse primeiro encontro com Anne, semanas mais tarde, o pai pede para reconhecer Anne e se organiza com Lila para assegurar financeiramente sua educação, e para procurar uma casa para as duas. Quando Anne, com 140 dias, deixa o serviço, ela estava acompanhada por sua mãe e por seu pai. As visitas regulares, para acompanhar sua evolução, se deram normalmente. Ela sempre parecia contente de voltar, e sorria para as enfermeiras que reconhecia todas às vezes.

Um ano e meio depois, Anne é uma menininha alegre e maravilhosa, anda e começa a falar. Uma nota precisa no seu prontuário consta que ela chorou pela primeira vez na última visita de revisão. Não reconhecia mais ninguém, e recusava os braços estendidos para ela das enfermeiras de uniforme branco.

Havia realmente deixado e esquecido todos da equipe de saúde, estava agora totalmente voltada para os seus pais, e todos puderam considerar o trabalho com Anne terminado.

6.2 CASO ANNA

Sua mãe, Lise, tinha chegado de urgência na maternidade devido a uma hemorragia importante. O parto havia se iniciado, não se cogitava tentar mais nada e Anna nascera de parto natural depois de um trabalho de parto de uma hora e meia, sem maiores problemas.

Essas duas meninas de nomes quase idênticos, história médica quase similar, tomaram rapidamente na unidade um lugar à parte. Primeiro porque eram as menores, o que mobilizava muito a equipe, mas também porque a evolução delas era quase paralela no plano somático, o que quase não acontece em neonatologia. Mas a comparação não para por aí. Com efeito, se suas histórias médicas e suas curvas de peso eram paralelas, totalmente diferentes eram suas histórias enquanto meninas e seus modos de ser no mundo.

A mãe de Anna esteve no serviço de neonatologia no dia seguinte ao nascimento, pedindo para falar com o médico responsável pela hospitalização. Depois de ter falado com o médico foi ver sua filha, mas tanto o médico como as enfermeiras haviam ficado espantados com a pouca reação dessa mãe.

Submissa, ela tocou o bebê tal como havia sido proposto. Bem educada, tinha agradecido ao médico por todo o trabalho que ele tinha tido, sem perguntar nada sobre sua filha. Ela parecia longe. Talvez estivesse muito angustiada ou deprimida. Foi o que pensou a equipe, que esperava com impaciência o encontro que ela teria com a psicóloga no dia seguinte, para que ela os ajudasse a entender melhor esta mãe.

Para Lise era muito trabalho, e agora uma criança, é realmente pedir-lhe demais, ela não queria isso. Se ao menos fosse um menino, mas uma terceira filha, não lhe parece possível, ela não podia nem pensar num nome. “Anna” foi idéia de uma enfermeira durante o parto, que dizia o tempo todo, “É bom uma grande família”, e Lise não ousava dizer até que ponto não partilhava da mesma opinião.

Havia tomado consciência da gravidez no mês anterior, numa visita a um clínico, pois ela se espantava por não ter recuperado sua forma depois do parto de Sophie, e foi pedir uma prescrição de sessões especializadas para eliminar a barriga redonda. A idéia que poderia estar grávida não havia lhe ocorrido nem de longe,

sempre tinha ouvido dizer que não se podia jamais engravidar enquanto se amamentava, e ainda amamentava Sophie.

O clínico prescreveu uma ultrassonografia, e aí ela soube que esperava uma terceira filha. Algum tempo depois, decidiu com seu marido se dirigir a uma mulher que fazia abortos tardios.

Foi o pânico da hemorragia desencadeada pelas manobras dessa “fazedora de anjos” que a conduziu ao hospital, onde ela não pensava em parir uma criança viva. Quando a enfermeira lhe disse que ela era pequena mais bem viva, ela compreendeu que era uma fatalidade. “Agora ela está aqui, é assim, não há nada a fazer, vamos ver.”

Durante todo o tempo do seu relato ela tinha ficado calma e consolada, como se nenhum afeto pudesse atingi-la. Depois, antes que a psicóloga pudesse falar-lhe, ela levanta-se toda sorridente e se vai. Quanto se tenta retê-la, se justifica com o trabalho em casa, dizendo que virá outra vez.

