



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGPSI
CURSO DE DOUTORADO**

**Prematuridade e Hospitalização: possibilidades e
atravessamentos na constituição da relação mãe-bebê**

Aluna: Rafaella Botelho Cursino Portella

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Edilene Freire de Queiroz

RECIFE - PE

2019

RAFAELLA BOTELHO CURSINO PORTELLA

**Prematuridade e Hospitalização: possibilidades e
atravessamentos na constituição da relação mãe-bebê**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Edilene Freire de Queiroz.

RECIFE – PE

2019

Dedico esta escrita a minha Giovanna, com quem aprendi a ser mãe e a experimentar os sentimentos mais intensos. Lutamos juntas: você nas terapias, eu na sala de espera. A leveza e a alegria com que você batalha diariamente pela vida me encorajaram a não desistir e a seguir em frente. Conseguimos, filha! Agradeço a Deus por ter você na minha vida, minha pequena grande guerreira.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo e, em particular:

a Deus, pela presença em minha vida, proteção e encorajamento em persistir na escrita.

a minha mãe Rosália e ao meu pai Carlos, pela presença, cuidado, amor e incentivo que me dedicaram por toda vida. Obrigada por toda ajuda, por toda força e por me ensinarem a não desistir frente aos obstáculos!

a Filipe, meu amor, parceiro e amigo, minha gratidão pelo amor, incentivo e paciência. Obrigada por suportar minhas ausências e por dividir comigo a vida! Te amo!

a minha Giovanna, com quem aprendi a ser mãe e a experimentar os sentimentos mais intensos. Esta escrita é dedicada a você. Lutamos juntas: você nas terapias, eu na sala de espera. A leveza e a alegria com que você batalha diariamente pela vida me encorajaram a não desistir e a seguir em frente. Conseguimos, filha! Agradeço a Deus por ter você na minha vida, minha pequena grande guerreira.

aos meus irmãos, Rodrigo e Rodolfo, por me proporcionarem a vivência da força do sentimento fraterno. Aos meus sobrinhos – Heitor e Clara -, as minhas cunhadas - Alessandra e Catarina -, aos meus sogros – Ester, Fernando e Cristina -, gratidão por todo carinho e entusiasmo.

a mel, minha fiel companheira.

a Professora Edilene Queiroz, por toda sua competência, disponibilidade, paciência, acolhimento, participação e dedicação com que conduziu a orientação desse estudo. Minha gratidão eterna!

a todos professores e professoras do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco. Em especial, a Elizabete Siqueira e a Marisa Sampaio pela grande ajuda, disponibilidade e gentileza. Minha imensa gratidão a vocês!

a Marina, pela sua presença amiga de todas as horas. Muito obrigada pela parceria, paciência, contribuições, ombro amigo e incentivo de sempre. Você me ajudou imensamente nessa trajetória!

a Tathyane, pela generosidade, amizade e parceria. Tathy, sua biblioteca contribuiu profundamente na construção da minha escrita. Muito obrigada!

aos colegas da 6ª turma, pelas trocas e discussões frutíferas em sala de aula.

aos familiares e amigos que de longe dão força e, quando estamos perto, mostram como é bom ser querida.

as mães e aos bebês que participaram da pesquisa, obrigada pela disponibilidade e por contribuir com este estudo. Sem vocês, ele não seria possível.

RESUMO

Este estudo consiste em uma pesquisa que enfoca a temática da constituição da relação mãe-bebê pré-termo no contexto hospitalar. Diante das complexidades inerentes à maternidade, no nascimento de um bebê pré-termo entram em jogo outros dois fatores: a hospitalização e a prematuridade. Esse nascimento é caracterizado pela separação prematura entre o bebê e sua mãe. O filho não dispõe em si mesmo da capacidade de sobreviver e os cuidados maternos por si só não são suficientes para permiti-lo. Inserida no processo de constituição da relação entre mãe e filho, a amamentação torna-se outro fator desafiador, pois, diante de sua condição de imaturidade fisiológica, o recém-nascido pré-termo não pode se alimentar diretamente no seio materno ao nascer. O leite materno é considerado o melhor alimento para ele e, para ser alimentado precocemente, é preciso que a mãe o ordenhe. No entanto, estudos apontam dificuldades das mães na produção do leite, no processo da ordenha e na amamentação. Frente ao complexo cenário, a proposição desta pesquisa foi analisar como se constitui a relação entre mãe-bebê pré-termo, envolvendo a amamentação no contexto hospitalar. Na tentativa de responder à proposição, optamos pela Psicanálise e pelo método de observação da relação mãe-bebê de Esther Bick como os referenciais teórico-metodológicos. Foram observadas, ao longo de três meses, três mães e seus bebês no período de internamento hospitalar, no Recife-PE. Como resultados, percebemos que não só o bebê nasce antes do tempo. Refletimos que a mãe também é prematura e precisa de um tempo para elaborar a chegada de um filho que veio atravessado pelo inesperado e que, ao nascer, demandou cuidados específicos do hospital. A instituição hospitalar torna-se um elemento imprescindível para a sobrevivência do bebê. No entanto, esta pode representar tanto uma estrutura de proteção como se colocar como obstáculos entre mãe e filho. Em diversos momentos observados, a equipe se posicionou de modo imperativo e autoritário, com posturas baseadas no poder médico e institucional. Nesse posicionamento, o que prevalecia era a dimensão normativa da instituição. Essa posição potencializou o apagamento das singularidades maternas e de seus filhos, assim como ignorou o saber materno que se construiu na troca com o bebê. As mães observadas, apesar das contingências, conseguiram construir um saber sobre seus filhos e exercer, de modo particular, sua função. Obtiveram, também, sucesso no estabelecimento da amamentação ao longo do internamento hospitalar. Revelaram-nos que independentemente do modo como o leite foi ofertado o importante foi a qualidade da

relação prazerosa estabelecida nesse contexto. Esta pesquisa alerta, portanto, para a necessidade de reconhecer que no internamento hospitalar não se presta apenas cuidados ao bebê pré-termo em busca de sua sobrevivência, mas também se constitui uma relação particular entre mãe e filho, legitimada pelo saber materno no exercício de sua função. Nesse sentido, o reconhecimento desses aspectos, a postura ética, de acolhimento e de sustentação técnica e psíquica, descolada dos imperativos do dever e dos julgamentos morais, contribui para o processo de humanização do bebê e pode, inclusive, colaborar com as metas determinadas pelos protocolos hospitalares.

Palavras-chaves: prematuridade; hospitalização; relação mãe-bebê; função materna; amamentação; Método Bick.

ABSTRACT

This study consists of some research that focus on the constitution of the mother and preterm baby relationship while in a hospital environment. Facing the complexities which are natural to maternity, during the birth of a preterm baby, two factors are observed: hospitalization and prematurity. This birth is categorized by the early separation of baby and mother. The baby is not able to survive on their own and the maternal care given is not enough to allow this survival. Breastfeeding, as part of the process that constitutes the relation between baby and mother, becomes another challenging factor, since the physiological immaturity of the baby, as they are not able to breastfeed directly from the mother when they are born. Breast milk is considered the best food for them and, to be fed early, the mother needs to be milked. However, studies point out difficulties among mothers in the milk production, in the milking process and in breastfeeding. Facing this complex scenario, the purpose of this research was to analyze how the relationship between preterm mother-infant, involving breastfeeding in the hospital context, is constituted. In an attempt to respond to the proposition, we chose Psychoanalysis and the method of observation of the mother-baby relationship of Esther Bick as the theoretical-methodological references. Three mothers and their infants were observed during the three-month period of hospitalization in Recife-PE. As a result, we realize that not only is the new baby a premature one. We reflect that the mother is also premature and needs time to prepare for the arrival of a child who has been crossed by the unexpected and who, at birth, demanded specific hospital care. The hospital, as an institution, becomes an essential element for the survival of the baby. However, this may represent a protective structure, as well as an obstacle between mother and child. In several moments of the observations, the team positioned themselves in an imperative and authoritarian way, with actions based on the medical and institutional power. In this position, what prevailed was the normative dimension of the institution. These acts enhanced the erasure of maternal singularities and their children, as well as ignored the maternal knowledge that was built in the exchange with the baby. The observed mothers, despite their contingencies, were able to appropriate their children and exercise their role in particular. They also have been successful in establishing and maintaining breastfeeding. They revealed to us that regardless the ways the milk was offered, what really mattered was the quality of a pleasurable relationship established in that context.

This research therefore points out the need to recognize that in hospital admission, not only a special care is given to the preterm infant in search of their survival, but also a particular relationship between mother and child takes place, legitimized by maternal knowledge in the exercise of its function. In this sense, recognition of these aspects, ethical posture, reception and technical and psychic support, detached from the imperatives of duty and moral judgments, contribute to the process of humanizing the baby and can even collaborate with the goals determined by the hospital protocols.

Keywords: prematurity; hospitalization; mother-baby relationship; maternal function; breast-feeding; Bick method.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| Introdução | 12 |
| 1ª Parte: Marcando uma Posição Teórico-metodológica | |
| Capítulo 1: O Método Bick e a Observação da Relação Mãe-Bebê | 18 |
| Capítulo 2: Maternidade e Amamentação: Efeitos de Discursos? | 24 |
| Capítulo 3: Função Materna e seus Efeitos na Constituição Psíquica | 35 |
| Capítulo 4: Amamentação: da Necessidade à Humanização do Sujeito | 41 |
| 2ª Parte: Construindo Saberes | |
| Capítulo 5: Apresentando os Casos Observados | 47 |
| 5.1 Caracterizando o Campo de Investigação: Método Canguru..... | 47 |
| 5.2 Participantes..... | 50 |
| 5.3 Procedimentos de Análise..... | 52 |
| Capítulo 6: Caso 1 – Luana e Marcos | 54 |
| 6.1 “Botar pra fora, e não matar”..... | 54 |
| 6.2 “Como ele é pequenininho!”..... | 56 |
| 6.3 “Aqui quem cuida é a mãe!”..... | 60 |
| 6.4 “O que está acontecendo, Luana?”..... | 69 |
| Capítulo 7: Caso 2 - Andréa e Ruan | 73 |
| 7.1 “Fiquei mais feliz, porque era um menino”..... | 73 |
| 7.2 “Mamãe chegou, não precisa chorar”..... | 74 |
| 7.3 “Todo leite dele vai ser o seu!”..... | 77 |
| Capítulo 8: Caso 3 - Joana e Laís | 85 |
| 8.1 “Foi um susto muito grande”..... | 85 |
| 8.2 “Fico com medo de não saber como pegar”..... | 87 |
| 8.3 “Fiquei tão feliz que consegui acalmar”..... | 89 |
| 8.4 “Fiz tudo certinho como disseram”..... | 99 |

| | |
|---|------------|
| Capítulo 9: A Constituição da Relação Mãe-Bebê Pré-Termo no Contexto Hospitalar..... | 102 |
| 9.1 Tempo da Aproximação x Tempo da Convocação para os Cuidados Maternos..... | 105 |
| 9.2 Equipe: Posição de Conhecimento..... | 109 |
| 9.3 Equipe: Posição de Cuidado..... | 117 |
| 9.4 Bebês: Interlocutores Maternos..... | 120 |
| 9.5 Presença Paterna junto à Mulher e ao Filho..... | 122 |
| | |
| Capítulo 10: Ato de Alimentar, Amamentação e Ganho de Peso..... | 124 |
| 10.1 Os Primeiros Encontros entre Mãe e Filho Envolvidos pela Alimentação..... | 125 |
| 10.2 “Ele quer Mamar!”..... | 128 |
| 10.3 Ato de Ordenhar e a Articulação dos Registros Pulsionais..... | 129 |
| 10.4 “Ele está aqui só para Ganhar Peso!”..... | 133 |
| 10.5 Finalmente, a Amamentação..... | 137 |
| 10.6 A Presença da Observadora como Processo Facilitador..... | 139 |
| | |
| Palavras para concluir..... | 144 |
| Referências..... | 149 |
| Anexo: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética | 155 |
| Apêndice 01: Carta de Anuência..... | 158 |
| Apêndice 02: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 159 |

INTRODUÇÃO

Este estudo consiste em uma pesquisa que enfoca a temática da constituição da relação mãe-bebê no contexto da prematuridade¹ e do internamento hospitalar. Ser mãe não é efeito do que se aprende racionalmente nem é garantido pelas condições naturais do instinto materno. É, por sua vez, uma criação singular que implica subjetivamente cada mulher a partir das próprias experiências vividas enquanto filha, mulher e agora mãe. Nesse sentido, no contexto da maternidade, a constituição da relação entre mãe e filho implica a vivência de uma experiência que convoca o saber inconsciente, transmitido entre gerações (Szejer e Stewart, 1997).

Diante das complexidades inerentes à maternidade e à constituição da relação, no nascimento de um bebê pré-termo entram em jogo outros fatores, como, por exemplo, as especificidades da hospitalização e a sua vulnerabilidade, que demandará cuidados especializados dos profissionais nas Unidades Neonatais dos hospitais.

Inserida no contexto de constituição da relação entre mãe e filho, a amamentação do recém-nascido pré-termo torna-se outro fator desafiador, pois, diante de sua condição de imaturidade fisiológica, este não pode se alimentar diretamente no seio materno ao nascer. Diferentemente de um bebê que nasce a termo e que pode mamar logo após o nascimento, o bebê prematuro precisará percorrer uma trajetória alimentar até conseguir adquirir maturidade orgânica e estabilidade de peso. Inicialmente, alimenta-se via sonda ou copo e, aos poucos, trabalhará o reflexo de sucção, até que possa ser liberado a iniciar o processo da amamentação.

Nesse contexto, a mãe também se confronta com um caminho que precisará percorrer, junto ao filho, antes de ser autorizada pela equipe para amamentá-lo. Para que o recém-nascido tenha acesso precocemente aos benefícios do leite materno, os documentos oficiais², em consonância com o que é preconizado pelas organizações oficiais³, orientam que a mãe ordenhe o próprio leite nos momentos da dieta e pratique os protocolos hospitalares definidos para o cuidado com os recém-nascidos pré-termos.

¹ O parto prematuro é aquele que ocorre antes do fim do desenvolvimento fetal. É considerado bebê pré-termo e de baixo peso aquele que nasce com menos de 37 semanas de gestação e pesa menos de 2.500 g (Amadeu & Hartman, 2005).

² Dentre eles, destacamos: Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru - Manual técnico (2017).

³ Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Ministério da Saúde e Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF).

A ordenha é uma prática bastante estimulada no contexto hospitalar, já que o leite materno é considerado o melhor alimento para o recém-nascido pré-termo. No entanto, a partir da experiência profissional da pesquisadora, autora desta tese, numa Unidade Neonatal evidenciamos, cotidianamente, dificuldades das mães na produção do leite, no processo da ordenha, no início da amamentação e em sua manutenção ao longo do período de internamento hospitalar. Percebemos uma tensão existente entre a importância do leite materno para os bebês pré-termos e as dificuldades das mães ligadas à produção de seu leite. Frente à tensão percebida e ao complexo contexto que atravessa a constituição da relação entre a mãe e seu bebê e a amamentação, questionamos como se constitui a relação entre mãe e filho pré-termo, envolvendo o processo da amamentação, no contexto hospitalar.

A relevância deste estudo se dá diante do expressivo número de nascimento de bebês prematuros. Anualmente, nascem, em média, vinte milhões de bebês pré-termos e de baixo peso no mundo. Destes, um terço morre antes de completar um ano de vida. No Brasil, a primeira causa de mortalidade infantil são as afecções perinatais⁴. Devido ao alto índice de nascimento e de mortalidade, o atendimento ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso tem sido foco prioritário do Ministério da Saúde (Brasil, 2013).

Um conjunto de recomendações⁵ para o trabalho com bebês prematuros tem sido produzido pelo Ministério da Saúde. O objetivo dessas recomendações é aumentar o padrão de atendimento à população, não só do ponto de vista técnico, mas também do ponto de vista da atenção humanizada que parte do princípio da integralidade do cuidado obstétrico e neonatal, desde a rede de atenção básica aos hospitais de referência (Brasil, 2013).

Um dos focos prioritários dessas recomendações tem sido a valorização da prática da amamentação para aumento de peso e melhora clínica, em virtude dos benefícios nutricionais, fisiológicos, econômicos e emocionais à saúde da criança e de sua mãe. Sabe-se, hoje, da importância do leite humano, especialmente para os bebês pré-termos, sendo estes capazes de responder positivamente. E, ainda, que o leite produzido pela própria mãe apresenta composição diferenciada no que diz respeito ao aporte proteico-energético e de constituintes imunológicos, sendo o mais apropriado para as necessidades do seu bebê. Pelo fato de o leite materno se adequar às

⁴ Dentre as afecções perinatais, encontram-se distúrbios metabólicos, dificuldades alimentares, de regulação da temperatura corporal, problemas respiratórios e infecções.

⁵ Normas, protocolos, capacitações, campanhas, guias, entre outros.

peculiaridades fisiológicas do metabolismo da criança e oferecer os fatores de proteção diante da exposição a um ambiente patogênico, as Unidades Neonatais têm utilizado quase que exclusivamente o leite humano. Pelo seu poder imunológico, é comum a comparação do leite materno a uma vacina, ou a uma medicação que poderá contribuir para a melhora clínica do bebê (De Oliveira, 2011; Vannuchi, 2004).

Em busca de uma melhor assistência ao bebê pré-termo, o Ministério da Saúde lançou, em 2000, por meio da Portaria nº 693, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru, recomendando sua inserção em todas as maternidades de alto risco do Brasil. A norma aborda, em especial, os aspectos psicológicos que atravessam as relações entre mãe-bebê-pai, a segurança técnica da atuação profissional e as condições hospitalares adequadas. Esse modelo de assistência promove a aproximação entre pais e filho e o contato pele a pele com o bebê, de forma gradual; estimula, logo que possível, o reflexo de sucção ao peito, fundamental para o estabelecimento da amamentação; e garante o acesso aos cuidados especializados necessários (Brasil, 2017).

O aleitamento materno, nessa perspectiva, é iniciado antes mesmo de que o bebê tenha condições de mamar diretamente no peito, por meio da retirada do leite, a ordenha, e do oferecimento ao filho por sondas ou copo. O progresso e a manutenção da amamentação podem ser favorecidos por condições que facilitem à mãe permanecer junto ao seu bebê, que inicie o contato pele a pele precocemente, que possa realizar a ordenha de seu leite perto do filho e que tenha a possibilidade de ela mesma alimentá-lo (Brasil, 2017).

Estudos realizados em serviços que possuem o Método Canguru como assistência à mãe e ao bebê evidenciaram que, nesses espaços, as mães apresentam um maior volume diário de produção de leite, maior duração da amamentação e prevalência da amamentação exclusiva, quando comparadas com grupos de mães e bebês que não estavam sendo assistidos pelo método (De Oliveira, 2011; Lima, 2000).

Apesar disso, os índices de aleitamento materno exclusivo entre bebês prematuros mostram-se críticos⁶. A pesquisa realizada por Menezes (2014) com bebês pré-termos acompanhados pelo Método Canguru, numa maternidade do Nordeste

⁶ As recomendações do Ministério da Saúde enfatizam a importância da amamentação exclusiva até os seis meses de vida da criança. A partir de então a amamentação deve ser complementada com outros alimentos e mantida até pelo menos dois anos de idade. No entanto, em se tratando do aleitamento materno no Brasil, sua prevalência é de 342 dias e, considerando-se o aleitamento materno exclusivo, é de 54 dias, resultados aquém do que é preconizado (Brasil, 2009b).

brasileiro, trouxe dados sobre a frequência de aleitamento materno exclusivo encontrada por ocasião da alta hospitalar (56,2%) e aos seis meses de vida (14,4%). Destacou, ainda, a tamanha diferença do uso exclusivo de fórmula neste mesmo tempo: na alta hospitalar (5,1%) e aos seis meses (59,2%). Já o aleitamento materno misto (leite materno e outros tipos de leite) não apresentou tanta variabilidade. Na alta hospitalar, seu percentual foi de 38,7% e, aos seis meses, 26,3%. Diante desses dados, percebemos que, no momento da alta hospitalar, 43,8% das mães não estavam realizando aleitamento materno exclusivo. E, ainda, que, aos seis meses de vida, 85,6% das mães não ofereciam exclusivamente o leite materno ao filho, números bastante expressivos.

Estudos apontam alguns fatores que dificultam as mães a iniciarem e, sobretudo, a manterem a amamentação, justificando os dados acima apresentados. Os principais motivos realçados pelas mães estão relacionados à separação entre elas e filho no hospital, a rotina hospitalar, o peso e a idade gestacional do bebê ao nascer, o tempo em que permanece internado nas Unidades Neonatais, assim como a impossibilidade inicial de amamentar. Observaram, ainda, que a maturidade do bebê numa idade gestacional mais próxima das 37 semanas e com um peso próximo a 2.500 g favorece a antecipação do início da amamentação em relação aos bebês pré-termos com peso e idade gestacional inferior (Hallbauer, 2002; Menezes, 2014; Monteiro et al., 2018; Oliveira, 2018; Pereira, Abrão, Ohara & Ribeiro, 2015; Vannuchi, 2004; Venancio & Almeida, 2004).

No que diz respeito à ordenha, é recomendável que a mãe ordenhe pelo menos cinco vezes ao dia. Hallbauer (2002) apontou em seu estudo que, enquanto o bebê estava na Unidade Neonatal, 70% das mães ordenharam seu leite, mas apenas 38% realizaram mais de uma vez ao dia. As principais razões dadas para não ordenhar foram a falta de produção de leite, o desconhecimento sobre a forma de ordenhar ou a incompreensão sobre a importância dessa prática.

Oliveira (2018) também apontou em sua pesquisa que a menor frequência de estímulo para ordenha materna e o maior tempo de internação hospitalar do bebê pré-termo estão associados à redução do aleitamento materno exclusivo na alta. Segundo a autora, cada semana adicional de internamento pode reduzir em 10% a chance de aleitamento materno exclusivo na alta.

As pesquisas aqui citadas chegam a conclusões semelhantes. Sugerem necessárias intervenções para estimular a prática da ordenha e da amamentação por

mães de bebês pré-termos, bem como aprofundar a compreensão sobre os motivos que dificultam as mesmas no estabelecimento e na manutenção dessas práticas.

Observamos que o realce preponderante das recomendações oficiais sobre o leite materno se dá a respeito dos seus benefícios nutricionais e imunológicos. Deixam de lado, por sua vez, em grande parte, os aspectos intersubjetivos e inconscientes da relação entre mãe e filho e da dinâmica familiar, que estão para além da função puramente alimentar e da prevenção de doenças orgânicas. Tais recomendações costumam apontar o favorecimento do processo de interação entre mãe e filho proporcionado pela amamentação, mas focam quase que exclusivamente nos benefícios nutricionais do uso e nos malefícios da ausência do leite materno. Sobre isso, Queiroz (2005, p. 13) também se pronunciou:

O discurso científico sobre as benfeitorias acentua quase que exclusivamente as qualidades nutritivas e imunológicas do leite materno. Deve-se amamentar porque esse leite é mais eficaz para evitar as doenças, tem menos inconvenientes, menos perigos, além de ser uma forma de alimentação mais barata e mais prática.

Esta questão pode, também, ser ilustrada pela pesquisa realizada por Sampaio (2013) no que se refere às práticas de profissionais da Unidade Básica de Saúde no acompanhamento da mãe e do bebê nos períodos pré e pós-natal. Em relação ao processo da amamentação, a autora destacou a primazia da comunicação informativa e da observação de sinais orgânicos no corpo da mulher e do bebê ligados a essa prática.

Como uma das recomendações finais de seu estudo, Sampaio (2013) ressaltou a importância da valorização da dimensão psíquica na formação dos profissionais. O conhecimento sobre os aspectos afetivos envolvidos no ciclo gravídico-puerperal, a construção da maternidade e a relação de intimidade entre mãe e filho podem auxiliar a equipe na reflexão quanto às condições psíquicas maternas envolvidas no cuidar e no acolhimento acerca da pluralidade dos significados presentes na relação alimentar entre mãe-bebê.

Ressaltamos que no Manual Técnico do Método Canguru (Brasil, 2017) e nos treinamentos ofertados aos profissionais desse modelo de assistência há destaque aos aspectos subjetivos que atravessam a constituição da relação entre mãe e filho. No entanto, na prática da pesquisadora, enquanto profissional inserida na Unidade Neonatal, percebemos que o que prevalecia era o olhar dirigido às questões orgânicas e

nutricionais, deixando em segundo plano os elementos subjetivos envolvidos na relação mãe-bebê e na amamentação.

Diante da tensão existente entre as recomendações oficiais a respeito dos benefícios do leite materno ao bebê pré-termo e o exercício da amamentação no período de internamento hospitalar, a presente pesquisa se justifica na tentativa de compreender os supostos furos existentes que não dão conta da manutenção dessa prática. No entanto, gostaríamos de marcar, de partida, nossa posição de que a amamentação está inserida num processo mais amplo de constituição da relação entre mãe e filho. Não há como compreender a amamentação sem situá-la no processo de constituição da relação entre os atores envolvidos.

Partindo deste entendimento, a proposição desta pesquisa foi analisar como se constitui a relação entre mãe-bebê pré-termo, envolvendo a amamentação, no contexto hospitalar. Na tentativa de responder à proposição, optamos por uma pesquisa de natureza clínico-qualitativa, tendo a Psicanálise e o Método de observação da relação mãe-bebê de Esther Bick como os referenciais teórico-metodológicos.

Para uma leitura mais fluida do estudo ora apresentado, dividimos o texto em duas partes. Na primeira serão abordadas as bases de sustentação teórico-metodológicas da pesquisa, o percurso histórico dos conceitos de maternidade e amamentação, a função materna e seus efeitos na constituição psíquica do bebê e, por fim, a amamentação sob o ponto de vista psicanalítico. Na segunda parte, caracterizaremos o campo de observação, apresentaremos os casos observados em forma de relatos e, por fim, as análises possibilitadas por eles articulando teoricamente.

CAPÍTULO 1

O MÉTODO BICK E A OBSERVAÇÃO DA RELAÇÃO MÃE-BEBÊ

Este capítulo tem como finalidade situar o leitor a respeito do lugar epistemológico de onde partimos para a construção desta pesquisa. Optamos por uma pesquisa de natureza clínico-qualitativa, tomando a Psicanálise como referência e sustentação para a interpretação dos dados. Escolhemos o método de observação da relação mãe-bebê, de Esther Bick, pela sua inspiração psicanalítica e por ser um método pertinente para identificar sutilezas no campo intersubjetivo entre mãe e filho.

Na produção do conhecimento científico não lidamos com um conceito único de ciência, mas com paradigmas de pensamento renovados e uma diversidade de métodos. Esses métodos estão ligados a linhas teóricas diversas, com pressupostos e técnicas submetidos a uma organização peculiar (Minayo, 2007).

Parte das pesquisas no âmbito da saúde e das ciências humanas utiliza uma abordagem epistemológica aproximada ao campo qualitativo. A qualidade associada a esse tipo de pesquisa remete ao rigor consciente na busca por coerência e consistência de suas construções, bem como ao dinamismo inconsciente presente no campo, articulando um diálogo intrapsíquico e intersubjetivo nas práticas e interações, desvelando facetas singulares do objeto de pesquisa (Minayo, 2007).

A metodologia clínico-qualitativa (Turato, 2008) tem sido considerada um refinamento dos clássicos métodos qualitativos das ciências humanas na medida em que articula métodos clínicos e teorias epistemológicas elaboradas para a pesquisa nas áreas sociais. Essa metodologia está ancorada em três pilares: atitude existencialista, clínica e psicanalítica.

A primeira atitude diz respeito à valorização dos elementos subjetivos presentes no sujeito a ser estudado. A atitude clínica, por sua vez, refere-se ao acolhimento dos sofrimentos emocionais vivenciados pela pessoa, por meio da escuta e do olhar do pesquisador, movido pelo desejo de ajudar. E, por fim, a atitude psicanalítica que se refere ao uso das concepções vindas da dinâmica do inconsciente do sujeito, para a construção, aplicação de instrumentos auxiliares e discussão dos resultados (Turato, 2008).

A metodologia clínico-qualitativa (Turato, 2008) é, hoje, considerada um recurso importante a ser utilizado na psicologia da saúde e humanas, em busca de dar

interpretações a sentidos e significações trazidos pelos sujeitos sobre múltiplos fenômenos experienciados. Portanto, a acolhida dos elementos subjetivos do ser humano por meio da escuta e do olhar desejoso do pesquisador, e a valorização dos aspectos emocionais psicodinâmicos mobilizados na relação com os sujeitos em estudos são pontos de sustentação da presente pesquisa.

Em consonância à abordagem clínico-qualitativa, a psicanálise se revela como referencial teórico-metodológico possível e adequado à investigação de temas que envolvem sentido e subjetividade. Na construção epistemológica da psicanálise enquanto ciência, a observação se tornou um eixo norteador da investigação dos fenômenos no campo transferencial. No artigo “*A pulsão e suas vicissitudes*”, Freud (1996a) ressaltou que o verdadeiro início da atividade científica consiste, antes, na descrição dos fenômenos e, apenas depois de uma investigação mais completa do campo de observação, seríamos capazes de formular seus conceitos científicos básicos.

No contexto da pesquisa em psicanálise, escolhemos o Método de Observação da relação mãe-bebê, desenvolvido pela psicanalista Esther Bick, comumente chamado Método Bick. Desenvolvido, em 1948, na Clínica Tavistock, em Londres, o método foi instituído como parte estabelecida da formação em psicoterapia de bebês e de crianças. Segundo Bick (1964), a experiência com o método possibilitaria ao estudante observar o desenvolvimento de um bebê desde o nascimento até meados de dois anos em seu ambiente familiar⁷, acompanhando como se originam e desenvolvem as relações entre o bebê, a mãe e os demais cuidadores.

Apesar de o método ter se constituído como auxiliar no ensino da psicanálise e na preparação de psicoterapeutas infantis, tem sido creditado a ele o potencial enquanto um instrumento, também, de pesquisa. Segundo Oliveira-Menegotto, Menezes, Caron e Lopes (2006), são recentes as tentativas de promover um diálogo com a pesquisa científica e essa interlocução tem sido impulsionada diante da possibilidade de aplicação clínica e de seu potencial como fonte de conhecimento teórico e geração de novas hipóteses.

O uso do Bick como ferramenta de pesquisa surgiu cerca de 50 anos depois de seu papel na formação. Apesar de serem apontadas diversas aplicações nos âmbitos da

⁷ Vários momentos são importantes observar: banho, higiene, alimentação, sono, brincadeiras, a maneira como o bebê é tranquilizado em situações de desconforto e choro, o modo como o bebê interage com a mãe e os demais membros da família, entre outros.

saúde, educação e social, é consenso que ele ainda pode se expandir no meio acadêmico brasileiro (Oliveira-Menegotto, Menezes, Caron & Lopes, 2006).

Este método tem sido utilizado, nas pesquisas, tanto em seu formato original, como também de modo adaptado. Tal adaptação pode ocorrer na frequência e no tempo de duração da observação, no *setting* onde se observa (ex.: hospitais, creches, abrigos, entre outros), assim como na sua aplicação em conjunto com outras técnicas de investigação. O método é aberto e não organizado em protocolos ou convenções. Para utilizá-lo, seja para fins didáticos ou de pesquisa, é imprescindível respeitar os três tempos preconizados: a observação, a anotação e a supervisão (Oliveira-Menegotto, Menezes, Caron & Lopes, 2006).

No que se refere ao primeiro tempo, o da observação, o observador se dirige à casa do bebê ou ao local a ser observado com tempo de duração e dias combinados. O intuito é observar, sistematicamente, o desenrolar das relações mãe-bebê-família em seu ambiente natural. Em seu formato original, as visitas ocorrem semanalmente, com média de duração de uma hora, no ambiente familiar e no período de dois anos de vida do bebê (Bick, 1964).

Na experiência da observação, Bick (1964) realça o lugar do observador, sua função de observar e de não intervir. É importante que o mesmo se insira no seio familiar e experimente o impacto emocional das relações estabelecidas, mas não se comprometa numa posição de dar conselhos, de mostrar aprovação ou desaprovação diante do que observa. Para isso, posiciona-se no fundo da cena, sem mostrar grande entusiasmo nem chamar atenção para si, causando menor distorção possível do espaço.

A atitude do observador deve ser de espera, partindo de um não saber prévio, despindo-se de hábitos terapêuticos, de teorizações e de interpretações. Sua função é de observar e de acompanhar as mães no cuidado com seu bebê, percebendo a singularidade de cada relação e o modo como buscam suas próprias soluções.

O ato de observar livremente nos remete ao conceito de atenção flutuante descrito na técnica psicanalítica. Freud recomendava que o analista deve escutar o analisando sem privilegiar *a priori* qualquer elemento do seu discurso, “o que implica que deixe funcionar o mais livremente possível a sua própria atividade inconsciente e suspenda as motivações que dirigem habitualmente a atenção” (Laplanche & Pontalis, 2001, p. 40).

Bick (1964) também orientava que o observador deveria observar livremente e sem tomar nota durante a visita, pois poderia haver interferências da anotação na

atenção. Dessa forma, o ato de observar livremente, considerando a atenção flutuante e não focalizada, permite que o observador esteja mais aberto para experimentar o impacto emocional e, assim, ter maiores condições de perceber as demandas emocionais da mãe e do bebê.

O fenômeno transferencial é outro conceito psicanalítico que merece destaque na proposta do método Bick. Entende-se por transferência a repetição e a reatualização de protótipos de relacionamentos infantis vividos com um sentimento de atualidade, não somente no *setting* terapêutico, mas em todas as relações. É a relação do sujeito com as figuras parentais que é revivida (Laplanche & Pontalis, 2001).

Em se tratando do observador, deixar-se impregnar pelo clima emocional das relações facilita a projeção do bebê e de seus cuidadores. Esta postura potencializa a constituição da relação transferencial, uma vez que promove a repetição e atualização, na pessoa do observador, de padrões de relações infantis.

Mãe e filho endereçam ao observador, testemunha dessa relação, mensagens verbais ou não verbais, emoções, sofrimentos, desejos e medos. Na medida em que mantém sua presença contínua, receptiva e não intrusiva, o observador poderá exercer uma posição continente, importante para mãe e bebê. Ao conter e identificar as emoções a ele dirigidas sem interpretar, o observador proporcionará à mãe observar e refletir sobre a própria relação. Sua presença dá abrigo e morada aos conteúdos psíquicos presentes na experiência e contribui para a compreensão da particularidade de cada pessoa e relação observada (Stoiani, 2007).

Para que se torne possível a posição continente e de receptáculo de projeções, é imprescindível que o observador crie uma atmosfera de sustentação da relação do bebê com seus cuidadores. Para tal, paciência, tolerância, espera, atenção e discrição diante do desconhecido são atitudes importantes ao observador. Assim como suportar o não saber diante dessas mensagens recebidas e ainda não compreendidas (Stoiani, 2007).

Nesse sentido, não podemos falar em neutralidade do observador. Este se inclui na cena observada e realiza uma efetiva participação não verbalizada, mas vivenciada. O observador precisa aprender a sentir, a observar e a ser cauteloso, pois, por meio de observações consecutivas no *setting*, será possível experimentar impactos da relação mãe-bebê, apreciar padrões que se repetem ou variam no modo como as mães cuidam dos filhos e como cada um deles se constitui em seu próprio ritmo. Ao observar cuidadosamente por um longo período, o observador tem a oportunidade de apreciar não

só os padrões das relações, mas também as mudanças que se operam entre os membros da família (Bick, 1964).

A presença do observador de modo empático e continente faz com que o método tenha um efeito terapêutico. Tal postura proporciona resgatar a mãe de seu desamparo, respeitando as defesas constituídas por ela. Dessa maneira, a mãe se sente apoiada e autorizada a constituir-se como mãe a partir da relação com o seu bebê (Oliveira-Menegotto, Lopes & Caron, 2010).

O campo observacional pode ser considerado, portanto, um espaço reflexivo para as mães, auxiliando-as na elaboração de sua relação com o bebê. Nesse espaço, Bick (1964) realçou a satisfação das mães ao serem observadas regularmente pela mesma pessoa, pois, nesse momento, poderiam falar sobre o seu filho, seu desenvolvimento e seus próprios sentimentos.

O segundo tempo do método é o da anotação. Esse momento acontece logo após a visita, sobre a qual o observador registrará por escrito, detalhadamente, tudo o que recordar, o que lhe causou impressões e os afetos experimentados.

O terceiro e último tempo é o da supervisão. Esse espaço ocorre semanalmente com um grupo de observação e com um psicanalista experiente que o coordena. Este é considerado o momento de reflexão e de elaboração, pois, ao falar sobre a experiência de observação, o observador poderá reconhecer, compreender e conter os fenômenos transferenciais em jogo, dando sentido às vivências e articulando-as teoricamente (Oliveira-Menegotto, Caron & Lopes, 2006).

O grupo de supervisão tem a função de ajudar o observador a colocar em palavras as comunicações primitivas entre o bebê e sua mãe com as quais ele foi contaminado. Na medida em que isso é possível e analisado, surgem novos sentidos e possibilidades de interpretação. Dessa forma, o grupo assume uma posição de continente com o observador, ao conter o impacto vivido por ele na relação com a díade. É esse amparo que possibilitará o trabalho de elaboração psíquica a partir dos impactos emocionais relatados pelo observador (Oliveira-Menegotto, Caron & Lopes, 2006).

No contexto de pesquisa, o Bick instrumentaliza o pesquisador, considerado instrumento principal de coleta e de registro de dados em campo. A postura do observador, a regularidade das observações, a constância do *setting*, a sistematicidade da escrita, a supervisão e a articulação teórica com o que se refletiu nos grupos de

supervisão favorecem o diálogo entre o método e a pesquisa (Oliveira-Menegotto, Caron & Lopes, 2006).

Segundo Oliveira-Menegotto, Caron e Lopes (2006), podemos considerar como estudos de casos as situações de observação dos bebês pelo método Bick. No entanto, não são passíveis de generalizações dos resultados. Se, por um lado, o estudo de poucos casos impede o tratamento estatístico, por outro permite o aprofundamento qualitativo de cada caso, na medida em que possibilita a descrição de condutas diretamente observáveis em detalhes.

Os estudos de caso realçam a particularidade, o modo de funcionamento dos sujeitos observados, os mecanismos inconscientes envolvidos, assim como o olhar atento ao que se repete em cada caso. Eles não devem ser utilizados para construir categorias novas e ilustrar a teoria, apagando sua expressão particular e buscando generalizações. O caso tem por função “problematizar generalização necessária à teoria, explodindo a imaginarização de universalidade da teoria sempre avessa à presença do singular surpreendente implicado no inconsciente” (Vorcaro, 2010, p. 17).

Esse ponto de vista implica a posição de não saber e considera a solução de cada um como uma amarração única, não universalizável, não presumível e que excede qualquer arcabouço teórico (Santos & Vorcaro, 2016).

CAPÍTULO 2

MATERNIDADE E AMAMENTAÇÃO: EFEITOS DE DISCURSOS?

A amamentação tem se revelado uma importante prática que favorece a constituição da relação mãe-bebê, bem como auxilia a nutrição da criança. Estima-se, no entanto, que o lugar atribuído à maternidade e à amamentação na contemporaneidade resulta de um processo de construções sociais, históricas e culturais, atravessadas por discursos científicos, econômicos, políticos, entre outros. Partindo desse entendimento, abordaremos, a seguir, alguns recortes históricos que influenciaram a construção atual do lugar da mulher/mãe, do homem/pai, do filho e, conseqüentemente, da amamentação.

A maneira androcêntrica de identificar a humanidade e de fazer das mulheres, bem como das crianças, seres inferiores, é bastante antiga e remonta à cultura grega. Cidadã de segunda classe na visão aristotélica, a mulher sempre foi considerada um ser na dependência de um homem, sendo este dotado de autoridade sobre a esposa e poder paterno. No mundo grego, eram excluídas do âmbito do conhecimento e do pensamento, tão valorizados para esta civilização. Já na sociedade romana, a inferioridade feminina era legitimada pelo seu código legal, através da instituição jurídica do *pater familias*, que oferecia ao homem o poder sobre a mulher, os filhos, os servos e os escravos (Colling, 2004).

O patriarcado foi um modo predominante de relacionamentos em diversas sociedades do mundo, nas quais a política sexual determinava o fato de que os homens eram os que estabeleciam as regras de poder e de controle social. É importante entender que não se trata, necessariamente, do domínio do homem enquanto pai, mas, de modo geral, do domínio dos homens, domínio esse que assumiu diferentes formas ao longo da história (Narvaz, 2007).

Esse projeto de poder/dominação ganhou uma expressão mais transparente a partir do século XVI, apoiado pelo Estado e implícito nos dizeres de filósofos. Tomamos como exemplo o filósofo René Descartes e sua expressão “O homem é o mestre e a obra da natureza”, nos questionando, dessa forma, o que seria, então, a mulher? Descartes ao utilizar esta expressão relega a mulher ao lugar da ilegitimidade, da inexistência (Narvaz, 2007).

A partir do início do século XVII, algumas transformações relacionadas ao desenvolvimento econômico e político do capitalismo e à modernização indicaram a

emergência de novos sentidos de família, associados à valorização da infância. Esse novo sentimento familiar encontrava-se vinculado ao movimento religioso/moralizador, à modificação da condição de transmissão de bens e às mudanças relacionadas aos hábitos educacionais, passando-se da aprendizagem cotidiana exercida no ambiente doméstico à escolarização da infância.

Essas mudanças se deram de forma lenta e com muita resistência. Não obstante, ao longo dos anos, modificou-se radicalmente, ainda que, na prática, os comportamentos tardassem a se alterar. Somente no último terço do século XVIII, operou-se uma espécie de revolução das mentalidades. O foco ideológico deslocou-se, progressivamente, da autoridade paterna ao amor materno, pois a nova ordem econômica que passou a vigorar, com a ascensão da burguesia enquanto classe social impunha, como um dos imperativos, a sobrevivência das crianças (Badinter, 1985).