O pai só tinha vindo uma vez, quando Anna tinha duas semanas, mas não tinha entrado na UTI. Tinha ficado no corredor, atrás do vidro. “Não tinha tempo”, dizia, que suas duas filhas o esperavam. Tinha vindo ao encontro com o chefe do serviço. Também tinha se mostrado resignado e cortês como sua mulher. Não tinha nada a dizer, ele agradecia a todo mundo pelo interesse por Anna e confirmava que tudo ia bem, que a família estava pronta para receber o bebê em casa. Ao encontro com a psicóloga não compareceu.

6.2.2 Estado clínico

Anna nasceu com 820 gramas, 27 semanas de gestação. Apresentava mais ou menos o mesmo desenvolvimento que Anne e não tinha maiores problemas.

Seu peso mais baixo foi 760 gramas e, como Anne, foi entubada, ventilada e para sua alimentação foi utilizada sonda.

Na semana seguinte, o estado de Anna era mais satisfatório, mas Lise preocupava muito a equipe. Perguntavam-se as enfermeiras: “Porque essa mulher era tão distante? “É melhor não falar” dizia ainda a propósito de sua filha – “Ela não escuta”.

Anna segue uma evolução normal, e no momento não preocupava a equipe, mas Lise, sim, os preocupava, ela parecia triste, distante, e tentar trabalhar com ela para favorecer o progresso de Anna parecia muito complicado. A psicóloga questiona: “Seria talvez por alguma falha nossa?” Ela sorri: “Não, não, vocês não tem nada a ver com isso, toda a equipe é muito gentil, eu percebo que vocês fazem de tudo o que podem por essa criança”.

Anna, nas semanas que se seguiram, teve alguns problemas de alimentação. Foi alimentada por via venosa até o 45º dia de vida, apesar de tudo, a curva de peso é regular. Ela é muito calma, dorme bastante, parece bem consolada e resignada. Lise vem vê-la mais ou menos duas vezes por semana, mas não fica mais de dez minutos. É sorridente, mas continua sem perguntar nada e não fala com Anna.

Durante esse tempo de internamento, a mãe de Anne, devido à sua cólera e suas angústias, mobiliza todo o serviço. Lise, por sua vez, se mostra apagada, não cria nenhum problema e não pergunta nada a ninguém. Ela não diz jamais como a Lila, que desejaria a morte de sua filha, não solicita um encontro com o serviço de psicologia e a equipe não fala mais dela.

Como ela não vem muito, as dificuldades de contato que elas tiveram com Lise no início da hospitalização de Anna são por isso melhor suportada. Se Lise cruza com a psicóloga no serviço, escapa antes que ela possa lhe falar. Depois de ter contado sua história, a culpa era sem dúvida muito forte e ela não queria mais reencontrar a psicóloga.

Anna, por sua vez, era um bebê tão calmo quanto Anne era exigente. Ela se deixava examinar sem problema, fixava o olhar, mas continuava discreta e parecia como sua mãe, não exigir a presença das enfermeiras. “É quase um descanso”, diz um dia uma enfermeira. Em torno do 50º dia de vida, os médicos pensam que Anna, assim como Anne, é capaz de respirar por si só.

Nessa época a mãe vem só uma vez por semana, é, portanto sem a sua presença que interrompem o uso da máquina. Mas Anna é incapaz de respirar só e cada vez é preciso reconectar. Quando, numa manhã, a psicóloga chega ao serviço, anunciam que enfim Anna *desmamou*. Encontraram uma solução: ela agüenta sem o oxigênio com a condição de deixar o barulho da máquina em funcionamento ao lado dela. Anna estava ligada a essa máquina, como Anne está ao mesmo tempo ligada à presença das enfermeiras, às palavras e aquelas pronunciadas por sua mãe.

Rapidamente Anna tinha se tornado o bebê xodó do serviço. Bem comportada e equilibrada, muito menos “mimada” que Anne, segundo a expressão das auxiliares, ela tornava a vida mais fácil. Quando ela passou para o berço, com dois quilos e cem gramas, na ausência da mãe, as enfermeiras disputaram entre si a vez de colocá-la no colo.

Adorava que brincassem com ela, mas se a colocassem no berço ela logo adormecia; era tranqüila e cativante. Rapidamente o “bom temperamento” de Anna permitiu-lhe ir para a sala do café da equipe no bebê conforto. “Nós não hesitamos em levá-la, porque ela não diz nada se de repente temos trabalho e somos obrigadas a colocá-la no berço de novo”, dizem as auxiliares. O médico chefe, que desaprova esses sinais de preferência, pede que não se faça diferença entre Anna e os outros. Mas era em vão, “Anna, está sempre só”, dizem as auxiliares, “ela precisa de companhia”.

6.2.3 Intervenções

O primeiro encontro com Lise foi estranho e deixou a psicóloga muito preocupada com Anna. Depois de ter explicado a ela sobre o trabalho da unidade e de ter-lhe falado longamente sobre o seu bebê, ela continuava silenciosa, como se tudo isso não lhe dissesse respeito. Sentada e resignada, parecia calma e disse não ter nenhuma pergunta para fazer. A psicóloga pergunta se ela estava preocupada, ela responde: “Vamos ver, ela não é muito vigorosa, não se sabe o que vai acontecer.” Em seguida, deixa sala como na véspera, sem nada a perguntar, e esquecendo a foto polaróide de Anna que a psicóloga acabara de lhe dar. Este esquecimento, que só vai ser sentido mais tarde, mas já tinha dado o que pensar desde este momento.

Um dos hábitos instaurados no serviço era o de dar a cada mãe uma foto do seu bebê, para que ela possa levar consigo para o quarto da maternidade. Da mesma forma, pedimos a cada mãe trazer para o bebê um objeto pessoal ou um brinquedo, ou então uma roupa que era deixado ao lado da incubadora ou do berço da criança. As mães se diziam muito apegadas a esse ritual de entrada, assim como ao outro ritual que consiste em propor-lhe, durante a primeira visita ao bebê, de

explicar-lhe que ele não está abandonado, que ela o deixa para que ele seja tratado pelas enfermeiras cujos nomes ela diz. Ela o pegará de volta quando ele estiver bom, para que viva em sua casa com seus pais, irmãos e irmãs. Se esse ritual é importante para a criança, ele o é também para a mãe, que nele reencontra certo bom senso e simbolização.

A mãe de Anna tinha se recusado a falar com a criança: “Não adianta falar nada, ela não nos escuta, é melhor não dizer nada”. Em seguida, saiu de novo, doce e sorridente deixando as enfermeiras desamparadas, constatando que havia esquecido a foto, depois de tê-la olhado com um olhar distraído, sobre o canto da mesa.

A psicóloga se perguntava que dificuldade teria Lise, ou que resistências a equipe de psicologia não podia vencer, que os mantinham nesse ponto, na surdez? Contrariando então a regra estabelecida a psicóloga propõe um encontro com a mãe, explicando-lhe que gostaria de falar-lhe. Ela aceita sem problemas. Desta vez ainda, é a psicóloga que fala da dificuldade que tem para compreendê-la.

E a questiona ainda: “É engraçado você dizer ‘esta criança’, a senhora fala como se não fosse sua?”

“Sim”, me responde ela, “é verdade que eu não consigo dar conta. Eu acabo de deixar a maternidade, tenho muito trabalho em casa e, por sinal, acho que não vou poder vir mais, a senhora acha isso ruim?”

Como a psicóloga lhe diz que não está na posição de julgar nada do seu comportamento, mas somente tentar ajudá-las, ela faz o seguinte relato: mãe de duas meninas, Lise é casada há quatro anos. Seu marido tem um salário suficiente, e ela não trabalha, cuida da casa, de Marie de três anos, e Sophie de nove meses.

A solução “milagre” de deixar a máquina ligada ao lado de Anna preocupou enormemente a psicóloga, e ela propôs ao pessoal da equipe uma reunião de síntese para falar de Anna. Pedindo-lhes um esforço suplementar para tentar ver aquela mãe de outra forma, para falar-lhe, para humanizar Anna e dar-lhe vontade de viver de outra forma, que não pela interposição da máquina.

Após essa reunião, a equipe, muito motivada se mobiliza ainda um pouco mais em torno de Anna, mas fracassa uma vez mais com a mãe. Quanto mais Anna, bela e fácil, gratifica a equipe, tanto mais a mãe a desencoraja dando-lhes o gosto do fracasso. Aos poucos se percebeu que eles renunciaram a trabalhar com ela. Mais uma vez a psicóloga propõe um encontro com Lise, ao qual não vem. Ela não

vem tão pouco aos três outros encontros que se sucederam. O médico chefe, também preocupado, pede para ver o pai.