Considerada refúgio e proteção, a família “moderna”, cujo modelo se impôs entre o final do século XVIII e meados do século XX, tornou-se o receptáculo de uma lógica afetiva estabelecida através de uma intimidade, conquistada e refletida nas relações de afeto entre seus membros (Roudinesco, 2003).

O poder patriarcal, no âmbito doméstico, passou a declinar nesse período. O domínio direto do homem sobre a família, considerado intenso quando ele era o centro do sistema de produção, enfraqueceu com a distinção entre o lar e local de trabalho. A imagem do pai dominador cedeu lugar, progressivamente, à representação de uma paternidade ética, em que o pai passou a ser justo, submetido à lei e respeitoso dos novos direitos adquiridos (Roudinesco, 2003).

Após 1760, inúmeras publicações passaram a exaltar o “amor materno” como um valor concomitantemente natural e social, favorável à espécie e à sociedade, recomendando às mães cuidar, pessoalmente, dos filhos e lhes ordenando amamentá-los. Antes desse tempo, a maternidade não era uma atividade valorizada pela sociedade e não tinha o seu lugar de destaque. Da mesma maneira, o envio dos bebês à casa de amas de leite era comum e estendia-se por todas as camadas da sociedade urbana. Nesse sentido, era natural e legitimada a prática da não amamentação por parte das mães (Badinter, 1985).

É necessário destacar que, em defesa da criança, dois diferentes discursos confluíram para modificar a atitude da mulher perante os filhos. O primeiro refere-se ao discurso econômico, apoiado em estudos demográficos que expressaram a importância do aumento populacional para um país e alertando quanto aos perigos e prejuízos

decorrentes de um suposto declínio populacional. O segundo discurso encontra-se relacionado a uma nova filosofia - o liberalismo -, considerada um conjunto de princípios e teorias políticas, que tem como principal aspecto a defesa da liberdade política e econômica, sendo, portanto, contrário ao forte controle do Estado na economia e na vida das pessoas. Dessa forma, a lógica da ordem social, juntamente com a mentalidade burguesa, considerava os filhos como reservas para o futuro (Moura & Araújo, 2004).

Enunciados filosóficos, médicos, religiosos e educacionais produziram discursos coniventes com a lógica do momento, reforçando a necessidade de a mulher ocupar-se dos filhos e do lar. A mulher enquanto potência materna passou a ser elevada à categoria de rainha, de deusa, responsável pela nação, digna de respeito e gratidão por toda a sociedade. Nesse sentido, o poder normativo propalou inúmeros discursos sobre a mulher e neles concedeu identidade, conferiu-lhe sua posição e suas atribuições sociais (Badinter, 1985).

É importante salientar, dentre esses discursos, o médico (representante da ciência), evidenciando a vocação “natural” da mulher à maternidade. Ele compunha discursos sobre a anatomia feminina para comprovar uma tendência da mulher a tornar-se mãe. Tentaram confirmar, cientificamente, a natureza da maternidade a partir da ideia de que a essência se define por funções orgânicas específicas (Badinter, 1985).

Sendo o corpo o primeiro lugar de inscrição, a sociedade passou a encarar a mulher a partir desse e de suas produções, confinando-a à reprodução e à afetividade. A natureza (menstruação, bacia alongada, gravidez, parto, etc.) destinava as mulheres ao silêncio e à obscuridade, impossibilitando-as de outras formas de criação. Esse corpo feminino tinha como função a fecundidade e, na vida das crianças, produzir e garantir, por meio de uma responsabilidade biológico-moral que durava todo o período da educação (Foucault, 1988).

Afastar-se das funções maternas e da condição de esposas exemplares acarretaria uma enorme culpa para as mulheres, além de um novo sentimento, o da “anormalidade”, contrariando a natureza. Essa resistência seria explicada, apenas, como desvio ou patologia: mulher má e psicologicamente doente. Apontam-se, então, que todos esses discursos, expressos na sua capacidade de produzir e sustentar formas de dominação, tiveram um efeito decisivo sobre elas nos modos de serem mulheres e mães (Colling, 2004).

Nota-se que, a partir do século XVIII e principalmente no século XIX, desenhou-se uma nova imagem da maternidade, segundo a qual o bebê e a criança transformaram-se nos objetos privilegiados da atenção materna. Nesse período, a medicina e a higiene passaram a guiar e organizar a lactância. Ao médico, coube o papel de personagem central na amamentação. “O papel do médico [...] e o da mãe são e devem permanecer separados. Um prepara, facilita o outro, se complementa. O médico prescreve, a mãe executa, mas o faz bem ou mal de acordo ao que tenha entendido” (Levin, 2005, p. 90).

A devoção e a presença vigilante da mãe surgem como valores essenciais, sem os quais os cuidados necessários à preservação da criança não poderiam mais se dar. A ampliação das responsabilidades maternas fez-se acompanhar, portanto, de uma crescente valorização da mulher-mãe, a “rainha do lar”, dotada de poder e respeitabilidade, desde que não transcendesse o domínio doméstico (Moura & Araújo, 2004).

Entre os discursos científicos, a Psicanálise também teve um papel de importante influência na concepção de uma ideia de importância relacionada à maternidade. A novidade trazida por esse discurso é a de que a maternagem gera profunda satisfação e prazer à mãe nos cuidados com seu filho e que seu exercício não está atrelado a uma atividade mecânica nem instintual. Nesse sentido, a Psicanálise atribuiu uma significação psicológica ao papel materno:

Freud (1932), ao definir a maternidade como o caminho mais viável para se lidar com a castração feminina, e Winnicott, ao descrever os atributos maternos como condição para um desenvolvimento satisfatório do bebê. Dentre outros, citamos, ainda, Alice e Michel Balint (1939) que trataram da “necessidade” de maternar subsequente à gravidez, garantindo a mutualidade mãe-bebê, ou seja, o que é satisfatório para um deve também ser para o outro (Arteiro, 2017, p. 62).

Diante da valorização da maternidade, é possível perceber que a dicotomia entre o espaço privado e o público teve impacto nesse período. Aos homens caberia o espaço público, político, no qual se centralizava o poder; e às mulheres, o espaço privado e seu coração, o santuário do lar. Em nome da oposição e da demarcação masculino/feminino, as mulheres se perceberam limitadas em sua função maternal e doméstica, já que o feminino passou a ser caracterizado como natureza, emoção, amor e intuição; e, em oposição, o masculino, associado à cultura, à política, à razão, à justiça, ao poder e ao público (Moura & Araújo, 2004).

O processo de identificação da mulher com a esfera privada teve como objetivo a nuclearização e a privatização da família. O desenvolvimento da família reduzida ao pai, mãe e filhos e, conseqüentemente, à intimidade e à concepção de responsabilidade diante de seus membros, especialmente em relação ao futuro das crianças, são características desse novo ideal de família. O “lar” passou a ser considerado um ambiente separado do trabalho, de onde se poderia esperar apoio emocional, em contraste com a atividade laboral (Moura & Araújo, 2004).

Nessa lógica da intimidade, o amor romântico passou a ser o ideal de um casal moderno. Esse ideal tinha como ideias vinculadas o amor, a liberdade e a autorrealização, sendo, todos eles, considerados como estados normativamente desejáveis. Nas amarrações do amor romântico, o artefato do amor sublime tende a predominar sobre aquele do ardor sexual. Dessa forma, o amor rompe com a sexualidade, embora a abarque. Além disso, na medida em que a atração imediata faz parte do amor romântico, ela deveria ser dissociada das compulsões sexuais e eróticas do amor apaixonado⁸ (Giddens, 1993).

No que diz respeito ao número de membros da família, as pressões para se constituírem famílias grandes, característica da cultura pré-moderna, deram espaço a uma tendência a se restringir de forma rigorosa o seu tamanho. A redução no tamanho da família foi não somente uma condição histórica, mas também uma consequência da admissão de métodos modernos de contracepção. Apesar da existência da defesa, por parte de alguns, a respeito do controle da natalidade já há tempos, o planejamento familiar teve influência considerável após a Primeira Guerra Mundial (1914-1918). “A responsabilidade e o controle da contracepção é masculino onde o homem controla a pulsão sexual para se retirar no momento de mais intenso prazer” (Travis, 2003, p. 22).

Foi nas décadas de 1960 e 1970, com o surgimento da pílula anticoncepcional, que houve o verdadeiro fenômeno da revolução sexual com implicações radicais. Segundo Giddens (1993), a revolução sexual acontecida a partir dos anos 1970 não foi apenas um avanço neutro na permissividade sexual, mas trouxe, para a mulher, uma revolução na autonomia sexual feminina, dando-lhe a possibilidade de controle sobre sua vida e seu corpo, assim como o poder de dissociar o sexo da reprodução. “A segunda revolução contraceptiva [...] tornou-se parte dos hábitos dos indivíduos através

⁸O amor apaixonado era considerado como a expressão da articulação entre o amor e a ligação sexual. Esse tipo de amor seria perturbador das relações pessoais e do ponto de vista da ordem e do dever sociais, já que arrancava o indivíduo das atividades mundanas, gerando uma propensão às opções radicais e aos sacrifícios (Giddens, 1993).

da pílula anticoncepcional e dos dispositivos intra-uterinos. As diferenças entre as duas revoluções é que na última a contracepção é feminina” (Travis, 2003, p. 22).

Munidas dos meios de controlar a reprodução, abrem-se novas possibilidades de escolha de modos de vida: priorizar as ambições pessoais, ser solteira, gozar de uma vida de casal sem filhos, ou viver a maternidade com ou sem atividade profissional. A maternidade, nesse sentido, deixa de ser o centro da vida feminina. Em consequência da diversidade dos modos de vida femininos, observam-se fenômenos como a forte retração da maternidade, o aumento da idade média de mães e de mulheres no mercado de trabalho (Badinter, 2011).

Além da revolução sexual feminina, destacamos alguns fatores que influenciaram nas mudanças sociais, a partir da década de 1970: a forte concentração de renda, que intensificou a demarcação das camadas sociais, dando origem a um mercado de consumo sofisticado; a presença da ideologia igualitária; a expansão da educação superior; o aumento da importância da comunicação; o movimento feminista; a eclosão do movimento de liberação de mulheres e homossexuais; entre outros (Heilborn, 1993).

Como aspectos resultantes dessas profundas mudanças, destacam-se o crescente aumento de novos tipos de arranjos familiares; o declínio e o controle da reprodução, associado à emancipação e à autonomia sexual feminina; o exercício da sexualidade fora dos parâmetros de uma relação estável; a ampla aceitação do divórcio; e a maternidade voluntária fora do casamento, configurando novas práticas sociais e de relações de gênero (Heilborn, 1993).

Foi em meados da década de 1960 que a família contemporânea começou a ser delineada. Segundo Roudinesco (2003), a família contemporânea, ou pós-moderna, se pautou em três fenômenos marcantes. O primeiro deles se referiu à revolução da afetividade, sendo o casamento associado ao sentimento amoroso e ao desabrochar da sexualidade feminina e masculina. O segundo fenômeno relacionou-se ao lugar concebido ao filho, tendo como efeito “maternalizar” a célula familiar. E o terceiro, à prática de uma contracepção espontânea, dissociando o desejo sexual da procriação.

Os casamentos contemporâneos encontram-se cada vez mais voltados para o tipo de relacionamento puro, pautado em um vínculo emocional próximo e continuado com outra pessoa, enquanto ambas as partes considerarem que extraem satisfações suficientes para nele permanecerem. Sob a pressão da emancipação e da autonomia sexual feminina, os ideais de amor romântico tendem a se fragmentar, dando espaço

para o amor confluyente, “um amor ativo, contingente, e por isso entra em choque com as categorias ‘para sempre’ e ‘único’ da ideia do amor romântico” (Giddens, 1993, p. 72).

A possibilidade de escolha acarretou mais claramente a ambivalência materna e, além disso, a associação da maternidade ao instinto foi perdendo força, já que o desejo de ter filhos não seria nem constante nem universal. A nova liberdade passou a ter contradições e dilemas: de um lado a escolha pela maternidade com maiores deveres em relação ao filho que se escolheu ter e, por outro, a realização e desenvolvimento pessoal. Para a maioria das mulheres, conciliar esses dois importantes pontos da vida poderia ser problemático. O desejo de ter filhos pode entrar em conflito com outros imperativos, já que a maternidade não é mais o único meio de afirmação da mulher (Badinter, 2011).

No que se refere à cidadania, formalmente, houve conquistas de seus direitos essenciais, garantindo a igualdade das mulheres perante a lei. Entretanto, apesar das importantes conquistas, percebeu-se a persistência da distância entre a igualdade legal formal/política e a prática de todos os dias, principalmente em termos socioeconômicos e na vida privada das mulheres. Sobre isso, Nogueira (2001) ressalta:

As mulheres, pelo menos as do mundo ocidental, controlam a sua fertilidade de formas nunca pensadas nos anos 70 e recebem pelo menos 10 anos de escolaridade obrigatória. As mulheres (ainda as do ocidente e não universalmente) têm mais liberdades formais e cívicas (para viajar, votar, ter propriedades, etc.), mas, no entanto, continuam a ter a responsabilidade pelo cuidado prestado às crianças e às famílias (p. 07).

Os trinta anos que seguiram após a Segunda Guerra Mundial foram marcados pelo ideal culturalista. Segundo Badinter (2011), a época se caracterizava pelo desejo de libertação dos determinismos naturais e sociais. Apostava-se que o avanço da ciência e da tecnologia traria liberdade e bem-estar à população. Época marcada pelas conquistas e pelos questionamentos das mulheres sobre sua situação e posição no mundo público, político e privado. Foi nesse período que a prática da amamentação começou a diminuir vertiginosamente, por meio do crescimento das fábricas de leite industrializado e das campanhas maciças de publicidade de produtos para recém-nascido. A publicidade captou a necessidade das mulheres em retornar ao mercado de trabalho após o nascimento dos filhos e, então, passou a criar estratégias e discursos favoráveis às fórmulas infantis, que perduraram por bastante tempo.

As mulheres que tiveram filhos na década de 70 testemunham que não foram estimuladas a amamentar, e muitas chegaram a tomar medicamentos para secar o leite e introduzir diretamente a fórmula artificial com o argumento de ser um alimento mais forte e eficaz ao desenvolvimento dos pequenos. E, ainda, o uso da mamadeira favoreceu uma participação mais precoce dos pais na vida dos filhos, abrindo espaço para a discussão de uma reorganização da divisão sexual das tarefas (Arteiro, 2017, p. 67).

Imaginava-se que se estava no caminho certo, em busca da divisão justa do mundo público e do universo familiar. No entanto, nas décadas de 1980 e 1990 mudou-se a trajetória diante de tal perspectiva. Badinter (2011) destaca um aspecto interessante relativo à realidade francesa. A crise do petróleo, em 1973, e as crises econômicas que a sucederam tiveram importantes efeitos na relação da mulher com a maternidade.

A crise econômica trouxe de volta um grande número de mulheres ao lar. As decepções com o mundo do trabalho, o desemprego e a pouca valorização do trabalho feminino fragilizaram alguns grupos de mulheres e as impulsionaram a retornar ao lar e retomar a maternidade para o primeiro plano. Diante desse cenário, seria mais seguro cuidar do filho do que ter um trabalho mal pago que se poderia perder a qualquer momento.

A crise identitária foi também realçada por Badinter (2011) neste período. Ela estava relacionada às assunções das mesmas funções, nas esferas públicas e privadas, por homens e mulheres. O que os diferenciavam? Se antes as diferenças eram bem delimitadas, agora a fluidez e a flexibilidade dos posicionamentos acarretam incertezas e conturbações no que se refere à posição do homem e da mulher no mundo.

As crises econômicas e identitárias propiciaram o ressurgimento de uma ideologia esquecida nesses trinta anos: o naturalismo. O discurso naturalista, que prega a volta ao modelo tradicional, pesa fortemente sobre o futuro das mulheres e suas escolhas. Uma nova geração de mulheres foi a primeira a escutar e influenciar-se pelos ideais naturalistas. Badinter (2011) destaca que a crise econômica influenciou fortemente a volta deste discurso:

Afinal, se o mundo do trabalho é decepcionante, se não lhe concede o justo lugar que você merece, nem a situação social nem a independência financeira que você espera, de que adianta transformá-lo em prioridade? [...] diferentemente das mães sempre apressadas, que bem ou mal se tinham equilibrado entre as exigências profissionais e as familiares, as filhas foram sensíveis à nova palavra de ordem: primeiro os filhos (p. 42).

Especialmente a partir de 1980, por meio de evidências científicas e de discursos construídos, redescobriram o valor nutritivo e imunológico do leite humano e sua superioridade sobre as fórmulas infantis. Mostraram que é inegável os efeitos da amamentação para a saúde do bebê e da mãe. Revelaram, também, que quando as crianças são alimentadas no seio diminuem os riscos de mortalidade e morbidade infantis (Queiroz, 2005).

Preocupados com o baixo índice de adesão à prática da amamentação, em 1990, na Itália, as agências responsáveis pelas políticas públicas de saúde e as Nações Unidas formularam a *Declaração de Innocenti*, definindo políticas de apoio que tinham o objetivo de tornar a amamentação uma prática universalmente adotada nas maternidades e reduzir o índice de morbimortalidade infantil. A partir daí surgiu a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), promovida pela UNICEF e Organização Mundial de Saúde (Santos, 2001).

O discurso científico veio retomar a importância do leite materno, enfatizando a amamentação. Nesse tempo, ocorreu uma revolução na concepção da maternidade, recolocando-a no cerne do destino feminino. Atrelado a isso, passou-se a escutar cada vez mais sobre as leis da natureza, sobre a maternidade, ou seja, a volta da concepção do instinto materno (Badinter, 2011).

Desde os anos 1980, discursos emergem de diferentes campos com críticas ao modelo cultural dominante, pregando, de sua maneira, o retorno à natureza. O discurso ecológico, por exemplo, referia-se ao modo como o homem deve submeter-se às leis da natureza e não dominá-la e utilizá-la em funções de sua necessidade. Essa doutrina gerou um discurso político, por meio do qual intelectuais e numerosas associações alertavam e pressionavam o restabelecimento da harmonia rompida entre o homem e a natureza. A partir de então, a natureza é um argumento imperioso na imposição de leis e conselhos que se deve dar sobre a maternagem e a amamentação (Badinter, 2011).

Apoiados, também, na Etologia — ciência que estuda o comportamento dos animais —, estudos científicos, médicos, psicológicos, antropológicos e grande parte da mídia vieram a reforçar a força do instinto materno. Pautavam-se na associação das mulheres como mamíferas, dotadas dos hormônios da maternagem: a oxitocina e a prolactina. Devido a isso, o laço com o bebê deveria ser estabelecido de modo automático e imediato pela ação do processo neurobiológico e químico. Caso isso não acontecesse, a culpa seria do meio ou de desvios psicopatológicos (Badinter, 2011).

Tais discursos retomam a importância do aleitamento materno. “Amamentar sob pedido, amamentar até a saciedade é o novo objetivo, do qual se deve a qualquer preço convencer os outros” (Badinter, 2011, p. 56). Em favor da retomada dessa prática, as mamadeiras, as chupetas e os leites artificiais passaram a ser fortemente criticados, com a construção de guias e legislações mundiais pela OMS, UNICEF e diversas associações, já que o uso da mamadeira e dos leites artificiais era popularizado para facilitar a vida das mulheres trabalhadoras. Em defesa do aleitamento, o discurso econômico também entrou em jogo, comparando o gasto feito com fórmulas artificiais de leite e a amamentação exclusiva.

A concepção de instinto materno voltou com força, como podemos evidenciar no seguinte trecho trazido por Badinter (2011, p. 68): “O amor materno tem uma base biológica incontornável: a prolactina, o hormônio do aleitamento. É o aleitamento e a proximidade que ele implica que forjam laços poderosos entre a mãe e seu filho”. A autoridade da natureza passou a ser indiscutível e amamentar seria, então, sinônimo da boa mãe.

Será que os hormônios se bastam para se fazer uma boa mãe? Se a amamentação é o fator desencadeador do laço materno, o que acontece com a mãe que amamentou num curto espaço de tempo, desmamando precocemente, ou aquelas que não amamentaram seriam consideradas mães ruins? Por que tantas mães não desejam prosseguir com a amamentação pelo menos até o fim da licença-maternidade? A noção puramente biológica daria conta de pensar as contradições e ambivalências maternas?

A ideologia naturalista, disseminada pelos discursos aqui colocados, passa a ser geradora da culpabilização. Qual a mãe que não sentirá, no mínimo, um pouco de culpa se não se conformar com as leis da natureza? Aquelas que não se reconhecem nesses discursos, por essa lógica, não poderiam experimentar o mesmo vínculo em relação ao seu bebê? Partindo dessa premissa, “todas as mães podem amamentar, não há nenhuma dificuldade, física ou psíquica, que não possa ser superada. A ambivalência materna não existe, e aquelas que têm má vontade em se submeter são inconscientes e mães más” (Badinter, 2011, p. 98).

Os discursos naturalistas terminaram por associar a maternidade e a amamentação a um determinismo biológico diante da ênfase dada ao instinto materno e aos hormônios. Embora não possamos negar a relação entre natureza e cultura e a influência dos hormônios na maternagem, não se pode definir um comportamento materno próprio da espécie humana. A infinidade dos modos de ser mãe é também

influenciada pela história individual, social, econômica e cultural de cada mulher (Badinter, 2011).

Diante dos benefícios trazidos, a amamentação é imposta quase como medicamento e uma vacina. Nesses discursos, sobressaem-se as qualidades nutritivas e imunológicas do leite e as equipes de saúde têm a função de ensinar às mães como devem ou não fazer com a amamentação, quase como se faz com uma medicação. Diante disso, se há alguma dificuldade da mãe em amamentar é razão de não realizar como lhe foi ensinado e/ou de transgredir as regras técnicas. Não entram aí em jogo as dificuldades relacionais entre mãe e bebê, a intersubjetividade e muito menos o inconsciente (Queiroz, 2005).

Hoje, universaliza-se novamente o império do dever de amamentar, saindo de cena a condição de sujeito dotado de desejos, escolhas e ambivalências. As reivindicações não têm lugar nesses discursos dominantes e o que é bom para uma é bom para todas!

CAPÍTULO 3

FUNÇÃO MATERNA E SEUS EFEITOS NA CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA

No capítulo anterior, partimos do entendimento de que a maternidade, na sua perspectiva mais ampla, é atravessada pela cultura e pelos ideais que se vivenciam em cada época. Num olhar mais particular sobre a mãe, compreendemos que ser mãe é uma experiência que convoca o saber inconsciente, transmitido entre gerações. É, também, uma criação singular que implica subjetivamente cada mulher a partir das próprias experiências vividas enquanto filha, mulher e agora mãe. Por esse motivo, defendemos a concepção de que a maternidade não é efeito do que racionalmente se aprende nem garantida pelas condições naturais do instinto estabelecido da espécie humana (Jerusalinsky, 2011).

Antes mesmo de nascer, o bebê já é portador de uma história que o precede e que “nele produzirá marcas constituintes de seu lugar na cultura, numa geração, numa família, em outras palavras, no simbólico” (Kamers & Baratto, 2004, p. 40). Sua pré-história é tecida por fios ligados à história individual do pai e da mãe, do casal, da gravidez e da cultura ao qual pertencerá.

Nessa tessitura, mãe e pai revivem seu próprio nascimento e o modo como foram cuidados pelos seus pais. A possibilidade de reviver a posição de filha realça que “não é possível pensar na experiência de maternidade de uma mulher sem remontá-la a seu próprio passado infantil, quando ela própria deixou-se tomar pelos enunciados que fizeram com que ela se tornasse sujeito” (Ferrari & Piccinini, 2010, p. 246).

A gravidez de um filho potencializa a vivência de fantasias e desejos articulados a sua pré-história, possibilitando a elaboração de construções sobre o bebê que desejam e que está por vir (características, modos e jeito de ser, entre outros). O nascimento traz consigo a concretude de um bebê em sua presença. O bebê real é aquele que comparece ao encontro marcado no nascimento, com suas características particulares e que será alvo dos investimentos materno e paterno. No entanto, o bebê sonhado não é, na maioria das vezes, exatamente o mesmo que nasceu. Com o nascimento, se instala certo estranhamento em diferentes dimensões para mãe e filho. Do lado materno, a mãe sentia o filho em seu ventre, mas não o via. Agora, passa a olhá-lo e a senti-lo, confrontando-se com a realidade, distinta do que imaginava (Borges, 2009).

Do lado do bebê, muda o ambiente, as texturas, o cheiro e a temperatura do corpo materno. “Trata-se, agora, de uma ‘outra mãe’, tão estranha para a criança, quanto esta para a mãe” (Queiroz, 2007, p. 76). Diante da unidade quebrada entre mãe e bebê com a separação do parto, uma nova simbiose necessita ser instalada, a fim de que o estranho se torne novamente familiar. E, para tal, o bebê precisa ser adotado emocionalmente por seus pais.

Para que o percurso da passagem do bebê estranho à mãe para alguém que lhe é familiar aconteça, faz-se imprescindível que esta tenha na sua história um lugar para ele e desejo. Freud (1996b) já apontava que a dependência absoluta do bebê o torna impossível de sobreviver sem a ajuda de um semelhante. E, para designar esse outro inevitável na relação primordial, nos trouxe a expressão em alemão *Nebensmench*, que pode ser traduzida por “próximo prestativo”. Não basta ser semelhante (outro ser falante) e estar próximo, é preciso também ser prestativo: portador do desejo de sobrevivência do filho e responsável pelo seu processo de humanização. Lacan (2003) também ressalta que, no processo de constituição subjetiva, o desejo ganha papel de destaque. No entanto, ele não pode ser anônimo, mas particular e personalizado para aquele filho.

Nos primórdios da vida, o processo de humanização do bebê se produzirá no contexto determinado pelo seu laço com o agente que exerce a função materna⁹. A mãe, por sua condição desejante em relação ao filho, é quem primeiramente ocupará o lugar do Outro e funcionará, nos primeiros momentos, como uma barreira de contato do aparelho psíquico do bebê, controlando a carga de excitação (Crespin, 2004).

Para falar do outro da relação primordial, Lacan distingue o outro (minúsculo) do Outro (maiúsculo). O outro designa cada sujeito na sua singularidade, o que faz dele um representante único e não esgotável do Outro ao qual pertence. Já o Outro designa uma instância, não uma pessoa física. Trata-se de uma noção complexa, mas que podemos aproximar do conjunto dos elementos que compõem o universo simbólico no qual o sujeito humano está mergulhado (Crespin, 2004).

Esse universo simbólico é maior que cada sujeito que o habita e o determina de muitas formas, em essência, inconscientemente. Como já assinalado, antes do nascimento, o recém-nascido é mergulhado no universo simbólico de seus pais, tanto no âmbito individual quanto da sociedade e da cultura as quais pertencem. Ele já chega ao

⁹O termo “função materna” não aponta necessariamente a mãe propriamente dita, mas quem ocupa e exerce a função (Crespin, 2004).

mundo banhado por uma história, por meio da qual sua existência começou. Essa organização cultural que antecede a existência do bebê deverá ser incorporada por ele para atuar na organização de seu corpo e na constituição de seu psiquismo (Bernardino, 2008).

Segundo Lacan, a mãe é para seu bebê um pequeno outro servindo de Outro — Outro primordial. Por quê? Porque, inconscientemente, na qualidade de interlocutor da relação primordial, ela transmite ao bebê de quem cuida uma gama de particularidades do Outro que a determina, porém revisadas e corrigidas, pelo prisma da subjetividade pessoal, ou seja, o que de sua história singular tenha inscrito nela (Crespin, 2004).

Esse Outro é a instância na qual o sujeito encontra sua representação: nos significantes que vieram daqueles que para ele ocuparam em sua história a função materna e paterna. O Outro vem no lugar daquele com quem se aprende, aquele de quem recebemos a significância e que Lacan designa “o tesouro dos significantes” (Quinet, 2003).

Nesse sentido, a mãe, no exercício de sua função, é considerada “o representante da ordem exterior das coisas, cujas leis esse discurso materno também está submetido. A mãe é um mediador privilegiado do discurso que vem do ambiente, mas é importante marcar que esse ambiente chega ao bebê pela interpretação que ela lhe fornece” (Ferrari & Piccinini, 2010, p. 246).

A mãe exerce a sua função a partir de duas dimensões: atributiva e transitiva. Para entrar em contato, a mãe se toma pelo filho, pensa seu bebê e lhe atribui conteúdos psíquicos. Nessa projeção, a mãe sabe por ele como sabe por ela mesma. Seu choro e suas expressões corporais são tomadas pela mãe como mensagens. Quando ela atribui tais expressões do filho como apelo, ela se endereça e fala com ele enquanto tal (Crespin, 2004). Nesse sentido,

[...] a mãe acolhe os aspectos constitucionais do bebê, fazendo desse real orgânico a suposta produção de um sujeito, articulando o gozo do vivo a uma estrutura languageira. Daí que diante do choro reflexo a mãe atribua ao bebê a autoria de um chamado, de um apelo (Jerusalinsky, 2011, p. 18).

Na temporalidade da antecipação, a mãe se coloca no lugar do filho e lê suas expressões, atribuindo-lhe intenções e sentidos. Essa antecipação tem o poder de transformar em linguagem o que, num primeiro tempo, ainda é pura descarga no bebê. Frente às atribuições, o bebê “responderá” ainda mais, estabelecendo-se um circuito

humanizante. Este é o paradigma de investimento no primeiríssimo momento do encontro fundante, pois a mãe, em primeira instância, empresta-se para ler e dar sentido a toda manifestação do bebê, caracterizando a loucura necessária da mãe (Zem & Da Mota, 2008).

A necessidade do bebê manifestada pelo choro, grito, choramingo, caretas e movimentos corporais é interpretada pela mãe, ganhando novos sentidos, como, por exemplo, solicitação de atenção, de amor e de reconhecimento. A relação entre o bebê e o seu corpo é mediada, portanto, pelo desejo e pelo corpo materno, onde se enunciará a dialética da demanda e o desejo entre ele e sua mãe.

Dessa forma, a mãe passa a ocupar uma posição de porta-voz do filho, dando palavras a sua chegada ao mundo e integrando as sensações neurofisiológicas ao campo da linguagem, humanizando-o. Com a atribuição de sentidos, a mãe oferece ao filho um lugar na linhagem familiar e sua inscrição na linguagem (Borges, 2009).

Dessa forma, a mãe exerce a função de metabolizar e humanizar os impulsos orgânicos do filho, atribuindo-lhes um sentido. Sentido este tecido pela história materna e pelo seu desejo em relação ao bebê. As dimensões atributivas e transitivas da função materna, por sua vez, permitem à mãe construir um saber particular sobre seu bebê, possibilitando que o corpo biológico do filho ganhe estatuto de corpo erógeno e se insira nas leis culturais que regem o seu grupo social (Ferrari & Piccinini, 2010).

Diante disso, os investimentos iniciais operados pela mãe na relação com o bebê têm o efeito de marcas simbólicas primordiais que vão se inscrevendo psiquicamente e se constituindo como pilares de sustentação de uma estrutura sobre a qual se desdobrará toda uma organização psíquica desejante e singular. Esses investimentos possibilitarão sua existência psíquica, para além das satisfações das necessidades vitais (Levin, 2005).

Contudo, para que haja um investimento libidinal no filho e se organize o laço entre eles, é preciso que a mãe se pergunte sobre o que o filho demanda, pressupondo uma alteridade e supondo um sujeito neste bebê. Isto é, que a mãe reconheça que o bebê é uma pessoa diferente dela e que ela não detém todo o saber sobre ele. Poderíamos nomear essa operação como função paterna, caracterizando como tudo o que servirá de referência terceira na relação entre mãe e filho (Bernardino, 2008).

Na verdade, a mãe não está sozinha junto ao filho. Ela encontra-se marcada pelo desejo que foi seu de mulher pelo pai, esteja ele presente ou não, da mesma forma que nela está inscrito o desejo desse homem. Segundo Mathelin (1999), é esse desejo que as mães terão que acessar enquanto terceiro interditor para escapar à loucura de serem

mães totalmente completas e que completam seus filhos. O desejo materno precisa ser particularizado e o pai deve encarnar a Lei a partir de seu nome, servindo de vetor para o desejo.

Santos e Vorcaro (2016, p. 285) ressaltam, a partir da leitura de Lacan (2003), que a função paterna é:

Aquela que faz mediação ao desejo da mãe, apresenta seu nome como “o vetor de uma encarnação da Lei no desejo”. Portanto, a Lei é a barra, a castração que se inscreve no Outro, ou seja, intervenção necessária para haver a dialética da demanda e do desejo no lugar do Outro.

Na constituição do laço com a mãe, partimos da concepção de que o bebê é considerado um interlocutor participante. É ativo no processo, e não um ser de reação. Diante disso, é considerado um ser de comunicação, de ação e apresenta uma apetência pela linguagem. Compreendemos que o choro, as expressões corporais, as vocalizações, o grito, o sorriso e o olhar se constituem como sinais comunicativos do bebê na relação com a mãe. No entanto, esses comportamentos não são simples ações ou reações corporais, pois são transformados pelo sentido que a mãe lhes atribui na relação interativa (Jerusalinsky, 2011).

Assim, o bebê comunica seu desconforto à mãe, que o coloca na posição de interlocutor. Na qualidade de participante ativo na troca, a mãe estabelece um diálogo com o bebê, “ora ela faz do bebê o ouvinte, ou seja, o destinatário de sua mensagem, ora ela faz do bebê o falante e ela se torna então a destinatária da mensagem do bebê, à qual ela atribui um sentido” (Ferreira, 1997, p. 80).

Nessa comunicação observam-se as especificidades da fala materna carregada de afeto, o *manhês*. Caracterizado pelo tipo de fala dos adultos quando se dirigem aos bebês, ele se destaca por suas características sintáticas (frases curtas, paradas durante o enunciado, repetição), léxicas (simplificação morfológica, multifuncionalidade das palavras) e prosódicas (alto tom de voz e agudo, entonação exagerada, emissão mais lenta, alongamento das vogais, silabação) (Ferreira, 1997).

A musicalidade acompanha o que a mãe deseja dizer ao filho. Além da fala, ela traz uma rica expressão facial e movimentação dos lábios, convocando o bebê não só a escutá-la, mas também a olhá-la. Ao falar, a mãe produz uma erotização no ato da escuta e da fonação, pois o bebê é convocado por esta voz, dirige seu olhar e responde com uma excitação psicomotora (Jerusalinsky, 2011).

Na interlocução com o filho, o processo de humanização vai se operando e a mãe, no exercício de sua função, vai lhe oferecendo um lugar subjetivo e sua inscrição na linhagem familiar e na linguagem. Nesse sentido, a função materna singulariza o bebê, a mãe e a relação, inscrevendo-o num lugar específico de seu desejo (Borges, 2009).

Os cuidados que a mãe dedica ao bebê, ou seja, a maternagem, não são fundamentais simplesmente porque apaziguam suas necessidades fisiológicas, e sim porque são únicos, insubstituíveis e intransferíveis. Somente ocorrem inscrições primordiais se os cuidados de alimentação e higiene forem particularizados por quem exerce a maternagem (Borges, 2009).

Assim, para que a função materna produza uma inscrição significativa, é necessário que haja uma particularização dos cuidados na relação do outro com a criança. O que implica uma diferença radical entre isso que é da ordem de um universal — a maternagem — e aquilo que é da ordem do singular — a função materna (Kamers, 2004 como citado em Borges, 2009, p. 43).

Diante disso, realçamos que a função materna não é sinônimo de maternagem. Esta última, que é da ordem do universal, refere-se aos cuidados conscientes com o bebê no qual qualquer pessoa teria condições de aprender e exercê-los. Já a função materna foge completamente das vias conscientes de exercício. Não estamos lidando com algo que possa ser prescritivo nem ensinado, mas de uma função singular que lança o bebê para uma história e para um desejo particular que dá sentidos as suas funções orgânicas, humanizando-o. É a mãe, no exercício de sua função, que permite a erogenização e libidinização do corpo do bebê, imprimindo neste a dimensão pulsional. É a mãe, por meio do seu desejo particular, quem ensina o bebê a amar. Isso é da ordem do impossível de se ensinar e de se aprender (Borges, 2009).

CAPÍTULO 4

AMAMENTAÇÃO: DA NECESSIDADE À HUMANIZAÇÃO DO SUJEITO

Sabemos das evidências que apontam para a importância da amamentação e do leite materno para os bebês. É essa relevância que justifica os protocolos hospitalares, normas e investimentos governamentais em prol da amamentação. No entanto, interpretações equivocadas e o rigor em “ter que amamentar” colocam em equivalência direta o amor, o desejo e a amamentação. Na equivocidade, reduzem tal prática à sua dimensão nutritiva e deixam em segundo plano a subjetividade da mãe que amamenta.

Marcaremos aqui nossa concepção a respeito dessa prática, que se encontra para além de ser um ato meramente nutritivo. Para isso, problematizaremos os aspectos subjetivos que se encontram implicados na amamentação e na relação que se constitui entre mãe e filho.

Ao considerar os aspectos inconscientes e relacionais no ato de amamentar, partimos da concepção psicanalítica de que alimentar-se é um acontecimento que vai muito além da necessidade de nutrição do corpo. Embora a condição nutritiva esteja implicada, a amamentação não é da ordem do puro orgânico. Ela nutre, mas não só nutre, constitui.

Segundo Queiroz (2005), a amamentação é a forma de alimentação que mais se aproxima da continuidade intrauterina e que possibilita acalmar a angústia inevitável do recém-nascido. É considerada também uma das formas pelas quais o ser humano é convocado a ser sujeito. Nesse sentido, é um feito que está ligado ao próprio nascimento das relações do sujeito com o Outro e o modo como vai se estabelecer tal relação dependerá de como esse Outro se endereça ao bebê.

Realçamos duas dimensões existentes no ato de amamentar: a dimensão ligada à nutrição, pois sem o alimento o bebê não sobreviveria; e a dimensão humanizadora, sem a qual o bebê não existiria psiquicamente. Essas duas dimensões ligadas ao corpo e ao psiquismo fundam-se mutuamente, e é a posição desejante do Outro materno que agenciará o enlaçamento do organismo no simbólico. Nesse sentido, o ato de amamentar se produz e se realiza como ponto de encontro entre a mecânica reflexa da sucção e o prazer que a cena e o cenário do mamar supõem (Bernardino, 2008).

Nesse ato a mãe provê seu bebê com seu leite, indispensável para a sobrevivência e com um conjunto de sinais da presença materna que implicam seu

desejo: seu olhar, suas palavras, seu toque, sua capacidade de reagir à postura do filho atribuindo-lhe sentido, entre outros (Amigo, 2007).

Para que a mãe possa exercer sua função com seu bebê é necessário que esteja presente nessa relação, não só com seu corpo, mas, em especial, subjetivamente, com seu desejo. No ato de amamentar, pode-se viver com o filho uma experiência prazerosa que é também simbólica, de reconhecimento. Ao mesmo tempo em que o alimenta, o reconhece como filho e é reconhecida como mãe na sua nova função. Nesse sentido, ambos se alimentam dessa relação (Bernardino, 2008).

Na amamentação, o bebê é ativo na produção do próprio leite. Por meio dos seus sentidos, ele é capaz de procurar e reconhecer o seio materno. O contato íntimo com o corpo da mãe, seu cheiro, sua voz e seu olhar são os melhores estímulos para ajudá-lo nesse reconhecimento. Nesse contato estreito, o olhar se articula possibilitando o encontro entre mãe e filho (Queiroz, 2005).

Ao abordar a articulação existente entre corpo e psiquismo, Freud (1996a) nos trouxe o conceito de pulsão. No caminho da humanização, a espécie humana teria “perdido” sua programação instintual, favorecendo o surgimento de algo mais simbolizado e funcionando para além do instinto que é geneticamente programado e hereditariamente transmitido. Segundo o autor, a pulsão seria a interface, a fronteira entre o orgânico e o psíquico. Em suas palavras, a pulsão é um

[...] conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro de um organismo e alcançam a mente, como uma medida da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo (p. 127).

A pulsão, inicialmente, se apoia numa função vital, na satisfação de uma necessidade e das exigências funcionais, para logo delas se diferenciar radicalmente. Ela não preexiste à dissociação apoio/desvio, é constituída exatamente por esse desvio. Somente a partir daí é que ela pode ser caracterizada como pulsão sexual.

Essa noção de apoio foi trazida por Freud nos *Três Ensaios sobre a Sexualidade* (1996c), juntamente com o conceito da experiência mítica de satisfação primária, marcando que o bebê sente prazer em inundar-se não apenas de leite, mas também da presença do outro nutridor. Ele situa o início da vida psíquica na capacidade de o bebê evocar o seio quando ausente. O peito é a primeira experiência da criança com o *Fort Da*, e essa serialização da experiência, impondo um ritmo de alternância da presença e da

ausência, é o que irá historicizar a oralidade, para que não seja um puro gozo emudecido.

Inicialmente, o encontro entre o bebê com fome, carregado de tensão, e o objeto externo que o provê com o alimento satisfaz sua necessidade. No entanto, além de apaziguar a tensão interna de fome, neste encontro a mãe também olha o bebê, toca-o e fala com ele, articulando à comida a ação de falar. Essas impressões são constitutivas da experiência de satisfação e se inscreverão no psiquismo do bebê. Dessa forma, a pulsão oral se encontra acompanhada pela palavra e pela voz e estas, juntamente com o olhar, são laços constituintes do desejo do Outro (Catão, 2008).

Sales (2005) destaca que é no mito da pulsão onde encontramos a história da captura do sujeito pela lógica do desejo. E a narra da seguinte maneira:

Era uma vez um bebê que estivera, ao nascer, quase naufrago no mar da necessidade. Contudo, daí emergiu — por fígamento — de tanto que se ofereceu, ao se ver inebriado e siderado, pela melodia, pelo olhar e pelas iscas que um Outro desejante lhe entoava, lhe endereçava e lhe lançava. Numa cadência recíproca e articulada em um circuito, entre olhares, sonoridades, sabores, cheiros e temperaturas, mãe e bebê fazem as vezes de damas da noite e armam aí seu espetáculo de conquista, onde o momento de consagração esperado seria o nascimento do sujeito desejante. Enfim, entre tantas idas e vindas, num dado ponto do circuito, o bebê morderia a isca, e, para sempre, capitularia ao mundo do desejo (p. 15).