Com relação à atenção e mimos dirigidos a Anna, a psicóloga tenta explicar a equipe que essa companhia ela vai perder, que seria preciso que os laços com sua família não fossem anulados com o zelo, mas ela não era escutada; Anna era investida demais para que as injunções ou alertas modifiquem a transferência da equipe com este bebê. Antes da saída de Anna, preocupada, a psicóloga faz um chamado à Proteção Materno infantil, a fim de que uma “puericultora” atenda a domicílio quando Anna voltar para casa.

6.2.4 Resultados

Anna com 120 dias quando volta para casa. É sua mãe sozinha que vem buscá-la. Também nesse momento um ritual de saída é tradicionalmente feito, as enfermeiras vêm cada uma dar tchau ao bebê, outras fotos são tiradas, o médico recebe uma última vez os pais, outras referências simbólicas que permitem à criança e à sua família, não apagar esta passagem da vida, mas, a partir daí, construir, integrando-a a sua história.

Mas desta vez a mãe também recusa, ela não tem tempo, não é possível, assim como não tinha sido possível o ritual de entrada. Lise está apressada demais, suas filhas a esperam. Uma interna faz notar que ela não dizia jamais minhas três filhas, mas sempre minhas duas filhas. Qual seria então o lugar desta terceira? O último relatório médico antes da saída estipula, como para Anne, que a criança está em perfeita saúde, sem nenhuma seqüela visível da reanimação. O exame clínico é satisfatório, Anna é uma menina tônica e vigorosa, que fixa o olhar e reconhece claramente as pessoas do seu ambiente. Como para Anne, a unidade de neonatologia pôde ficar satisfeita com o trabalho realizado.

Dez dias mais tarde o SAMU retorna ao hospital para trazer o corpo de Anna, falecida por morte súbita durante a noite. A autópsia confirma que se trata de uma morte inexplicada. “Inexplicada para quem?”

7. A INFLUÊNCIA DO DESEJO

É preciso ter em mente que com um nascimento vários fenômenos acontecem simultaneamente: nasce uma mãe, nasce um pai, modificações vinculares ocorrem em toda a família, seja do lado materno, seja do lado paterno. O nascimento de uma criança é muito dinâmico e não pode ser encarado como algo estável, pois na maioria das vezes, esse nascimento é a culminação dos maiores desejos dos pais, revestido de esperança para o futuro com todas as implicações de seus significados.

A vinda de uma criança é sempre acompanhada de um processo psicológico importante, que tem sua expressão mais profunda na regressão. Esta regressão é necessária para ambos, pai e mãe, para que se dê a reformulação e se propiciem respostas adequadas às situações novas. Uma das características da regressão é a intemperabilidade, o que significa a possibilidade de atingir níveis bem primitivos de desenvolvimento e, como consequência imediata, a transformação nos vínculos dos relacionamentos.

A história de Anne é construída em cima do desejo daquela mãe, que não admitia um aborto, pois em sua família isso não era permitido. Esse desejo foi construído e alimentado por essa mãe, que via em Anne, uma esperança, seu futuro era aquele bebê, as duas estavam sós, mas uma tinha a outra. Essa esperança foi o laço que permitiu que um vínculo fosse estabelecido entre elas, por mais dificuldades que foram encontradas, por mais que alguém a desencorajasse ou a tirasse de seu lugar de mãe. Ela enfrentou todas as adversidades, e foi capaz de transmitir esse desejo à sua filha que correspondeu e ligou-se fortemente a ela.

No caso de Anna, além das adversidades comuns na prematuridade, ela vem de uma história bem diferente de Anne. Sua mãe Lise, não a desejou, se quer pensou na possibilidade de estar grávida, pois ainda amamentava sua filha de nove meses. Em todo discurso de Lise, Anna nunca estava presente, ela sempre dizia que tinha que cuidar de suas “duas filhas”.

Diferente da mãe de Anne que mesmo não tendo planejado sua gravidez viu nessa situação uma oportunidade, uma esperança, para Lise isso foi como se lhe tirassem o chão, “ainda se fosse um menino”, “tenho duas filhas pra cuidar e muito

trabalho em casa, não tenho tempo pra ficar, tenho que ir embora.” dizia ela, tudo ia contra esse nascimento. O pai também não demonstrava interesse pela filha.