Lacan (1988), a partir de seu retorno a Freud, avança no conceito de pulsão e acrescenta como objetos pulsionais a voz e o olhar. A voz é uma das maneiras de o Outro se fazer presente. Ela participa da instauração do laço entre mãe e bebê ao mesmo tempo que se constitui enquanto objeto da pulsão. Produz laço e assume o sentido de chamado de um sujeito. Podemos dizer que é a mãe que dá voz ao bebê ao tomar suas fonações como um chamado. Nesse sentido, é um ser falado que advém falante (Jerusalinsky, 2011).

“A voz é o mediador por excelência da articulação lógica entre o futuro sujeito e o Outro, campo da linguagem ao qual a pequena criança tem que, necessariamente, se alienar. Ela cumpre assim um papel primordial no tempo de fundação do sujeito” (Catão, 2008, p. 157). A música presente na voz materna apresenta uma dimensão irresistível para o bebê. Investida pelo poder de invocação, o sentido não é o mais importante.

Antes da compreensão, a prosódia da voz do Outro materno serve para “fazer girar o circuito da pulsão oral em torno de um objeto que não é o objeto da satisfação da necessidade alimentar da criança” (Catão, 2008, p. 159). Nesse sentido, a palavra do Outro e sua voz está inscrita em entonações que marcam o corpo do sujeito em constituição.

O olhar também se conecta às demais pulsões no ato de alimentar. Se, ao nascer, o bebê perde a intimidade do corpo materno, ganha-se o olhar do Outro primordial. Referindo-se ao olhar, Lacan (1988) destaca que é pelo olhar materno que se entra na luz e é do olhar que se percebe seu efeito. E é neste olhar que posso perceber o apetite do olho naquele que olha. Esse apetite do olho, que se trata de alimentar, constitui o valor de encanto no que se observa. Crespim (2004) realça esse apetite do olhar no ato de amamentar:

A mãe se mira no bebê que suga seu seio, e lê aí sua qualidade de boa mãe, como também o bebê se mira no olhar de sua mãe e aí lê o gozo que seu prazer provoca nela. Ele então se oferece como ‘um objeto bom de morder’, capaz de antecipar o gozo de sua mãe e de ir buscá-lo (p. 51).

Crespim (2004), a partir da distinção que Lacan (1988) faz entre o olhar e a visão, propõe uma analogia no domínio da oralidade. A exemplo da visão, o alimento seria a vertente real, o funcionamento do órgão. Já a alimentação seria o registro do olhar, constituindo o objeto da pulsão, e não mais objeto da necessidade. Nesse sentido, é necessária uma virada — a passagem do real ao simbólico — do alimento para a alimentação, que se dará por meio do investimento do Outro. Lacan destaca também a disjunção entre voz e som. Assim como o olhar, a voz designa para a psicanálise uma função psíquica que não está subordinada ao órgão do sentido.

O olhar do Outro materno banha de erotismo o corpo do bebê, transformando-o em erógeno. É esse olhar particular marcado pelo desejo que torna possível à mãe investir libidinalmente em seu filho. “É através desse olhar, expressão de desejo do Outro, tesouro dos significantes, que a criança se constitui como Sujeito” (Santos, 2001, p. 64). Nessa constituição estabelece-se o olhar e ser olhado, movimentos de um mesmo jogo, instaurando a primeira experiência de alteridade, condição de constituição do campo do sujeito e do campo do Outro (Queiroz, 2007).

A mãe lhe dirige o olhar e lhe atribui um discurso, falando com e por ele e imprimindo-lhe sua marca. No entanto, não basta apenas a palavra, pois o olhar é

significante e imprime significações ao dito. No olhar materno o bebê existe, identifica-se e se reconhece. Ao mesmo tempo, ele consegue associar este olhar ao toque e ao cheiro materno. Portanto, entre a mãe e seu filho não se repete só o dar o leite, mas, sim, o ato de amamentar. Assim como não se repete somente a ação de ver e ouvir, e sim o ato significativo de olhar, escutar e ler o corpo do bebê. É com a articulação dos registros pulsionais que o ato de sugar dá vez e voz ao ato de mamar, já que a sucção como função, ao passar pelo campo do Outro, se transforma em mamar (Levin, 2005).

Uma voz melodiosa, um olhar convocante e um toque aconchegante são efeitos do desejo materno. É nessa relação que o filho descobrirá seu corpo e as emoções que nele proporciona (Mathelin, 1999).

É com ela, capturado em seu olhar, que ele se olhará, é carregado por suas palavras que pensará. Beberá seu leite para crescer, tanto quanto suas falas, e seu sorriso ou sua tristeza refletirão para ele os estados de ânimo do mundo inteiro. A ela estará totalmente assujeitado e se humanizará docemente ao preço dessa alienação (p. 10).

Apesar de ser uma operação constitutiva e estruturante, dado o tempo da alienação, torna-se imprescindível disso sair, desatar-se. A permanência na relação de assujeitamento e de alienação pode apresentar uma dimensão mortífera para mãe e filho. A presença excessiva materna, sem abrir a possibilidade para a falta, ou a ausência que desemboca no desamparo, pode sufocar. Sobre isso, Ramos e Nicolau (2015, p. 86) comentam que “a boca que se compraz ao receber a completude desse objeto-alimento, na sua ávida insaciabilidade, ameaça esvaziar, incorporar, devorar”.

Cabe-nos realçar que, assim como a própria maternidade, o processo de amamentação traz consigo diferentes sentimentos. A ambivalência se torna também presente e marca que esse tempo pode não ser apenas de satisfação e de contentamento. Pode trazer em seu bojo, dissabores. Como nos pontua Ramos e Nicolau (2015, p. 84), “No que comporta de beleza, também agrega horrores. Amor e ódio, fantasia de devoração, de devorar e de ser devorado. Gozar e fazer gozar, extremos em que deslizam mãe e filho, em meio a um paraíso tenebroso”. Dessa forma, enquanto componente da vivência materna, a amamentação não escapa às intempéries, aos estranhamentos nem ao mal-estar.

Fica-nos evidente, portanto, que o processo de amamentação encontra-se articulado a aspectos subjetivos, sensoriais, afetivos e também intersubjetivos. Por

vezes, conscientes, mas, na maioria das vezes, inconscientes, que atravessam a constituição da relação entre mãe e filho. Por esse motivo, “é uma relação na qual o inconsciente desempenha seu papel de surdina, pois não é imediatamente acessível, nem compreensível, nem observável, mas é algo muito potente que atua e que é preciso absolutamente ser levado em conta” (Queiroz, 2005, p. 58).

CAPÍTULO 5

APRESENTANDO OS CASOS OBSERVADOS

Retomando a proposição desta pesquisa, procuramos analisar como se constitui a relação entre mãe-bebê pré-termo, envolvendo a amamentação, no contexto hospitalar. Para tal, este estudo foi realizado num hospital de referência que tem o Método Canguru como serviço de assistência, na cidade do Recife, em Pernambuco. Neste capítulo, caracterizaremos o campo de investigação – Método Canguru -, apresentaremos os participantes e os procedimentos de análise das observações realizadas.

5.1 Caracterizando o Campo de Investigação: Método Canguru

O Método Canguru foi inicialmente concebido na Colômbia, na década de 1970, com a proposta de melhorar os cuidados prestados ao recém-nascido pré-termo, visando reduzir os custos da assistência perinatal e promover, por meio do contato pele a pele precoce entre a mãe e seu bebê, maior vínculo afetivo, maior estabilidade térmica e melhor desenvolvimento. Com essa prática no cuidado, percebeu-se que a alta hospitalar se dava mais precocemente. A partir daí, o ato de carregar o recém-nascido pré-termo contra o tórax materno expandiu-se para o mundo, recebendo diversos adeptos (Brasil, 2013).

No Brasil, a prática desse método foi adotada por alguns hospitais brasileiros no início da década de 1990, sem critérios técnicos bem definidos. O hospital de referência onde foi realizado o presente estudo foi um dos pioneiros do país a implantar esse modelo de assistência. Em 1997, ficou entre os finalistas do concurso intitulado “Gestão Pública e Cidadania” ao apresentar a prática hospitalar da “Enfermaria Mãe Canguru”. Em 1999, sediou o 1º Encontro Nacional Mãe Canguru, com a participação de representantes de hospitais brasileiros que já utilizavam o método. Esse importante encontro possibilitou a formação de grupos de trabalhos em prol da regulamentação desse modelo de assistência perinatal (Brasil, 2013).

No ano de 2000, o Ministério da Saúde lançou, por meio da Portaria nº 693, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso - Método Canguru. O objetivo desta norma foi de contribuir para a mudança de postura dos profissionais, em busca da humanização da assistência ao recém-nascido pré-termo, e estabelecer critérios

para tal. Em 2007, a norma foi atualizada pela Portaria nº 1.683 e os hospitais passaram a ter as informações necessárias à aplicação do Método Canguru (população-alvo, recursos necessários para a adoção do método, normas gerais e vantagens para a promoção da saúde do bebê) (Brasil, 2013).

O método implica uma mudança de paradigma na atenção perinatal em que as questões pertinentes à atenção humanizada não se dissociam, mas se complementam com os avanços tecnológicos clássicos. Diante de seus inúmeros benefícios, há a pretensão de que o Método Canguru seja implantado em todas as Unidades Hospitalares de Atenção à Gestante de Alto Risco, pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2013).

A norma reúne conhecimentos acerca das particularidades biológicas e das necessidades especiais de cuidados técnicos e psicológicos da mãe, do pai, do recém-nascido de baixo peso e de toda sua família. Contém estratégias de intervenção biopsicossocial sobre as quais a equipe responsável pela assistência ao bebê deverá ser habilitada para promover a aproximação precoce entre mãe e filho, a fim de fortalecer o vínculo afetivo; estimular, logo que possível, o reflexo de sucção ao peito, necessário para o aleitamento materno; e garantir o acesso aos cuidados especializados necessários para a atenção ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso (Brasil, 2013).

O método se constitui em três etapas que se subdividem dentro da Unidade Neonatal. A primeira etapa se caracteriza pela Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo). Já a segunda etapa, pela Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). E a terceira, pela consulta de retorno pós-alta hospitalar.

A UTIN presta o atendimento ao recém-nascido numa situação de alta gravidade com risco de morte. Esse setor recebe bebês de qualquer idade gestacional que necessitem de cuidados especializados como: ventilação mecânica, nutrição parenteral, pós-operatório imediato, uso de cateter venoso central, drogas vasoativas, entre outros. Já a UCINCo, também conhecida como Unidade Semi-Intensiva, é destinada ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN. Os bebês que se encontram neste setor podem apresentar desconforto respiratório leve sem necessidade de assistência ventilatória mecânica, ter peso superior a 1.000 g e inferior a 1.500 g, sem acesso venoso central, estar em nutrição enteral plena, para acompanhamento clínico e ganho de peso, e submetido à fototerapia (Brasil, 2017).

Nesta primeira etapa, torna-se imprescindível acolher os pais e a família, esclarecendo sobre as condições de saúde do recém-nascido, os cuidados necessários, a função da equipe, a rotina do setor, assim como do funcionamento geral da Unidade Neonatal, abrangendo suas três etapas. É estimulado o livre acesso dos pais aos setores, sua participação no cuidado com o filho, a lactação e o contato pele a pele com o bebê, de forma gradual.

A segunda etapa do método se constitui pela UCINCa. Nessa unidade são garantidos todos os processos de cuidado já iniciados na primeira etapa, com especial atenção ao aleitamento materno. O bebê permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru é realizada pelo maior período de tempo, desde que seja seguro e agradável para mãe e filho. Para a permanência nesta etapa, exige-se estabilidade clínica do bebê, ganho de peso regular, nutrição enteral plena (peito, sonda ou copo) e peso mínimo de 1.250 g. E, do lado materno, espera-se segurança, interesse e disponibilidade da mãe em permanecer com a criança o maior tempo possível e desejável. O período de internamento na UCINCa funcionará como um “estágio” para a pré-alta hospitalar. Ressalta-se que o uso de medicações orais, intramusculares ou endovenosas intermitentes, fototerapia e cateter de oxigênio não contraindicam o encaminhamento do bebê para a UCINCa (Brasil, 2017).

Para obter a alta hospitalar, são preconizados alguns critérios. Entre eles, destacam-se: mãe orientada e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar do bebê; compromisso com a realização da posição canguru pelo maior tempo possível; peso mínimo de 1.600 g; ganho de peso adequado nos três dias que antecedem a alta; sucção exclusiva do peito ou, em casos especiais, realizar complementações; assegurar acompanhamento ambulatorial (3ª etapa) até o peso de 2.500 g (Brasil, 2017).

A terceira etapa tem início com a alta hospitalar e caracteriza-se pelo acompanhamento do bebê e da família no ambulatório até este atingir o peso de 2.500 g. O objetivo desse acompanhamento é realizar exame físico completo do bebê, tomando como referências básicas o grau de desenvolvimento, o ganho de peso, o comprimento e o perímetro cefálico; avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre o bebê e sua família, oferecendo suporte; apoiar a rede social de apoio, entre outros (Brasil, 2013).

Com a caracterização do serviço descrita, apontaremos agora as razões pelas quais se deu a escolha pelo hospital em que foi realizada a presente pesquisa. A primeira razão se deu pelo fato de o hospital ser pioneiro e referência na implantação do Método Canguru nos âmbitos estadual e nacional. Esse hospital foi o primeiro do país a receber,

em 1992, o título de Hospital Amigo da Criança, dado pela OMS, pelos seus incentivos ao aleitamento materno, que já ocorriam desde 1974. Os hospitais que recebem esse selo assumem o compromisso formal de tornar a prática da amamentação e do uso do leite materno uma realidade dentro de suas instituições (IBFAN, 2009).

A segunda razão dessa escolha esteve relacionada à familiaridade da pesquisadora ao setor desse hospital, já que havia atuado como psicóloga da UTIN e da UCINCo dois anos antes da pesquisa de campo. A questão de pesquisa do estudo ora desenvolvido foi elaborada por meio desta experiência profissional. Ter vivenciado a Unidade Neonatal como profissional, ao longo de um ano, facilitou o conhecimento da rotina, das normas e dos protocolos hospitalares, das nomenclaturas comumente utilizadas pela equipe e dos encaminhamentos que foram dados às mães e aos bebês.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética (Anexo), o estudo foi apresentado à coordenadora da Unidade Neonatal e, após sua assinatura da Carta de Anuência (Apêndice 01), apresentamos a pesquisa para todos os profissionais da UCINCo e UCINCa¹⁰. Explicamos como transcorreriam as observações no ambiente hospitalar e que o foco do estudo seria a observação da relação mãe-bebê, e não o serviço em si. No entanto, ao longo do acompanhamento, observaríamos as interações existentes entre eles e as demais pessoas - mães e profissionais.

Foi explicitado, também, a respeito da postura da pesquisadora no *setting* observacional. No período da observação, a observadora não interagiria com os profissionais e o mínimo possível com mãe e filho. A função seria apenas de observar, e não de intervir. Após a apresentação da equipe, iniciamos a pesquisa propriamente dita, que ocorreu nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2016.

5.2 Participantes

Participaram deste estudo três mães e filhos pré-termos. A escolha pelos bebês obedeceu os seguintes critérios: a) ter nascido prematuramente, ou seja, antes de 36 semanas e 6 dias de gestação; b) estar internado na UCINCo pela questão da prematuridade e baixo peso; c) apresentar o prognóstico de indicação de amamentação. E, em relação às mães, estas deveriam estar bem de saúde após o parto e autorizadas pelos médicos responsáveis a cuidar de seu bebê de modo integral.

¹⁰Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos.

Os pares mães-bebês não foram observados ao mesmo tempo. Primeiramente, observou-se uma mãe e seu bebê e, após a alta hospitalar, deu-se início à nova observação. Para escolher as mães e seus filhos, nos dirigimos, inicialmente, à enfermagem da UCINCo para ter acesso ao Censo do setor. Esse documento continha informações básicas dos pacientes internados (nome materno, data de nascimento e setor de internamento). Com ele em mãos, dirigimo-nos à UCINCo para observar e, a partir daí, poder escolher quem seria observado. Após a escolha, a pesquisadora aproximou-se das mães, explicou o objetivo da pesquisa, falando ainda sobre o aspecto voluntário da participação, com a preservação do anonimato. Leu-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2) e, obtido o consentimento, assinaram o termo, autorizando sua participação e de seus bebês.

Ilustraremos, no Quadro 1, breves informações sobre as mães e os bebês escolhidos. Os detalhes de como se procederam as escolhas e as especificidades da história de cada uma estarão descritos mais adiante, nos próprios relatos de casos.

Quadro 1: Síntese das informações gerais sobre os participantes

| Mães / Filhos | Pais | Bebês | Peso ao nascer | Tempo gestacional | Tempo de internamento | Início das obs./tempo de vida dos bebês | Nº de obs. |
|--|---------------|--------|----------------|-------------------|---------------------------------------|---|------------|
| Luana (19a) Filho: Igor (1a10m) | João (21a) | Marcos | 1.815 g | 31 semanas | 26 dias UCINCo – 11 UCINCa – 15 | 05 dias de nascido | 13 |
| Andréa (19a) Filha: Juliana (2ª) | Rodolfo (25a) | Ruan | 1.725 g | 33 semanas | 19 dias UCINCo – 05 UCINCa – 14 | 03 dias de nascido | 07 |
| Joana (25a) Primípara | Antônio (24a) | Laís | 1.845 g | 32 semanas | 13 dias UCINCo - 05 UCINCa – 08 | 03 dias de nascida | 06 |

Fonte: Elaborado pela autora

Podemos observar, no quadro acima, que a idade entre mães e pais variou entre 19 e 25 anos. Luana e Andréa foram as mais jovens e ambas já eram mães. O peso do nascimento e o tempo gestacional em que os bebês nasceram foram semelhantes entre os três, variando, em média, 100 gramas e duas semanas. A diferença maior se deu no tempo de internamento em que cada um passou. Marcos apresentou um maior período no hospital e Laís o menor. Podemos perceber que, no internamento, os três bebês passaram mais tempo na UCINCa, o que configurou a estabilidade clínica deles.

Em relação ao tempo de vida no início das observações, avaliamos que a observação se deu bem no início, com variação de apenas dois dias entre eles. Essa questão favoreceu atingir o objetivo da pesquisa, ao observá-los desde o início do internamento hospitalar. O número de observações também variou de acordo com o tempo de internamento. Pelo fato de Marcos ter passado mais tempo internado, apresentou mais observações realizadas. Em contrapartida, Laís, que teve menor tempo de internamento, possuiu menos observações.

Não foi realizado questionário sociodemográfico, limitando o acesso às informações do contexto em que viviam, no entanto essas informações não comprometeram o estudo. As três mães tinham parceiro fixo e residiam com eles. Podemos inferir, ao longo das observações, que Luana e Andréa apresentavam baixa renda e dificuldades financeiras. No caso de Luana e Marcos, apenas a sogra trabalhava e sustentava a casa com seu pouco salário. Na díade Andréa e Ruan, o marido era quem trabalhava. Com Joana e Laís, a mãe e o marido pareceram ser um casal que apresentava uma condição financeira mais favorável em comparação com as outras duas díades. Tanto Joana quanto Antônio trabalhavam e ainda residiam com os pais dela, propiciando melhores condições financeiras.

As observações das três mães e bebês ocorreram no horário da dieta das 9h, com duração de 1 hora e, em média, três vezes por semana. A opção por esse horário se deu porque gostaríamos de observar momentos que demandariam a intervenção direta das mães com seus filhos: a alimentação e o banho, que ocorria próximo às 9h e apenas uma vez ao dia.

5.3 Procedimentos de Análise

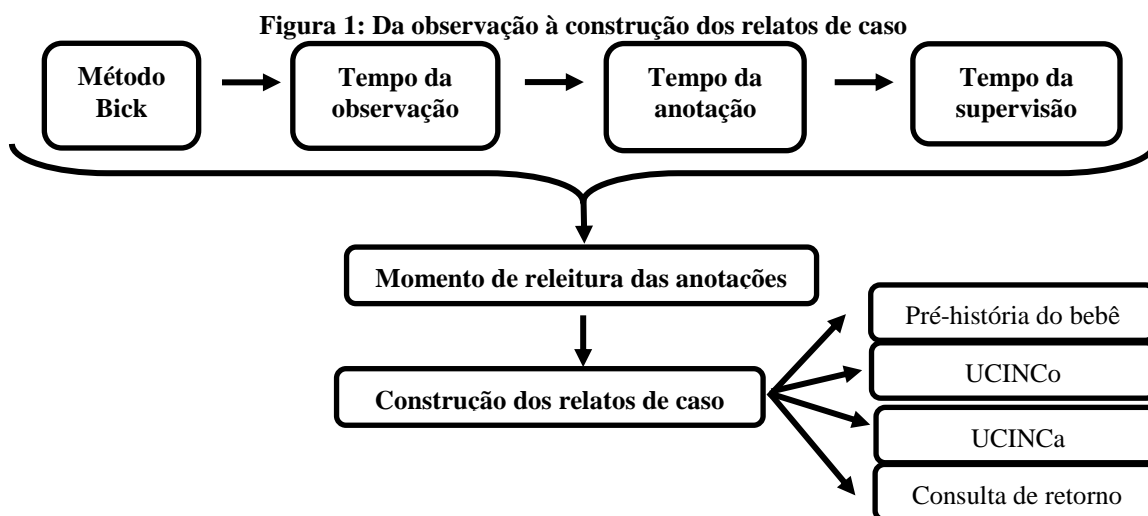
Apesar das adaptações do Método Bick para adequação desta pesquisa (*setting*, tempo e frequência da observação), foram obedecidos rigorosamente os três tempos preconizados: observação, anotação e supervisão. A observação se deu sem intervenções ou anotações. Logo após esse primeiro tempo, a pesquisadora tomou nota de todas as impressões, sensações, fantasias, relatos e relações transferenciais ocorridas naquele momento.

Após o tempo da escrita, houve supervisões com uma pesquisadora experiente no uso do Bick para pesquisa e com outra colaboradora, com prática na clínica psicanalítica, a qual tomava nota sobre as discussões. Esses momentos foram

imprescindíveis para auxiliar a observadora a compreender o vivido e iniciar o processo de nomeação da experiência. Esse espaço de fala contribuiu, também, para o aprimoramento das observações em si e do posicionamento da pesquisadora enquanto instrumento de coleta de dados.

Em seguida ao terceiro tempo, tivemos um novo momento: o da releitura das anotações junto à orientadora desta pesquisa. Este outro momento nos possibilitou perceber os aspectos particulares de cada díade observada, assim como os atravessamentos do internamento hospitalar.

Esses ricos momentos de discussão possibilitaram a construção dos relatos de caso, por meio de uma análise aprofundada de cada um, transformando as anotações advindas da experiência de observação em conhecimento. Cada relato foi construído por uma cronologia. Inicialmente abordamos a pré-história de cada bebê, situando os acontecimentos antes do nascimento. Após esse breve relato, passamos a analisar o percurso da díade mãe-bebê no hospital: UCINCo, UCINCa e consulta de retorno após a alta hospitalar, como ilustrado na Figura 1.



Nesse sentido, marcamos aqui que os relatos de caso que serão descritos a seguir não são os materiais brutos que foram observados e anotados inicialmente. São, por sua vez, materiais que passaram por um processo de reinterpretação, elaboração e recortes de cenas que consideramos pertinentes para apresentar e responder a proposição de pesquisa. Descreveremos, a seguir, os relatos de caso em sua ordem cronológica de observação. Primeiramente, apresentaremos o percurso hospitalar de Luana e Marcos. Em sequência, Andréa e Ruan, que foram os segundos participantes da pesquisa. E, por fim, Joana e Laís.

CAPÍTULO 6

CASO 1 - LUANA E MARCOS

6.1 “Botar pra fora, e não matar”

Luana tinha 19 anos, morava no interior de Pernambuco, na casa da sogra, junto com seu parceiro, João, de 21 anos, seu filho mais velho, Igor, de um ano e nove meses. Marcos nasceu com 31 semanas de gestação, de parto vaginal, pesando 1.815 g e medindo 43 cm. O período de internamento hospitalar do bebê foi de 26 dias, sendo 11 na UCINCo e 15 na UCINCa. Para o acompanhamento desse caso, foram realizadas um total de treze observações, sendo quatro delas no primeiro setor de internamento, sete no segundo e, ainda, a participação em duas consultas de retorno após a alta hospitalar.

*Descobri a gravidez de Marcos quando acompanhava Igor no hospital, que estava internado tratando de uma pneumonia. Lá tive enjoos e desmaiei, e os médicos mandaram fazer o exame de gravidez. O resultado saía em 2h, mas só consegui buscar no outro dia, com **medo**. Quando vi, fiquei **aperreada, mas pensei em ter ele**. As amigas falsas diziam para eu **tirar**, porque não teria condições de cuidar de dois filhos pequenos. Mas eu não sou dessas, eu pensei que tinha que **botar pra fora ele, e não matar**. Meu marido e minha sogra ficaram felizes com a notícia. (Luana, 19 anos) [grifo nosso].*

No relato de Luana, percebemos o impacto com a descoberta da gravidez, já que não havia planejado ter um filho, mas, também, observa-se certa ambivalência em seu discurso. Apesar de a notícia ter deixado a jovem “*aperreada*”, sua escolha em ter Marcos “*e não matar*” revela seu desejo, desejo por sua existência. Mas, ao mesmo tempo que escolheu tê-lo, expressou que “*tinha que botar pra fora, e não matar*”. Botar — abortar nos remete à ambivalência materna vivida. Dessa forma, indagamo-nos se, neste caso, existiria alguma relação entre o parto prematuro do filho e o (a)bortar pra fora? Mais adiante continuaremos essa discussão.

Quando estava com sete meses de gestação, Luana recebeu a notícia de que seu marido havia sido jurado de morte e, além disso, de que um amigo de João, chamado Marcos, tinha sido assassinado injustamente. Amedrontados, decidiram sair de casa por um tempo, em busca de proteção e foram para uma cidade próxima, onde morava uma prima da garota. Nesse turbulento contexto, Luana começou a perder líquido sem

perceber, até que se dirigiu ao posto de saúde da cidade, onde, ao examiná-la, perceberam que ela já se encontrava com 4 cm de dilatação. A jovem foi transferida, então, para o Recife, onde, logo, pariu Marcos, por meio de parto vaginal.

Essa contingência da ameaça de morte do marido parece ter marcado a vida da família. A expressão apontada no início da história de Marcos — “*botar pra fora, e não matar*” — se desdobra em várias significações, adquirindo sentido e atravessando não só a história do filho, mas também do pai e da família. Todos precisaram sair de casa, quase que botados para fora, para se proteger e não morrer.

Luana atribuiu a causa do parto prematuro de Marcos à amamentação do filho mais velho: “*Minha bolsa estourou porque eu estava amamentando Igor*”. A mãe ainda amamentava o filho mais velho, mesmo grávida de Marcos, o que pode ter sido um fator que desencadeou o parto, já que a amamentação é estimulante na contração do útero. Sua fala nos fez refletir sobre a garantia de seu investimento em Igor. Mas cabe a indagação: como estava seu investimento na gestação de Marcos?

Se de um lado é preciso que a mãe invista no filho para que ele possa existir, também é o filho que, existindo, faz surgir a mãe. Associado a isso, faz-se necessário o desejo do próprio filho de existir. Nesse caso, podemos inferir que o nascimento prematuro impulsionaria o nascimento de sua mãe e a possibilidade de investimentos direcionados a ele?

Outra questão interessante, evidenciada na fala da mãe, diz respeito ao sexo do bebê. Luana só descobriu que tinha mais um menino quando ele nasceu:

Eu pensei que era uma menina, eu queria uma menina pra fazer um casal, mas veio um menino. Mas não tem problema, tenho um galego dos olhos azuis e ele moreno dos olhos azuis. Eu achava que esse aqui era uma menina, porque a dor do parto foi diferente do primeiro. Nesse, eu senti uma dor fina de cólica, como se estivesse menstruada, no pé da barriga. Do outro filho, era uma dor que vinha das costas para a barriga, por isso tinha certeza de que era uma menina. Quando ele saiu da minha barriga, que vi a pitoquinha... vi que não era uma menina... mas tá bom também (Luana, 19 anos).

A fala materna marcou a construção de um lugar para Marcos e a diferença de lugares de cada filho. As experiências dos partos vividas de modo diferente, atreladas ao seu desejo por um casal, fizeram Luana pensar que teria uma menina. No entanto, ao saber que seu filho era um menino, ela conseguiu lidar com a frustração e reposicionar seu desejo. A diferença, que antes estava relacionada ao sexo, foi ressignificada agora

pela cor, ao constatar que teria um filho “galego” e outro “moreno”, marcando a existência de dois filhos diferentes.

A família não havia decidido o nome do filho antes do nascimento. Escolheram, então, chamar o garoto de Marcos, em homenagem ao grande amigo que havia sido assassinado: “*Ele era uma pessoa muito boa e todo mundo ficou feliz com essa homenagem*”. Apesar de Marcos carregar o nome do amigo falecido, podemos refletir acerca dos sentidos atrelados ao homem: amigo do pai, querido por todos e merecedor dessa homenagem. Esse nome marca, também, o contexto em que Marcos — o mais novo filho do casal — nasceu, momento em que o pai estava, também, jurado de morte, como o amigo. Receber esse nome possibilitaria a Marcos ser reconhecido, desejado, investido afetivamente e assumir uma posição familiar para todos?

Percebemos que o espectro da morte esteve presente desde a gravidez de Marcos: a escolha por botá-lo pra fora, e não matar, a morte do amigo, a ameaça da morte do pai e sua nomeação com o nome do morto. Ao nascer prematuramente, esse espectro também pairou no ambiente de uma Unidade Neonatal, diante da fragilidade do recém-nascido.

A surpresa com a qual Luana recebera a notícia não esperada da gravidez, a presença de desejos ambivalentes, os seus investimentos marcados no filho mais velho, a contingência da ameaça de morte do marido, a surpresa na descoberta do sexo e a especificidade na escolha do nome marcam a pré-história e o início da existência de Marcos. No entanto, essas marcas não impossibilitaram reposicionamentos, nem investimentos dirigidos ao filho, como veremos adiante.

6.2 “Como ele é pequenininho!”

A primeira observação na UCINCo teve o intuito de escolher qual mãe e bebê participariam da pesquisa e, para isso, observaram-se mães e filhos presentes no setor, no momento da dieta, durante uma hora. O modo como Luana dirigia seu olhar concentrado e seu leve toque pelo corpo de Marcos fisgou, de partida, o olhar da observadora. Inserida naquele contexto pouco acolhedor, com seu filho apresentando, ainda, uma situação clínica de vulnerabilidade, sob cuidados intensivos e submetido à fototerapia, aquela mãe, tão jovem, parecia se conectar ao seu bebê. Esse indício de conexão, apesar das adversidades, fez com que a pesquisadora se mobilizasse para observá-los. Somado a essa questão transferencial posta, Marcos era o bebê mais novo

do setor, com cinco dias de vida, o que possibilitaria o acompanhamento de seu internamento hospitalar. Ao final desse momento de observação, a pesquisa foi apresentada para Luana, que aceitou participar. Dessa forma, foi dado início às observações propriamente ditas, que totalizaram, neste setor, uma média de quatro.

Na segunda observação, dois dias depois, Marcos tinha recebido alta da fototerapia e estava sem a máscara nos olhos. O garoto parecia inquieto, pois mexia pernas e braços, fechava e abria os olhos várias vezes, franzindo o rosto. Luana chegou, sorriu e disse que havia se atrasado. Retirou-se para a sala da ordenha e voltou com seu leite após uns 10 minutos. Ao entrar, verbalizou: *“Acho que meu leite vai secar porque meu peito está mole. Ontem ficou faltando 5 ml para ele, vamos ver o de hoje”*.

A técnica de enfermagem se aproximou para organizar a sonda de Marcos, e, nesse momento, Luana perguntou se poderia pegá-lo no colo. A profissional respondeu que sim e o colocou, na posição horizontal e face a face, nos braços maternos, que o pegou de forma bem acolhida. Ela relatou que esta havia sido a primeira vez em que pegava seu filho no colo. A inquietação anterior do bebê, na incubadora, deu lugar a um rosto sereno, tranquilo e, ao mesmo tempo, vivo, com os olhos abertos, dirigidos aos olhos maternos, buscando sua voz ao ouvir: *“Oi, meu amor!”*, com entonação carinhosa.

Com mãe e filho bem acomodados, a profissional iniciou a alimentação. Luana segurava Marcos com um braço e, com a outra mão, segurava a seringa por onde descia o leite. Ela o embalava, balançando seu corpo calmamente e dirigindo seu olhar para ele. O bebê correspondia ao olhar materno. Perto do final da alimentação, Marcos foi relaxando, fechava os olhos e abria com muito esforço, lutando contra o sono e buscando novamente o olhar de sua mãe. Fez isso algumas vezes, até que adormeceu.

Com o término da alimentação, a profissional orientou que Luana precisaria ficar 40 minutos com o filho no colo para evitar que ele regurgitasse. A mãe o acomodou melhor em seus braços, na mesma posição horizontal e começou a observá-lo. Olhou cada detalhe do corpo: cabelos, mãos e rosto. Disse num tom de contemplação e surpresa: *“Como as mãos e os dedos são pequenos! Como ele é pequenininho!”*.

O olhar conectado e o toque carinhoso de Luana, observados no primeiro encontro, indicou-nos a possibilidade de investimento no filho, abrindo espaço para a constituição de uma relação desta mãe com seu bebê. A segunda observação marcou sua condição de se apropriar de seu filho. O pedido de autorização para segurá-lo e a maneira expressiva como o contemplava fizeram-nos refletir que a existência de Marcos

tomava corpo aos olhos da mãe. A expressão dita por ela ao tê-lo em seus braços, “*Oi, meu amor!*”, remeteu-nos à identificação e ao reconhecimento do bebê como seu.

As reações do filho realçaram sua posição ativa no processo de construção do laço e na interação com o mundo. A inquietação inicial, demonstrada pela expressão facial e movimentos com o corpo, deu lugar a um bebê sereno, contido e, ao mesmo tempo, vivo, com sede da presença materna, ao procurar o olhar e a voz de Luana e ser correspondido.

No dia seguinte, Luana chegou à UCINCo orgulhosa e com um sorriso no rosto, segurando seu pote cheio de leite que tinha acabado de ordenhar. Disse, num tom de alívio, que tinha tirado “*mais leite do que ele precisava*”. Diante dessa fala, levantamos a seguinte questão: a possibilidade de se aproximar do filho e de reconhecê-lo como seu teria influenciado na maior produção de leite?

Durante a observação, Luana compartilhou algumas preocupações relacionadas a Igor e a seu marido que influenciaram no seu bem-estar e, conseqüentemente, no receio de “*não ter leite suficiente*” para o filho. Os acontecimentos em torno da mãe e do filho também repercutiram na sua estabilidade:

Antes, eu estava tirando menos leite porque estava preocupada com meu marido e com meu outro filho na casa da minha prima, chamando ela de mãe. Fiquei com medo de perder meu filho para outra pessoa. Mandei meu marido buscar e ficar com ele, aí fiquei mais tranquila. [...] Fiquei aperreada com o meu marido também porque ele estava conversando no Facebook com uma menina e ela me mandou a conversa deles, ele dizendo que era solteiro e se declarando pra ela. Fiquei depressiva e disse que iria me separar, aí ele ficou doidinho, veio pra cá, passou o dia comigo e a gente não se separou. Me produzi um dia aqui e coloquei fotos minhas no face. Aí muitas pessoas comentaram e vieram vários homens falar comigo no bate-papo, perguntando se eu era solteira, mas eu disse que era casada. Mostrei para ele as conversas e mandei ele aprender como se faz. E também para ele ver que outras pessoas também me acham bonita e me querem (Luana, 19 anos).

O trecho acima nos remeteu à dupla dimensão inscrita em Luana: mãe e mulher. A ameaça de perda do filho mais velho e do marido, antes relações asseguradas, exigiu que Luana tomasse decisões e se reposicionasse. O retorno de Igor à sua casa trouxe para ela segurança, já que este passou a ser cuidado pelo marido e pela sogra, como anteriormente. Luana resgatou a posse do filho e, ao mesmo tempo, convocou seu marido para o lugar paterno, mostrando-o que ele é o pai, tem uma família e precisa cuidar do filho. Sobre sua relação com o marido, Luana precisou se reposicionar

enquanto mulher, revelando sua capacidade de maternar e, também, de ser objeto de desejo para um homem.

Luana ainda complementa: *“Não estava nem me alimentando direito, mas agora, depois que resolvi meu filho e meu marido, estou mais tranquila e me alimentando melhor pra chegar mais leite pra meu filho”*. Como seria possível investir inteiramente em Marcos se suas relações, anteriormente asseguradas, estavam ameaçadas? A mãe precisou resolver as intercorrências com seu filho e seu marido para, de fato, permitir-se investir no seu bebê e, como consequência, produzir mais leite.

Diante desse recorte trazido por Luana, podemos perceber o atravessamento dos aspectos fisiológicos, psíquicos, culturais, relacionais e do entorno na relação que se constituía entre mãe e filho, assim como na produção de leite. Quando a mãe conseguiu se reorganizar internamente diante das questões trazidas, passou a se disponibilizar para Marcos e assim o receio de *“não ter leite suficiente”* abriu espaço para *“ter mais leite do que ele precisava”*. Refletimos que esse *“ter mais leite”* não se restringia apenas ao nutriente que iria alimentá-lo, mas estava carregado de sentidos, da possibilidade de investimento no filho, de se permitir *“chegar mais”* por inteiro nessa relação.

A produção do leite materno parece ter se assegurado para Luana. Na 4ª observação, após dois dias do último encontro, ela tirou o dobro da quantidade de leite que Marcos precisava. Nesse encontro, a mãe levantou hipóteses sobre o desejo do filho em mamar e passou a reconhecê-lo como ativo nesse processo: *“Ontem, ele estava no meu colo e começou a procurar o peito querendo mamar. Acho que ele vai pegar logo o peito”*. Disse ainda que achava que ele não teria dificuldades de mamar, como seu outro filho, que mamou muito bem.

Luana alimentou Marcos na incubadora, segurando a seringa com o leite. Percebeu que ele levava a mão à boca enquanto o alimento descia pela sonda, e disse num tom de entusiasmo: *“Ele vai pegar logo o peito!”*. O desejo materno pela amamentação ficou evidente, e a suposição, mais uma vez, do desejo do filho, também. Quando terminou a dieta, sentou-se na cadeira ao lado da incubadora. O bebê ainda estava acordado, a mãe se admirou e se dirigiu a ele: *“Vai dormir mamãe! Isso é manha, porque não está no braço. Quando ele come no braço, boto ele pra dormir, mas, como não peguei ele, ainda está acordado”*.

Ao observarmos a cena, percebemos que Luana começava a nomear e atribuir sentidos às expressões corporais do filho, assim como a reconhecer suas *“preferências”* pelo colo materno. Ao entrar em contato com o Marcos, a mãe se tomou por ele, pensou

seu bebê e lhe atribuiu conteúdos psíquicos. O que poderiam ser considerados reflexos, as expressões corporais do filho passaram a ser nomeadas como desejo de mamar. Tais atribuições de sentido nos indicou a possibilidade do exercício da função materna e da construção de um saber materno de Luana sobre filho. Mais adiante, aprofundaremos essa discussão.

6.3 “Aqui quem cuida é a mãe!”

Marcos recebeu alta da primeira etapa dois dias após a última observação, pois seu estado clínico se apresentava estável. Foi encaminhado para a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), onde internou-se pelo período de quinze dias, até obter a alta hospitalar. Nesse espaço, foram realizadas sete observações de Luana e seu filho.

Quando nos encontramos no novo setor, faziam apenas dois dias que tinham chegado, o que favoreceu a observação da adaptação da mãe e do bebê à nova dinâmica. A primeira impressão ao encontrar Luana foi de que estava com uma aparência cansada e abatida, como a de uma mãe que cuida 24 horas de seu bebê. Ela ressaltou em sua fala, a seguir, aspectos ligados ao impacto da diferença entre os dois setores, à adaptação à nova rotina e ao seu cansaço:

Aqui quem cuida é a mãe. Estou muito cansada, porque não estou dormindo direito, por causa do barulho das pessoas, das crianças chorando e, também, porque tenho que acordar bastante para tirar leite. Na casa das mães eu dormia bem, a noite toda, porque eu não precisava tirar leite de madrugada. Mas aqui tiro em todos os horários. A enfermeira vem acordar a gente para dizer ‘está na hora da dieta’. Aí a gente acorda, tira o leite, dá para ele e depois ainda espero 40 minutos para Marcos não ter refluxo. Mal dá para dormir, porque, quando vou dormir, já é quase a hora de novo da dieta (Luana, 19 anos).

Estaria Luana se confrontando com uma posição diferente demandada em cada setor? Se “*aqui quem cuida é a mãe*”, na primeira etapa quem cuidava do bebê? Que posição a mãe ocupava anteriormente? Ao longo das observações na primeira etapa percebemos que o setor é um espaço em que a presença dos profissionais nos cuidados diários com os bebês é marcante. Marcos, apesar de apresentar um quadro clínico estável, demandava cuidados diante de sua vulnerabilidade. Fazia uso da fototerapia, sendo monitorado constantemente por aparelhos e por profissionais responsáveis por

ele, além disso necessitando estar na incubadora aquecida, onde passou a maior parte do tempo.

Os cuidados com higiene, medicação, exames e alimentação também eram de responsabilidade da equipe. No entanto, nos momentos observados, percebemos que os profissionais, dentro das possibilidades e limites, convocaram Luana, progressivamente, a se aproximar e conhecer sobre os cuidados com o filho, ao lhe dar o direito de estar no ambiente o tempo que quisesse, ao permitir que ela o alimentasse e colocasse-o nos braços e ao incentivar sobre sua produção de leite. Nesse sentido, entendemos que os profissionais e a incubadora dividiram com Luana a função de cuidado, como parceiros.