Anna por ser rejeitada pelos seus pais foi desenvolvendo comportamentos que eram apreciados pela equipe de enfermagem, ela se comportava bem, era calma, não reclamava quando tinham que deixá-la sozinha, dessa forma as auxiliares foram transformando Anna na preferida do berçário.

Anna também se ligou fortemente a máquina de oxigênio, pois mesmo não precisando mais clinicamente do suporte de oxigênio, as auxiliares perceberam esse laço que a mantinha viva, e que apenas o barulho da máquina era capaz de manter Anna fora de perigo, pois as tentativas de desligar a máquina a colocaram em risco, pois adormecia profundamente, como se quisesse ficar fechada em si mesma, como era antes, no útero materno, onde não precisava respirar. Esse dormir profundamente a mantinha alheia de tudo o que estava acontecendo à sua volta.

O desejo não havia sido construído não relação mãe/bebê, pois de alguma forma Anna percebeu que não era desejada por seus pais.

O empenho das equipes em promover o estabelecimento do vínculo nessa relação não teve êxito. Mas clinicamente a saúde física de Anna foi restabelecida, tanto que ela teve alta e pode retornar para casa com seus pais, porém, dez dias depois falece por morte súbita. A morte inexplicada de Anna é a parada respiratória.

Segundo Chevalier (2006), no homem, o *sopro* da vida dado por Deus é imperecível, enquanto o pó retorna à terra da onde vem o sopro da vida dado por Deus, que se eleva para ele. Privada do sopro a carne se destrói.

Em quase todas as tradições o sopro tem quase o mesmo significado: *sopro de vida*. Anna não recebeu esse sopro de vida, sua morte pode significar que ela tenha desejado reencontrar o conforto da máquina que respirava por ela, o barulho da UTIN ou ainda o ventre materno.

Reanimar, muitas vezes é uma possibilidade, mas depois seria necessário um trabalho incansável para manter a ligação tão frágil e delicada entre mãe/bebê, evitando assim a desumanização, e por isso jamais deixar Lise e Anna à distância. O acompanhamento teria que ser constante, mas no caso da mãe de Anna, não foi possível, pois ela rejeitou qualquer tipo de auxílio, para ela não era preciso, “estava tudo bem”.

A criança traz consigo um caráter de futuro, pois ela é um futuro em potencial. Para Jung (2006), a vida é um fluxo, um fluir para o futuro e não como um dique que

estanca e faz refluir. Não se admira, portanto, que tantas vezes os salvadores míticos são crianças divinas. Isto corresponde exatamente às experiências da psicologia do indivíduo, as quais mostram que a criança prepara uma futura transformação da personalidade.

A partir das palavras de Jung, podemos verificar que a criança tem esse aspecto de criança-divina, não só para os pais que ora a vêem como criança-milagre, ora como criança-guerreira; como para os médicos que pelo caráter de futuro que esta carrega consigo, tem que ser salva, protegida a qualquer custo, para os médicos é como se o futuro estivesse sob a responsabilidade deles.

O desejo de manter vivo, de querer fazer viver a qualquer preço, é uma armadilha, a equipe de saúde não pode se tornar uma mãe substituta para o bebê, pois a vida está ligada ao desejo, e este nunca pode ser imposto, pois existe uma comunicação inconsciente entre pais e bebê, que atua dando um lugar ou não para este desejo.

Jung (1989), fala da comunicação inconsciente entre os pais e a criança, a influência que o inconsciente dos pais exerce sobre o inconsciente dos filhos, pois a fonte da perturbação infantil de adaptação ao meio é o relacionamento afetivo com os pais. Ele diz que é um contágio psíquico, causado por afetos e suas manifestações corporais. A absorção do afeto negativo do caráter dos pais, pode fixar-se no íntimo da criança, sob a forma de inibições e conflitos que ela mesma não entende, ou pode entrar em conflito com o mundo das coisas, no qual ela não cabe em parte alguma.

Este conflito invade o bebê ou a criança de tal forma que no caso de Anna, ela não se sentiu fazendo parte daquela família, ela não encontrou o desejo em seus pais, os afetos praticamente inexistentes levaram Anna parar de respirar e ir buscar conforto em outro lugar onde se sentia mais segura.

8. CONCLUSÃO

Nada mais natural do que a idealização de uma gestação, o bebê é a síntese dos sentimentos e desejos dos pais, é o centro das atenções, ele vem, portanto com uma carga muito pesada de responsabilidade. O medo que algo possa acontecer ao bebê é constante durante toda a gestação.

Com o nascimento começa toda uma adaptação entre a criança idealizada e a criança real, verdadeira, porém ainda não internalizada. Nesse momento o conflito já se estabelece, a aceitação do filho real processa-se com a elaboração do luto do filho idealizado.

O recém-nascido prematuro é a negação de todas as expectativas dos pais e um golpe muito forte. A frustração se instala em todos os níveis, geralmente ocorre ruptura do equilíbrio familiar e dos vínculos afetivos.

E as histórias de Anne e Anna nos permitem levantar algumas hipóteses relacionadas à dificuldade na formação do vínculo entre mãe e bebê diante da prematuridade: o medo constante de perder o bebê devido à sua condição clínica de prematuridade; não sentir-se mãe desse bebê, pelo fato de não ter “conseguido” levar a gestação até o final e lidar com a frustração ao confrontar a expectativa e as fantasias sobre o bebê e a realidade da prematuridade.

O medo de perder o bebê é um medo real, ele se encontra entre a vida e a morte, poderá haver seqüelas irreversíveis. Para os pais lidar com essa possibilidade de perda requer uma elaboração psíquica muito grande. O impacto traumático de conceber um bebê prematuro coloca a mãe num dilema: como se apegar ao bebê se ele pode morrer?

Estar diante da possibilidade de morte de outra pessoa nos coloca diante da nossa própria morte. Quando a mãe toma consciência da possibilidade de morte do seu filho que para ela é sua criação, surge à raiva e a tristeza, sentimentos ligados com a própria mortalidade. O medo da perda gera uma dor, que leva a um desequilíbrio exigindo uma reação corretiva para tal situação, esta reação é a raiva, que se não puder ser manifestada externamente, se transformará em culpa, ou seja, a mãe através da consciência da possibilidade de morte tem diversos sentimentos que resultam na raiva que se não for exteriorizada, se transforma em culpa.

A culpa poderá vir de diversas direções, seja por não ter conseguido ter uma gestação a termo, ou pelos sentimentos negativos em relação ao filho, como poderá ser direcionada, pois a mãe também pode projetar essa culpa para outras pessoas, como mecanismo de defesa.

Todo abalo psíquico pelo qual a mãe esta inserida interfere diretamente na formação do vínculo entre mãe/bebê. A mãe numa situação de prematuridade apresenta outros mecanismos de defesa, sendo que uma das principais reações diante de um bebê prematuro é o da rejeição, de não querer entrar em contato com o recém-nascido. A mãe não se acha preparada para esse contato, muitas vezes foge o quanto pode desse enfrentamento. Ela se sente incompetente, acredita ter feito algo que a levou a ter um parto prematuro, procura em si algo errado, chegando muitas vezes a projetar no pai da criança ou na equipe de saúde essa responsabilidade.

Como sentir-se mãe desse bebê que não dá sinal, que não mama no seio, que não olha, o nascimento parece então anular a condição de mãe. É um bebê que não interage dentro das expectativas deixando sozinha a mãe diante da sua angústia.

A mãe pode assumir um estado de total perplexidade sobre o fato como se aquilo não estivesse acontecendo. Seu estado de humor vai da euforia megalomaniaca a depressão profunda, sendo o choro sempre uma expressão dessa mudança brusca de comportamento. A gestação por si só é uma situação que remete o casal a certo estado regredido, na situação de prematuridade esse estado pode se agravar mais ainda, seus egos ficam muito fragilizados e assim sem maiores possibilidades de darem respostas adequadas à situação.

Fantasias, desejos, idealizações, todos adiados, a frustração em ter que confrontar a realidade afasta os pais desse bebê, o nascimento de um filho também traz consigo a oportunidade dos pais reviverem ou resolverem os traumas ou fracassos da sua própria infância, dessa forma os pais e principalmente a mãe sentem inconscientemente esse nascimento prematuro como uma perda dessa possibilidade. Por estarem regredidos não conseguem lidar com a situação, regridem ainda mais respondendo de maneira inadequada, o que é compreensível diante de um quadro de prematuridade.