Marcos, já estável, não necessitava mais da incubadora, do monitoramento por aparelhos, nem dos cuidados intensivos. No novo setor, diferentemente do anterior, as mães são convocadas a cuidarem integralmente de seus filhos e, aos profissionais, cabe a função de dar suporte e orientações, quando necessário. A incubadora dá lugar à posição canguru, em que o bebê se aquecerá no contato pele a pele junto ao corpo da mãe.

Luana apontou, em sua fala, sobre o barulho no setor, o que foi também percebido ao longo das observações: pessoas se movimentando, mães organizando os banhos dos filhos, ordenhando, preparando-se para alimentá-los, profissionais realizando as evoluções diárias e bebês chorando. Na primeira etapa, o silêncio dos adultos e dos bebês, que dormiam a maior parte do tempo, foi predominante. O que realçava eram os ruídos dos equipamentos. Já na UCINCa, todos dividiram o mesmo espaço: em média, vinte e duas mães com seus bebês e os profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e psicóloga).

As especificidades do novo espaço causaram em Luana alguns estranhamentos, como: o uso da bata por parte das mães, que favoreceu colocar o filho em contato pele a pele na posição canguru; o uso, por parte dos bebês, apenas de fralda, meias e luvas; e o “banho de gato”, como nomeava.

Quando Luana chegou ao setor, recebeu orientações da chefe de enfermagem sobre o funcionamento do local, os benefícios do uso da bata e da posição canguru, as especificidades do banho e o porquê de deixar o filho sem roupa. A mãe comentou: “*Ela explicou como era para dar o banho de gato e como cuidar dos nossos filhos aqui*”. Apesar das orientações recebidas, nesta primeira observação, percebemos que Luana e Marcos estavam vestidos: ela de camisola e ele com roupa, meias e luvas. A médica, ao

perceber, aproximou-se e a orientou novamente. Luana respondeu que seguiria a orientação. No entanto, quando a médica se retirou, a mãe confessou para a observadora que tinha colocado roupa em Marcos por causa do frio, com medo que ele gripasse.

Sobre o “banho de gato”, como costumava chamar, Luana verbalizou:

Aprendi a dar o banho de gato nele. Achei tão esquisito. Esse banho de gato parece mais que não limpa o bichinho. [...] Elas disseram que não pode tomar banho na banheira, se não perde peso. Eu hein? Como assim, perde peso porque toma banho na banheira? Não entendi, mas, já que disseram, deve ser verdade, né?! (Luana, 19 anos).

Luana conseguiu perceber o lugar de apropriação do cuidado que a mãe passa a ter na UCINCa, quando diz “*aqui quem cuida é a mãe*”. No entanto, seu estranhamento diante das especificidades nos fez refletir que ela ainda não tinha autonomia para decidir sobre o filho. Apesar de mostrar que estava num movimento de apropriação de sua função, ainda não poderia escolher sobre como cuidar do filho naquele espaço. Isso porque o cuidado com o bebê deveria ser pautado pelos protocolos hospitalares, diante de sua vulnerabilidade. Os profissionais, que ocupavam a posição do saber sobre tais protocolos, seriam os que sabem o que é melhor para os bebês, sobretudo porque são prematuros.

Outro estranhamento se deu em relação ao uso do sutiã. Segundo Luana, os profissionais orientaram que as mães deveriam ficar sem sutiã com o filho na posição canguru. Sobre isso, a mãe pontuou: “*Poxa até sutiã a gente tem que tirar, eu não gosto de ficar sem sutiã e também meu peito fica vazando e molhando a bata*”. Ao verbalizar, seu tom nos pareceu que foi de insatisfação diante da imposição. Nossa impressão foi de uma invasão à intimidade, ao corpo do outro. Até sobre a roupa íntima a equipe decidiria? O que, então, restaria à mãe decidir?

No dia seguinte, Luana parecia estar mais tranquila e ambientada com o setor. Estava vestida com a bata e Marcos apenas de fralda, meias e luvas. Ele dormia com um semblante tranquilo, na posição canguru, e ela acarinhava sua cabeça e seu corpo calmamente. A mãe relatou, animada, a notícia de que seu filho ganhara 55 g na pesagem da noite anterior e que, se continuasse ganhando essa quantidade de peso, iria para o peito, tiraria a sonda e teria alta.

Referiu os motivos pelos quais seu filho estava ganhando peso muito rápido: “*Meu leite, porque dizem que o leite de caixa não ganha peso como o leite da mãe. E também colocar ele nessa posição (posição canguru), porque dizem que eles ganham*

peso junto da mãe. Não entendo como isso acontece, mas dizem que ganha". E continuou:

Essa noite ele dormiu em cima de mim, não deu trabalho nenhum, dormiu a noite toda. Eu é que acordei ele para comer. Eu não estava conseguindo dormir direito com ele no berço. Quando coloquei ele para dormir comigo nessa posição (posição canguru), conseguimos dormir, eu e ele. [...] Quando ele está nessa posição, até eu me sinto mais quentinha. [...] Acho que em casa ele só vai querer ficar nessa posição, porque ele fica bem relaxado (Luana, 19 anos).

No recorte acima, podemos perceber o uso que Luana conseguiu fazer do protocolo da posição canguru. O estranhamento inicial com a informação recebida sobre o ganho de peso do bebê no contato pele a pele e a obediência ao protocolo foram ressignificados e tomaram uma nova dimensão. Foi de outro registro que a posição canguru os marcou, e Luana realçou os ganhos que ela trouxe para a constituição de uma relação íntima e segura entre eles. Não importavam as explicações racionais sobre o protocolo. Foi com Marcos no colo materno que relaxaram, sentiram-se seguros, conseguiram dormir e aqueceram-se. Além disso, junto à mãe e alimentando-se de seu leite, ainda ganhou peso.

Dois dias depois, o aumento de peso ganhou novo destaque pela médica. A profissional se aproximou de Luana e Marcos e disse num tom de aprovação e entusiasmo: *“Luana, está tudo bem com seu bebê, ele está ganhando peso muito bem. Ontem, ganhou 76 gramas. Foi o bebê que mais ganhou peso ontem”*. Luana respondeu: *“Foi, sim. Fiquei impressionada, porque num dia ele ganhou 55 g e no outro 76 g!”*. Com um sorriso no rosto, encontrava-se muito satisfeita com a colocação. A impressão era de que estavam reconhecendo seu investimento no filho e reafirmando sua condição materna de saber cuidar.

A garantia da relação estabelecida entre mãe e filho ficou evidente no modo como Luana banhava o filho, ordenhava seu leite e o alimentava. Destacamos, abaixo, o relato da observação do banho deste dia.

A mãe separou um recipiente com água morna e sabão neutro. Com o algodão molhado nesta mistura, passava em cada parte do corpo, secando, posteriormente, cada uma das partes com a toalha. Começou o banho pela cabeça. Marcos franzia o rosto e se mexia, parecendo não estar confortável. Luana virou-o de lado e falou *“Bora ficar de lado, meu amor, para lavar seu bracinho?”*. Passou o algodão no braço esquerdo e nas costas. Ele ficava inquieto, querendo se desvirar e Luana dizia de modo carinhoso e

tranquilo: “*Calma, meu amor!*”. Quando começou a lavar as pernas, ele chorou. Nesse momento, ela disse: “*Oh meu amor, mamãe tem que limpar, tá ficando limpinho. Vamos agora limpar suas pernas*”. Ele respondia inquieto, franzindo o rosto e resmungando. Quando a mãe foi limpar o pênis, Marcos voltou a chorar e Luana, mais uma vez, se dirigiu a ele percebendo seu incômodo: “*Oh mamãe malvada, tô limpando o cachinho, já vai acabar*”.

Podemos refletir por meio desse recorte que o choro e as expressões corporais de Marcos foram tomados por Luana como mensagens e nomeados por ela. Ele respondia ao banho franzindo o rosto, espremendo-se ou chorando, e a mãe traduzia, colocando em palavras aquelas sensações.

Destacamos, também, os momentos de ordenha. Na primeira etapa, a ordenha era feita numa sala reservada. Já neste setor, cada mãe retirava o leite junto ao filho. Ao chegar à UCINCa, a mãe expressou seu constrangimento em ordenhar na frente das demais pessoas, especialmente dos outros pais. Verbalizou que não tinha privacidade, já que a cama se localizava no meio do quarto. Pontuou, ainda: “*Tem vários homens aqui. É bonito, porque eles trabalham de dia e vêm de noite dormir e ajudar a esposa, mas a gente não fica à vontade. Para tirar leite a gente fica de peito de fora, e, sabendo que tem homem aqui, é muito chato, dá vergonha*”. Ao apontar seu constrangimento diante da exposição do seu corpo, realçamos aqui a dupla dimensão inscrita em Luana: mãe e mulher. Aquele corpo, e, em especial, o peito, não se tratava apenas de uma dimensão maternal e produtor de leite materno. Ele também representava a dimensão erótica e de uma intimidade que ela não desejaria expor. Solicitou aos profissionais a troca de cama e a encaminharam para uma parte do ambiente mais reservada.

Em todos os momentos observados nesse espaço, Luana se organizava para iniciar a ordenha. Sentava em sua cama, puxava com os pés o berço de Marcos para junto dela, numa posição que conseguia vê-lo, com o olhar direcionado ao filho, dava início à ordenha. Indagamo-nos que efeito tinha esse olhar no ato da ordenha. Sabemos que o ato de sugar o seio materno estimula a produção de leite. Nesse caso, o olhar dirigido ao filho contribuiria na maior produção?

Quando acabou de ordenhar, Luana colocou Marcos na posição canguru e se dirigiram para o espaço onde todas as mães alimentavam seus filhos, sob orientação das técnicas de enfermagem. Ao se acomodar, a profissional organizou o leite na seringa. Marcos estava inquieto, choramingando, e Luana se dirigiu a ele: “*O que foi, meu*

amor? Toda vez que ele está comendo, fica assim reclamando comigo.” Do que Marcos reclamava?

Luana interpretou sua reclamação como se seu filho demandasse pelo peito e buscou uma solução, colocando seu rosto diretamente na sua pele, próximo ao peito e verbalizou: *“Eu coloco ele assim para ele pensar que está mamando. Eu coloco a cabecinha dele virada para o meu peito e ele fica com a boca na minha pele chupando, aí acho que ele pensa que é o peito”*. Ao buscar a solução de reposicionar Marcos para se acalmar, a mãe deu um novo sentido ao ato de alimentá-lo pela sonda e aquele momento estava para além da nutrição. Ela o nutria de leite, que descia pela sonda passivamente, e também com seu olhar, seu toque carinhoso e sua voz. Marcos, interlocutor ativo, correspondia, buscando seu olhar, chupando a sua pele como se fosse seu peito e se acalmado. A sonda, nesse momento, parecia um detalhe entre eles.

Outro aspecto que nos chamou a atenção foi a persistência de Luana em ordenhar na maioria dos horários e, ao mesmo tempo, o seu cansaço. Sua reclamação apareceu, entretanto, quando o filho passou a pesar o peso do nascimento, marcador para liberação da amamentação. Do que Luana reclamava? Seria pelo fato de ter que esperar que um outro lhe permitisse amamentar o próprio filho? Diante da insatisfação, a mãe relatou a transgressão feita em colocar o filho no peito para mamar sem liberação médica:

Ai, de novo vou tirar leite, não aguento mais, botei ontem ele no peito escondido, porque acho que vão liberar na segunda. A médica disse que quando ele ganhasse o peso do nascimento ele poderia ir para o peito, mas ele já passou porque está com 1.860 g. Aí botei escondido, mas ele não mamou, estava preguiçoso. Dois dias depois, pontua que colocou o filho por três vezes escondido para mamar: “Ele pegou direitinho, mas pouco, acho que é porque é muito pequenininho” (Luana, 19 anos).

Dois dias após a observação anterior, a fonoaudióloga se aproximou e se dirigiu a Luana: *“Ele ganhou peso, né (com ar de sorriso e de aprovação)?! Hoje, vamos tentar colocar ele no peito. Vou estar por lá e a gente tenta (apontando para o espaço de alimentação)”*. A mãe respondeu: *“É, ele já até passou do peso que nasceu!”*. Já era possível iniciar a amamentação com o protocolo referente ao peso. Como deveria ser para Luana ter que esperar por outra pessoa decidir e autorizar sobre o seu ato de amamentar?

A mãe ordenhou seu leite, colocou o filho na posição canguru e se dirigiu ao espaço de alimentação. A fonoaudióloga foi ao encontro dos dois e iniciou o exame em Marcos. Inicialmente, começou a fazer estímulos com o dedo dentro da boca dele e a examinar sua língua. A profissional percebeu que ele estava com a língua para trás e, devido a isso, não poderia liberá-lo para amamentar no peito. Orientou como Luana deveria estimular a pega de sucção do filho, antes de alimentá-lo. Após esses estímulos, Marcos seria reavaliado.

Luana ficou em silêncio, séria e pensativa. A impressão era de que estava frustrada, pois não contara com essa notícia. Não lhe foi dito sobre a possibilidade de Marcos não ser liberado para o peito. O único aspecto verbalizado pelos profissionais era o fato de que, se atingisse o peso do nascimento, a amamentação seria liberada. Nesse caso, o peso não era mais o impeditivo e, então, passa a ser realçada a singularidade de Marcos e sua posição ativa para amamentar.

O dia seguinte foi feriado na cidade. Não havia médicos nem fonoaudiólogos para reavaliar Marcos. Precisariam esperar mais um dia. Ao iniciarmos a observação, Luana estava finalizando o banho do filho. Começou a vesti-lo e disse: *“Hoje não tem médico, então a gente pode tudo (sorrindo). Estou achando que ele está resfriando, então quero deixar ele aquecido. Eu também estou resfriando”*. Com esse ato, ela legitima seu saber materno e o veste, considerando seu desejo.

Continuou verbalizando: *“Ele engordou 60 g ontem, só falta 20 g para chegar em 2 kg. A médica disse que ele já está bem de peso para ir para casa, só falta pegar o peito para ter alta. [...] Agora a expectativa é para ver se amanhã, com a fono aqui, ele consegue”*. Luana se confronta com o seu limite. Tem investido o que é possível em Marcos, mas nem tudo depende apenas dela. Não era o bastante ela ter leite suficiente para o filho. A confrontação com o limite materno realça a importância da posição ativa de Marcos na constituição da relação entre eles. Mãe e bebê executavam seus papéis, no entanto, em tempos possíveis para cada um, e não no tempo desejado pelo outro.

Antes da ordenha, Luana vestiu uma luva para dar início à estimulação orientada pela fonoaudióloga. Posicionou Marcos no colo e disse: *“Bora, meu amor, aprender a pegar o peito?”*. Colocou o dedo indicador da mão direita na boca do filho, que estava esperto, mas não estava sugando. Então, ela se dirigiu novamente a ele: *“Bora, Marcos. É pra gente ir pra casa, tá preguiçosinho?!”*. Parecia que o filho tinha compreendido a mensagem materna, pois ele a olhou e começou aos poucos a sugar. Sugava e parava.

Ambos se olhavam, de modo sintonizado, e ela acompanhava os movimentos de sucção e de descanso, que duraram cerca de três minutos.

Quando a mãe tirou o dedo da boca, Marcos fez um bico de choro e ela disse, aninhando-o em seus braços e cheirando sua cabeça: “*Oh mãezinha, você não queria que eu tirasse, não é? Tome, mamãe bota de novo.*” Ele choramingou novamente e sua mãe respondeu: “*Pronto, mamãe não bota mais não, já estimulamos demais*”. Abraçou-o e o colocou no berço, explicando: “*Fique aí direitinho que vou tirar seu leite*”.

Ressaltamos, aqui, o respeito de Luana aos limites de Marcos, apesar de sua ansiedade. Ela o convocou, enquanto parceiro ativo, e ele respondeu à convocação, conseguindo sugar. Posteriormente, seu choro foi interpretado e respeitado como um limite imposto por ele.

Dois dias depois desta observação, Marcos conseguiu, por meio dos estímulos, reorganizar sua sucção e ser liberado para mamar. Luana ressaltou como foi o primeiro dia de amamentação: “*Ontem, ele foi para o peito, mas, durante todo o dia, mal pegava porque dormia, estava preguiçoso. Só foi pegar mesmo ontem à noite e hoje de manhã cedo.*” Parece que ele precisou de um tempo para compreender seu papel na amamentação e se acomodar ao novo modo de ser alimentado, finalmente no seio materno!

Luana continua: “*Fiquei feliz quando vi que ele ganhou 50 g, porque ele só foi mamar mesmo ontem à noite e, mesmo tomando menos leite, ainda engordou*”. A surpresa na fala de Luana em relação ao ganho de peso foi corroborada pela fonoaudióloga, que se dirigiu, destacando: “*Engordou mais 50 g, não foi?! Que coisa boa! Diminuímos 10 ml da sonda e, mesmo assim, ele engordou bem. Vamos tirar mais 10 ml hoje. Agora ele vai ficar tomando 30 ml, ok?! Quando for colocar ele no peito, me chame*”. Marcos engordou, mesmo comendo menos no dia anterior. Poderíamos refletir que sua condição de saúde e de engorda não depende restritamente do leite? Ele se alimenta e se nutre também dos investimentos maternos.

Durante a observação, chegou o momento em que Luana daria início à amamentação. Pegou seu filho no colo, sentou na cama e o posicionou para amamentar. Marcos parecia estar mal posicionado nos braços maternos, sem apoio para mamar. O mal posicionamento fez com que Luana colocasse o peito na boca dele. Dirigiu-se ao filho: “*Vai, Marcos, olha o peitinho, vamos comer?*”. Ela também parecia não estar bem posicionada, sentada na beira da cama. Quando a mãe conseguiu colocar o bico na boca dele, Marcos sugou num ritmo organizado, por alguns segundos, e parou.

Luana mostrava-se inquieta e ansiosa, sem conseguir posicioná-lo de uma maneira confortável para ambos e que ajudasse o filho a amamentar. Nesse momento, lembrou que a fonoaudióloga pediu para chamá-la. A profissional ajudou a posicionar Marcos em seus braços: ajustou sua cabeça no antebraço da mãe, direcionou seu corpo, barriga com barriga, e se retirou. Após a intervenção, Luana voltou a ter dificuldades com a posição e verbalizou: *“Foi tão fácil amamentar Igor, agora está mais difícil”*.

Pelo fato de não estar bem posicionado para amamentar, Marcos começou a sugar a parte interna do peito, não o bico, e Luana foi lhe explicando: *“Não, meu amor, não é aí, é aqui ó.”*, tentando colocar o bico na boca. Ele estava ativo no processo e parecia ávido para mamar. Houve momentos em que sugava bem organizado, mas logo o bico do peito saía de sua boca. Ele o procurava, mexendo a cabeça.

O outro peito começou a vaziar, e Luana prontamente disse para Marcos: *“Vamos para esse outro peito que já está cheio de leite pra você”*. Ela o posicionou, mas Marcos já estava sonolento, fechava e abria os olhos. Falou novamente com o filho, mexendo em sua bochecha: *“Bora, meu amor. Olha o leitinho...Você quer dormir? Tá bom, a gente para”* e parou. Colocou Marcos no berço e foi ordenhar os dois peitos, que vazavam.

A cena observada nos remeteu a uma inédita e desafiadora experiência para mãe e filho. Apesar do sucesso na experiência anterior de amamentação, a de Igor, o processo com Marcos impôs alguns limites. Nota-se, dessa maneira, que cada relação é única. Luana e Marcos, enquanto parceiros nesta nova jornada, descobririam juntos a melhor forma de amamentar e de mamar. A expectativa de que seria fácil amamentá-lo, como foi com Igor, abre espaço para o imprevisível de cada relação.

Quatro dias depois da observação acima, realizamos a última visita do internamento hospitalar de Luana e Marcos. Neste dia, foi retirada a sonda, o bebê mamou no peito e teve alta no dia seguinte. Luana ressaltou que percebia Marcos mais esperto: *“Depois que ele começou a mamar ficou mais esperto. Antes ele dormia muito lembra? Agora fica bastante acordado. Acorda para comer”*. O que mudou? Poderíamos supor que a forma com que recebia o alimento influenciaria na sua mudança? Ao ser alimentado pela sonda, o leite descia e Marcos o recebia passivamente. Agora, ao mamar, ele produz o próprio alimento e, para isso, precisa assumir uma posição ativa.

A mãe continua compartilhando: *“Estou dando o peito na hora que eu acho que ele quer, de instante em instante. Porque ele vem procurar meu peito e chora de fome.*

A médica disse que agora a dieta é livre”. Com a autorização da médica, a mãe, finalmente, pôde assumir sua posição de escolher o que considera melhor para o filho. A decisão sobre quando amamentá-lo, independentemente dos horários preestabelecido no setor, legitima seu saber enquanto mãe, mas respeita a vontade do bebê.

Mais uma vez, Luana iniciaria a amamentação. Acomodou-se na cama e posicionou Marcos em seus braços. Desta vez, a cena observada foi bem diferente da anterior. Ela conseguiu colocar o filho numa posição de conforto em que foi possível ele mamar. Marcos estava acordado e esperto e, ao colocá-lo no peito, Luana disse: “*Olha, mamãe, peitinho.*” e ele pegou. Chamou-nos a atenção como ele sugava ritmicamente com uma boa aderência ao seio. Fazia o movimento de sucção, calmamente, e parava para descansar. Luana o admirava, acompanhando seu ritmo. Estavam os dois conectados, e Luana parecia estar mais calma.

Depois de alguns minutos, Luana colocou o filho no outro peito, passou três vezes o bico na boca dele, mas Marcos não abriu a boca. Então ela disse: “*Quer mais não, mamãe?*” e parou. A mãe colocou, então, o filho na posição canguru. Marcos arrotou e começou a soluçar. Prontamente, Luana o abraçou com uma manta e disse que ele estava com frio, por isso soluçava. O abraçou e disse: “*Vamos embora, meu amor!*”, em um ar de entusiasmo e comemoração. Marcos foi adormecendo no colo materno com um semblante tranquilo. Luana, relaxada em sua cama, parecia estar aliviada, dando indícios de que a amamentação estava se instalando, numa relação entre mãe e filho e que se assegurava a cada investimento.

O semblante de comemoração de Luana pela alta remeteu-nos ao percurso que ambos traçaram ao longo dos 21 dias de observação no internamento. Viveram impasses, entraves e estranhamentos diante das especificidades dos cuidados lançados ao filho prematuro numa instituição hospitalar. Apesar disso, observamos as nuances de uma relação entre mãe e filho que foi se constituindo progressivamente, com a apropriação de sua função materna e do filho enquanto objeto de investimento.

6.4 “O que está acontecendo, Luana?”

Marcos recebeu alta hospitalar e, após 15 dias, retornou para consulta de acompanhamento com uma enfermeira da UCINCa que já conhecia mãe e filho. Nesse atendimento, percebemos que diversas questões atravessaram o novo contexto de Marcos: financeiras, de moradia e da dinâmica familiar.

No que se refere às questões financeiras, ficou evidente a precariedade em que vive a família. Segundo Luana: *“As condições financeiras não estão fáceis, porque dependemos só da minha sogra. Meu marido está parado e eu não posso trabalhar, porque estou amamentando Marcos. As coisas para as crianças não faltam, mas para nós faltam”*. Apesar de apontar que não faltam as “coisas” das crianças, a vitamina indicada pelo hospital para Marcos tomar diariamente ainda não havia sido comprada, devido à falta de dinheiro.

Os reflexos das condições de moradia são também evidenciados no corpo de Marcos, que apresentava picadas de muriçoca. Luana verbalizou que em sua casa existem muitas muriçocas. A profissional orientou a mãe sobre como poderia minimizá-las, utilizando ventilador e fechando portas e janelas.

Segundo Luana, Marcos continuava sendo alimentado exclusivamente com o leite materno. No entanto, ao verificar o peso atual do bebê, a profissional percebeu que o ganho de peso médio diário estava aquém do que ele costumava ganhar quando internado. A profissional então questionou à mãe: *“O que está acontecendo, Luana? Ele antes estava ganhando 20,5 g e agora 14,5 g. Ou você não está dando a comida nos horários? O que é?”*. Luana responde: *“Acho que pode ser porque eu não estou comendo direito...”*. Luana mais uma vez apontou os reflexos da dificuldade financeira, comprometendo inclusive sua alimentação e, em seu olhar, esse era o fator que estava prejudicando o ganho de peso do filho.

A enfermeira não levou em consideração sua colocação e continuou questionando-a num tom imperativo:

- *“Você está acordando ele de três em três horas?”*.
- *“Tem vezes que não”*, responde a mãe.
- *“Você tira o leite primeiro para depois dar o que engorda?”*.
- *“Às vezes”*.
- *“E você dá aonde, no copinho, na chuquinha?”*.
- *“Na chuquinha”*.
- *“Já está errada, você não pode dar na chuquinha, porque a pegada é diferente da do seu peito. É para dar no copo. Você tem?”*.
- *“Não, eu não sabia e não tenho”*.
- *“Você está sempre tirando?”*.
- *“Não, eu boto ele para mamar e só uma vez ele toma na chuquinha”*.
- *“Pois agora você vai fazer o seguinte, vai dar comida a ele de duas em duas horas e antes vai tirar o leite, porque o início do leite não engorda, o que engorda é o depois.”*
- *“Eu não sabia disso...”* responde Luana.

Quando a enfermeira orientou Luana a dar o leite de duas em duas horas ao filho, a mãe respirou profundamente e verbalizou que estava muito cansada, pois dormia muito tarde e seu filho mais velho estava demandando bastante diante da chegada de Marcos ao ambiente familiar. Nesse momento, a enfermeira pontuou: “*É difícil mesmo. Agora você não dorme, mas depois ele vai deixar você dormir. Mas não dê chuquinha, você vai dar copinho viu! Se ele estiver dormindo, acorde!*”. A profissional combinou o retorno do bebê para quatro dias seguintes, a fim de reavaliar o seu ganho de peso. No entanto, ameaçou verbalizando a possibilidade de Marcos voltar a ser internado: “Volte na terça para eu reavaliar e, dependendo de como ele esteja, vamos ver se ele vai ser internado novamente ou se vai ter alta daqui e ser acompanhado no posto”.

Quando Luana foi vestir o filho para ir embora, se virou em direção ao lixeiro que estava ao lado do trocador para jogar a fralda suja. Nesse momento, a enfermeira brigou, verbalizando: “*Não faça isso não, você quer que seu filho caia é? Olha a altura disso aqui. Se ele cair, você vai diretinho fazer o enterro dele*”. Luana se espantou, o pegou nos braços e o abraçou, dizendo: “*Deus me livre!*”. A profissional continuou: “*Pois é, não brinque com isso não que eu já vi casos desses acontecerem e o menino morrer!*”. A pesquisadora ficou impactada com o tom e a forma com que a profissional utilizou para se referir à situação. É verdade que a mesma precisa orientar à mãe sobre os cuidados e as precauções de acidentes, no entanto a forma desrespeitosa e chocante foi desnecessária. Parece um abuso de poder.

Após quatro dias, retornaram para a nova consulta. Luana amamentava Marcos na sala de espera. Quando a enfermeira a chamou, a mãe se mostrou apreensiva e dirigiu-se sorrindo ao filho: “*Marcos, pese muito agora viu?*”. Quando pesou o bebê, a profissional percebeu que Marcos estava ganhando 40 g/dia e disse num tom de desconfiança: “*Alguma coisa você estava fazendo, porque não era normal ele estar ganhando 14 g/dia e agora 40 g/dia*”. Luana respondeu: “*Fiquei dando de duas em duas horas e tirando algumas vezes o leite inicial. Acho que o que você mandou eu fazer funcionou*”.

A profissional não fez mais nenhum questionamento e disse que Marcos estaria de alta daquele hospital e seria, a partir de então, acompanhado pelo posto de saúde próximo à sua casa.

Trazemos para reflexão a postura da enfermeira diante de Luana e Marcos. O ganho de peso e a amamentação adequada foram os aspectos abordados pela enfermeira. Num tom de recriminação, culpabilização e de imposição, em nenhum momento

considerou o novo contexto da mãe e do bebê e as questões relacionadas que os atravessavam (adaptação, financeiro, dinâmica familiar). O importante ali era apenas a curva de peso. E, ao perceber que Marcos não ganhara peso como deveria, percebeu que algo de errado a mãe estava fazendo. Na consulta seguinte, o tom de desconfiança foi realçado no discurso da profissional diante do ganho de peso a mais de Marcos. A desconfiança se deu pelos dois lados: primeiro pela perda de peso e, depois, pelo ganho de peso acima do esperado. Diante disso, Luana respondeu que obedeceu à orientação e por isso o bebê conseguiu engordar o suficiente.

CAPÍTULO 7

CASO 2 – ANDRÉA E RUAN

7.1 “Fiquei mais feliz, porque era um menino”

Andréa tinha 19 anos, morava na região metropolitana do Recife junto com o parceiro, Rodolfo, de 25 anos, e a filha mais velha, Juliana, de dois anos, que também nasceu prematuramente. Ruan nasceu com 33 semanas, de parto cesárea e pesando 1.725 g. Ficou 19 dias internado no hospital, sendo cinco deles na UCINCo (primeira etapa) e 14 na UCINCa (segunda etapa). Para fins do processo investigativo ora desenvolvido, no período de internação do recém-nascido, foram realizadas no total sete observações, sendo duas na primeira etapa e cinco na segunda.

A gravidez de Ruan não foi planejada, mas os pais não estavam se prevenindo. A mãe relata seu sentimento de felicidade ao descobrir a gestação do garoto e, em especial, a alegria por ser um menino: *“Fiquei feliz quando soube que estava grávida e mais feliz porque era um menino. Agora tenho um casal, né?”*.

O nascimento de Ruan precisou ser antecipado, devido ao estado de pré-eclâmpsia materna. Andréa procurou o hospital onde tinha feito o pré-natal, pois apresentava fortes dores na barriga e na cabeça. Os profissionais do hospital perceberam que a mãe estava entrando no estado de pré-eclâmpsia e que corria risco de parto prematuro, por isso encaminharam-na ao *hospital de referência* onde teve o bebê. Neste mesmo dia, os médicos decidiram interromper a gestação, pois a pressão materna continuava aumentando.

Após o nascimento do bebê, de parto cesárea, Andréa ficou internada um dia na UTI obstétrica para estabilizar a pressão arterial e, por isso, ficou impossibilitada de ver o filho. No dia seguinte, ao receber alta da UTI, pôde ir ao encontro de seu bebê: *“Fiquei tão feliz, porque ontem mesmo coloquei ele no braço. Cheguei e pedi logo pra colocar. Com Juliana no início eu não podia, porque ela estava cheia de aparelhos. Ela ficou 24 dias na UTP”*.

O primeiro encontro entre mãe e filho foi marcado, por um lado, pela similaridade da experiência vivida diante da prematuridade de Juliana e Ruan, com as especificidades do ambiente hospitalar e, por outro lado, pela diferença dos sexos de cada nascimento, bem como do estado clínico de cada um dos filhos. A possibilidade de

tê-lo em seus braços trouxe alívio e satisfação na fala materna. Ao mesmo tempo, a diferença da experiência vivida com Juliana é realçada, já que o início da vida da filha foi marcado pelos cuidados médicos mais intensivos, com uso de aparelhos, e pela impossibilidade de tê-la nos braços.

Juliana nasceu com 29 semanas, pesando 1.214 g e em um estado clínico mais delicado. Nessa gestação, Andréa teve eclâmpsia e precisou interromper a gravidez antes do tempo. A filha ficou internada durante 24 dias na UTI Neonatal e um mês na UCINCa, em outro hospital de referência.

Diante da experiência anterior, aquele ambiente não era estranho a Andréa. Teria tal familiaridade contribuído para a tomada de uma posição ativa da mãe diante do filho? Seu estado clínico mais estável também teria influenciado? E o fato de ter um filho homem, também teria alguma relação?

7.2 “Mamãe chegou, não precisa chorar”

O segundo encontro entre mãe e filho se deu no dia da escolha por eles para participar da pesquisa. Tal escolha ocorreu por duas razões: pelo tempo de nascimento de Ruan, pois este tinha apenas três dias de vida, e pela forma com que Andréa chegou ao setor. A pesquisadora percebeu uma mulher jovem entrar ao setor vestida de camisola e caminhando bem devagar, por conta da recente cirurgia. Dirigiu-se, imediatamente, para a incubadora do filho, falou baixinho com ele e pediu à enfermeira para colocá-lo em seus braços. Ao pegá-lo delicadamente, mas demonstrando segurança, verbalizou para Ruan, que estava chorando: *“Oi, meu amor. Mamãe chegou, não precisa chorar”*. A postura ativa de Andréa tocou a pesquisadora, mobilizando interesse em observar como se daria a construção da relação entre mãe e filho ao longo do internamento hospitalar.

Ao pegar o filho nos braços, Andréa o posicionou na posição vertical, com a cabeça dele entre os seios maternos e organizou seu corpo, aconchegando-o. Ao perceber sua inquietude, dirigiu-se ao filho: *“Oi, meu amor. Mamãe chegou, não precisa chorar”*. Ruan respondeu à voz materna escutando e buscando seu olhar. Abriu a boca, encontrou sua mão e passou a sugar. Andréa observava seu bebê ativo em seus braços e nomeou a busca pela mão como desejo pelo peito. O beijava na cabeça, com o semblante tranquilo.

Após esse momento, a alimentação de Ruan foi iniciada e a técnica de enfermagem questionou Andréa se esta estava ordenhando. A mãe respondeu: “*Não, só estou estimulando. O leite ainda não chegou*”. Quando o leite começou a descer pela sonda, Ruan a sugava avidamente. Ao perceber, a profissional verbalizou num tom de entusiasmo: “*Eita, parece que ele está sentindo o leite chegar na barriga. Quando sente o sabor do leite, fica assim, sugando!*”.

Chamou-nos atenção a postura ativa e desejosa de Ruan diante do ambiente: a inquietude corporal antes de a mãe acalotá-lo, a busca do olhar materno e de sua voz, a abertura da boca como reflexo de busca, a sucção da mão e da sonda ao ser alimentado. Ao mesmo tempo, percebemos Andréa com o mesmo movimento em direção ao filho, solicitando tê-lo em seus braços, pegando-o com propriedade, segurança e aconchego, dirigindo-se com palavras e com o olhar e nomeando suas expressões corporais.

Trazemos para reflexão que a postura ativa de Ruan seria uma resposta à postura ativa da mãe. Uma mãe ativa produz um filho ativo. Andréa foi em busca do filho e do contato corporal desde o momento que lhe foi possível. O bebê passou a ser ativo, correspondendo ao desejo materno.

Após a alimentação, a médica aproximou-se para examinar o bebê. Andréa perguntou à profissional se gostaria que ela saísse de onde estava sentada. A resposta da médica veio ratificar a posição que a mãe já estava ocupando: “*De jeito nenhum! Ao contrário, quero que você fique aí.*” A profissional pegou Ruan do colo materno e o colocou cuidadosamente na incubadora, dirigindo-se ao bebê: “*Bom dia! Vou tirar você do colo da mamãe rapidinho viu?!.*” Ao longo do exame, o bebê chorou. Ao terminar, a médica devolveu Ruan para a mãe, falando com ele: “*Eita, que chorinho é esse? É um choro dengoso é?*”. A mãe sorriu e o aconchegou em seus braços novamente.

Ruan estava no colo materno acordado e calmo. Andréa, por sua vez, alisava sua cabeça calmamente, dirigia seu olhar para ele e conversava com o filho: “*Tu não vai ser preguiçoso não, né, mainha?!.*” Ao escutar, o bebê se esforçava para olhar para cima, na tentativa de buscar o olhar e a voz materna. Ruan fechou os olhos, até que adormeceu com um semblante tranquilo. Refletimos sobre o porquê de a mãe ter feito este questionamento a Ruan. Teria relação com a primeira experiência vivenciada com a filha mais velha? Com essa fala, parecia que a mãe demandava do filho essa posição ativa diante do mundo.

No dia seguinte, ao chegarmos ao setor, Ruan estava inquieto na incubadora, esticando pernas e braços. A enfermeira percebeu seu incômodo e o organizou. No

entanto, o bebê voltou a ficar irritado, até que encontrou sua luva e começou a sugar fortemente. Chamou-nos atenção o modo intenso com que ele sugava, mexendo todo o rosto.

Andréa chegou ao setor com seu parceiro, Rodolfo, e, em mãos, trazia seu pote de leite. Disse bem orgulhosa: “*Consegui tirar 25 ml*”. A técnica de enfermagem se aproximou para organizar a dieta de Ruan e a mãe se dirigiu a ela: “*Você coloca ele no meu colo para eu dar a dieta?*”. Ao olhar para Rodolfo, Andréa mudou de ideia e perguntou se ele gostaria de alimentar o filho. O pai respondeu que sim. Era a primeira vez que ele o colocaria no colo. Parecia eufórico e perguntou: “*Será que vou saber pegar ele no colo? A única bebê que peguei foi Juliana e já faz um tempinho*”. Rodolfo sentou-se na cadeira e a técnica organizou Ruan em seu colo. Seu filho se mostrava inquieto, chorando, esticando pernas e braços, e todo espalhado no colo paterno. O pai parecia estar com dificuldades em contê-lo e organizá-lo. Passou a alisar sua cabeça e se dirigiu ao filho: “*Pronto, papai, papai tá aqui.*” A dieta foi iniciada e Andréa estava ao lado dos dois, conectada com a cena que observava. Ruan continuava bastante inquieto e virou a cabeça para frente entre os peitos do pai. Rodolfo, sorrindo, disse: “*Ele está procurando peito. Aqui não tem leite, meu amor*”.

Mãe e pai trocavam olhares e sorriam. Andréa verbalizou: “*Olha como ele é esperto, fica um tempão acordado. Lembra de Juliana? Juliana não era assim, vivia dormindo.*” O olhar de contemplação em relação ao filho e sua comparação com Juliana marcou, mais uma vez, a construção de um lugar de diferença entre os dois. Apesar de ambos terem sido prematuros, a marca da oposição foi realçada no discurso materno. Ruan seria o que Juliana não pôde ser nem oferecer naquela primeira experiência: a possibilidade de tê-lo nos braços desde o início da vida, o sinal de saúde, o esperto, o que ficava acordado em busca de interação.

Ao finalizar a dieta, Rodolfo pediu para que Andréa segurasse Ruan, para melhor contê-lo. Ao pegá-lo no colo, a mãe o acomodou com a cabeça entre seus seios, organizou seu corpo de modo bem acolhido, deu um beijo na cabeça e disse: “*Mamãe está aqui.*” O bebê se acalmou e o pai, prontamente, falou sorrindo num tom de percepção da diferença entre o colo materno e paterno: “*Olha só, com a mãe é diferente, ele chega ficou calminho*”.

Rodolfo se posicionou por trás de Andréa, abraçando-a e observando seu filho. Ela, por sua vez, abraçava Ruan, que estava acordado e tranquilo. Ao contemplar o filho, o pai indagou: “*O cabelo dele é preto da cor do meu. Será que vai encaracolar?*”

Porque está liso.” A mãe então respondeu: *“É o mesmo, igual ao seu. Claro que vai. É porque bebê não nasce de cabelo encaracolado. Vai ser igual ao seu, ao meu e ao de Juliana”*. O reconhecimento da semelhança que Andréa conseguiu fazer a partir da indagação do pai inseriu Ruan na linhagem familiar, garantindo seu lugar de filiação.

Nesse momento, Ruan virou a cabeça de frente para o seio materno e começou a chupar fortemente a pele. Os pais, então, começaram a sorrir e Andréa se dirigiu ao filho num tom de entusiasmo e surpresa: *“Você ainda tá com fome, é, mamãe? Você já está satisfeito porque comeu, mas quer comer mais, é? Está sentindo o cheiro de leite, né?!”* A mãe, em seu discurso, conseguiu nomear as expressões corporais de Ruan e formular hipóteses de que, por sentir o cheiro do seu leite, o bebê desejava comer mais.

A hipótese de que Ruan estaria sentindo o cheiro de seu leite a faz comentar com Rodolfo: *“Meu leite está chegando agora. Estou tirando em todos os horários para ele. Quero que ele coma do meu leite”*. Curiosamente, no dia anterior, Andréa foi direto ao encontro do filho e não foi ordenhar. Respondeu à profissional que seu leite ainda não tinha chegado. Ao observar a cena, parecia que o que importava naquele momento para Andréa era o encontro com seu filho e a possibilidade de tê-lo em seus braços. O contato com o filho parecia estar em primeiro plano e seu leite viria como consequência. Após essa garantia inicial da constituição da relação entre mãe e bebê, o leite passaria a chegar.

Ruan começou a ficar sonolento no colo materno. O pai se dirigiu ao filho: *“Ruan, papai tá aqui”*, e o mesmo abriu os olhos. Ao percebê-lo sonolento, Andréa disse calmamente ao marido: *“Amor, ele quer descansar agora”*. Rodolfo respeitou a fala materna e Ruan adormeceu. A mãe apontou em seu discurso, mais uma vez, o saber sobre o filho, interpretando as expressões corporais do bebê de um modo seguro, sereno e ativo na sua função junto ao ambiente externo, neste caso, ao marido.

7.3 “Todo leite dele vai ser o seu!”

Após quatro dias, nos encontramos já na segunda etapa. Ruan obteve alta da UCINCo, pois seu quadro se apresentava estável e foi, então, encaminhado para a UCINCa. No dia deste encontro soubemos que havia dois dias que já estavam no novo setor. A chegada se deu no final de semana, quando não havia a presença de médicos. Andréa falou sobre a felicidade pela alta da UCINCo, mas, também, sobre seu impacto em relação ao novo ambiente: *“Fiquei muito feliz, mas não gostei muito daqui debaixo,*

não, porque as enfermeiras só ficam com a gente na hora da dieta. Depois é a gente que se vire. Lá em cima era melhor”.