A mãe perto da incubadora sofre quase sempre de uma incapacidade de pensar em seu bebê, com quem ele parece? O que sente? Quem é ele? Nessa

impossibilidade de responder as essas e outras questões sobre seu bebê, elas estão com que paralisadas. Com efeito, tudo se passa como se o bebê ainda estivesse dentro do ventre materno, como se ainda não tivessem dado à luz, a hospitalização parece anular qualquer possibilidade da mãe se ver separada de seu bebê.

A prematuridade, portanto é um quadro inesperado, que coloca os pais e familiares diante de uma situação que foge a realidade imaginada. Os pais no momento em que esperavam que tudo fosse perfeito se deparam com um nascimento prematuro, que leva embora desejos e fantasias, o bebê se encontra num ambiente hostil, afastado de seus familiares e principalmente de sua mãe e seu carinho. Não fica difícil compreender que diante de tanto sofrimento e dor, o vínculo encontre diversas barreiras em sua formação.

É importante identificar essas barreiras, assim como a história dos pais que influenciaram no aparecimento dessas barreiras e defesas. Um olhar que busque e investigue o desejo da mãe, pois humanizar significa ouvir o desejo do outro e respeitá-lo independente do que nos é certo ou errado.

REFERÊNCIAS

BERNARDINO, Leda Mariza Fischer. **O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 267p.

BRANDÃO, Junito de Souza. **Mitologia grega**. 13ª ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 1999. 405p.

BUSNEL, Marie Claire. **A linguagem dos bebês: sabemos escutá-los?** 1ª ed. São Paulo: Editora Escuta, 1997. 371p.

CHEVALIER, Jean. **Dicionário de símbolos**. 20ª ed. Rio de Janeiro: Jose Olympio, 2006. 996p.

DEVEREUX, Georges. **Mulher e mito**. Campinas: Papyrus Editora, 1990. 328p.

DIEL, Paul. **O simbolismo na mitologia grega**. 1ª ed. São Paulo: Attar Editorial, 1991. 238p.

FORDHAM, Michael. **A criança como indivíduo**. 1ª ed. São Paulo: Cultrix, 1994. 200p.

GOMES, Ana Lucia Henriques. A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional. **Psicologia hospitalar**, São Paulo, vol.2, no.2, p.0-0, Dez. 2004 ISSN 1677-7409.

JUNG, Carl Gustav. **Os arquétipos e o inconsciente coletivo**. 4ª Ed. São Paulo: Vozes, 2006. 448p.

JUNG, Carl Gustav. **Freud e a psicanálise**. 2ª Ed. São Paulo: Vozes, 1989. 351p.

LAMY, Zeni C; GOMES, Romeu; CARVALHO, Manoel. **A percepção dos pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal**. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro. 1997, nº 73 vol.5, p.293-298.

LAMY, Zeni. C. et. Al. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método mãe canguru: a proposta brasileira**. *Ciência e Saúde Coletiva* vol.10, nº.3 Rio de Janeiro Julho/Setembro. 2005

MATHELIN, Catherine. **O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999. 158p.

MOREIRA, Maria Elizabeth L. **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. 192p.

PADOVANI, Flávia Helena Pereira, LINHARES, Maria Beatriz Martins, CARVALHO, Ana Emília Vita, et al. **Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI - Neonatal**. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2004, vol. 26, no. 4, p. 251-254.

STERN, Daniel. **A constelação da maternidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 212p.

STERN, Daniel. **O mundo interpessoal do bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 275p.

SPITZ, René. **O primeiro ano de vida**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 345p.

VALANSI, Luciana; MORSCH, Denise Streit. **O psicólogo como facilitador da interação familiar no ambiente de cuidados intensivos neonatais**. Psicologia Ciência e Profissão, jun. 2004, vol.24, no. 2, p.112-119.

WANDERLEY, Daniele de Brito. **Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade**. 1ª ed. Salvador: Ágalma, 1999

WANDERLEY, Daniele de Brito. **Palavras em torno do berço**. 2ª ed. Salvador: Ágalma, 2003. 162p. 154p.

WINNICOTT, Donald W. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982. 268p.

WINNICOTT, Donald W. **Bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1988. 98p.

WINNICOTT, Donald W. **A criança e seu mundo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. 270p.