Percebemos em sua fala a sensação de segurança recebida na primeira etapa, já que Ruan demandava dos profissionais um cuidado mais intensivo. A chegada à UCINCa foi marcada pela autonomia no cuidado com o filho, pois este se apresenta com condições de saúde estáveis, o que possibilita a apropriação materna do cuidado. Andréa já apresentava os indícios da apropriação de sua função. Talvez o que ela realçou, em seu discurso, foi a insegurança inicial de uma mãe que cuidará do seu bebê sozinha, o que nos parece uma condição natural estabelecida inicialmente, até a adaptação ao novo espaço e à função. A insegurança pode também ter relação com o contexto da prematuridade e pelo filho ainda estar internado na instituição hospitalar. Se Ruan estava internado, então ainda inspirava cuidados, não apenas maternos, mas também profissionais.

Andréa continuou o relato:

Fiquei chateada também porque estão dando a quantidade errada da dieta para Ruan e ele está ficando com fome, irritado e caindo o peso. Lá em cima, ele estava comendo 26 ml. Quando descí, desde sábado à tarde (este dia era segunda-feira) ele está comendo 22 ml. Eu disse à enfermeira que era 26 ml, mas ela disse que o que estava escrito era 22 ml. Não pude fazer nada. [...] Ele passou esses dias irritado quando acabava a dieta, porque estava com fome. Ele estava pesando 1.670 g, quando pesaram no sábado caiu para 1.630 g e no domingo caiu para 1.615 g. Quero que a médica venha examinar ele para eu falar essa história da dieta (Andréa, 19 anos).

A fala de Andréa realçou a contradição existente entre a autonomia dada à mãe no cuidado e a destituição de seu saber sobre o filho no momento da dieta. O sentimento de impotência diante da não escuta e da intransigência a mobilizou, pois, nesta questão, ela não tinha poder de decisão. Indagamo-nos, dessa forma, como deve ter sido para a mãe vivenciar o impasse de chegar ao setor e ter a “autonomia” sobre os cuidados com o filho, mas não ser escutada e não ter seu saber validado pela profissional.

Nesse momento, a médica se aproximou para a primeira consulta com Ruan na UCINCa. Andréa, imediatamente, relatou o impasse ocorrido a respeito da quantidade de leite ofertada ao filho. A mãe estava correta na sua informação. A médica reconheceu e validou sua palavra, solicitando o aumento do leite para 30 ml. A expressão materna nesse momento foi de alívio. A médica questionou se Andréa estava conseguindo ordenhar e qual a quantidade. A mãe respondeu que sim, que estava tirando, em média,

33 ml. “Ótimo! Todo o leite dele vai ser o seu! Muito bem!”, respondeu a profissional, num tom firme e de aprovação. A médica examinou o bebê e percebeu que a cor da sua pele indicaria uma possível icterícia. Para confirmar, faria o exame em breve.

Após a evolução clínica, Andréa deu início ao banho do filho. Ruan estava no berço e chorava bastante. Esticava pernas e braços, expressando sua inquietude corporal. Andréa respondia a ele: “*Calma, filho*”. Durante todo o processo, ele reclamou e chorou, mas Andréa conseguiu finalizar o banho e, quando foi trocá-lo, o bebê começou a se acalmar.

A médica voltou para realizar o exame e o resultado confirmou icterícia. Para tratar seria preciso o uso da fototerapia. A médica se dirigiu a Andréa: “*Olha, ele vai precisar de luz. Vai ficar no berço aquecido. Daqui a pouco a enfermeira vai trazer*”. Andréa balançou a cabeça no sinal afirmativo pra a médica. A profissional não explicou mais nada e a mãe também não fez perguntas. O semblante materno mudou, mostrando-se silenciosa e pensativa.

Após a notícia, Andréa iniciaria a ordenha e, curiosamente, ela retirou Ruan do berço, que estava bem acomodado, e o colocou na posição canguru. Começou a ordenhar com o filho, que estava acordado e ativo em relação ao ambiente. Chamou-nos atenção a cena observada, pois Andréa ordenhava com destreza, enquanto Ruan iniciou um movimento de sucção na pele do peito materno. Pareciam que estavam em sintonia: de um lado a mãe tirava o leite e, do outro, o filho realizava o movimento de sucção.

Atrelado a esse movimento rítmico, a troca de olhares estava presente. Andréa olhava para o filho e ordenhava. Ruan, por sua vez, buscava o olhar materno levantando sua cabeça e sugando sua pele. Ao perceber a cena, a mãe que estava no leito ao lado disse num tom de estranhamento: “*Por que tu tá tirando leite com ele aí?*”, e Andréa respondeu: “*Pra ele não chorar.*” “*E tu já viu alguém morrer de chorar? Bota ele ali, menina.*”, indagou a outra mãe novamente. Ela não respondeu e continuou ordenhando da mesma maneira.

Os questionamentos da outra mãe nos trouxeram algumas reflexões. Andréa tinha acabado de receber a notícia de que seu filho precisaria ficar no berço aquecido e não mais no contato pele a pele. Como Andréa recebeu essa notícia? Ela não verbalizou seu sentimento, mas expressou logo em seguida pegando-o nos braços e colocando-o no contato pele a pele para ordenhar. Indagamo-nos se seu movimento com o filho teve relação com a dificuldade de se separar dele. Parecia que para ela o contato corporal tinha um sentido, pois, desde a primeira observação, ela solicitava tê-lo em seus braços.

A partir de então, estaria impossibilitada de colocá-lo, a maior parte do tempo, na posição canguru, por uma questão de saúde do filho. Sua resposta foi de que estava ordenhando daquela maneira para Ruan não chorar. Mas, na verdade, para quem foi difícil receber aquela notícia?

Ao mesmo tempo, refletimos sobre a interessante cena da ordenha semelhante à amamentação. Ruan exercia seu papel ativo, sugando a pele materna e correspondendo ao olhar da mãe. Esse contato pele a pele, o movimento de sucção e a troca de olhar estariam influenciando uma maior produção de leite? Existiria uma função do lugar de Ruan na ordenha de Andréa? O processo de ordenha durou, em média, dez minutos. Andréa conseguiu encher o copo de leite. Alimentou o bebê no espaço de alimentação e Ruan logo adormeceu.

Ao finalizar a alimentação, Andréa se dirigiu à cama. Sentou-se e passou a alisar a cabeça de Ruan, que dormia tranquilamente. Parecia pensativa. Nesse momento, a técnica de enfermagem instalou o berço aquecido na posição de frente à sua cama. Andréa perguntou: *“O berço não pode ficar do lado de minha cama?”* *“Não, porque as tomadas são aqui.”*, respondeu a técnica. Ruan já não estaria no contato pele a pele e agora nem ao seu lado. A posição do berço à frente tirava a possibilidade de vê-lo. Precisaria se levantar para conseguir olhar seu filho. Mais uma vez indagamo-nos como Andréa estava vivenciando esse distanciamento físico inevitável, mas tão importante para a saúde do bebê.

A profissional percebeu que Ruan estava com luvas e dirigiu-se à mãe: *“Ele não pode ficar de luva. Você vai ter que tirar, porque ele tem que pegar luz na maior parte do corpo.”*. Andréa respondeu, angustiada: *“Mas ele vai puxar a sonda se não ficar de luva.”* *“Pergunte então à médica, mas que eu saiba não pode”*, respondeu a técnica e se retirou. Andréa continuou pensativa e dirigiu-se à observadora: *“Estou preocupada dele ficar nesse berço. Não sei quanto tempo vai durar. Será que ele vai ficar muito tempo?”*. A observadora respondeu que seria importante que ela tirasse suas dúvidas com a médica. Diante da observação, refletimos que em nenhum momento a equipe explicou como se daria o uso do berço aquecido. Talvez uma fala da profissional à mãe poderia ter contribuído na contenção da angústia materna, natural diante do que vivenciava.

Dois dias depois, mãe e bebê se encontravam em outro leito. Curiosamente, neste novo espaço, o berço aquecido se posicionava ao lado da cama de Andréa, como ela desejava desde o início. Esse reposicionamento do berço nos faz refletir sobre a

postura ativa de Andréa na tentativa de conseguir o que desejava. Sua interrogação à profissional pode ter feito algo mudar.

A enfermeira se aproximou da mãe e do filho e afirmou que os novos exames da icterícia baixaram: “*Vamos tirar tudo.*”, referindo-se ao berço aquecido. Andréa ficou muito feliz, deu um sorriso e disse: “*Que maravilha! Agora posso dormir com ele*”. No entanto, a informação dada estava equivocada. As taxas de Ruan haviam melhorado, mas ele ainda precisaria ficar no berço aquecido, só que agora um intermediário. Andréa mudou o semblante, mostrava-se decepcionada.

Ruan começou a se inquietar e Andréa interpretou que ele estava com fome. Colocou-o na posição canguru e se dirigiu ao espaço de alimentação para solicitar que ele comesse. No entanto, voltou sem sucesso e disse: “*Não posso dar a dieta, porque disseram que a médica tem que examinar primeiro antes dele comer e ela ainda não veio aqui. Então vou dar a chupeta pra você, meu amor*”. Pegou uma gaze, a embrulhou, abriu o copo com o leite que já havia ordenhado, molhou-a e colocou na boca do filho. A cena foi muito interessante, porque Ruan passou a sugar fortemente e parou de chorar. Em seus braços, Andréa o acalentava, alisando seu rosto calmamente e dirigindo seu olhar a ele. Ruan foi se acalmado, correspondendo ao olhar da mãe, relaxando no colo materno, até que adormeceu com a gaze na boca.

Trazemos para reflexão, novamente, a posição ativa de Andréa diante do filho e dos seus sinais de desconforto. Ao percebê-lo irritado no horário que já seria da dieta, se dirigiu às profissionais solicitando que ele fosse alimentado. Diante de sua impotência, pois não poderia decidir alimentá-lo naquele momento, buscou uma solução possível e obteve sucesso: transformou uma gaze em chupeta, molhou em seu leite e Ruan se acalmou.

A técnica de enfermagem percebeu que as médicas não estavam no setor e chamou as mães para darem a dieta aos filhos. Ao longo da alimentação, Ruan continuava dormindo num semblante tranquilo e com a gaze na boca. Andréa alisava seu corpo suavemente enquanto o alimentava.

No dia seguinte, Ruan tinha acabado de tomar banho e Andréa estava vestindo-o no berço. Ele estava acordado, esperto, mexendo pernas e braços, mas não estava irritado. A mãe disse sorrindo e satisfeita: “*Ele pegou mais 35 g e está com 1.705 g. Falta pouco pra chegar no peso que ele nasceu. Tenho fé que semana que vem vou pra casa. Tô louca para ir para casa.*”

Após organizá-lo, colocou a máscara nos olhos do bebê, ligou o berço aquecido e verbalizou que à noite ele não ficava de jeito nenhum no berço: *“Ele fica muito irritado, chorando, aí eu tiro e ele dorme comigo. Mas de dia ele fica mais quietinho.”* No dia anterior, Andréa tinha verbalizado que gostaria de dormir com Ruan nos braços. Deixá-lo de dia no berço aquecido parecia que era o possível para a mãe suportar. À noite, com menos profissionais para dizer o que deve fazer, ela se sentia no direito de decidir sobre o filho e, segundo ela, ambos dormiam melhor.

Andréa começou o processo da ordenha. Concentrada, ordenhava os dois seios, mas saía pouco leite de ambos. Num tom de preocupação, disse: *“Não estou conseguindo hoje tirar o leite todo que ele precisa. [...] Não estou conseguindo tirar tudo em todos os horários e estou complementando com o leite daqui. Mas não gosto que ele tome o leite daqui. Prefiro que seja o meu mesmo.”* A ordenha durou em torno de 15 minutos. Ao final, apesar de sua preocupação, conseguiu tirar a quantidade de leite suficiente para o filho.

A médica se aproximou do bebê e desligou o berço aquecido, afirmando que Ruan não precisaria se submeter à fototerapia. Disse ainda que, em breve, ele já teria condições de mamar diretamente no seio materno, pois estava quase com o peso do nascimento. Andréa sorriu, numa expressão de alívio.

Após quatro dias, encontramos Andréa sentada na beira da cama, amamentando Ruan. Ele se mostrava bem apoiado no braço esquerdo da mãe, e, com a mão direita, ela pinçava parte de sua auréola para colocar na boca dele. A mãe aparentava estar tranquila, dirigindo seu olhar para o filho. Ruan correspondia ao olhar materno, parecia hipnotizado por ela, fixando seu olhar. Sugava ávida e ritmicamente. Sua sucção era tão forte que fazia barulho ao sugar. Os dois pareciam estar conectados. Aos poucos, o bebê foi relaxando e adormeceu. A mãe o colocou no suave encosto e foi então ordenhar.

Conseguiu ordenhar a quantidade de leite suficiente para o filho e verbalizou que, desde o dia seguinte à última observação, iniciou a amamentação. Ele não precisou de estímulo e foi direto para o peito: *“Ele pegou super direitinho o peito e está só ganhando peso. Já está com 1.825 g, mais do que nasceu! E já diminuiu 10 da sonda! Tenho fé de que lá para sexta eu saio daqui!”* (este dia era uma segunda-feira).

Após a ordenha, Andréa solicitou que antecipassem o início da dieta do filho, já que ele tinha mamado e iria complementar pela sonda. Ela foi atendida e a técnica de enfermagem deu início à alimentação de Ruan pela sonda, que diminuía

progressivamente. Ruan dormia num semblante tranquilo ao longo da dieta e Andréa dirigia seu olhar e toque ao filho.

Dois dias depois, Rodolfo encontrava-se também no setor junto à mãe e ao bebê. O pai dormiu com eles, pois Andréa tinha consulta médica agendada e, enquanto ela estivesse fora, ele ficaria com o filho.

O pai ainda dormia e Andréa finalizava o banho de Ruan quando a fonoaudióloga se aproximou e disse: *“Bom dia, Andréa. Oxe, não tiraram a sonda? Perguntei à técnica e ela disse que já tinha tirado”*. A mãe respondeu: *“Tirou não, doutora. E eu estou louca pra ir embora!”*. *“Vamos tirar a sonda agora então? Vire ele para mim”*, disse a profissional. Puxou a sonda da boca e tirou os esparadrapos presos na bochecha e disse: *“Pronto!”*. Andréa, prontamente, verbalizou: *“Posso ir pra casa hoje, né, doutora? Ele está engordando no peso. Já tá bom pra ir pra casa.”* Mas a fonoaudióloga respondeu: *“Não sou eu quem dou alta, Andréa. E provavelmente ele irá só na sexta, porque ainda tem que ficar uns dois dias em observação pra ver se ele ganhou peso só no peito.”* Este dia era uma quarta-feira e Andréa pontuou: *“Então tá bom. Mas na sexta quero ir pra casa de todo jeito”*.

Ao finalizar o banho, Andréa colocou Ruan no suave encosto para vesti-lo com as luvas e meias. Ele estava acordado e tranquilo. Rodolfo acordou, deu um beijo em Andréa e se dirigiu ao filho: *“Bom dia, meu filho. Papai tá aqui viu”*. A mãe o cobriu e no mesmo momento começou a se mexer, como se fosse se descobrir. Eles estavam sentados na cama e, ao perceber o movimento do bebê com as pernas, sorriram e o pai disse: *“Eita, ele é igual à Juliana. Não gosta de se cobrir. Até hoje Juliana não gosta, mesmo se estiver frio. Ruan é igualzinho”*. Na fala paterna, percebemos um carinho e, ao mesmo tempo, a marca da semelhança entre os filhos, realçando o pertencimento de Ruan na linhagem familiar.

Andréa deu início à ordenha, antes de colocar o filho no peito. Pontuou que tiraria um pouco de leite antes de amamentar, porque disseram que o leite que engorda mais é o que vem depois. Esse primeiro leite ordenhado, ela daria depois, complementando. Enquanto ordenhava, Ruan estava acordado, mexia pernas e braços, e abria a boca como se estivesse buscando o seio materno. Encontrou sua mão e começou a chupar. Ao longo da ordenha, Andréa verbalizou: *“Foi tranquilo amamentar Ruan. Ele foi logo pro peito e nem se cansa como Juliana. Juliana ficou mais tempo internada e demorou mais pra ir para o peito”*.

Ao finalizar a ordenha, Andréa posicionou Ruan para amamentá-lo, de modo contido e acolhedor. Colocou-o no peito esquerdo. O bebê logo abocanhou e passou a sugar. Chamou-nos atenção o modo como o filho dirigia seu olhar para a mãe. Com os olhos bem abertos, fixava seu olhar no rosto materno ao longo da mamada. Andréa correspondia todo tempo com o toque carinhoso em seu rosto e com seu olhar, passando serenidade e segurança. Ao longo da mamada, Ruan parou algumas vezes de sugar e a mãe nomeou o ritmo do filho dizendo: “*Ele mama e para pra descansar*”. A amamentação durou em torno de dez minutos e Ruan adormeceu.

Ao finalizar, Andréa pontuou que Ruan gostava de mamar mais o seio esquerdo, “*Igual à Juliana*”. No entanto, ponderou: “*É a minha melhor posição de dar, né?! Pode ser que seja melhor pra mim e eu fico achando que ele não gosta*”. Sua pontuação nos faz refletir que ao mesmo tempo que a mãe criou hipóteses sobre a preferência do filho, ela conseguiu se colocar em questão e imaginar que a preferência poderia ser dela e não dele. Questionamo-nos dessa forma: a diferenciação entre mãe e bebê, do que é de um e do que é do outro, favoreceria a construção da singularidade do filho enquanto sujeito?

A mãe finalizou, sorrindo: “*Vou amamentar meu filho direto para não perder peso e a gente ir embora*”. Ruan teve alta hospitalar dois dias depois, na sexta-feira, como a mãe desejou. A consulta de retorno estava agendada após três dias, no entanto não compareceram.

Indagamo-nos acerca da ausência de Andréa e Ruan na consulta de retorno. Por um lado, poderíamos pensar se haveria relação com a experiência anterior de já saber como conduzir com o bebê pré-termo. Por outro lado, refletimos sobre o posicionamento materno ao longo do internamento hospitalar: Andréa pareceu ocupar uma posição materna ativa e apropriada, demonstrando saber cuidar do próprio filho. Imaginamos que, com a alta hospitalar, talvez a mãe tenha compreendido que Ruan superou a zona de risco e, por isso, assim, dispensou os cuidados dos profissionais.

CAPÍTULO 8

CASO 3 – JOANA E LAÍS

8.1 “Foi um susto muito grande”

Joana tinha 25 anos, morava na região metropolitana do Recife com seus pais, seu marido, Antônio, de 24 anos, sendo casados há dois anos. Laís nasceu com 32 semanas, de parto cesárea e com o peso de 1.845 g. Seu período de internamento hospitalar foi de 13 dias, sendo cinco deles na UCINCo (primeira etapa) e oito na UCINCa (segunda etapa). Nesse tempo de internação, foram realizadas cinco observações da mãe e do bebê, sendo uma na primeira etapa e quatro na segunda. Após a alta hospitalar, observamos a consulta de retorno (terceira etapa), que teve a finalidade de acompanhar o ganho de peso e receber alta do serviço.

Laís era a primeira filha do casal e veio ao mundo sem ser planejada para aquele momento. A mãe relatou que recebeu a notícia da gravidez quando já estava com três meses de gestação, ao realizar exames de rotina. Não percebeu que estava grávida, pois não tinha nenhum sintoma. A marca inicial da descoberta foi um susto: “*Foi um susto muito grande, porque eu não imaginava. Mas ficamos muito felizes*”.

Joana realizou o pré-natal no mesmo hospital em que Laís nasceu. Ao longo da gestação, foi diagnosticada com hipertensão e, por isso, passou a ser acompanhada pelo cardiologista, monitorando diariamente a pressão. Numa consulta de rotina, aos sete meses, apresentava-se muito inchada e com a pressão alta persistente. Por precaução, o médico indicou internamento. No entanto, Joana não esperava que Laís nascesse nesse mesmo dia em que se internou e o susto marcou, mais uma vez, sua história:

Fui para a triagem e, quando me avaliaram, disseram que eu iria me internar para controlar a pressão. Não imaginei que teria minha filha. Ninguém me disse dessa possibilidade. Me internei umas 14h da quinta-feira, achando que ela não iria nascer agora e que iríamos conseguir controlar a pressão, mas quanto mais medicamentos me davam mais a pressão subia. Misturou também com o nervosismo, porque eu estava muito nervosa com medo que ela tivesse que nascer. Quando foi 24h do mesmo dia, me avisaram que a pressão não baixava e que já estavam limpando a sala pra fazer minha cirurgia. De 1h30 ela nasceu (Joana, 25 anos).

O nascimento de Laís foi atravessado pelo imprevisível e pela urgência em salvar as vidas. A ida de Joana à consulta pré-natal de rotina deu lugar ao nascimento prematuro de sua filha. O inesperado e o susto marcaram a história do bebê desde a descoberta da gestação ao nascimento. Diante disso, que relações poderíamos fazer entre as dimensões deste inesperado e do susto em relação à significativa hipertensão? Como Joana experienciou o processo de gestação? Emocionalmente, vivia uma alta pressão, uma hipertensão, ao se confrontar com a gestação inesperada e com o que estaria por vir? A mãe apontou seu nervosismo com o internamento como um dos fatores que não contribuíram para sua pressão baixar.

Somado ao fator inesperado do nascimento, realçamos o modo como Joana vivenciou a experiência do parto, impossibilitando-a de acompanhar o nascimento em sua concretude:

Não sei o que me deram de medicação, mas lembro muito pouco do parto, lembro de flashes, mas não a vi nascer. Estava sonolenta. [...] Quando acordei na sexta de manhã, parece que não tinha caído a ficha que ela tinha nascido. Perguntei por ela, queria vê-la, mas não podia. Até que de tardezinha pude ver. Mas cheguei aqui, olhei para ela um pouquinho pela incubadora e logo voltei, porque não estava me sentindo bem (Joana, 25 anos).

O relato de Joana nos deu a impressão de que, diante do inesperado, das contingências de saúde da mãe e da filha, ela não pôde experimentar todo o processo do nascimento de Laís em sua concretude. A experiência é uma forma de elaborar o que está sendo vivenciado. Porém, a impossibilidade de experimentar a realidade em sua inteireza poderia ter dificultado seu processo de elaboração?

A sensação de irrealidade e de não apropriação daquela experiência é realçada por Joana ao falar que, quando acordou no dia seguinte, “*parece que não tinha caído a ficha que ela tinha nascido*”. Além das especificidades aqui apontadas do nascimento, Joana só pôde ver a filha quase 24h depois. Não bastasse o sentimento de que não tinha “caído a ficha” de que sua filha tinha nascido, estava também impossibilitada de vê-la, por questões de sua própria saúde.

Antônio, marido de Joana e pai de Laís, marcou seu lugar junto a elas, acompanhando-as em todo o processo do nascimento. “*Antônio não pôde ver meu parto porque não tinha roupa para ele, mas ficou na porta esperando. Primeiro me liberaram e ele me acompanhou até o quarto e depois voltou para ver ela.*” Antônio, nesse momento, completou a fala da esposa: “*Me perguntaram se eu era o pai dela e*

disseram que ela já ia passar por ali. Fiquei esperando e me mostraram quando ela passou. Depois trouxeram ela pra cá (referindo-se à UCINCo) e eu vim com ela, mas voltei para ficar com Joana”.

8.2 “Fico com medo de não saber como pegar”

Com três dias de nascida, Laís encontrava-se internada na UCINCo e seus pais a acompanhavam sentados ao lado da incubadora. Neste dia, a observadora escolheria a terceira mãe e bebê que faria parte da pesquisa. Ao observar, a pesquisadora foi capturada pela presença paterna nos cuidados com a filha. Percebemos um jovem casal junto à incubadora que dirigiam olhares para a filha e trocavam sorrisos entre eles. No entanto, ao longo dessa observação, parecia que estavam com dificuldades em organizar a filha na incubadora e ajeitar a máscara dos olhos, já que ela se submetia à fototerapia. Precisou que os dois se ajudassem para conseguir organizá-la. Diante dessa observação, a pesquisadora foi tocada pelos indícios de dificuldades no cuidado que se apresentava, ao mesmo tempo em que se faziam presentes junto à filha. Além dessa questão trazida, Laís tinha apenas três dias de nascida, o que contribuiria para o acompanhamento do internamento hospitalar.

Neste setor, foi realizada apenas uma observação, a da escolha por mãe e filho. Laís ficou internada na UCINCo durante cinco dias e, dois dias após esta observação, recebeu alta e foi encaminhada para a UCINCa. Já sua mãe recebeu alta hospitalar dois dias após o nascimento da filha.

Nesta observação, foi possível perceber que Joana e Antônio estavam, aos poucos, se aproximando de Laís, mas ainda inseguros e com medo. A filha se submetia à fototerapia, com a máscara de proteção nos olhos e parecia estar dormindo. Sobre a sua presença junto à filha, Antônio relatou: *“Eu não saio daqui de junto dela, tô passando o dia todo. Não botei ela no colo, mas ajeito a venda dos olhos e toco nela”*. Joana continuou a fala: *“Hoje, troquei pela primeira vez a fralda dela. Também não coloquei no colo, porque fico com medo de não saber como pegar, mas já toquei nela e troquei a fralda”*.

Joana e Antônio foram pais pela primeira vez. Esse ineditismo, em todos os aspectos, influenciaria na apropriação do lugar materno e paterno e, ainda mais, num contexto de prematuridade? O inesperado vivido convoca os pais para uma posição até então desconhecida. Ambos conseguiram perceber seus limites nessa apropriação do

cuidado junto à filha, quando reconheceram que ainda não a colocaram nos braços. No entanto, realçam o que já conseguiram: a presença junto à filha, o toque e o cuidado com a máscara e a higiene.

A fala de Joana: “*Não coloquei no colo porque fico com medo de não saber como pegar*”, realçaria o “medo de não saber” ser mãe? De “não saber” sobre a filha? E de “não saber” como se apropriar de Laís como sua? O “não saber” atravessou a história de Laís antes mesmo de nascer. A mãe “não sabia” que estava grávida. Não sentia nenhum sintoma, mesmo com três meses de gestação. Foi um outro quem lhe deu a notícia. No processo do parto, Joana também “não sabia” que sua filha nasceria naquele mesmo dia do internamento. “Não” participou do parto, “não” acompanhou o nascimento e “não” viu sua filha nascer. Veremos, ao longo do internamento, como esse “não saber” atravessou a constituição da relação com sua filha, o exercício da função materna, o modo como Laís se expressou e como a equipe e as mães se mobilizaram.

Joana e Antônio observavam Laís dormindo na incubadora. O pai percebeu que a máscara dos olhos estava mal posicionada. Levantou-se, desligou as luzes da fototerapia e tentou ajeitar. Ele não estava conseguindo e a mãe, sentada, orientava-o sobre como deveria fazer. Ao ver que ele não conseguia, Joana se levantou e foi ajudar. Ela pediu que o pai levantasse a cabeça da filha, enquanto ela posicionava a máscara e então, juntos, conseguiram ajeitar. Percebemos o esforço dos pais em tentar organizar a máscara, que se refletia no cuidado com a filha, dentro do que é possível para ambos.

No que se refere ao leite materno, Joana pontuou que começou a ordenhar, “*mas muito pouquinho*”, apontando para o pote com seu leite ordenhado, num semblante de frustração. Haveria alguma relação o fato de Joana ter um “pouquinho” de leite com a aproximação “aos poucos” de Laís? Joana se mostrava presente junto à filha, preocupada, desejosa em acompanhá-la, no entanto sua posição materna ligada ao “não saber” poderia influenciar, inconscientemente, também em “não saber” produzir leite materno? Essa é uma questão que discorreremos ao longo das próximas observações.

Laís obteve alta da primeira etapa após dois dias deste encontro e foi encaminhada para a UCINCa, pois seu estado clínico apresentava-se estável. O período de internamento no novo setor foi de oito dias. Realçaremos, agora, os aspectos vivenciados pela mãe, filha e pelo pai neste ambiente.

8.3 “Fiquei tão feliz que consegui acalmar”

Três dias depois do último encontro, encontramos mãe e filho no novo setor, onde tinham chegado na tarde do dia anterior. O protocolo hospitalar permite a estadia do pai junto à esposa e à filha nesse espaço. Com essa permissão, Antônio as acompanhou durante todo o internamento.

No início da observação, a médica responsável por Laís se aproximou para examiná-la pela primeira vez no novo setor. A bebê apresentava-se bastante inquieta, mexendo braços e pernas. Ao longo do exame, a médica a auscultou, fez algumas perguntas para a mãe sobre a evacuação e a urina e a orientou sobre a quantidade de leite que Laís tomaria na dieta. Questionou-a, também, se estava conseguindo tirar leite e Joana respondeu que sim, “*mas bem pouquinho*”. Avisou que ela continuaria na fototerapia, porque o resultado do exame ainda estava alterado.

A profissional pediu para Joana colocar a filha na cama para medir o perímetro encefálico e comprimento. Chamou-nos atenção o esforço materno para pegá-la em seus braços e dirigir-se à cama. Esta era uma das primeiras vezes que Joana pegara Laís em seus braços. Segurou-a pela cabeça de modo desajeitado, parecia estar com medo de não saber como pegá-la, mas conseguiu. Laís continuava bastante inquieta, mas a médica conseguiu realizar o procedimento. A profissional finalizou o exame e se retirou.

Joana se sentou na cama com a filha nos braços, alisava sua cabeça calmamente e comentou como tinha chegado ao novo setor no dia anterior: “*Aqui somos nós que cuidamos dela. É um pouco estranho, porque eu morro de medo de derrubar ela. Fico com medo quando pego*”. Joana realçava em sua fala o estranhamento. O que seria estranho para ela? Causaria estranhamento cuidar da filha que a convocava em sua função materna? A filha ainda seria um estranho para Joana, um objeto novo que não saberia como manejar e que ainda não assimilou como familiar? O fator da prematuridade e do internamento hospitalar potencializaria o estranhamento diante de um ser tão pequeno e frágil, que qualquer gesto errado poderia ocasionar um dano? Apesar do estranhamento, Joana escolheu estar ali presente junto à filha a todo momento e se esforçava, dentro de seus limites e possibilidades, para dela cuidar.

Somado à dificuldade de se apropriar de sua função, Joana pontuou que nenhum profissional tinha lhe explicado sobre o funcionamento do local. Não sabia que tinha que dar banho em Laís e só soube porque outra mãe lhe questionou: “*Tu não vai dar o banho dela, não?*”. “*Não sei, acho que vou.*”, respondeu Joana. No que a outra mãe

perguntou: “*Você sabe como dar?*”. “*Não*”, disse Joana. “*Então vem aqui pra eu te ensinar.*” Joana aprendeu como banhar sua filha e pontuou:

Aqui ninguém me ensinou, se não fosse essa mãe, eu não saberia que era assim. O leite eu também não sabia tirar. Vi uma mãe fazendo e aprendi. Perguntaram se estou tirando leite e eu digo que estou, mas pouquinho, e ninguém diz nada. Não estou tirando em todos os horários para ver se pulando enche mais o peito (Joana, 25 anos).

Percebemos que houve falta de informações objetivas por parte da equipe de profissionais. Considerando Joana uma mãe primípara e num contexto de prematuridade e de internação hospitalar, fazia-se necessário uma certa passagem de alguém que já tivesse alguma experiência para ela poder aprender, como, por exemplo, no banho. Foi preciso que uma mãe mais experiente naquele ambiente se mobilizasse diante da passividade materna e a ensinasse para poder aprender.

Apesar de não ter recebido as informações, chamou-nos atenção a passividade de Joana em não buscá-las. Ela não pediu ajuda, mas seu comportamento de não fazer mostrava claramente para o outro que ela não sabia e o mobilizava para ajudá-la, como vimos na situação do banho e veremos a seguir. Joana não se negava, mas não sabia fazer.

Estava no horário da dieta da filha e Joana dirigiu-se com Laís em seus braços ao espaço de alimentação. A mãe não tinha realizado a ordenha. Chamou-nos atenção a sua demora em se posicionar nas cadeiras espalhadas no espaço. Ela ficou em torno de dez minutos em pé esperando uma vaga. Existiam cadeiras vazias nas laterais, mas chegavam outras mães e ocupavam os lugares. Com sua postura passiva e de espera, perdia lugar para as outras que ali chegavam. Laís começou a chorar e a se inquietar. A inquietação só aumentava e Joana continuava na espera, até que surgiu uma vaga à frente e ela, então, dirigiu-se ao local. Sua atitude expressou, mais uma vez, um não saber o que fazer, mas, ao mesmo tempo, não solicitava ajuda.

Laís não estava acomodada na posição canguru, e sim deitada na horizontal nos braços maternos. Continuava chorando fortemente. O choro não parecia ser de reclamação, mas de angústia. Além de chorar, empurrava as pernas e esticava os braços. Joana tentava contê-la, mas não conseguia. Laís estava cada vez mais espalhada nos braços maternos, se esticava sem contenção. Nesse momento, a técnica de enfermagem se aproximou para colocar o leite na seringa e Joana se dirigiu para Laís: “*Pronto meu amor, passou, passou*”. No entanto, continuava chorando copiosamente. A

fonoaudióloga, que estava no mesmo espaço organizando outra criança, inquietou-se e foi ao encontro de Laís. Colocou as mãos em sua cabeça e disse: “*Oh, porque você está tão estressada?*”. Questionou as enfermeiras o porquê de ela não estar na posição canguru, mas não souberam responder. A profissional parecia estar mobilizada com o choro de Laís e a posicionou corretamente nos colo materno.

Nesse momento, Antônio se aproximou de Joana e Laís e pediu para segurar a seringa, a fim de que a mãe pudesse melhor segurar a filha. Intuitivamente, a mãe colocou o dedo na boca de Laís que logo começou a chupar e a se acalmar. Quando parou de chorar, a mãe disse sorrindo e aliviada: “*Funcionou! Fiz isso uma vez lá em cima (referindo-se à primeira etapa) quando ela estava chorando muito. Coloquei meu dedo na boca dela e ela parou de chorar*”. Laís começou a relaxar aos poucos, fechou os olhos até que adormeceu. Com a dieta finalizada, mãe e filha se dirigiram à poltrona para descansar.

Algumas reflexões podem ser realçadas a partir deste recorte acima. Situamos, anteriormente, indícios da dificuldade de Joana de se apropriar de sua função. A mãe mostrava-se ansiosa, nervosa nos momentos difíceis, perdida, sem saber como conduzir, mas não pedia ajuda ao outro. Ficava no aguardo de alguém que aparecesse numa posição de passividade diante do ambiente. Parecia que algo se passava inconscientemente que dificultava Joana a exercer sua função materna, apesar de seu suposto desejo de cuidado para com a filha.

O “não saber” atravessou novamente esse momento: não sabia como agir, como banhar sua filha, aonde sentar-se, nem como pegá-la no colo, mas desejava estar junto à filha. Joana foi convocada a mergulhar no universo inédito da maternidade, nunca antes habitado. No entanto, parecia que possuía precárias referências psíquicas para esse mergulho, o que a deixava numa posição de espera, de que um outro lhe diga o que fazer. Seria Joana uma mãe prematura, assim como a filha?

No dia seguinte, Joana estava sentada na cama com a filha, que dormia em seu colo na posição vertical, semelhante à posição canguru. No entanto, estava enrolada numa toalha, e não sustentada pela manta que favorece o contato pele a pele e uma contenção efetiva. Suas pernas saíam pela toalha, seu corpo estava espalhado por cima da mãe, que parecia cansada. Estava no horário do banho e todas as outras mães deram início ao banho dos filhos, menos Joana. Precisaria esperar trinta minutos, pois Laís tinha se desorganizado mais cedo, chorando copiosamente e, devido ao seu nível de

estresse elevado, a médica flexibilizou e decidiu dar 15 ml de leite para verificar se era fome.

Após trinta minutos, Joana deu início ao banho da filha. Colocou-a no berço e foi buscar algodão, sabonete e água morna. Laís se acordava no berço, se mexendo. A mãe tirou as luvas e as meias da filha, que começava a dar indícios de irritação, levantando as pernas e esticando-as. Joana pegou-a no colo e foi dar o banho com Laís em seus braços, mas em pé, e não no berço. Com um braço, a segurava e, com o outro, a banhava. Era nítido que ela não estava bem apoiada. Joana não conseguia banhar sua filha de modo organizado. Parecia ansiosa em perceber a inquietude do bebê. Ao limpar a cabeça e o corpo, Laís esticava suas pernas e braços e chorava bastante, num tom de irritação. A cena observada remetia a uma mãe desajeitada, que não conseguia organizar sua filha em seus braços. Depois que limpou a cabeça, decidiu colocá-la no berço. Laís continuou inquieta e se estressava cada vez mais. Nesse momento, Joana se dirigiu à Laís: *“Já vai, mamãe, esse banho doido né, já vai acabar. Passou, mamãe, passou”*. Foi um banho muito difícil e Laís pôde mostrar todo seu incômodo. Quando acabou, Joana disse a ela: *“Pronto, mamãe, acabou”*.

Quando a mãe vestia as meias e luvas, Laís começou a chorar ainda mais forte. Parecia ser um choro de profundo estresse, mas Joana continuou vestindo-a sem nenhuma intervenção. Antônio estava presente a todo momento, mas se posicionava mais como observador do que ajudante. Ele também não tinha iniciativa para conter a filha e acalmá-la. A impressão é de que ambos paralisavam diante das expressões de angústia da filha.

Ao perceber, mais uma vez, o nível elevado de estresse de Laís, a médica se aproximou e disse: *“Isso é um banho ou uma tortura? Joana, ela está chorando muito, vamos ajeitar ela. Não pode ser assim uma tortura. Deixa eu pegar ela aqui para acalmar. Você já tirou seu leite? Vamos fazer o seguinte, o pai vai ficar com ela, enquanto você vai tirar seu leite, tá certo?”*.

A médica colocou Laís em seus braços, na posição vertical, com a cabeça da bebê em seu pescoço e balançava seu próprio corpo, fazendo som *“psiu, psiu, psiu.”*. A bebê foi parando de chorar, se acalmando. Por que ela mobilizava a equipe? Seu choro profundo se configuraria como um apelo ao outro? O que Laís apelava? Seria ela porta-voz da dificuldade materna de conseguir se apropriar de sua posição? Diante da passividade materna, quem responde é Laís. Enquanto porta-voz, conseguiu mobilizar a equipe em diferentes momentos, que entrevistou e flexibilizou protocolos para ajudar mãe e

filha. Os profissionais foram fundamentais no papel de sustentação. Sensibilizaram-se diante do apelo de Laís, ajudaram na sua contenção e na construção do lugar materno.

A médica, após acalmar Laís, dirigiu-se a ela entregando-a a seu pai: *“Pronto, fique aqui com seu pai, enquanto sua mãe tira seu leite.”* Antônio pegou-a nos braços na posição vertical, começou a niná-la e a bebê adormeceu. Joana se sentou na cama, começou a ordenhar e pontuou: *“Tô tirando bem pouquinho leite. Teve um dia que eu tinha tirado mais, mas bati no copo e virei. Fiquei doidinha na hora, porque foi um sacrifício tirar e sem querer derrubei. Vamos ver agora quanto vai sair. [...] E dizem que o estresse e o aperreio não ajuda o leite descer, né?!”*.

A fala de Joana ressaltou seu esforço em ordenhar e ter leite para a filha. No entanto, cometeu um ato falho, derrubando “sem querer” seu leite no momento em que mais tinha conseguido tirar. O que estava sendo difícil para a mãe assumir? Que lugar simbólico o “ter leite” representaria? A mãe se esforçava para tentar assumir sua função, no entanto, apesar do empenho, apresentava dificuldades em se conectar com a filha e construir um saber sobre ela. Sua disponibilidade parece não ter sido suficiente para se apropriar de sua função materna.

Joana iniciou a ordenha e conseguiu tirar 5 ml de leite. Dirigiu-se com Antônio e Laís ao espaço de alimentação. O pai sentou com a filha nos braços para alimentá-la. Quando a técnica de enfermagem colocou o leite materno na seringa, a mãe percebeu que tinha completado 5 ml e vibrou com a sensação de que seu esforço tinha valido a pena: *“Que bom, deu 5 ml!”*. Laís dormiu durante a alimentação. Antônio era o único pai presente nesse momento e, ao longo da alimentação, dirigia seu olhar concentrado à filha. Apesar de acompanhar o internamento, o pai também parecia perdido na função e não conseguia ajudar a esposa na contenção da filha. Apesar disso, ambos não abandonavam seus lugares.

Três dias depois, encontramos outra configuração, suscitando diversas reflexões. Laís estava sem fototerapia, dormindo no berço num semblante tranquilo, coberta e aconchegada. Antônio não estava no hospital, pois tinha precisado se dirigir ao trabalho. Joana estava só pela primeira vez com Laís. A mãe disse: *“Ele (Antônio) me falou que volta à noite. Mas eu disse a ele que, se estiver muito cansado, ele dorme em casa e vem amanhã para descansar. Ele me perguntou se eu consigo ficar só e eu disse que consigo. Eu fico direitinha com Laís”*. E continuou:

Ela está bem mais tranquila. Acho que ela estava ficando muito irritada com aquele óculos na luz. Quando ficava no nosso braço, ficava tranquila. Mas quando a gente colocava ela na luz e o óculos, ela ficava muito irritada e chorava bastante. [...] Ela também se irritava porque era fome. [...] Ontem à noite ela chorou muito, dei a dieta das 18h e quando deu 19h30 ela acordou chorando muito. Eu consegui acalmar ela, coloquei ela de lado em mim e ela se acalmou. Ela estava sem luva, porque tinha caído e ela conseguiu colocar o dedo na boca e começou a chupar. Fiquei tão feliz que consegui acalmar. Ela dormiu e consegui segurar até as 21h. Ela está bem mais calma agora (Joana, 25 anos).

Joana falava com um sorriso no rosto, orgulhosa de suas conquistas junto à filha. Aparentava estar mais segura e menos ansiosa. Questionamo-nos, então: O que pode ter favorecido Joana a começar a assumir gradativamente seu lugar materno? Trazemos para reflexão a função da equipe, das outras mães e da observadora na contenção junto à mãe e filha. As intervenções com Laís tiveram efeitos na mãe, que conseguiu assumir e bancar uma posição de cuidado com a filha, inclusive, sem a presença do pai. Sua vibração ao acalmá-la foi o próprio reconhecimento de que estava conseguindo algo no processo de cuidado da filha.

A mãe começou a dar indícios da construção de um saber sobre a filha. Nomeou que o choro e o desconforto de Laís se deram por causa da fototerapia, de fome e da falta do colo materno, já que grande parte do tempo precisou ficar no berço aquecido. O que, anteriormente, não era nomeado, ficando na pura angústia, agora passou a ser passível de interpretação e, coincidentemente, Laís “*está bem mais calma agora*”.

Joana daria início ao banho da filha. Pontuou, curiosamente, que tinha modificado a forma de banhar Laís, pois conseguiu perceber o que a deixava estressada nesse momento: “*Estou dando o banho diferente, estou começando pelo contrário. Percebi que lavando primeiro a parte de baixo ela fica mais calma e até deixa eu lavar a cabecinha sem chorar.*”

Joana dirigiu-se à filha: “*Vamos acordar, mamãe, pra tomar banho?*”. Laís acordou e não chorou. A mãe iniciou o banho limpando a vagina e o ânus, com movimentos bem suaves. Laís começou a ficar um pouco inquieta, esticando e mexendo pernas e braços. Prontamente Joana se dirigiu a ela: “*Tá acabando, meu amor, pronto, pronto*”. Laís acalmou-se e deixou sua mãe limpar suas pernas e pés. A cena foi bastante interessante de se observar, pois pareciam ser outra bebê e outra mãe. Joana e Laís se apresentavam calmas, num semblante parecido.

A mãe limpou todo o corpo da filha, que permitiu sem restrições. Quando foi para a cabeça, Joana pegou Laís em seus braços, na posição horizontal, bem acomodada e disse à filha: *“Pronto, só falta a cabecinha”*. Limpava-a e olhava para ela. Laís, com os olhos bem abertos, correspondia ao olhar materno. Ao trocar olhares, Joana disse para a filha: *“Eu gosto de olhar pra minha mamãe, né, filha?”*. Laís parecia relaxada ao permitir que Joana limpasse seu rosto delicadamente. Ao terminar o banho, disse: *“Pronto, mamãe, acabou o banho”*.

A Laís desorganizada, com alto nível de estresse, estava completamente diferente. O que fez com que mudasse? E Joana, tomada, anteriormente, pelo não saber sobre a filha e sobre ser mãe, deu espaço para uma possibilidade de exercer sua função materna. Pela primeira vez, observamos conexão entre mãe e filha, correspondendo aos olhares.

Joana trocou Laís calmamente. Limpou o umbigo com soro e a filha encontrava-se acordada e tranquila, sem reclamar. A mãe continuava a reconhecer seus medos referentes ao cuidado com a filha, mas também suas conquistas: *“Tenho medo de machucar ela. Sei que estou conseguindo pegar ela bem melhor. Só às vezes que fico com medo, porque ela é muito pequenininha”*. Apesar de pontuar seu medo ao pegá-la nos braços, o que foi observado ao longo do banho foi uma mãe que estava conseguindo manejar a filha nos braços muito melhor do que antes, como se estivesse, progressivamente, se apropriando e tomando posse da filha. Ao mesmo tempo, ela estava conseguindo imprimir uma marca singular no banho da filha, percebendo as nuances que revelavam como Laís preferia ser banhada.

A médica se aproximou de Laís para examiná-la e afirmou que ela estava bem, inclusive com o peso acima do nascimento. Por esse motivo, a fonoaudióloga avaliaria a possibilidade da amamentação. Na expectativa de se a filha conseguiria mamar, Joana se dirigiu a Laís: *“Filha, será que vamos ter uma boa notícia hoje, quando formos pra lá (referindo-se ao espaço de alimentação)? Será?”*.

Joana realçou em sua fala a pouca quantidade de leite ordenhado e o não julgamento por parte da equipe:

Estou tirando pouquinho leite. Não tiro em todos os horários pra ver se enche mais. As enfermeiras já sabem que eu tiro pouco e não reclamam. Será que ela vai conseguir pegar bem meu peito? Eu acho que sim porque ela chupa tão bem a mãozinha dela e a luva. A médica disse que se ela estiver pegando bem o peito, a gente tem alta (Joana, 25 anos).

O discurso de Joana nos fez pensar que, de alguma maneira, os profissionais reconheceram certa impotência no funcionamento materno e, a partir de então, conseguiram flexibilizar alguns protocolos, relativizar a questão da produção de leite, dar apoio e auxiliar mãe e filho nos momentos delicados.

Nesse momento, a profissional chamou Joana e Laís para avaliar a possibilidade de ida ao peito. A mãe pegou sua filha no colo de modo acolhedor, enrolou-a na manta com rapidez e se dirigiu a ela: *“Vamos ter uma boa notícia agora, filha?”* Chamou-nos atenção a destreza com que colocou a bebê nos braços. Aquele medo e dificuldade de pegá-la começou a dar espaço para uma mãe que “sabe” contê-la.

Joana dirigiu-se ao espaço de alimentação e, então, a fonoaudióloga aproximou-se perguntando o nome da filha. A profissional pegou Laís no colo delicadamente e posicionou-a para poder colocar o dedo em sua boca. No momento em que a fonoaudióloga começou a estimular a bochecha de Laís para verificar seu reflexo, ela abriu a boca como se fosse abocanhar e a profissional sorriu e falou: *“Eita, tu viu que bocão, parecia que queria abocanhar”*. Ao avaliar que Laís estava com boa sucção, ensinou o modo como Joana deveria colocá-la em seu peito e a posicionou para mamar.

Joana deu início à amamentação. A filha conseguiu abocanhar o seio materno e sugar ritmicamente. Laís dirigia um olhar bem vivo à mãe, que a correspondia. Joana estava concentrada na filha, pegando-a de um modo bem sustentado. Essa cena durou cerca de cinco minutos, tempo orientado pela profissional como ideal para o início. Joana e Laís não apresentaram desconforto. Ao contrário, pareciam confortáveis. Após tirá-la do peito, a mãe colocou a filha na posição vertical e a alimentou pela sonda, para finalizar a dieta.

Quatro dias depois da observação acima, Joana e Antônio receberam a notícia da alta hospitalar da filha, com volta marcada para dois dias depois, a fim de acompanhar o ganho de peso. Feliz por ser o dia da despedida do setor, Joana foi organizar o último banho da filha naquele espaço. No entanto, ao percebê-la dormindo profundamente, comentou: *“Dá uma pena de acordar. Ela tá dormindo tão direitinha. E tá cansada, porque essa noite foi difícil. Ela comeu às 3h e se acordou às 4h naquele choro. Aí peguei ela e voltou a dormir. Quando foi às 5h, acordou chorando e coloquei no peito. Às 6h e pouca de novo chorando e comeu. Aí tá dormindo até agora”*.

Realçamos indícios da mudança de posição de Joana frente ao choro da filha. A própria mãe começou a perceber o choro de Laís quando era desproporcional ao dos demais bebês, indicando um nível alto de estresse. Já conseguia nomeá-lo como *“aquele*

choro”. A mãe começou a esboçar iniciativas diante do choro, pegando-a no colo, contendo-a e colocando para mamar. A identificação do incômodo de Laís e sua atitude frente ao apelo da filha a fez acalmar-se e voltar a relaxar e dormir.

Joana conseguiu acordar Laís calmamente, tirando o lençol que a cobria e suas meias e luvas. A filha começou a se mexer até que acordou irritada, espremendo o rosto e esticando as pernas. Joana então se comunicou: “*Oh mamãe, vai ser rapidinho. Daqui a pouco você dorme de novo*”. Laís encontrava-se no berço e seu banho começou pelas pernas. Dirigia seu olhar para a mãe e era correspondida. Quando a mãe começou a lavar a vagina e o ânus, a filha começou a chorar. No entanto, este se caracterizava como um choro de reclamação, diferente dos choros de desamparo anteriormente escutados. A mãe lavou o tronco e os braços de Laís e ela continuava chorando. Joana colocou-a no colo algumas vezes e dizia “*Pronto, mamãe, venha*”. Posicionou-a nos braços, na posição horizontal, face a face, e passava, delicadamente, o algodão molhado no rosto da filha, que logo parou de reclamar. O semblante de Laís passou a ser de relaxamento e não mais de chateação. Nesse momento, Joana se dirigiu à filha: “*Eita, mãe, como eu gosto do denço do colo de mamãe, chega fico relaxada, né?*”.

Ao terminar o banho, a mãe colocou Laís no berço, e a bebê logo voltou a chorar. Prontamente, Joana pegou-a nos braços e passou a niná-la, balançando seu próprio corpo, olhando para a filha e fazendo o som “*psiu, psiu, psiu*”. Logo em seguida, Laís voltou a dormir e a mãe colocou-a no berço. A cena foi bem semelhante à em que a médica precisou acalmar Laís após o banho.

Indagamo-nos o quanto foi significativo para Joana observar um outro experiente acalmado sua própria filha. A mãe conseguiu elaborar a cena observada e a partir daí apresentou indícios de uma posição mais ativa diante das demandas de Laís, sem deixá-la no desamparo. A transmissão do saber, mediada pelo outro, funcionou como um rito de passagem para Joana, mãe primípara e prematura, fígada pelo não saber sobre a filha. A impotência materna foi resignificada, abrindo possibilidade para a construção progressiva de um saber materno, mas não apenas de saber cuidar, e sim saber sobre a filha no exercício de sua função materna: saber pegá-la nos braços sem medo, saber acalmá-la, saber distinguir os choros e saber identificar as demandas de Laís.

Joana organizava a bolsa de Laís com seus pertences e daria início à ordenha. Antônio se dirigiu à esposa dizendo para ela tomar o seu banho primeiro e prontamente Joana respondeu: “*Primeiro eu vou ajeitar Laís, dar comida a ela e depois eu me ajeito.*

Agora que a gente tem filho, primeiro vai ser sempre ela e depois a gente se organiza, Antônio". Ao escutar Joana falar, a impressão era de organização dos lugares de cada membro familiar, semelhante a quando a médica precisou organizar a função de cada um junto a Laís, no momento em que a bebê encontrava-se bastante desorganizada. Além disso, percebemos a posição da mãe de prontidão, iniciativa e cuidado.

Joana iniciou a ordenha pelo peito esquerdo. Apresentava-se bem concentrada, massageava o peito e ordenhava. Esse momento durou em torno de 15 minutos e rendeu cerca de 5 ml. Laís já estava sem sonda e com dieta livre. A mãe oferecia o peito no momento em que percebia que sua filha demandava. No entanto, pelo horário que tinha se alimentado, já estava no momento de iniciar a dieta. Ao parar a ordenha, percebeu que Laís continuava dormindo num sono profundo e refletiu: *"Acho que ela está mais com sono do que com fome. Mas está na hora de comer. Oh meu Deus, dá uma pena, mas vou ter que acordar"*. Esperou em torno de cinco minutos e a pegou no colo dirigindo-se a ela: *"Bora, mainha, acordar para comer peitinho?"*, mas Laís não acordou. Foi com a filha para o espaço de alimentação e tentou acordá-la. Mexia no corpo e dizia: *"Acorda, mamãe, vamos comer. Tá na hora"*, mas ela não acordava. Pediu ajuda à técnica de enfermagem, que conseguiu acordá-la. A profissional ajudou Joana, posicionando corretamente Laís nos braços maternos e organizou o processo de translactação, acoplando a seringa no sutiã da mãe, de onde encheria o leite que passaria por uma sonda colocada junto ao bico do peito. Na medida em que Laís sugasse o bico do peito, sugaria também o leite da sonda.

Laís mostrava-se inquieta e Joana começou a passar o bico do peito na sua boca até que a filha abriu e abocanhou. Quando começou a sugar, Joana se espremia, fechava os olhos, franzia o rosto, levantava as pernas e dizia: *"Ai Jesus, ai Jesus, que dor"*. No momento em que a profissional iria colocar a sonda junto ao peito para Laís sugar em conjunto com o bico, Joana disse num tom de aflição:

Pera, agora não porque dói muito quando bota. Ela puxa muito forte, por isso que dói. Quando a sonda bate, ela suga mais ainda aí dói mais. Ontem feriram meu peito direito, porque não estavam conseguindo colocar a sonda. Até que depois conseguiram, mas meu peito já estava todo ferido (Joana, 25 anos).

Joana continuava com a mesma expressão de dor. Mamando, Laís sugava avidamente e dirigia seu olhar para mãe. Esta, por sua vez, não conseguia olhar para a filha, pois quando a filha sugava, a mãe se espremia e virava a cabeça para o outro lado.

Ao observar a cena, a técnica de enfermagem disse: “*Ai, Joana, suei aqui sentindo tua dor*”. Num dos descansos da mamada, Laís adormeceu.

A cena relatada acima foi bem diferente da primeira observação da amamentação. Na primeira, não pareceu que houve incômodos, e mãe e filha conseguiram se conectar. Nesta, com o peito ferido e com fortes dores, diante da adaptação à amamentação e à translação, não foi possível para Joana vivenciar aquela amamentação como prazerosa nem se conectar à filha. Esta, por sua vez, buscava o olhar materno e encontrava-se numa posição ativa “sugando muito forte”.

Ao tirá-la do peito, Joana percebeu seu outro peito vazando e afirmou num tom de entusiasmo:

Olha, vazou! Ontem também vazou. [...] Ela puxa muito forte e me disseram aqui que quando puxa assim é porque eu tô com leite e meu peito tá cheio. Mas eu não entendo isso, porque, se tem leite, por que eu não consigo tirar? Bom, mas se disseram devem saber. Tomara que seja mesmo. [...] Eu e a aventura dos peitos (Joana, 25 anos).

Joana atribuiu novos contornos ao percurso do internamento hospitalar. Inicialmente, seu caminho foi marcado pela impotência do lugar materno e por produzir pouco leite. A construção de um saber sobre a filha possibilitou também a produção de leite que então passou a “vazar”. Joana se autorizou ser mãe de Laís e ter leite para ela. Ao mesmo tempo, realçamos a posição da filha, que retribuiu à mãe a potência de amamentar, sugando muito forte e ajudando a mãe a produzir leite. Joana não conseguiu ordenhar, mas, ao colocar a filha no peito, tinha leite vazando.

Laís recebeu alta hospitalar neste mesmo dia e teria que voltar ao hospital para a consulta de retorno com a enfermeira do setor após três dias, a fim de acompanhar o ganho de peso. Foi prescrito o aleitamento materno misto: além do leite materno, a dieta de Laís seria complementada com o leite artificial oferecido no copinho.

8.4 “Fiz tudo certinho como disseram”

Joana, Antônio e Laís aguardavam na sala de espera a enfermeira chamá-los. Enquanto esperavam, Joana relatou como foi a ida para casa:

Foi ótimo. Ficamos muito felizes de irmos para casa. Ela continua comendo de 3 em 3 horas como aqui, tudo muito parecido com a rotina daqui, mas só de estarmos na nossa casa, faz toda a diferença. Laís está dormindo muito, bem

mais que aqui. [...] Aqui ela acordava logo. Está dormindo no bercinho dela. Coloquei um travesseiro por baixo para ficar elevado e fiz um rolinho como os daqui com lençol. Ela dorme bem direitinho. [...] Depois que a gente dá a comida, ela fica 40 minutos em cima da gente. Mas a gente cochila e fico com medo da gente derrubar. Por isso, tô pensando em fazer uma faixa tipo a daqui de canguru pra eu ficar mais tranquila quando estiver com ela nos braços. Tô colocando despertador pra acordar ela de 3 em 3 horas. (Joana, 25 anos).

E continuou:

Tô doidinha pra ver quanto ela tá pesando. Esse peso não sai da minha cabeça, porque tô morrendo de medo de ter que voltar pra cá se ela tiver perdido peso. Fiz tudo certinho como disseram e ela comeu direitinho. Se ela tiver perdido não sei o que aconteceu. [...] O banho, estou dando uma vez ao dia, como me ensinaram aqui (Joana, 25 anos).

O relato de Joana marcou mais uma vez a importância de um outro experiente que lhe oriente como cuidar e sua capacidade e disponibilidade para aprender. Seu desejo em acertar com a filha ficou evidente na fala: “*Fiz tudo certinho como disseram e ela comeu direitinho*”. Ela realçou que tem conseguido estabelecer uma rotina semelhante ao que viveu no hospital, alimentar a filha e banhá-la como lhe ensinaram. O lugar desse outro foi imprescindível para auxiliar Joana na construção de seu saber materno.

Iniciaram a consulta e a enfermeira pediu para tirarem a roupa de Laís, para examiná-la e pesá-la. Enquanto isso, a enfermeira perguntou a Joana:

- “*Está só no peito, né, Joana?*”.

- “*Não, ela saiu no complemento. Tá no peito e tomando 30 ml. Mas estou achando pouco, porque ela tem acordado antes das três horas. [...] Estou primeiro dando o peito e depois 30 ml de complemento*”.

- “*Então você faz o seguinte agora, ao invés de ser de três em três horas, fica de duas em duas horas. Tenta tirar seu leite, depois dá o peito 30 minutos em cada peito e depois faz 60 ml de complemento. Dá a quantidade que você conseguir tirar e depois complementa com o leite de lata o quanto ela quiser. Se perceber que ela não quer mais, não dá e joga fora o leite do complemento. Tente tirar do seu leite, tanto porque é melhor pra ela como você economiza dinheiro*”.

Joana escutou a orientação sem questionar e comentou a melhora dos ferimentos dos seios: “*Meu peito direito já sarou, ainda dói, mas pouco, e o esquerdo ainda está sarando. Então estou dando mais o direito. Não está doendo como estava aqui, está bem mais tranquilo. Não está 100%, mas já está bem melhor*”.

A sala estava gelada e Laís encontrava-se só de fralda, na espera de ser examinada. Joana, ao tocar nos pés da filha, percebeu que estavam frios e se dirigiu a ela: “*Tu tá com frio, né, mamãe? Os pezinhos estão gelados.*” Pegou-a no colo e cobriu-a com uma fralda de pano.

A enfermeira solicitou que colocasse Laís na balança e, nesse momento, Joana olhou para Antônio com um olhar de expectativa. Tirou a fralda da filha e, quando a colocou na balança, Laís abriu os braços e chorou, reclamando. A bebê ganhou em três dias 155 g e, ao perceber que a filha tinha engordado uma quantidade significativa, Joana pulou e bateu palmas, vibrando com o peso, ficou de fato emocionada. Pegou a filha no colo e a abraçou dizendo: “*Que coisa boa, mamãe. Você engordou*”. Seu alívio parecia também ser o reconhecimento de que ela conseguiu ser uma boa mãe para filha.

A enfermeira passou a examinar Laís, que se mostrava bastante inquieta. Chorava, mexendo braços e pernas. Ao terminar o exame, a enfermeira comunicou que estava tudo bem com ela e que poderia vesti-la. Joana começou a colocar a meia e, ao perceber que a filha continuava irritada, colocou-a no colo. Antônio questionou: “*Tu não vai vestir ela, não?*”, e Joana respondeu: “*Vou, Antônio, mas ela tá chorando. Não quero que ela chore assim. Me ajude a colocar aqui no meu braço.*” Ao tomá-la em seus braços, Laís foi se acalmando e conseguiram vesti-la. Ao acabar, a mãe se dirigiu à filha: “*Pronto, mamãe, já acabou. Tu tá com fominha, né? Daqui a pouco mamãe vai dar leitinho pra você*”.

A cena observada realçou mais uma vez a constituição da relação entre mãe e filha e a possibilidade materna em exercer sua função. Joana se mobilizou com o choro e a inquietude de Laís, entendeu a mensagem da filha e aconchegou-a em seus braços. A fala materna “*Não quero que ela chore assim*” nos deu a sensação de uma sintonia existente entre mãe e filha e, além disso, a distinção do seu choro que, quando mais intenso, poderia lhe desorganizar.

Receberam alta do setor e a enfermeira, mais uma vez, ratificou como deveria ministrar a alimentação da filha, orientou sobre o banho na banheira, que passou a ser liberado, e sobre o banho de sol. No processo de constituição da relação entre mãe-filha-pai, parece que cada um, a seu modo, estava se encontrando nos lugares convocados.

CAPÍTULO 9

A CONSTITUIÇÃO DA RELAÇÃO MÃE-BEBÊ PRÉ-TERMO NO CONTEXTO HOSPITALAR

Apresentaremos, neste capítulo, elaborações realizadas a partir da leitura aprofundada dos relatos de casos. Realçaremos, a seguir, aspectos particulares que emergiram nos três casos observados, outros que se repetiram entre eles e que divergiram.

Vimos, nos capítulos anteriores, que a maternidade e a constituição da relação entre mãe e filho implicam desafios num caminhar não preestabelecido, mas a ser construído com a participação ativa de ambos e do seu entorno familiar. Em se tratando das mães e dos bebês observados nesta pesquisa, compreendemos que além dos desafios inerentes à maternidade, eles vivenciaram a constituição da relação entre eles atravessada por dois aspectos: a prematuridade e o internamento hospitalar.

Diante do complexo cenário em se tornar mãe de bebês pré-termos numa organização hospitalar, realçaremos agora a condição de vulnerabilidade inicial do bebê e seu entorno, os efeitos psíquicos na mãe e no filho diante do nascimento prematuro, as posições de saber/cuidado ocupadas pela equipe e a de resistência materna, na tentativa de revelar que detinham um saber particular sobre o filho.

O nascimento pré-termo é caracterizado pela separação prematura entre o bebê e sua mãe. O filho não dispõe em si mesmo da capacidade de sobreviver, e os cuidados maternos por si só não são suficientes para permiti-lo. A mãe se encontra bruscamente privada da relação corporal com seu bebê. E, quando o nascimento precipitado ocorre atravessado pelo pânico e pela urgência em salvar vidas, quando o bebê está em perigo e os médicos não podem tranquilizar a mãe, pode surgir o trauma. O trauma é sem fala e permanece sem palavra, porque é por definição impensável (Mathelin, 1999).

Ferrari e Donelli (2010) destacam que o impacto do nascimento pré-termo do bebê faz com que a vivência do parto não possa ser elaborada pela mãe como um tempo de separação que instaura o início da vida subjetiva do filho. E que este momento pode ser tomado como traumático, visto que excede a capacidade de elaboração possível pelo eu, já que não há palavras que possam dar conta desse momento.

A mãe, também nascida prematuramente, sente-se desamparada, em pânico, invadida pelo sentimento de culpa, de incompetência e de falta. Com a privação de ter o

filho nos braços e de senti-lo, pode também apresentar sentimentos de impotência, irrealidade, solidão, medo e vazio. A estranheza toma conta, pois está na maternidade sem poder se apropriar totalmente de seu bebê. A separação imposta fora do tempo de um e de outro pode conferir uma situação de risco para a mãe, para o bebê e para a construção da relação entre eles (Zem & Da Motta, 2008).

As questões do luto, de perda, de separação e de culpa se encontram em primeiro plano: luto por uma gravidez interrompida, pela perda brusca do estado de gravidez e da experiência física vivida, luto do bebê construído imaginariamente, da criança saudável, o confronto com a violência do real e a impotência de não poder salvar ela mesma a vida do filho, tampouco cuidar dele sozinha. A mãe, que seria potencialmente capaz de dar sustentação ao seu bebê, sente-se, nessas condições, enfraquecida de suas referências (Battikha, 2006).

A separação entre mãe e filho torna-se inevitável, e a entrada de um terceiro — a organização hospitalar — passa a ser indispensável na luta pela vida. O contexto em que o bebê prematuro vive na UTIN e na UCINCo é, evidentemente, complexo: incubadoras aquecidas, respiradores, sondas, monitores, ruídos, luzes fortes e profissionais manipulando-o frequentemente. Todos formam uma barreira de proteção para dar conta de seu desenvolvimento interrompido pelo risco da gestação.

O bebê pré-termo é privado de quase tudo aquilo que um recém-nascido a termo recebe: contato imediato com o corpo, cheiro e calor de sua mãe, sua voz, seu toque, seu aconchego, a escuta de seus batimentos cardíacos e seu leite. Este bebê, que nasceu dentro do tempo esperado, ao chorar, é consolado nos braços maternos e passa a conhecer “um envelope vivo, humano, que pulsa e que responde às suas necessidades” (Brasil, 2013, p. 39).

O prematuro necessita de procedimentos específicos que são por si só invasivos, sente o cheiro dos tecidos da incubadora e de substâncias utilizadas nos procedimentos. Tudo isso bem diferente do corpo materno. Passa, também, mais tempo para sentir o cheiro de seus pais e escutar novamente suas vozes, assim como para manter o contato pele a pele, com os carinhos e afagos maternos.

Diante desse dramático e difícil contexto para mãe e filho, seria a hospitalização, obrigatoriamente, fonte de complicações psicológicas para mãe e bebê e para constituição da relação entre eles? Diante de nossas observações, entendemos que a hospitalização não foi sinônimo de complicações, mas, sim, de que suas especificidades

atravessaram e influenciaram a constituição da relação entre mãe e filho e a amamentação.

Cresti e Lapi (1997), ao observar a relação mãe-bebê no hospital, trouxeram para a reflexão que a estrutura hospitalar e suas características de funcionamento inserem-se como o terceiro elemento nas trocas interativas entre mãe e filho, influenciando, por sua vez, direta ou indiretamente na qualidade da relação que se estabelece entre eles. Tal atravessamento pode contribuir para o fortalecimento dessa relação ou, ao contrário, dificultar o desenvolvimento das capacidades de interação dos parceiros envolvidos. A fim de problematizar essa questão com as mães e os bebês aqui observados e a posição desse terceiro elemento — o hospital — junto a eles, realçaremos aspectos que consideramos relevantes nessa discussão.

Primeiramente, gostaríamos de realçar que, ao analisar os relatos das mães sobre a pré-história dos bebês, curiosamente percebemos que os três filhos não foram planejados, no entanto cada mãe lidou de uma maneira diferente com a novidade. Para Luana, inicialmente a notícia a deixou “*aperreada*”, pois seus investimentos eram dirigidos ao filho mais velho. Porém, ao escolher ter Marcos, em “*botar pra fora, e não matar*”, revelou seu desejo, desejo por sua existência, apesar da ambivalência vivida. Andréa também não tinha planejado a gravidez de Ruan, no entanto pontuou que não se preveniam, deixando espaço para uma nova gestação. Seu sentimento foi de felicidade diante da descoberta e, mais ainda, por ser um menino. E, por último, Joana, que teve a descoberta marcada pelo grande susto ao receber a notícia. Não planejaram e não apresentava nenhum sintoma da gravidez, mesmo com três meses de gestação. Apesar do susto, ficou feliz com a notícia.

Diante do não planejamento da gravidez e da ambivalência do desejo materno, faz-se importante refletir que não há uma correspondência direta entre planejar e desejar. Szejer e Stewart (1997) nos apontam que ter um filho não é, apenas, da ordem do planejamento, e sim, essencialmente, do desejo. Isso quer dizer que não necessariamente uma mãe que planeja ter um filho, deseja-o. Da mesma forma, uma gravidez “*acidental*” não é sinônimo de ausência de desejo. Ao observar as mães e seus bebês, as três não tinham planejado a gestação, mas parecia haver desejo ali instalado.

No que se refere à vivência do nascimento pré-termo, percebemos nos relatos maternos que os nascimentos de Marcos, Ruan e Laís foram marcados pelo inesperado e pela urgência em salvar suas vidas. Gostaríamos de ressaltar a experiência de Joana com o nascimento da filha. A ida à consulta pré-natal de rotina deu lugar ao nascimento

premature. O inesperado, o impensável e o susto atravessaram esse momento: “*Não imaginei que teria minha filha. Ninguém me disse dessa possibilidade*”. A sensação de irrealidade e de não apropriação da experiência do nascimento também foi realçada pela mãe, ao falar que, quando acordou no dia seguinte, “*parece que não tinha caído a ficha que ela tinha nascido*”. O que era impensável fez Joana se confrontar com o real do nascimento não só de sua filha, mas também de uma mãe ainda prematura, desamparada e ambas precisando de contenção.

Diante da vulnerabilidade do nascimento antes do tempo e da linha tênue entre vida e morte, os bebês precisaram, inicialmente, dos cuidados intensivos na UCINCo para se estabilizarem. Como vimos nos relatos de caso, o caminho que cada um percorreu no internamento foi único e o modo como cada mãe e cada bebê pôde vivenciar esse processo também, embora todos estivessem vivendo a especificidade da prematuridade e hospitalização.

9.1 Tempo da Aproximação x Tempo da Convocação para os Cuidados Maternos

Os primeiros encontros entre as mães e seus filhos ocorreram na UCINCo. Diante da condição clínica instável, os bebês, neste ambiente, foram assistidos 24 horas por técnicas de enfermagem, enfermeiras e médicos. As mães puderam ficar no ambiente o tempo que desejaram, se aproximaram dos filhos pelo toque, pelo olhar, pelas palavras, colocando-os em seus braços e participaram dos momentos da alimentação e da higienização.

A impressão, neste ambiente inicial, foi de que as mães estavam aproximando-se dos bebês, conhecendo-os e permitindo-se iniciar um processo de reconhecimento do filho e de apropriação de sua função materna, imprescindível para a constituição da relação entre eles. Realçaremos, agora, o modo como cada mãe pôde se aproximar dos filhos nesse primeiro setor hospitalar.

Em relação à Luana, percebemos que sua aproximação se deu de modo progressivo. Parecia, inicialmente, tímida naquele ambiente desconhecido frente aos cuidados hospitalares necessários à sobrevivência de Marcos: a incubadora aquecida, submetido à fototerapia, com máscara nos olhos, privado da troca de olhares, alimentando-se pela sonda, com monitores, acesso em seu braço e profissionais apropriados no cuidado. Apesar desse contexto impactante, a mãe foi se permitindo se aproximar do filho, tocá-lo, olhá-lo e participar de sua alimentação.

Após sete dias do nascimento de Marcos, Luana parecia estar mais à vontade naquele espaço, que parecia se tornar, aos poucos, familiar. Foi nesse contexto que a mãe se permitiu colocar o filho pela primeira vez em seus braços, tornando-se possível para ambos olhar e ser olhado. Ao contemplá-lo no colo materno, parecia que aquele era o primeiro encontro entre mãe e filho, possibilitando Luana a apreciar cada detalhe do corpo do seu bebê. Ela conseguiu se dirigir com palavras, articulando seu toque carinhoso e olhar convocante: “*Oi, meu amor*”, reconhecendo-o como seu. Do outro lado, Marcos respondeu à convocação e correspondeu ao olhar materno com o seu olhar vivo e sereno. Nesse encontro, percebemos indícios de investimentos maternos e, apesar das contingências e adversidades, uma relação entre mãe e filho começara a se estabelecer.

No que se refere à Andréa e Ruan, para a mãe aquele ambiente hospitalar já lhe era familiar, já que sua filha mais velha também nasceu prematuramente e vivenciou o internamento hospitalar no método Canguru. Nesse sentido, percebemos que o encontro com seu bebê foi marcado pela similaridade da experiência já vivida, mas também pela diferença dos estados clínicos dos filhos. Ruan, que apresentava uma condição clínica mais estável do que a da irmã quando nasceu, realçava a vivacidade, a saúde, a possibilidade materna de tê-lo em seus braços já no primeiro encontro, bem diferente da experiência anterior.

Andréa apresentou uma postura ativa desde o primeiro momento, solicitando que colocassem o filho em seus braços e pegando-o de forma segura e acolhedora. Percebemos que a mãe, desde a primeira observação, revelou sua capacidade de exercer sua função e de reconhecer aquele filho como seu. A postura ativa de Andréa produziu também um filho ativo. Apesar de sua prematuridade, com apenas três dias de nascido Ruan conseguia se expressar corporalmente: pela busca pelo olhar e voz materna, pela abertura da boca como reflexo de busca e pela sucção da mão e da sonda ao ser alimentado.

As respostas ativas de Marcos e Ruan à convocação materna nos remeteu a pontuação de Mathelin (1999) de que todo ser humano tem necessidade de comunicação e que a extrema imaturidade não impede que o bebê prematuro deseje ser compreendido pelo outro. E, mais ainda, quando o bebê consegue estabelecer com sucesso a comunicação com seus pais, um desenvolvimento saudável se inicia. Cresti e Lapi (1997) também corroboram esse olhar da autora citada, ao ressaltarem que o recém-

nascido apresenta um potencial relacional, até mesmo quando prematuro e muito pequeno, aspecto que pudemos perceber nas observações de Marcos e Ruan.

Com Joana e Laís o percurso foi diferente. A condição de ineditismo na maternidade, atravessada pelo “não saber” desde a origem da filha e a contingência da prematuridade, marcou o encontro entre elas. O medo de machucá-la, de não saber como pegá-la no colo e de derrubá-la, nos fez pensar sobre o confronto com o real de sua vulnerabilidade. Ao mesmo tempo, nos mostrou a fragilidade de uma mãe primípara de uma bebê prematura e sua dificuldade de ocupar uma posição de saber sobre a filha e de exercer sua função materna. Nos encontros com mãe e filha na UCINCo, foi possível à mãe tocá-la e dirigir o olhar a Laís; no entanto, tinha medo de tê-la em seus braços e machucá-la diante de sua fragilidade.

Verificamos que o primeiro tempo — o da UCINCo — foi marcado pela aproximação entre mães e filhos, cada uma de modo particular. Com o estado clínico de saúde estável, os três bebês receberam alta e foram encaminhados para a UCINCa. Esse novo setor marcou o segundo tempo — o tempo da convocação materna nos cuidados efetivos com o filho.

A chegada à UCINCa foi realçada pelo impacto com essa convocação, numa situação ainda de vulnerabilidade e internamento hospitalar. Tal impacto foi acompanhado pela comparação entre os dois setores e pelo sentimento de insegurança sobre se conseguiriam cuidar “sozinhas” dos seus filhos naquele ambiente.

Ao observar as mães no período de adaptação à UCINCa, curiosamente, todas pontuaram a diferença existente entre os dois ambientes, especialmente no que se referem aos cuidados dirigidos aos filhos. Destacamos suas falas a respeito desse aspecto:

- *“Aqui quem cuida é a mãe”* (Luana).
- *“Não gostei muito daqui debaixo, não (referindo-se à UCINCa), porque as enfermeiras só ficam com a gente na hora da dieta. Depois é a gente que se vire. Lá em cima era melhor (referindo-se à UCINCo). Quando fiquei no Canguru do Agamenon (remetendo a sua experiência anterior), as enfermeiras ficavam sempre olhando a gente, era melhor”* (Andréa).
- *“Aqui somos nós (referindo-se a ela e ao marido) que cuidamos dela. É um pouco estranho porque eu morro de medo de derrubar ela, então fico com medo quando pego”* (Joana).

O que ocasionou esses sentimentos de insegurança, estranhamento e insatisfação por parte das mães? Teria sido o fato de os filhos ainda estarem numa condição de

internamento hospitalar e de vulnerabilidade e, por isso, pensarem que eles demandariam cuidados dos especialistas? O sentimento de não corresponsabilização entre mães e equipe frente aos cuidados com os filhos traria insegurança?

Trazemos para a reflexão a mudança brusca da posição materna, de coadjuvante na primeira etapa, para protagonista na segunda. Da mesma maneira que o nascimento prematuro foi marcado por ser um acontecimento abrupto e inesperado, indagamo-nos se essa brusca mudança de posição acarretou, mais uma vez, um susto diante do que não esperavam. Será que se perceberam sozinhas nesse cuidado com os filhos, ocasionando o sentimento de desamparo?

Os diferentes sentimentos dirigidos ao hospital por parte das mães nos fizeram refletir a respeito da dialética existente na relação de cuidado entre a equipe (sujeitos cuidadores) e as mães e os bebês (sujeitos cuidados). Partimos do entendimento de que o hospital se caracteriza como uma estrutura constituída por relações psicossociais que são atravessadas por processos objetivos e subjetivos, por ambiguidades, contradições e antagonismos (Silva, 2010).

Ao compreender que toda relação humana é conflitiva e ambivalente, atravessada pelo amor e ódio, admite-se que com o hospital não seria diferente, já que esta se constitui pelas relações. Esse espaço pode suscitar nas pessoas o sentimento de segurança e acolhimento por meio de seus dispositivos tecnológicos e humanos (Silva, 2010). Ao mesmo tempo, e de maneira antagônica, pode provocar a sensação de insegurança e desamparo nessas mesmas pessoas, em razão de algumas das características desses mesmos dispositivos, como observamos nas mães participantes desta pesquisa.

Percebemos esse sentimento inicial presente nas três mães observadas ao chegarem à UCINCa. No entanto, Luana e Andréa, desde a primeira etapa, nos mostraram os indícios de investimentos maternos e da capacidade de exercer sua função. No segundo setor, conseguiram construir um saber fazer com o filho, buscando desenvolver uma posição de autonomia no cuidado com o bebê e demandando muito pouco da equipe. Nesses dois casos, a equipe se posicionou como coadjuvante no cuidado efetivo dos bebês. No entanto, ocuparam, em diversos momentos observados, uma posição de conhecimento diante das mães, marcando que ali a autonomia materna era relativa.

Com Joana e Laís, a equipe se posicionou de modo diferente. A mãe nos revelava indícios de fragilidade no exercício de sua função e de apropriação do saber

sobre Laís. Frente à fragilidade materna, a equipe ocupou uma posição de cuidado com a própria Joana, favorecendo seu reposicionamento junto a Laís. Nesse sentido, percebemos que os profissionais ocuparam diferentes posições frente às mães e aos filhos, como veremos a seguir.

9.2 Equipe: Posição de Conhecimento

Realçaremos, agora, a posição de conhecimento ocupada pela equipe e regulada pelos mecanismos hospitalares, por meio dos protocolos. Tal posição ocupada indicava que a equipe era quem sabia sobre mãe e filho por meio do conhecimento científico. Marcaremos, também, a posição de resistência de Luana e Andréa frente a esse saber, atribuindo um novo sentido aos protocolos prescritos.

A chegada à UCINCa causou estranhamento em Luana ao se deparar com os protocolos hospitalares ligados ao cuidado com o filho: o uso da bata por parte das mães, a posição canguru, o vestir os bebês apenas de fralda, meias e luvas e o “banho de gato”. A mãe recebeu orientações a respeito das especificidades daquele ambiente, sobre como cuidar do filho, como vesti-lo e banhá-lo. No entanto, mesmo com as informações recebidas, não obedeceu de imediato às regras. Ao perceber o descumprimento, a médica precisou ratificar a orientação já dada anteriormente. Luana escutou a orientação em silêncio e, após a médica se retirar, verbalizou, para a observadora, que havia vestido o filho com medo de que ele gripasse. Apesar de seu receio, cedeu à orientação, colocou a bata e retirou a roupa do filho, posicionando-o na posição canguru.

Outro estranhamento se deu em relação ao uso do sutiã. Segundo Luana, os profissionais orientaram que as mães deveriam ficar sem sutiã com o filho na posição canguru. Sobre isso, a mãe pontuou: *“Poxa até sutiã a gente tem que tirar, eu não gosto de ficar sem sutiã e também meu peito fica vazando e molhando a bata”*. Seu tom nos pareceu de insatisfação diante da imposição e da invasão em sua intimidade.

Em relação ao protocolo hospitalar referente ao banho, Luana pontuou:

*“Aprendi a dar o banho de gato nele. Achei tão esquisito. [...] **Elas disseram que não pode** tomar banho na banheira, se não **perde peso**. Eu hein? Como assim, perde peso, porque toma banho na banheira? Não entendi, mas, já que **disseram**, deve ser verdade, né?!”*. Após banhar o filho, Luana realçou novamente: *“Agora não vou botar a roupa, porque **elas não deixam** (referindo-*

se às profissionais), *e também porque ele vai ficar em cima de mim*” (Luana, 19 anos) [grifo nosso].

No que se refere à posição canguru, Luana expressou seu estranhamento do ganho de peso atrelado a essa posição e ao leite materno: *“Dizem que o leite de caixa não ganha peso como o leite da mãe. E também colocar ele nessa posição (posição canguru), dizem que eles ganham peso junto da mãe. Não entendo como isso acontece, mas dizem que ganha”* [grifo nosso].

Após três dias de experiência no novo ambiente hospitalar, o estranhamento inicial com a informação recebida sobre a posição canguru foi ressignificado por Luana e tomou uma nova dimensão. Foi de outro registro que o contato pele a pele marcou mãe e filho e ela pôde realçar os ganhos que a posição trouxe para a constituição de uma relação íntima e segura entre eles. Não importavam as explicações racionais sobre o protocolo, o registro para ambos foi de que era com Marcos, no colo materno, com o contato pele a pele proporcionado pela posição canguru, que ambos relaxavam, sentiam-se seguros, conseguiam dormir e se aquecer. Além disso, junto à mãe e alimentando-se do seu leite, ainda ganhava peso.

Apesar dos novos sentidos dados por Luana ao protocolo hospitalar, seu estranhamento inicial nos fez refletir acerca da posição de conhecimento ocupada pela equipe. São os profissionais que, por meio do conhecimento, supostamente sabem como as mães devem cuidar dos seus filhos prematuros naquele espaço, como banhá-los e como alimentá-los. São eles que sabem sobre o melhor leite, os horários e o modo que devem ser alimentados, as melhores posições para os filhos ganharem peso e até sobre o uso adequado da roupa materna e do bebê. Esse saber vem de fora, imposto, e deve ser obedecido, independentemente do estranhamento e desconforto das mães. Luana marcou em sua fala que não precisava entender o que eles diziam. Se eles “dizem”, então é verdade.

Esse conhecimento médico, pautado na ciência e nos discursos tecnológicos e científicos, regula a relação de cuidado entre a equipe e as mães e seus bebês. Ele objetiva atender às exigências da objetivação e da universalização, não priorizando a subjetividade. Percebemos, então, a seguinte tensão: as mães, na UCINCa, são convocadas a assumir sua função materna de forma autônoma, de cuidados efetivos junto aos filhos; no entanto, a contradição aparece, pois esse cuidado é atravessado pelos protocolos hospitalares que são impostos e que devem ser obedecidos, porque

aqueles profissionais são os que supostamente sabem o que é melhor para aqueles bebês.

Essa posição ocupada pela equipe hospitalar nos remeteu à concepção atual preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), bem distinta do que foi observado ao longo dos internamentos. O SUS marca o lugar do usuário do serviço hospitalar como protagonista. Trata-se, hoje, da perspectiva de saúde centrada no usuário, em que este é convidado a exercer a autonomia diante de si e sair do lugar tradicional de sujeição. A implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) veio ratificar essa posição do usuário enquanto sujeito protagonista de sua história e defender as relações horizontais entre gestores, equipe de saúde e usuários, posicionando-os como protagonistas e produtores de saúde (Brasil, 2004).

Apesar da importante mudança de concepção, o processo de hospitalização dificulta a assunção dessa posição, já que o sujeito precisa se submeter ao poder médico, às rotinas e aos protocolos hospitalares preconizados igualmente para todos, conviver com estranhos e “sofrer a evidência real e imaginária de perdas, como da saúde, do convívio familiar, da privacidade, do seu estilo de vida” (Silva, 2010, p. 44).

Segundo Ramos e Nicolau (2013), em contramão do que se preconiza pelo SUS, na prática o sistema de saúde é regido “pela ética do cuidado, da universalidade científica, e opera com um saber constituído, da ordem do conhecimento organizado e acumulado para intervir sobre o usuário, colocando-o no lugar de depositário do saber” (p. 808). Em nome do bem-estar do paciente, o discurso médico é marcado por significantes como proteção, assistência e prevenção, e sua posição de agente do saber instituído pela verdade.

Em busca da cura e da reabilitação, a ciência fornece embasamento teórico para as condutas médicas, padronizando protocolos, procedimentos e apontando a direção a seguir. Nesse sentido, valoriza o saber sobre o todo e direciona o modo como os sujeitos devem proceder naquele ambiente hospitalar (Melo, 2009). Ao longo do processo de observação, chamou-nos atenção a padronização materna e dos cuidados com os filhos: todas as mães vestiam-se iguais, dividiam o mesmo espaço, alimentavam os filhos da mesma maneira e no mesmo horário. Partindo da objetividade e da eficiência, assemelhava-se a um sistema de produção em massa. Todas deveriam proceder da mesma maneira. Do outro lado, tinham os profissionais que acompanhavam se a “produção” estava condizente com os protocolos estabelecidos. Nesse ambiente produtivo, padronizado e objetivo existia espaço para a singularidade materna?

Quando os profissionais de saúde ocupam o lugar da verdade absoluta e de únicos detentores do conhecimento sobre o outro, impedem a emergência da singularidade do sujeito e a construção ativa de um saber particular. Ao contrário, a posição passiva de obediência diante do saber do outro termina por fazê-lo ocupar um lugar de objeto.

Esse posicionamento de detentor do conhecimento ocupado pela equipe hospitalar nos remeteu, também, ao que Lacan (1992) nomeou de “discurso do mestre”¹¹. Para o autor, esse discurso se configura pela dominação e tende a silenciar o sujeito e eliminar qualquer indício de subjetividade, submetendo-o a seu discurso. Trata-se de uma discursividade calcada no poder de mando, gerando impactos importantes para a subjetividade dos que ali se encontram. Sobre essa posição discursiva, Melo (2009) define:

O discurso do mestre é, portanto, o discurso da eucracia. Nele, há uma centralização do poder na medida em que existe um nome responsável por todas as decisões e atitudes. Os indivíduos sabem a quem recorrer e encontram no líder alguém que supostamente fornece respostas e soluções para qualquer tipo de sofrimento. É um laço social baseado na devoção e na obediência ao detentor do poder. Se por um lado o mestre conforta e consola os seus discípulos, estes, em contrapartida, não são ouvidos e não têm os seus aspectos subjetivos considerados (p. 99).

Na presente pesquisa, presenciamos em diversos momentos um cotidiano empoderado pelo poder, mas não sobre qualquer pessoa. Sobre pessoas financeiramente mais pobres, numa posição de vulnerabilidade diante de um filho que demandava cuidados de um outro detentor do conhecimento. Na fala de Andréa, ficou evidente esse posicionamento, ignorando o saber materno. Quando ingressou na UCINCa, a enfermeira do setor administrou uma quantidade de leite para Ruan menor do que ele tomava no setor anterior. A mãe pontuou por diversas vezes que estava errado, mas a profissional ignorou sua colocação e continuou ofertando o que tinha definido. A mãe tentou expressar que o filho tinha perdido peso e que ele se mostrava irritado, porque estava com fome. No entanto, não obteve sucesso e se confrontou com sua impotência diante desse outro poderoso. Foi preciso esperar dois dias para ter contato com a médica do setor, que reconheceu o equívoco e fez a correção.

¹¹ Lacan propôs a existência de quatro discursos (o discurso do mestre, o da histérica, o do psicanalista e o da universidade) que possibilita o entendimento sobre os enlaçamentos sociais. Eles organizam diferentes formas de relação que regulam o laço social. “Isto porque ela permite uma maneira peculiar de se pensar as relações entre o saber inconsciente, o campo da linguagem e o gozo” (Melo, 2009, p. 13).

Lacan (1992) nos indica que cada modo discursivo possui algo de uma impossibilidade na sua estrutura. E, em se tratando do discurso do mestre, ou seja, da posição discursiva caracterizada pelo autoritarismo, há algo impossível de tudo governar. Tenta-se, de todas as maneiras, dominar; no entanto, algo escapa. Sobre isso, Melo (2009) completa, “Trata-se de uma ilusão tendo em vista a força dos aspectos subjetivos e a sua capacidade de aparecer independente da racionalidade humana” (p. 99).

No discurso do mestre, o sujeito que ordena impõe as leis na ilusão de tudo governar, acreditando ser capaz de dominar completamente. Trazendo para o debate a dialética do senhor e do escravo, desenvolvida por Hegel (1999, citado em Melo, 2009), nela, o senhor detém o poder absoluto, mas é o escravo quem possui o saber fazer sobre o trabalho. Esse saber escapa ao mestre, tornando uma situação de dependência em relação ao servo. Esse saber fazer que é de domínio exclusivo do escravo e escapa ao mestre evidencia a impossibilidade de tudo governar.

Ao apontar que algo escapa e que o detentor do conhecimento apresenta uma ilusória dominação, remetemos na presente pesquisa às posições de resistência, de transgressão e de invenção das mães Luana e Andréa diante dos protocolos hospitalares e da sua não flexibilização. Destacaremos agora alguns recortes.

Realçamos, primeiramente, a postura de incômodo de Luana frente à falta de privacidade no setor, já que todas as mães e acompanhantes (outras mulheres e pais) dividiam o mesmo espaço. A mãe expressou seu constrangimento em ordenhar na frente das demais pessoas, especialmente dos outros pais. Verbalizou que não tinha privacidade, já que a cama se localizava no meio do quarto. Ao apontar seu constrangimento diante da exposição do seu corpo, destacamos a dupla dimensão inscrita em Luana: mãe e mulher. Aquele corpo, e, em especial, o peito, não se tratava apenas de uma dimensão maternal, biológica e produtor de leite. Ele também representava a dimensão erótica e de uma intimidade que ela não desejaria expor. Dessa maneira, Luana resistiu à padronização e solicitou um espaço mais reservado em que não precisasse compartilhar seu corpo e sua intimidade.

Ainda sobre Luana, num dado momento do internamento, a mãe passou a se mostrar insatisfeita com o fato de que seu filho já tinha atingido o peso de nascimento (critério para autorizar a amamentação) e ainda não tinha sido liberado para mamar. Diante desse contexto, passou a reclamar da ordenha, justificando cansaço. Mas do que Luana reclamava? Seria pelo fato de ter que esperar que um outro lhe autorizasse a

amamentar o próprio filho? Frente ao impasse da não autorização por parte dos profissionais e de seu desejo em amamentar, Luana amamentou o filho escondido algumas.

Essas transgressões não se deram de modo irresponsável. Luana respeitou o protocolo hospitalar, que liberava a amamentação quando a criança atingia o peso do nascimento. No entanto, ficar à mercê de um outro que lhe autorizasse a iniciar a amamentação parece que deixou Luana impaciente e sua insatisfação com essa situação foi projetada no cansaço em ordenhar e em colocar o filho no peito escondido.

Além da transgressão relacionada à amamentação, Luana transgrediu o protocolo e colocou roupa no filho. Neste dia, era feriado na cidade e a maioria dos profissionais do setor não estava presente, apenas três técnicas de enfermagem. Diante disso, ao terminar o banho do filho, Luana começou a vesti-lo e disse: “*Hoje não tem médico, então a gente pode tudo (sorrindo). Estou achando que ele está resfriando, então quero deixar ele aquecido*” [grifo nosso].

Ressaltamos, aqui, que as transgressões ocorreram em momentos de finais de semana, em que havia poucos profissionais no setor. A posição de Luana nos fez refletir sobre o modo como ela estava se apropriando do filho e de sua função materna. Pareceu não se submeter por completo aos protocolos, considerando, quando possível, seu desejo em relação ao filho. Porém, para exercer sua função materna legitimando seu próprio saber sobre Marcos, os profissionais que ocupavam o lugar do conhecimento precisariam estar ausentes do setor.

Destacamos, agora, um recorte da transgressão feita por Andréa frente ao protocolo hospitalar. Ruan, durante um tempo internado na UCINCa, ainda precisava se submeter à fototerapia e, pelo protocolo, deveria ficar 24h no berço aquecido tomando banho de luz. No entanto, Andréa verbalizou que à noite seu filho não ficava de jeito nenhum no berço: “*Ele fica muito irritado, chorando, aí eu tiro e ele dorme comigo. Mas de dia ele fica mais quietinho.*” No dia anterior, Andréa tinha dito que gostaria de dormir com o filho em seus braços. Deixá-lo de dia no berço aquecido parece que foi o possível para a mãe suportar. À noite, com menos profissionais para dizer o que deveria fazer e fiscalizá-la, ela se sentia no direito de decidir sobre o filho e, segundo a mãe, ambos dormiam melhor dessa forma.

A respeito desse olhar vigilante dos profissionais da UCINCa em relação ao cumprimento dos protocolos hospitalares por parte das mães, associamos a noção de

pan-óptico trazida pelo filósofo utilitarista Jeremy Bentham¹². Em 1787, na época do alvorecer da era industrial de massa, a fim de melhorar a administração de prisões, hospitais, escolas e fábricas e diminuir a indisciplina nesses locais, o filósofo trouxe a ideia de uma simples arquitetura: pan-óptico ou casa de inspeção. Essa construção seria como um prédio circular de pequenos aposentos transparentes, todos conectados, nos quais os indivíduos poderiam ser supervisionados por um inspetor que tudo via. Todos estariam individualizados, mas constantemente visíveis.

Sobre tal ideia Keen (2012, p. 28) comenta,

A tecnologia da conexão do pan-óptico nos aproxima separando-nos, calculou Bentham. Transformar-nos em objetos expostos, inteiramente transparentes, seria bom para a sociedade e para o indivíduo, acrescentou ele, porque, quanto mais imaginássemos que éramos vigiados, mais eficientes e disciplinados nos tornaríamos.

A noção de pan-óptico, nesse sentido, nos remeteu à vigilância exercida pelos profissionais e a não flexibilização dos protocolos. O desejo de Luana e de Andréa pôde ser posto em prática quando não existia a constante vigilância sobre mãe e filho. Quando a vigilância saiu de cena, deu-se lugar às decisões particulares do mundo privado materno. Essa questão traz para o debate o modo como as equipes de saúde estão transmitindo o que é preconizado por lei. Seria pela via da vigilância? Aqui na presente pesquisa evidenciamos que, por mais que as recomendações e os protocolos tenham a função de atingir o maior número de pessoas, por meio de uma abordagem horizontalizada e universal, não se pode perder de vista o modo como tais discursos chegam ao sujeito e, diante de sua história particular, o que será possível para cada um fazer com isso. Nesse sentido, por mais vigilância que se tenha, o que há de mais particular a ser construído na relação entre mãe e filho escapará.

Realçaremos, agora, a invenção de Andréa diante da negativa da equipe em flexibilizar o horário da dieta. Estava num horário muito próximo para iniciar a alimentação e Ruan começou a se inquietar e chorar. Andréa interpretou que ele estava com fome e, prontamente, dirigiu-se, com Ruan na posição canguru, para solicitar que

¹² Jeremy Bentham viveu na Inglaterra entre os anos de 1748 e 1832 e foi o criador do utilitarismo como filosofia moral. Tal concepção surgiu num período bastante específico, a era racionalista. Ele dirigiu suas críticas, principalmente, ao direito inglês, a partir de sua original concepção sobre o princípio da utilidade. O autor questionou a utilidade de cada conceito, a norma jurídica e o objetivo prático destes para o homem e a sociedade de sua época. O utilitarismo é uma ética denominada de consequencialista, na medida em que se deve avaliar em cada caso concreto os efeitos das ações para que se reflita se tal conduta é eticamente reprovável a partir do critério da utilidade ou princípio de maior felicidade (Geraldo, s.d.).

ele iniciasse a dieta, já que havia ordenado seu leite, estava próximo ao horário e o bebê apresentava-se inquieto. No entanto, voltou sem sucesso e disse: “*Não posso dar a dieta, porque disseram que a médica tem que examinar primeiro antes dele comer e ela ainda não veio aqui. Então vou dar a chupeta pra você, meu amor*”.

Frente à negativa da equipe, Andréa precisou se reinventar e criar alguma forma de acalantar o filho e acalmá-lo. Pegou uma gaze, embrulhou-a, abriu o copo com seu leite, molhou a gaze no leite e colocou na boca do filho. A cena foi muito interessante, porque Ruan passou a sugar fortemente e parou de chorar. Em seus braços, Andréa o acalentava, alisando seu rosto calmamente e dirigindo seu olhar a ele. Ruan foi se acalmando, correspondendo ao olhar da mãe, relaxando no colo materno, até que adormeceu com a gaze na boca. Trazemos para reflexão a posição ativa de Andréa diante do filho e dos seus sinais de desconforto. Ao confrontar-se com a impotência de não poder decidir sobre o horário de alimentação do filho, Andréa buscou uma solução possível e obteve sucesso.

A posição de saber sobre o filho, de resistência e de criação ocupada por Luana e Andréa nos revelou que a função materna é da ordem do privado, do singular e que esta é impossível de ser regida e ensinada por protocolos hospitalares e universais. O que justamente escapa destes é a impossibilidade de ditar a respeito das referências internas de uma mãe exercer sua função materna. Eles podem orientar a respeito dos cuidados gerais com o bebê pré-termo, podem até deter um conhecimento científico sobre as especificidades desses bebês, mas sobre Marcos e Ruan as figuras que estavam conseguindo construir seu saber particular, personalizado, atravessado pelo seu desejo e viabilizado pelas dimensões atributivas e transitivas da função materna eram as suas mães e isso é da ordem do impossível de ser ensinado.

Com isso, marcamos aqui mais uma vez que os protocolos hospitalares podem orientar a respeito dos cuidados relacionados à maternagem, cuidados estes que são da dimensão consciente, que existem nos manuais de puericultura e que todos podem aprender. No entanto, “para que a função materna produza uma inscrição significativa, é necessário que haja uma particularização dos cuidados na relação do outro com a criança” (Kamers, 2004, citado em Borges, 2009, p. 43). E essa personalização dos cuidados só poderá ser feita pelo agente que ocupa a função materna, atravessadas pela própria história materna e pelo saber inconsciente. A função e o saber materno escapam por completo da equipe e sobre estes não conseguirá governar.

9.3 Equipe: Posição de Cuidado

Segundo Cresti e Lapi (1997), o hospital pode exercer diferentes funções junto à mãe e seu bebê. Discutimos, no item anterior, a posição de conhecimento que a equipe ocupou, em algumas situações, junto à Luana e à Andréa. Com Joana e Laís pudemos acompanhar um movimento diferente. Percebemos certa mobilização por parte das outras mães e dos profissionais diante da fragilidade materna e dos desconfortos da filha, expressos na passividade da mãe, no choro e nas manifestações corporais do bebê. Tal mobilização propiciou o acolhimento, a flexibilização de protocolos e a intervenção diretamente junto à Laís e a seus pais.

Sobre esse movimento acolhedor, Cresti e Lapi (1997) realçam que o espaço hospitalar pode também representar uma estrutura que cuida, que protege, que apoia e que auxilia mãe e filho em suas necessidades, respeitando a particularidade de cada relação. Comentam, ainda, que essa posição de cuidado pode ser definida

por um termo empregado por Didier Anzieu, Geneviève Haag e outros, ‘um envelope que contém e protege’ a dupla mãe/bebê, o hospital oferecendo a essa dupla apoio físico e psicológico comparável ao que a mãe deve, por sua vez, dar ao recém-nascido, para permitir que viva e se desenvolva (p. 155).

Nessa posição de continente, o hospital oferece à mãe um espaço acolhedor e de proteção, dando atenção às emoções maternas, às expressões corporais dos bebês e adaptando-se a eles com sensibilidade. Tal função favorecerá as mães a acolher e proteger seu bebê, assim como a exercer com mais serenidade e autonomia sua função. Quando os profissionais conseguem ocupar suas funções de forma cuidadosa, não intrusiva e “sem dar prescrições unívocas e dirigidas demais, permite que a criatividade materna encontre seu espaço para a solução de seus problemas” (Cresti & Lapi, 1997, p. 156).

No início do internamento na UCINCa, antes das mudanças de postura da equipe, Joana revelou que sentiu falta das orientações objetivas por parte dos profissionais a respeito dos cuidados diários com a filha: como banhar, ordenhar, entre outros. Segundo ela, ninguém lhe havia ensinado: “*Aqui ninguém me ensinou. [...] O leite eu também não sabia tirar. Vi uma mãe fazendo e aprendi*”.

Considerando Joana uma mãe primípara, num contexto de prematuridade, de internamento hospitalar e insegura na sua nova posição subjetiva, fazia-se necessária

certa passagem de alguém que já tivesse alguma experiência para ela poder aprender. No nascimento a termo é comum observarmos a participação de alguém familiar mais experiente auxiliando a mãe primípara nessa função, semelhante a um rito de passagem. Parecia ser essa ausência o que Joana se queixava.

Chamou-nos atenção que, ao mesmo tempo em que Joana queixou-se pela falta de informações, não buscou a equipe e não solicitou ajuda, revelando uma posição passiva diante do novo. Ela não se negava a fazer, pelo contrário, mostrava esforço, no entanto não sabia fazer e se paralisava. Sua passividade passou a mobilizar as outras pessoas, outras mães e os profissionais, inclusive a própria filha.

Destacamos, aqui, o primeiro banho dado por Joana na UCINCa. As outras mães organizavam o banho dos filhos, mas Joana se encontrava sem iniciativa. A passividade materna mobilizou outra mãe, que estava no leito ao lado e, ao perceber que ela não estava organizando o banho de Laís, convocou-a para aprender com ela.

A partir dessa experiência com outra mãe, Joana aprendeu a banhar a filha, no entanto ainda lhe faltavam referências internas nesse cuidado. No dia seguinte, conseguiu organizar o banho da filha. A cama estava com todos os materiais bem separados que utilizaria naquele momento (sabonete, algodão, água morna, fralda, meias e luvas). Joana iniciou o banho de Laís e esta passou a chorar copiosamente. Seu choro era muito forte, como se fosse de angústia. A mãe tentava acalmá-la, mas não conseguia. Frente àquele profundo desconforto expresso no choro da bebê, a médica se mobilizou e se aproximou daquela cena dizendo:

Isso é um banho ou uma tortura? Joana, ela está chorando muito, vamos ajeitar ela. Não pode ser assim uma tortura. Deixa eu pegar ela aqui para acalmar. Você já tirou seu leite? Vamos fazer o seguinte, o pai vai ficar com ela, enquanto você vai tirar seu leite, tá certo?

Joana revelava que, naquele momento, não estava conseguindo exercer sua função materna de modo que aplacasse a angústia da filha. Não conseguia acalentá-la, saber pela filha, hipotetizar seus desconfortos nem nomeá-los. Diante da impotência materna, o apelo de Laís foi escutado pela médica. A condição de desamparo de Laís poderia fazer com que Joana se sentisse nesse mesmo estado? Uma mãe primípara, de um modo geral, faz apelo à experiência de alguém da família. No caso de Joana o apelo parece ter sido feito pela filha à equipe, que se mobilizou e passou a ajudar mãe e filha.

Destacamos, ainda, outro exemplo da passividade materna ao buscar o espaço para alimentar a filha. No espaço de alimentação, Joana estava à espera de um lugar vago, no entanto várias cadeiras ficavam disponíveis e a mãe não conseguia ter a iniciativa para ocupá-la e logo vinha outra mãe. Após um tempo significativo, Laís passou a se irritar, chorando copiosamente. Seu choro era de puro estresse, de angústia, desproporcional a um choro de reclamação. Esse choro mobilizou a fonoaudióloga, que logo se aproximou e questionou Laís: “*Oh, por que você está tão estressada?*”. Prontamente ajudou a bebê a acalmar-se, colocando-a na posição canguru nos braços maternos e iniciando a alimentação. A impressão era a de que a mãe não estava encontrando um lugar para si e para a filha.

Percebemos a flexibilização de protocolos em algumas situações. Ressaltamos o exemplo da prática da ordenha na UCINCa. A orientação dos profissionais é que a mãe ordenhe em todos os horários da dieta do filho, no entanto Joana se confrontava com a pouca produção de leite e pontuou: “*Estou tirando pouquinho leite. Não tiro em todos os horários pra ver se enche mais. As enfermeiras já sabem que eu tiro pouco e não reclamam*”. A impressão era de que os profissionais passaram a conhecer a dinâmica materna e da filha, passando a assumir uma postura de não julgamento e de não culpabilização ao aceitar o que estava sendo possível para ambas naquele contexto. Chamou-nos atenção que tal postura se deu exatamente em relação à produção do leite materno. O discurso comum que impera no setor de ter que oferecer o leite materno para o filho a todo custo abriu espaço para uma relação de acolhimento e de aceitação sem reclamar.

Aos poucos, percebemos que Joana foi se apropriando mais da filha, iniciando uma construção de um saber sobre ela, reconhecendo os diferentes tipos de choro e “aquele choro” como ela mesma nomeava e buscando diferentes estratégias para acalentá-la. Apresentava-se mais segura, menos ansiosa e orgulhosa a cada conquista e acerto junto à filha.

Nesse processo de constituição da relação entre mãe e filha, chamou-nos atenção o modo como Joana passou a banhar Laís, bem diferente de como fazia anteriormente. E o mais interessante foi a sua justificativa para modificação, pois a mãe pontuou que estava compreendendo o que deixava a filha mais relaxada e realmente isso passou a acontecer. Os momentos de banho observados passaram a ser momentos prazerosos e de troca entre mãe e filha. Imprimindo um saber particular sobre a filha, Joana modificou a

cronologia do banho, e esses momentos passaram a ser carregados de sentidos, de suposições, de nomeações, de troca de olhares e de afetos.

Diante disso, refletimos sobre alguns elementos que podem ter feito diferença no auxílio da apropriação materna sobre a filha: equipe, outras mães e presença da observadora. Seu não saber inicial e o desamparo de Laís mobilizaram as pessoas que estavam ao seu redor, que passaram a ter uma postura de acolhimento e de sensibilização. Em relação à equipe, ao se implicarem e ao reconhecerem as particularidades e as possibilidades e limites de mãe e filha, puderam intervir de modo mais eficaz. A flexibilização dos protocolos hospitalares em prol das necessidades de Joana e Laís pode também ter contribuído para a apropriação progressiva da filha e de sua função materna. Assim como a presença constante e não intrusiva da observadora, favorecendo um clima de atenção e de receptividade.

Sobre a implicação da equipe junto à criança, Mathelin (1999) ressalta que quando se refere à hospitalização, a existência da criança está indissociadamente ligada à presença do outro, seja a mãe ou a equipe que estará para o bebê em posição de continente. Ao destacar a importância das intervenções realizadas no bebê, pontua que cabe à equipe tentar ir ao encontro dele e procurar decifrar o menor de seus apelos para tentar responder a isso. Não se trata mais de uma observação do exterior, mas de aceitar estar preso na relação com a criança, de intervir, de deixar-se surpreender. Nesse sentido, a implicação dos profissionais com o percurso de cada mãe e seu bebê torna-se crucial para auxiliá-los na apropriação de sua função.

9.4 Bebês: Interlocutores Maternos

Foi-nos possível testemunhar, ao longo das observações das mães e de seus bebês, que estas conseguiram colocar os filhos na posição de interlocutor. Na trajetória de Luana e Marcos, percebemos a nítida diferença entre o modo como a mãe se dirigia ao filho inicialmente e ao final do internamento. Nos primeiros encontros, dirigia sua presença materna pelo toque e pelo olhar. Aos poucos, passou a investi-lo também com suas palavras. À medida que foi se apropriando de seu filho e criando uma intimidade, foi conseguindo nomear e atribuir sentidos aos seus diferentes comportamentos e expressões, dando a ele uma posição ativa e de interlocutor.

Os momentos dos banhos e das alimentações foram carregados de sentidos. Marcos expressava seu mal-estar com o banho por meio de sua inquietude corporal,

franzindo o rosto, esticando braços e pernas e choramingando. Luana respondia, devolvendo-o: *“Calma, meu amor”*; *“Oh meu amor, mamãe tem que limpar, tá ficando limpinho. Vamos agora limpar suas pernas”*; *“Oh mamãe malvada, tô limpando o cachinho, já vai acabar”*.

Nos momentos da alimentação, ao percebê-lo irritado, Luana se dirigia a Marcos, colocando-o numa posição de alteridade, já que ela não detinha todo o saber sobre o filho: *“O que foi, meu amor? Toda vez que ele está comendo, fica assim reclamando comigo.”* Em outro momento, quando estimulava a sucção de Marcos, ao retirar o dedo da boca do bebê, ele fez uma expressão de choro e a mãe disse aninhando-o em seus braços e cheirando sua cabeça: *“Oh mãezinha, você não queria que eu tirasse, não é? Tome, mamãe bota de novo.”*

Em relação à Andréa e Ruan, a mãe também conseguiu, no exercício de sua função materna, atribuir sentidos às expressões do filho. Trazemos o exemplo de quando o bebê tinha acabado de ser alimentado e virou a cabeça de frente para o seio materno, começando a chupar fortemente a pele. Andréa se dirigiu a ele num tom de entusiasmo, hipotetizando simbolicamente sua reação: *“Você ainda tá com fome, é, mamãe? Você já está satisfeito porque comeu, mas quer comer mais, é? Está sentindo o cheiro de leite, né?!”*.

Na trajetória particular de Joana e Laís, foi possível perceber a mudança de posição marcada, inicialmente, por um não saber materno para a possibilidade de construção de um saber. Nesse caminhar, Joana conseguiu atribuir sentidos às expressões da filha. Escolhemos um recorte quando, ao final do banho, Joana percebeu o semblante de relaxamento da filha no lugar da irritação inicial e pontuou: *“Eita, mãe, como eu gosto do denço do colo de mamãe, chega fico relaxada, né?”*. E, ao trocar olhares, acrescentou: *“Eu gosto de olhar pra minha mamãe, né, filha?”*.

Diante desses recortes acima, podemos perceber que foi possível às mães observadas exercerem sua função, cada uma de seu modo particular. Assim como de um filho enquanto interlocutor ativo na constituição da relação entre mãe e bebê. Sobre essa interlocução entre mãe e filho, nos remetemos à Levin (2005) que ressalta que é essa mutualidade nas trocas entre eles que possibilita o bebê iniciar seu processo de subjetivação, além de permitir aos pais se apropriarem de sua função.

9.5 Presença Paterna junto à Mulher e ao Filho

No que se refere à presença paterna junto às mães e aos bebês, os três pais se fizeram presentes, cada um de sua maneira. Em relação à Luana e Marcos, a observadora não conheceu João pessoalmente, mas este se fez presente no discurso de Luana, nas posições de marido e de pai. Segundo a mãe, o parceiro os visitou algumas vezes e chegou a dormir na UCINCa. No entanto, não ficou internado junto a eles, pois sua função foi de cuidar de Igor, o filho mais velho do casal, enquanto Luana e Marcos não poderiam ir para casa.

No início do internamento, Luana se confrontou com atitudes infieis de João que a deixaram bastante mobilizada. Seu desejo por João enquanto parceiro fez Luana revelar a dupla dimensão inscrita em si: a de mulher e a de mãe. Ao mesmo tempo que mostrava sua capacidade de maternar e investir em Marcos enquanto sua mãe, pôde também marcar para seu parceiro que ela poderia ser objeto de desejo para um homem. Aquele corpo e seio materno que produzia leite para o filho era, também, um corpo erótico e fonte de desejo sexual. Luana precisou se reposicionar diante do marido, mostrando-o que, além de mãe, existia ainda uma mulher desejante que o convocava tanto enquanto pai, para cuidar de sua família, como enquanto seu homem.

Em relação a Rodolfo, pai de Ruan e parceiro de Andréa, este também visitou mulher e filho algumas vezes. Ele chegou a dormir na UCINCa, mas não acompanhou todo o internamento, pois estava responsável por cuidar de Juliana, a filha mais velha do casal, enquanto Ruan precisava permanecer no hospital.

Rodolfo esteve presente em duas observações realizadas e, em ambas, foi perceptível a sintonia entre o casal. A troca de olhares entre eles, seu toque carinhoso dirigido à mulher, o modo como juntos admiravam o filho e o inseriam na linhagem familiar, reconhecendo as semelhanças existentes entre eles e Juliana, revelaram a existência de uma relação desejosa e parceira entre Rodolfo e Andréa. Em relação ao filho, Rodolfo também pôde demonstrar seu investimento, alimentando-o em seus braços e ajudando Andréa quando necessário.

Percebemos que, para Luana e Andréa, saber que os parceiros estavam à frente do cuidado de seus filhos mais velhos junto às sogras dava a elas tranquilidade e segurança para continuar investindo em Marcos e Ruan. Apesar de se sentirem divididas, por diversos momentos, entre os filhos mais velhos que estavam distantes e os mais novos que demandavam cuidados especiais, encontravam-se de certa forma

aliviadas com o cuidado paterno junto a eles. Essa rede de apoio tecida foi imprescindível para auxiliar as mães em seus investimentos maternos.

Com Joana e Laís, a presença de Antônio ocorreu ao longo de todo internamento hospitalar, dia e noite. Por serem pais de primeira viagem, puderam juntos acompanhar a filha. Das cinco observações, em apenas uma delas ele não se fez presente, pois precisou ir ao trabalho. Sua disponibilidade afetiva e de parceria junto a Joana e a Laís marcou sua presença.

Semelhante a Joana, apesar do empenho e desejo em acompanhar, a posição do pai também foi marcada pela passividade e insegurança em como proceder com Laís. Ao longo das observações, ocupou o lugar de coadjuvante no cuidado, auxiliando mulher e filha quando precisaram: alimentou a filha nos braços, ajudou nos momentos de banhos e higiene, fez posição canguru, e acalentou mãe e filha. Supomos que sua presença fez diferença para Joana, pois a mesma constantemente o solicitava.

A presença de João, Rodolfo e Antônio, cada um de seu modo, revelou a importância de suas funções enquanto parceiros e pais. Teceram uma rede de sustentação que pode ter favorecido às mães o exercício de sua função materna mais segura junto aos filhos.

CAPÍTULO 10

ATO DE ALIMENTAR, AMAMENTAR E GANHO DE PESO

Tratamos em capítulos anteriores a respeito da amamentação e de sua importância no processo de humanização do bebê. Em se tratando do contexto da presente pesquisa, trazemos para o debate como se estabelece o processo alimentar com o bebê que nasce prematuramente e que não pode ser alimentado diretamente no seio materno.

Imaturo, o bebê pré-termo ainda não tem a capacidade de coordenar e sincronizar a sucção e a deglutição e, por esse motivo, recebe a alimentação passivamente por meio da sonda introduzida no seu aparelho digestivo. Sem ser parte implicada na própria alimentação, o alimento recebido é dissociado do erotismo bucal. Privado do seio e impossibilitado de experimentar sua boca como primeira fonte de contato corporal com o outro, como fonte de alimentação e do gosto pelo alimento, passa a conhecer excitações profundas, dentre elas, a da sonda, gerada por sua introdução e retirada (Aronis & Atem, 2005).

O modo de administração do leite e sua quantidade exata faz parte do conjunto de prescrições médicas. Nos estritos objetivos da sobrevivência, a alimentação se mistura ao conjunto de prescrições de aporte calórico indispensável, e a curva de peso adquire um valor de parâmetro fundamental. Sobre isso, Quiniou (1999, p. 56) realça:

Nesses tempos iniciais, a necessidade de uma alimentação artificial¹³, cujos critérios médicos definem inteiramente seus componentes, descarta o tempo rico de trocas da alimentação e elimina, no espírito de quem prescreve, toda noção de prazer.

No contexto inicial de uma UTIN e UCINCo, a luta contra a morte e a busca pela estabilidade clínica ganham mais visibilidade do que o processo da alimentação em si. Na luta pela sobrevivência, o oxigênio e a ventilação seriam mais símbolo da vida do que o próprio alimento e a relação com o outro.

¹³ Compreendemos que, quando Quiniou (1999) aponta a respeito da “alimentação artificial”, não se trata do alimento em si, já que o indicado é o leite materno. Trata-se, em nosso entendimento, da maneira como o leite é ofertado. Isto é, ao ser administrado via sonda e privado do seio materno, pode-se correr o risco de perder as ricas trocas estabelecidas entre mãe e filho.

Inicialmente, os pais também se encontram tomados pela preocupação com a manutenção da vida de seu filho. Apesar da presença física perto do bebê e da ordenha do próprio leite, mãe e bebê não são protagonistas no processo alimentar. São os profissionais que definem a quantidade de leite a ser tomada, assim como o modo de administrá-lo.

Somente posteriormente, a depender da condição clínica do bebê e do suporte dos profissionais, o processo de desmame da sonda e a passagem gradual para ser alimentado diretamente no seio materno se iniciam. Essa passagem bem-sucedida é imprescindível já que estar amamentando e ganhando peso se configuram como critérios para alta hospitalar.

Em se tratando das mães e dos bebês aqui observados, traremos agora para a discussão como se estabeleceu o processo da alimentação dos bebês e da amamentação ao longo do internamento, assim como os atravessamentos nesse processo.

10.1 Os Primeiros Encontros entre Mãe e Filho Envolvidos pela Alimentação

As observações na UCINCo foram marcadas por percursos particulares das três mães e bebês observados no que se refere ao processo da alimentação. Apesar das diferenças no caminhar, percebemos que as mães expressaram indícios de investimentos ao alimentar seus filhos, assim como na suposição do desejo deles em mamar. Realçaremos aqui a trajetória percorrida pelos participantes nesses encontros iniciais, nos quais os bebês ainda estavam longe de mamarem diretamente no seio materno. Apesar da impossibilidade, a aproximação e o investimento materno favoreceram para a construção de uma alimentação carregada de sentidos, mesmo na adversidade.

No que se refere à Luana e Marcos, percebemos o envolvimento materno desde o início das observações. A situação alimentar, na primeira observação, foi marcada pela ordenha do próprio leite e sua oferta via sonda. Marcos se encontrava na incubadora e Luana segurava a seringa por onde o leite descia. Parecia estar conectada ao filho, dirigindo seu toque e seu olhar, enquanto o alimentava. Após uma semana de nascido, na segunda observação, a mãe pediu permissão para colocá-lo em seus braços e, pela primeira vez, o alimentou em seu colo. Sua iniciativa em tê-lo junto a si possibilitou a operação de um encontro entre mãe e filho e o reconhecimento dele como seu. Aqui, o ato de alimentá-lo foi carregado de um olhar contemplativo, de surpresa e de admiração ao observar cada detalhe do corpo de Marcos. Somou-se, também, a

presença de uma voz materna suave que o reconhecia: *“Oi, meu amor”*, assim como o toque carinhoso em seu corpo. Naquele momento, o leite parecia ser um detalhe entre eles.

Nesse processo de constituição da relação entre mãe e filho, percebemos que a produção de leite materno também se deu de modo progressivo. Luana iniciou a segunda observação revelando sua preocupação em não ter leite suficiente para o filho: *“Acho que meu leite vai secar, porque meu peito está mole. Ontem, ficou faltando 5 ml para ele”*. No entanto, após a operação do encontro entre eles que ocorreu neste mesmo dia, algo se passou, pois, no dia seguinte, a mãe chegou à UCINCo orgulhosa e com um sorriso no rosto, segurando seu pote cheio de leite que tinha acabado de ordenhar. Disse num tom de alívio que tinha tirado *“mais leite do que ele precisava”*. Diante dessa fala refletimos sobre o efeito da apropriação do filho e de sua função materna na produção do leite.

Destacamos, por sua vez, a influência dos acontecimentos na estabilidade materna e, conseqüentemente, na produção do leite. Luana associou que as preocupações relacionadas ao filho mais velho e ao marido podem ter lhe influenciado no seu bem-estar e, conseqüentemente, na produção do leite: *“Antes, eu estava tirando menos leite porque estava preocupada com meu marido e com meu outro filho. [...] Não estava nem me alimentando direito”*.

Esta questão nos faz pensar a respeito do entrelaçamento existente entre corpo e psiquismo na produção do leite materno. Luana estava presente junto a Marcos, no entanto, emocionalmente se apresentava dividida, ameaçada de “perder” o filho mais velho e o marido. A instabilidade emocional vivida não a permitia estar por inteira com o filho e produzir a quantidade de leite suficiente. Como ela mesma analisou: *“Depois que resolvi meu filho e meu marido, estou mais tranquila e me alimentando melhor pra chegar mais leite pra meu filho”*. De fato, observamos que após a operação do encontro entre mãe e bebê e a resolução apontada por ela com o filho mais velho e o marido, a chegada do leite foi garantida, “mais do que suficiente”, e deixou de ser preocupação materna ao longo de todo o internamento.

Em relação à Andréa e Ruan, podemos perceber desde o início das observações a postura materna ativa e apropriada de sua função. Na primeira observação, ao ser questionada pela enfermeira se já estava ordenhando, Andréa respondeu que estava apenas estimulando, pois seu leite ainda não tinha chegado. No dia seguinte, iniciou o

processo de ordenha e pontuou: “*Meu leite está chegando agora. Estou tirando em todos os horários para ele. Quero que ele coma do meu leite*”.

Trazemos para a reflexão sobre o lugar simbólico que o leite materno ocupou. Nas falas de Luana e Andréa ficou evidente o desejo em ter leite e alimentar seus filhos com ele. Nesse contexto, o leite materno poderia representar a presença materna, a doação de si, fruto de seu investimento? Já que não poderiam dar o peito, eles se alimentariam dos seus leites.

Ao mesmo tempo, poderíamos refletir a respeito do lugar de reconhecimento e de poder ocupado por elas, pois Luana e Andréa teriam o poder de produzir o melhor alimento para aquele filho. Apenas elas detinham do poder de produzir “o melhor alimento” para aquele filho, nascido naquele tempo gestacional, e o leite de qualquer outra mulher não teria as mesmas propriedades quanto o dela. Sobre isso, o discurso médico veio ratificar o valor do leite materno para Andréa. Ao saber que a mãe estava ordenhando uma quantidade suficiente para Ruan, a médica pontuou num tom firme e de aprovação: “*Ótimo! Todo o leite dele vai ser o seu! Muito bem!*”. Diante dessa fala, produzir todo o leite que o filho necessitava, foi associado ao reconhecimento do esforço materno: “*Muito bem!*”. E as mães que não conseguiam produzir o esperado, como eram vistas pela equipe? E, mais ainda, como se sentiam diante dessa impossibilidade? Com a colocação médica, parecia que a produção de leite se dava pela via consciente, do esforço materno: se esforçar-se, terá mais leite!

No entanto, observamos com Joana, a terceira mãe observada, a frustração em não ter leite suficiente para a filha. Ao longo do internamento de Laís, o empenho materno em ordenhar era visível, ela se concentrava, passava um bom tempo massageando os seios e ordenhando, no entanto a quantidade de leite ordenhada não correspondia ao seu esforço e ela pontuava que saía “*muito pouquinho*”. Esse aspecto nos faz refletir sobre a dimensão inconsciente também na produção de leite. Compreendemos, na verdade, o entrelaçamento existente entre o corpo biológico materno em sua produção dos hormônios em prol do leite e os aspectos inconscientes de cada mãe. Nesse sentido, não podemos associar a maior produção de leite ao esforço consciente da mãe em ordenhar.

Ainda sobre Joana e Laís, percebemos que a aproximação entre as duas se deu de modo progressivo. Aos poucos, a mãe permitia-se aproximar e tocá-la, pois tinha medo de não saber como pegá-la. Apesar de Joana se mostrar presente, preocupada e desejosa em acompanhar Laís, parecia ainda estar no momento da aproximação. Com

elas, o caminho da constituição de uma relação íntima e segura entre mãe e filha foi mais longo, assim como o da produção de leite materno. Indagamo-nos se existiria uma relação existente entre a aproximação aos poucos entre mãe e filha e a produção aos poucos de leite materno.

10.2 “Ele quer mamar!”

Na constituição da relação entre mãe e filho, trazemos para o debate um aspecto que apareceu nas observações de Luana e Marcos e Andréa e Ruan, ainda na UCINCo: a suposição materna de desejo dos filhos de mamar. Ainda distante da perspectiva de mamar diretamente no peito, as expressões corporais dos filhos adquiriam sentidos e foram nomeadas pelas mães como desejo de mamar.

Essa questão ficou evidente nas duas falas de Luana em relação ao filho ainda no início do internamento: “*Ontem, ele estava no meu colo e começou a procurar o peito querendo mamar. Acho que ele vai pegar logo o peito*”. Nesse mesmo dia, ao alimentar Marcos na incubadora, percebeu que o bebê colocava a mão na boca, enquanto o alimento descia pela sonda. Verbalizou, então, num tom de entusiasmo: “*Ele vai pegar logo o peito!*”. Seu desejo pela amamentação ficou evidente e a suposição do desejo do filho também. Ao supor esse desejo de Marcos, Luana projetou no filho um lugar de aposta e de possibilidades. A posição ativa do bebê, que até então poderia ser compreendida por reflexos de busca, foi simbolizada e ganhou novos sentidos.

Ao finalizar a alimentação, Luana percebeu que Marcos continuava acordado e refletiu a respeito da diferença entre alimentá-lo na incubadora e em seus braços: “*Vai dormir mamãe. [...] Quando ele come no braço, boto ele pra dormir, mas, como não peguei ele, ainda está acordado*”. A mãe realçou o lugar de aconchego que seu colo propiciava ao filho. Independente da amamentação, o que foi marcado pela mãe foi a relação íntima que se construía nesse ato de alimentar. Ao se alimentar em seus braços, com seu toque carinhoso, sua voz e as trocas de olhar, Marcos conseguia relaxar e dormir. Como nessa observação a mãe o alimentou na incubadora, Marcos não dormiu, marcando que algo faltou nesse ato.

Na observação de Andréa e Ruan também vimos os sentidos atribuídos pela mãe do sugar do filho à suposição do desejo de mamar. Antes de iniciar a alimentação, Ruan se encontrava bem aconchegado no colo materno. Abriu a boca, encontrou sua própria mão e passou a sugar. Ao observar o bebê ativo em seus braços, a mãe nomeou a busca

pela mão como desejo pelo peito. Foi interessante notar que a enfermeira do setor, ao iniciar a alimentação de Ruan, percebeu que o bebê começou a sugar a sonda avidamente. Nesse momento, a profissional verbalizou num tom de entusiasmo: *“Eita, parece que ele está sentindo o leite chegar na barriga. Quando sente o sabor do leite, fica assim, sugando!”*.

Na segunda observação de Andréa e Ruan, Rodolfo, seu pai, estava presente e foi alimentar o filho em seus braços. O bebê se mostrava inquieto no colo paterno e Rodolfo, sorrindo, nomeou a inquietude como procura pelo peito: *“Ele está procurando peito. Aqui não tem leite, meu amor”*. Após a alimentação dada pelo pai, Andréa colocou o bebê em seu colo para acalmá-lo e, prontamente, Ruan virou a cabeça de frente para o seio materno e começou a chupar fortemente a pele. Os pais começaram a sorrir e Andréa se dirigiu ao filho, num tom de entusiasmo e surpresa: *“Você ainda tá com fome, é, mamãe? Você já está satisfeito porque comeu, mas quer comer mais, é? Está sentindo o cheiro de leite, né?!?”*.

Nesses recortes ilustrados acima, podemos analisar a suposição de sujeito que os pais fizeram desses filhos marcados pelo desejo. As expressões corporais que manifestavam algum reflexo ou necessidade foram transformadas em demanda pelos pais, hipotetizando-as e nomeando-as como expressões de desejo pelo peito, pelo leite e pelo aconchego materno.

Apesar de Marcos e Ruan estarem impossibilitados de mamar diretamente no seio materno, as mães, tão cedo, conseguiram atribuir o lugar de potência aos filhos, apostando que, atravessados pelo desejo de mamar, esse ato aconteceria brevemente. Destacamos que, nesta suposição, o desejo materno também estava essencialmente implicado. Essa suposição materna de desejo dos filhos em mamar continuou presente ao longo do internamento hospitalar, como, por exemplo, nos momentos de ordenha e de alimentação.

10.3 Ato de Ordenhar e a Articulação dos Registros Pulsionais

O processo de ordenha acompanhou as mães durante todo o internamento. Pelo fato de a amamentação se tornar possível apenas no final do internamento, a ordenha foi quem marcou a possibilidade de os filhos serem alimentados com o leite materno. Na UCINCo, essa prática era realizada numa sala reservada para as mães, longe dos filhos. Já na UCINCa, cada mãe fazia a ordenha no seu leito junto ao bebê.

Luana e Andréa conseguiram ordenhar praticamente em todos os horários e possuíam uma produção de leite suficiente para os filhos. Destacamos, a seguir, o modo particular com que elas realizaram o processo de ordenha na UCINCa e os aspectos que puderam ter favorecido a produção de leite materno.

Em relação à Luana e Marcos, foi interessante notar que, nas diversas cenas observadas, antes de iniciar a ordenha, a mãe posicionava o berço de frente para ela de modo que conseguisse ver Marcos ao longo do processo. À medida que ordenhava, dirigia seu olhar para o filho diversas vezes. Discutimos, anteriormente, a respeito do olhar enquanto pulsão escópica e de sua função na constituição do laço entre mãe e filho. Trazemos aqui a reflexão sobre o efeito desse olhar no ato da ordenha e na produção do leite. Compreendemos que a troca de olhares pôde ser um dos aspectos que estimulou a produção de leite em Luana. No lugar da sucção do peito que estimula a produção de leite, o olhar pode ter feito este mesmo efeito? Nas observações, percebemos que os momentos da ordenha não correspondiam a um ato mecânico de tirar leite para alimentar o filho. Existia algo mais. Havia a articulação entre o ato de olhar e o ato de ordenhar, construindo uma significação simbólica para além do tirar o leite para nutrir.

Outra cena observada que merece destaque foi a ordenha realizada por Andréa. Antes de iniciar o processo, a mãe se dirigiu ao filho que estava bem acomodado no berço e o colocou no colo, posicionando-o na posição canguru, em contato pele a pele. Ruan estava acordado e sem demonstrar inquietude. Andréa, então, deu início à ordenha. A mãe ordenhava com destreza, enquanto Ruan, curiosamente, iniciava um movimento de sucção na pele do peito materno. Parecia que estavam em sintonia: de um lado a mãe tirava o leite e, do outro, o filho realizava o movimento de sucção.

Atrelado a esse movimento rítmico, a troca de olhares esteve presente. Andréa olhava para o filho e ordenhava. Ruan, por sua vez, buscava o olhar materno, levantando sua cabeça e sugando sua pele. Parecia que Andréa necessitava do contato íntimo com o filho, assim como da posição ativa do bebê para ordenhar. Este ato se assemelhava à amamentação no peito e a impressão era de que a sucção de Ruan contribuía para a produção do leite materno. A articulação entre os registros pulsionais e a resposta do filho chupando a pele materna evidenciou, mais uma vez, que naquele momento o que esteve em jogo não foi apenas o leite, mas a constituição de um ato alimentar íntimo e prazeroso para ambos.

Semelhante a esta observação, destacamos outra cena de Luana e Marcos. Após a ordenha, ao se acomodar no espaço de alimentação, Marcos ficou inquieto e Luana se dirigiu ao filho questionando-o sobre o motivo de seu desconforto. A mãe interpretou que sua reclamação era de que ele demandaria mamar no seio materno e ela prontamente solucionou a questão: enquanto o leite descia pela sonda, Luana posicionou Marcos com a cabeça de frente para seu peito, possibilitando o filho chupar a pele e, ao mesmo tempo, se acalmar: *“Eu coloco ele assim para ele pensar que está mamando. Eu coloco a cabecinha dele virada para o meu peito e ele fica com a boca na minha pele chupando, aí acho que ele pensa que é o peito”*.

Ao buscar a solução para acalmar o filho, a mãe deu um novo sentido ao ato de alimentá-lo pela sonda e aquele momento estava para além da nutrição. Quando Luana expressou que *“ele pensa que é o peito”*, na verdade será que perceber seu filho ativo, sugando, teria para mãe e filho uma função apaziguadora da semelhança da amamentação, para ambos pensarem que Marcos estava no peito?

Além do olhar presente no ato de ordenhar e de alimentar, destacamos o movimento de sucção da pele das mães pelos dois bebês e a correspondência de olhares. As mães os convocaram e Marcos e Ruan conseguiram corresponder, exercendo o papel de interlocutores ativos nesses momentos. A posição ativa, inventiva e desejante das mães pode ter produzido filhos parceiros no ato de alimentar.

Os recortes acima nos fizeram analisar que o olhar daquele que exercia a função materna pôde se dirigir ao bebê que se humanizava, se personificava e suscitava surpresa. A boca não foi apenas um lugar de entrada e de passagem da sonda, mas onde se anunciou o desencadear da sucção. Dessa forma, o tempo da alimentação por sonda pôde ser capturado de sentido e tomou seu lugar nesta aproximação, sob o olhar unificado do adulto em relação ao bebê, que passou a ser carregado e segurado de outra maneira.

Sobre essa questão, Quiniou (1999) comenta que na busca pela vida, apesar dessas vicissitudes, o bebê suscita algo a mais nos pais e nos profissionais, por meio da sua capacidade de autoerotismo bucal, sucção da sonda, da mão, da busca de contato e de comunicação quando abre os olhos ao escutar a voz daquele que se dirige a ele. Isso testemunha um início de vida psíquica.

Nesse sentido, podemos refletir que a constituição da relação mãe-bebê pôde acontecer independentemente do modo como o leite foi ofertado. O que estava em jogo foi mais a qualidade da relação estabelecida entre mãe e filho do que a maneira de ser

alimentado — peito, sonda, copo, mamadeira. Nossa análise corroborou a pontuação de Sampaio (2013) de que o que satisfaz a pulsão não é leite, mas o prazer das trocas que percorrem o circuito pulsional, considerando o prazer do bebê e também de quem o alimenta.

No seminário *A relação de objeto*, Lacan (1995) também realça essa questão. O autor não fala especificamente sobre a amamentação, no entanto destaca que pouco importa se a alimentação se dá por meio do seio ou da mamadeira. Na verdade, o fundamental é a erotização da zona oral, ou seja, que o ato alimentar tenha uma função erotizada no plano do desejo que se ordena na ordem simbólica. Dessa forma, a satisfação pulsional parece tão central que sua ausência pode entravar a satisfação da própria necessidade alimentar.

Lacan (2008) marca, também, que o complexo do desmame fixa no psiquismo a relação da alimentação, sob o modo parasitário que as necessidades dos primeiros meses de vida do bebê exigem, representando a forma primordial da imago materna. Nesse sentido, ele funda os sentimentos mais arcaicos e mais estáveis que unem o sujeito ao Outro.

Essa imago materna é constituída pelas sensações próprias dos primeiros meses de vida, mas ela só ganha forma na medida em que se organizam psiquicamente. No início da vida do bebê, as sensações experienciadas estão relacionadas aos seus primeiros interesses afetivos. Esses interesses testemunham a precocidade e a eletividade das reações da criança diante da aproximação e da partida das pessoas que cuidam dela. Essas relações eletivas permitem-nos perceber o conhecimento, desde muito cedo, por parte do bebê da presença que a função materna preenche (Lacan, 2008).

A dimensão do prazer tornou-se possível de ser vivenciada por mãe e filho no processo de internamento hospitalar, favorecendo a constituição de uma relação de intimidade entre eles. Defendemos, portanto, a posição de que o ato de alimentar, independentemente do modo ofertado, está contido dentro de um processo maior que abarca a construção de uma relação entre mãe e filho, de um saber sobre o mesmo e de um desejo pela sua existência.

10.4 “Ele está aqui só para ganhar peso!”

Analizamos, no item anterior, a possibilidade da vivência da dimensão do prazer no ato de alimentar, independentemente do modo como o leite foi ofertado. No entanto, realçaremos agora o valor atribuído à curva de peso do bebê, o embate entre ganhar e perder peso e os atravessamentos desse aspecto na relação entre mãe e filho.

Sabemos que para a sobrevivência do bebê e seu progresso clínico, é imprescindível que ganhe peso. Para isso, todos os procedimentos em torno do bebê são verificados e mensurados a partir desse parâmetro: o banho (excluindo a banheira até adquirir um peso que possibilite perder energia e se manter estável); o contato pele a pele, a exclusão de roupas da mãe e do filho, e a oferta do leite materno de preferência.

O que nos chamou a atenção, ao longo das observações, foi o foco atribuído pelos profissionais ao produto “ganho de peso” e, posteriormente, pelas mães. Esse olhar minucioso deixou em segundo plano o processo em que o ganho aconteceu. Em nossa ótica, entendemos que o ganho de peso ocorreu, também, como um dos efeitos da constituição da relação entre mãe e filho.

A fala dos profissionais relacionada à estabilidade e ao progresso no internamento esteve sempre marcada pela quantidade de peso ganho. No contato com a mãe durante os exames clínicos diários, a equipe apenas se referiu aos aspectos orgânicos do bebê, à quantidade de gramas atingida e sobre o volume de leite ofertado. Nesses momentos observados, nenhum profissional indagou as mães de como estavam se sentindo naquele contexto, nem como percebiam seus filhos. O foco se deu estritamente no corpo biológico, nos critérios objetivos do ganho de peso e na variação da quantidade de leite ofertada, deixando em segundo plano os aspectos subjetivos envolvidos.

No percurso de Luana e Marcos, quando o bebê estava próximo de receber alta da UCINCo, a médica comunicou para a mãe sobre a situação clínica do filho, verbalizando que seu estado era estável, que o antibiótico havia sido suspenso e que agora sua estadia no hospital seria “apenas para ganhar peso”. Pontuou, ainda, que a ida para a UCINCa propiciaria um ganho de peso mais rápido e, então, poderia ir para casa.

Na UCINCa, as pontuações dos profissionais a Luana marcavam também a ênfase dada ao ganho de peso: “*Luana, está tudo bem com seu bebê, ele está ganhando peso muito bem. Ontem, ganhou 76 gramas. Foi o bebê que mais ganhou peso ontem*”. Luana respondeu: “*Foi, sim. Fiquei impressionada, porque num dia ele ganhou 55 g e*

no outro 76 g!” A colocação da médica, após examiná-lo, nos deu a impressão de que o ganho de peso estava associado ao reconhecimento do investimento materno no filho, reafirmando sua condição de saber cuidar.

A curva de peso foi o critério ressaltado pela equipe para autorizar o início da amamentação e o peso de nascimento, o marcador de saúde. Luana expressou tal critério em sua fala: *“A médica disse que, quando ele ganhasse o peso do nascimento, ele poderia ir para o peito”*. Essa associação também foi corroborada pela fonoaudióloga: *“Ele ganhou peso, né (com ar de sorriso e de aprovação)?! Hoje, vamos tentar colocar ele no peito”*. O fator surpresa de Marcos não ter podido ser liberado para mamar, mesmo atingindo o peso de nascimento, revelou a existência de outros aspectos ligados a esse ato além do critério objetivo do peso. Nesse caso, a imaturidade de Marcos no posicionamento da língua. Esbarraram-se aqui com questões que não dependiam apenas dos critérios preestabelecidos, mas com o desenrolar natural do processo de maturação do bebê.

Inicialmente, o destaque do peso esteve presente apenas na fala dos profissionais. No entanto, ao longo do internamento, especialmente na UCINCa, este conteúdo passou a fazer parte do discurso das mães, sendo gerador de ansiedade, expectativa, sinônimo de possibilidade de amamentar e, posteriormente, de alta hospitalar. Não bastasse a ansiedade inevitável pelo fato de estarem em um contexto diferente e privadas do seu cotidiano, essas sensações cresciam a cada pesagem. O que antes, o peso, era um marcador da equipe, passou também a ser das mães.

Arelado à ansiedade gerada pela relação entre ganho/perda de peso e acesso à amamentação, inseriu-se, na reta final do internamento, a expectativa pela alta hospitalar. Sobre isso, Luana revelou: *“Ele engordou 60 g ontem, só falta 20 g para chegar em 2 kg. A médica disse que ele já está bem de peso para ir para casa, só falta pegar o peito para ter alta”*. Destacamos também a fala de Andréa: *“Ele pegou mais 35 g e está com 1.705 g. Falta pouco pra chegar no peso que ele nasceu. Tenho fé que semana que vem vou pra casa. Tô louca para ir para casa.”* [...] *“Vou amamentar meu filho direto para não perder peso e a gente ir embora”*. E a de Joana: *“A médica disse que, se ela estiver pegando bem o peito, a gente tem alta”*.

Trazemos para a reflexão o “peso” que os bebês carregam em ter que corresponder às expectativas precisas da equipe e das mães em atingir a curva esperada, em responder adequadamente à amamentação e em continuar ganhando peso após a retirada da sonda. Da mesma maneira, o “peso” materno em ter que obedecer aos

protocolos hospitalares sem se apropriar totalmente do filho e, ainda, produzir suficientemente o “melhor” leite para ele. Diante disso, indagamo-nos sobre os efeitos psíquicos na mãe e no bebê atravessados pela busca precisa do peso.

Destacamos, ainda, a importante liberdade materna para descobrir quando o filho tem fome. No entanto, no processo de internamento em que o ganho de peso é uma meta buscada obsessivamente por todos naquele espaço – equipe e mães -, tal atravessamento pode impedir essa liberdade e, por sua vez, apagar sua dimensão prazerosa e humanizante para mãe e filho. A ansiedade materna em ter que ter leite e ter que amamentar para o filho ganhar peso e ir para casa, pode também potencializar o foco no aspecto nutritivo e num corpo como meramente orgânico.

Após a alta hospitalar, esse marcador continuou sendo alvo de expectativas e ansiedades maternas, já que voltariam ao hospital para a consulta de acompanhamento. Este retorno tinha o objetivo de acompanhar a curva de peso dos bebês e verificar se já poderiam ter alta definitiva do hospital e passar a ser acompanhados pelo posto de saúde próximo à residência. O grande receio das mães era de que os filhos não correspondessem ao peso esperado e fossem, novamente, internados.

Compareceram para a consulta de acompanhamento Luana e Marcos, e Joana e Laís. Andréa faltou sem justificar. A enfermeira que conduziu ambas as consultas era a chefe que os acompanhou na UCINCa. Chamou-nos atenção o modo como esses momentos foram conduzidos pela profissional, pois o foco se deu, novamente, em torno da questão do peso e da amamentação. Em nenhum momento foram questionados aspectos ligados ao novo contexto de cuidado, às adaptações ocorridas na nova dinâmica familiar e aos sentimentos maternos sobre o bebê.

Com Luana e Marcos, a chegada à residência foi marcada por atravessamentos que não existiam no internamento hospitalar: dificuldades financeiras que impossibilitavam à mãe alimentar-se adequadamente e comprar a medicação para o filho; condições de moradia precária; adaptações diante da nova rotina e dos dois filhos que demandavam de modos distintos sua atenção. Curiosamente, o bebê que mais ganhava peso no internamento passou a não mais ganhar como esperado após a alta hospitalar.

Ao perceber o não ganho de peso dentro da meta preconizada, a profissional fez uma série de questionamentos à Luana num tom de desconfiança. As respostas maternas sinalizavam seu difícil contexto atual, no entanto não foram consideradas pelo discurso da profissional e, ainda, bastante criticada. Ao contrário, sua única solução dada de

modo imperativo foi que diminuísse o tempo das mamadas para 2h/2h e que oferecesse o leite posterior. O semblante de Luana e sua respiração profunda dava-nos a impressão de que já estava fazendo tudo o que era possível enquanto mãe. Finaliza ameaçando um possível internamento, caso Marcos não retornasse em quatro dias ganhando peso como esperado.

Ao retornar a consulta, após quatro dias, Luana demonstrou sua apreensão em relação ao ganho/perda de peso do filho e verbalizou: “*Marcos, pese muito agora, viu?*”. O bebê de fato ganhou, mas a profissional indagou num tom de desconfiança: “*Alguma coisa você estava fazendo, porque não era normal ele estar ganhando 14 g/dia e agora 40 g/dia*”. Luana respondeu: “*Fiquei dando de duas em duas horas e tirando algumas vezes o leite inicial. Acho que o que você mandou fazer funcionou*”. O tom de recriminação, culpabilização, desconfiança e de imposição foi muito forte nesses dois encontros. Não houve acolhimento, escuta, sensibilidade e flexibilização de nenhum protocolo diante do relato materno. Se o importante ali era o produto da curva do peso, então amamente mais ainda!

Trazemos para a reflexão o quanto o foco continuou sendo na dimensão do corpo real, do corpo a ser nutrido. Realçamos, mais uma vez, a importância do ganho de peso para a sobrevivência e saúde do bebê. No entanto, observamos que o modo como enfatizaram os processos relacionados a como proceder e administrar a amamentação e o leite ordenhado foi preponderantemente pela via nutritiva, minimizando os demais aspectos subjetivos e do novo contexto da mãe e do filho que atravessavam o ato de amamentar.

Sobre a valorização do aspecto puramente orgânico, trazemos para a reflexão o entendimento de Cresti e Lapi (1997) de que, quando o hospital não é capaz de tolerar os impactos emocionais vivenciados pelas mães na relação com seu filho naquele novo contexto, recorrem a mecanismos de defesa que reduzem a assistência ao nível puramente orgânico, sem considerar os aspectos subjetivos e particulares que envolvem cada relação entre mãe e filho. Segundo as autoras, “a atmosfera lembra a de um conjunto de peças mecânicas, sem significado” (p. 160).

Na consulta de retorno de Joana e Laís, não houve esse tipo de abordagem por parte da profissional. Porém, foram também abordadas as questões restritas a curva de peso. Inicialmente, a mãe expressou para a observadora, na sala de espera, sua felicidade em estar em casa com a filha. Relatou que tinha estabelecido uma rotina

semelhante à hospitalar em relação ao banho, aos momentos de alimentação, à oferta de leite e ao sono da bebê.

O sentimento de expectativa em relação ao peso da filha estava fortemente presente na consulta de retorno e o resultado positivo de ganho seria como um reconhecimento do seu esforço e do seu cuidado: *“Tô doidinha pra ver quanto ela tá pesando. Esse peso não sai da minha cabeça, porque tô morrendo de medo de ter que voltar pra cá se ela tiver perdido peso. Fiz tudo certinho como disseram e ela comeu direitinho. Se ela tiver perdido, não sei o que aconteceu”* [grifo nosso].

Ao ser pesada, Laís ganhou em três dias 155 g e, ao perceber que a filha havia engordado uma quantidade significativa, Joana vibrou. Emocionada, colocou a filha no colo e a abraçou dizendo: *“Que coisa boa, mamãe. Você engordou”*. Seu alívio parecia também ser o reconhecimento de que ela conseguiu ser uma boa mãe para filha.

Realçamos acerca do peso que deve ser para essas mães diante da curva de peso dos filhos. Se tudo der certo com o filho, parece ser sinal de que é uma boa mãe. No entanto, se algo dá errado ou não sai como esperado pelos protocolos hospitalares, a culpa é dela. São ameaçadas com a possibilidade de um novo internamento, caso não cumpram com o que lhe foi mandado, desconfiam-se sobre como cuidam dos filhos e, ainda, inibem qualquer liberdade de escolha das mães sobre seu bebê. Não importa o que elas vivenciam no contexto fora do hospital, o que prevalece é o protocolo e, portanto, cumpra-o!

10.5 Finalmente, a amamentação!

Para as mães e seus filhos aqui observados, percebemos que a amamentação foi a culminância dentre as etapas vividas do processo alimentar ao longo do internamento. O encontro entre mãe e filho já havia se estabelecido e a constituição da relação entre eles já estavam em processo de construção. Nesse sentido, a amamentação se configurou como o auge da consolidação da relação mãe-bebê na medida em que se reestabeleceu um estado simbiótico perdido com o nascimento.

Se para o bebê a termo a amamentação pode ser vivida como a continuidade da vida intrauterina logo após o nascimento, com o bebê pré-termo essa condição vem *a posteriori*, já que entre mãe e filho se insere a incubadora, a equipe médica e todos os equipamentos importantes para a sua sobrevivência. A simbiose é reconstruída e

reinventada pela mãe, por meio do toque, do olhar, de suas palavras e do contato pele a pele, mas ganha seu ápice com o estabelecimento da amamentação.

A amamentação foi um novo desafio posto às mães e aos filhos, mesmo com a relação de intimidade entre eles em processo de construção. Foi preciso mais uma vez a parceria para se aventurar em um novo tempo. Conseguiram estabelecer o processo de amamentação, mantê-la durante o internamento e após a alta hospitalar. No entanto, para cada uma delas, esse percurso foi único e particular.

Para Luana, a experiência já lhe era familiar, devido à amamentação do filho mais velho. No entanto, Marcos lhe mostrou que a vivência de amamentar é única e inédita. Independente do número de experiências, o encontro entre a mãe e aquele filho é da ordem do particular e, por isso, desconhecido, necessitando experienciar para se encontrarem.

A primeira cena de amamentação observada foi marcada pela ansiedade materna em conseguir amamentar, pela frustração ao não corresponder às suas expectativas de que seria fácil, e pelo encontro entre mãe e filho nessa nova aventura. Aos poucos, mãe e filho foram descobrindo a função de cada um e um ritmo passava a se estabelecer. Esse novo tempo demandou paciência, persistência e parceria. Na segunda observação, o ato de amamentar se instalou, com a articulação entre o toque aconchegante, a correspondência dos olhares e a voz materna, possibilitando a associação do prazer à alimentação. Luana ainda realçou que a amamentação deu mais vida ao filho e o convocou para uma postura ainda mais ativa diante do mundo.

Com Andréa e Ruan, a experiência da amamentação se deu de forma serena, mas com vivacidade. A mãe marcou o início da experiência entre eles diferenciando da primeira filha. Mais uma vez o bebê foi atravessado pela aposta em fazer diferente da irmã. Com ele, tudo parecia ser possível e este correspondeu à convocação materna e desempenhou ativamente seu papel no ato de amamentar, construindo um ritmo próprio entre mãe e filho.

Com Joana e Laís a expectativa de uma mãe primípara em conseguir amamentar estava presente, assim como a aposta da viabilidade. Laís mostrou sua fome pela vida, antes mesmo de mamar. Na primeira cena observada, mãe e filha pareciam confortáveis nessa nova empreitada, descobrindo o papel de cada uma a desempenhar. Já na segunda cena, quatro dias depois, o cenário da amamentação foi um pouco diferente, pois a mãe estava com os seios feridos e sentia muita dor quando a filha mamava. Apesar das fortes dores, não desistiu e a sua grande surpresa se deu ao ver seu leite vazando no outro seio.

No percurso do internamento, Joana conseguiu dar novos contornos. Inicialmente, seu caminho foi marcado pela impotência em exercer sua função materna e em produzir pouco leite. Láis convocou a mãe a ocupar seu lugar materno em todo o internamento por meio dos seus apelos e, mais uma vez, na amamentação, foi ela quem retribuiu à mãe a potência de amamentar, sugando muito forte e a ajudando a produzir leite. No ato de amamentar é imprescindível que se opere uma relação entre mãe e filha, diferentemente do ato de ordenhar. Joana não conseguia tirar leite suficiente, mas, ao colocar a filha no peito e instalar uma relação em que ambas estavam envolvidas e participando ativamente naquele processo, passou a ter leite de sobra, até vazar.

Como pudemos acompanhar, as mães aqui observadas tiveram sucessos na amamentação, cada uma traçando um percurso particular com seus filhos. Luana e Andréa produziram a quantidade de leite suficiente para os filhos e tiveram alta hospitalar com a amamentação exclusiva. Joana também conseguiu estabelecer a amamentação e teve alta com a amamentação mista, em que amamentava e depois complementava com o leite ofertado no copo para a filha.

Diante dos três percursos inéditos entre mães e filhos observados neste estudo, nos deparamos com a importância da trajetória percorrida por eles para o sucesso da amamentação. Não bastou colocar o filho no peito. Para que a amamentação se tornasse viável, foi imprescindível a constituição da relação entre mãe e filho, a apropriação de um saber materno sobre o filho, a assunção de uma posição ativa do filho e a construção de um ato de alimentar atravessado pelo prazer em se inundar pelo Outro materno, para além do leite materno.

10.6 A Presença da Observadora como Processo Facilitador

No Método Bick a questão transferencial é de suma importância, razão pela qual é fundamental nesse momento discutir como se deu a questão da transferência nessa pesquisa. Realçaremos, agora, a relação estabelecida entre a pesquisadora e as mães e seus bebês. Inicialmente, foi preciso escolhê-los, porém tal eleição não se deu de modo aleatório. Duas razões influenciaram nossa escolha. A primeira se referiu ao tempo de nascido de cada bebê, pois, quanto mais novo, maior seria a possibilidade de acompanhá-los ao longo do internamento hospitalar. A segunda razão dizia respeito ao modo como cada mãe e filho tocou transferencialmente a observadora, capturando seu olhar. Explicitamos, nos relatos de caso, como se procederam essas escolhas e pudemos

marcar que, desde o início das observações, mães e filhos mobilizaram na pesquisadora o desejo em observá-los.

No contato inicial, a pesquisadora apresentou o estudo, pontuando que o objetivo seria observar como as mães e seus bebês se relacionam e refletiu sobre sua postura de observadora junto a eles. Ressaltou, também, que a mesma não era profissional do hospital, a fim de evitar atravessamentos na relação entre os envolvidos no processo e neutralizar sua posição com a mãe e o bebê.

Foi interessante notar que não houve resistência por parte das mães em participar de nenhum momento das observações. Por meio de uma pergunta disparadora (“*Como vocês chegaram aqui?*”), as mães puderam situar o contexto em que viveram antes do nascimento dos filhos. Nas demais observações, ao chegar, a observadora cumprimentava mãe e filho: “*Bom dia (nomeando-os), tudo bem?*”. Com o bebê, esta se aproximava e se dirigia diretamente a ele, nomeando sua presença e dizendo que tinha chegado para observá-los. Ao observar a cena, as mães costumavam sorrir, como se estranhassem a fala da observadora com o bebê. Já os três bebês observados viravam o rosto em direção à voz, como se revelassem interesse pelo contato. Pareciam ativos em busca da comunicação com o ambiente. Após o cumprimento inicial, a pesquisadora se posicionava próximo à mãe e ao filho para observá-los, sem questionamentos.

Trazemos para a reflexão de que, ao se dirigir ao bebê, a pesquisadora demarcava que naquela cena existiam dois – mãe e bebê -. Esse ato reconhecia e respeitava a presença do bebê supondo ali um sujeito. Indagamo-nos sobre os efeitos desse posicionamento da pesquisadora. Teria essa posição contribuído para o direcionamento dos investimentos maternos?

As mães se mostraram receptivas à presença da observadora. A cada observação, passaram a compartilhar espontaneamente os acontecimentos do dia, seus sentimentos e percepções em relação ao bebê, à equipe e ao entorno hospitalar e familiar. Além disso, dividiam com a mesma as transgressões feitas por elas frente aos protocolos hospitalares. Nesse sentido, corroboramos com Bick (1967), quando esta pontuou de que as mães se sentem satisfeitas ao serem observadas regularmente pela mesma pessoa, pois, nesse momento, podem falar sobre o seu filho, seu desenvolvimento e seus próprios sentimentos. Foi exatamente isso que aconteceu nesta pesquisa.

Esse lugar de escuta atribuído à observadora por parte das mães nos trouxe algumas reflexões. Primeiramente, o fato de esta não fazer parte da equipe hospitalar fez toda a diferença. De um lado tínhamos os profissionais, que ocupavam o lugar do

conhecimento científico que direcionava a forma como deveriam ser os cuidados os bebês por meio dos protocolos hospitalares. Do outro lado, tínhamos as mães, com pouca autonomia diante do filho e submetidas ao olhar da equipe. Nesse espaço relacional, encontrou-se a pesquisadora, que não fazia parte da equipe nem das mães.

Refletimos que a presença não intrusiva e empática da pesquisadora favoreceu o entendimento das mães de que a mesma não estaria ali para avaliá-las ou julgá-las, descolando-a da equipe de profissionais do hospital. Essa compreensão foi fundamental para poderem se colocar na cena observada sem o sentimento de ameaça ou de amedrontamento. A partir de então, as mães passaram a dividir a experiência de internamento, mesmo sem serem questionadas. Nas observações, foi-se construindo um espaço de fala, semelhante a um desabafo, compartilhando questões que não conseguiam dividir com a equipe. À medida que banhavam, trocavam os filhos e ordenavam, falavam espontaneamente. Dessa forma, refletimos que o espaço de observação tornou-se, também, um espaço reflexivo em que a fala sistemática pode ter proporcionado às mães a elaboração daquele difícil contexto de vulnerabilidade.

Consideramos que a frequência dos encontros, a constância do horário da observação, do *setting*, dos aspectos observados e a posição da observadora contribuíram fortemente para a construção desse espaço de fala das mães. Assim como, para a pesquisadora, experienciar os impactos da relação entre a mãe e seu filho, percebendo os padrões relacionais que se estabeleceram e as mudanças e criações que as mães puderam fazer na relação com o bebê ao longo do internamento.

Na relação transferencial estabelecida entre pesquisadora e mãe e bebê, mensagens verbais e não verbais, emoções, sofrimentos, desejos e medos foram endereçados à primeira. Exercendo a posição continente, a observadora pôde contê-los e discutir no espaço de supervisão para nomear os impactos emocionais recebidos e, assim, compreendê-los. Nesses endereçamentos, as mães atribuíram lugares diferentes à observadora. Ilustraremos, a seguir, esse aspecto com dois recortes da observação de Luana e Marcos.

Primeiro recorte: Luana e outras mães que estavam internadas na UCINCa conversavam entre si. Ao perceber a presença constante da observadora junto à mãe e ao filho há alguns dias, uma mãe a questionou: “*Você é psicóloga?*”. A observadora, então, respondeu: “*Sou pesquisadora*”. E então continuou sorrindo: “*Ai, tô precisando de uma psicóloga, porque não aguento mais aqui, a gente endoída*”. Luana olhou pensativa para a pesquisadora e verbalizou: “*Mas você parece até psicóloga, porque a*

gente conversa”. A associação de Luana da observadora-psicóloga nos remeteu ao lugar, que ela atribuiu como espaço de escuta e de fala. Não havia conversa ou trocas de fala, mas, sim, uma presença acolhedora, que fez Luana desejar compartilhar suas vivências.

Segundo recorte: Luana tinha acabado de banhar Marcos. Colocou-o no berço e o cobriu. A mãe, por sua vez, precisava ir ao banheiro e, então, se dirigiu à pesquisadora: “*Eu vou no banheiro, tá? Tu olha ele?*”. A observadora fez um sinal afirmativo com a cabeça e a mãe verbalizou para o filho, sorrindo: “*Fique aqui Marcos. Sua babá chegou*”. Na relação transferencial ali instalada, a mãe atribuiu um lugar à observadora associado ao cuidado, à confiança de alguém que pode cuidar de seu filho em sua ausência.

Transferencialmente, a observadora foi tomada por diferentes sensações, sentimentos e impressões em relação à mãe, ao bebê, à equipe e ao entorno. Sentimentos de empatia, carinho, curiosidade, angústia, indignação, raiva, sensações de aprisionamento foram alguns vividos.

A identificação com as mães mobilizou a pesquisadora diante da equipe. Experimentou-se sentimentos de raiva e de indignação por algumas situações de intransigência e de pouco acolhimento dos profissionais com as mães e seus bebês. A sensação de aprisionamento no setor foi também sentida intensamente. As observações ocorriam dentro de uma grande enfermaria com janelas de vidro fechadas. Todos os procedimentos junto à mãe e ao seu bebê ocorriam nesse ambiente. Fora desse espaço, tinham a cozinha, uma sala de estar e banheiros. Nos momentos observados, as mães estavam sempre na enfermaria.

Somado ao ambiente e à rotina que se instalava nos cuidados com os bebês, destacamos a maneira padronizada pela qual as mães se comportavam, se vestiam e alimentavam os filhos. Tudo em busca da obediência ao protocolo hospitalar. Ao observar esse fenômeno, a impressão era a de que estava num espaço de produção de massa, tudo igual, sem espaço para as diferenças. Além disso, sentimos a sensação de enclausuramento, sem liberdade. Esse sentimento foi verbalizado também pela mãe Andréa, ao expressar seu desejo de ir embora, já que se sentia muito presa naquele espaço, ficando praticamente dentro do quarto durante a maior parte do tempo.

Na identificação com os bebês, a observadora se mobilizou em diversos momentos. Em algumas situações, sentiu-se o desejo de colocá-los nos braços para

acalentá-los diante das expressões de desconfortos, organizá-los, ajeitá-los na incubadora para melhor acomodá-los e ajudar as mães nos momentos de dificuldade.

Em se tratando da observadora, esta se permitiu deixar-se impregnar pelo clima emocional das relações que ali se estabeleciam, e inferimos que essa posição receptiva e de continente facilitou a projeção dos bebês e de suas mães. Ressalta-se, no entanto, que nada do que foi sentido foi colocado em ato. Ao contrário, todas as impressões e os impactos emocionais vivenciados foram nomeados e discutidos nas supervisões e na análise pessoal, na tentativa de compreender os fenômenos transferenciais e seus efeitos.

PALAVRAS PARA CONCLUIR

Ressaltamos, de partida, que estas palavras finais não são conclusivas e acabadas. A partir das reflexões que esta tese objetivou suscitar, discussões merecem ser mais aprofundadas e outras revisitadas. No entanto, constatamos que elementos importantes surgiram da observação dos bebês pré-termos e de suas mães ao longo do internamento hospitalar. Tais elementos nos levaram a pensar acerca das contribuições desta pesquisa para a clínica psicanalítica precoce e para os profissionais de saúde que atuam diretamente com este público-alvo.

Primeiramente, destacamos a assertividade no uso do Método Bick, pois a intensa imersão no campo favoreceu acompanhar o percurso construído pelas mães e seus bebês e analisar como se constituiu a relação entre eles, envolvendo o processo de amamentação, no âmbito hospitalar. Foi-nos possível, também, problematizar os atravessamentos existentes nesse percurso, especialmente no que diz respeito aos aspectos da prematuridade e hospitalização.

Percebemos que, no contexto da prematuridade, não só o bebê nasce antes do tempo. Marcamos aqui uma reflexão de que a mãe também é prematura e precisa de um tempo para elaborar a chegada de um filho que veio atravessada pelo inesperado, pela urgência e que, ao nascer, apresentou uma situação de vulnerabilidade que demandou cuidados específicos de um terceiro elemento — o hospital. Essas especificidades estão presentes independentemente de a mãe já ter uma experiência prévia com a maternidade ou ser mãe primípara. De alguma forma, ao nascer um filho, nasce também uma mãe para aquele bebê, e, para tal, faz-se necessário considerar a singularidade de cada nascimento e daquela relação que se estabelece entre eles.

No contexto da prematuridade, o hospital torna-se um elemento imprescindível para a sobrevivência do bebê. No entanto, como podemos analisar ao longo deste estudo, o mesmo pode representar tanto uma estrutura de proteção, de acolhimento e de contenção das angústias maternas e do bebê, como se colocar como obstáculo entre eles, podendo dificultar a instalação da maternidade, a constituição de uma relação íntima e segura entre mãe e filho, a posição da mãe enquanto mulher, a relação com o seu entorno, assim como ser gerador de ansiedades maternas.

Em diversos momentos observados, a equipe se posicionou de modo imperativo e autoritário, com posturas baseadas no poder médico e institucional. Nesse

posicionamento, o que prevalecia era a dimensão normativa da instituição em que cabia às mães seguir fielmente os protocolos hospitalares preconizados.

Com a vigilância imperativa, todos deveriam obedecer aos critérios estabelecidos em busca da melhora clínica dos bebês. No entanto, esta posição potencializou o apagamento das diferenças e das singularidades maternas e de seus filhos, assim como ignorou o saber materno que se construía na troca com o bebê. Marcamos, aqui, a importância dos cuidados orientados pelos protocolos e a possibilidade de ensiná-los por meio das orientações. Porém, a forma particular com que o agente da função materna se apropriará dos mesmos e irá exercê-los é da ordem do impossível de se aprender. Isso porque não estamos lidando com algo que possa ser prescritivo, mas com uma função singular que lança o bebê para uma história e para um desejo particular que dá sentidos às suas funções orgânicas, humanizando-o. Nesse sentido, ignorar o saber construído pela mãe significa ignorar que esse saber pode contribuir sobremaneira para a evolução clínica do bebê. Nesse movimento de não reconhecimento, as transgressões maternas ocorridas frente aos protocolos podem ser consideradas atos de resistência à submissão e de legitimação do próprio saber materno.

Diante dessa colocação, apontamos a importância de a equipe redimensionar seu olhar, verticalizando-o sobre cada mãe e filho e reconhecendo a vulnerabilidade de cada um diante do contexto de prematuridade e hospitalização. Esse reposicionamento poderá proporcionar a observação do modo como as mães estão se apropriando dos protocolos, da relação que está se constituindo entre mãe e filho, de possíveis indícios que mostram dificuldades maternas nesse processo de constituição e dos entraves vivenciados naquele contexto, oferecendo a possibilidade de atuarem precocemente. Em se tratando do terreno da singularidade, a flexibilização de alguns protocolos, quando necessária, torna-se imprescindível em respeito aos atores envolvidos.

Sabemos que, no serviço de assistência do Método Canguru, existe o manual técnico que orienta acerca das especificidades com o bebê pré-termo e dos aspectos subjetivos que envolvem mãe-bebê-pai. Além disso, há treinamentos da equipe que atua diretamente com esse público, enfatizando esses mesmos aspectos. Os profissionais são orientados e informados; no entanto, em nossas observações percebemos que o que prevalece na dinâmica diária do contexto hospitalar é o imperativo do protocolo, a impessoalidade nas relações entre equipe, mães e bebês, preponderando os aspectos orgânicos e deixando em segundo plano as questões subjetivas.

Em se tratando da amamentação, as orientações referentes ao leite materno também entraram nessa mesma lógica refletida: seus benefícios nutricionais justificavam sua imposição, associando-o à vacina e ao medicamento. O melhor alimento para o filho é o leite materno, então, por esse motivo, todas as mães não deveriam medir esforços para ordenhá-lo, nem que fosse uma gotinha. E quem não o conseguia, de certa forma, se culpabilizava e sentia-se frustrada por não atingir tal meta.

Em busca da viabilização da amamentação no internamento hospitalar, o foco precisa deslizar-se do leite materno para a constituição da relação entre mãe e filho. Para isso, faz-se imprescindível à equipe cuidar dos atores envolvidos desde o início do internamento. Isso exigirá a construção de um olhar sobre o ato de alimentar para além do ponto de vista nutricional, compreendendo que nesse ato está em jogo o processo de humanização do sujeito. Isto é, reconhecer que há vida muito além daquele corpo orgânico.

As mães e seus filhos observados obtiveram sucesso no estabelecimento da amamentação no período de internação hospitalar. No entanto, eles nos revelaram que, independentemente do modo como o leite foi ofertado, pela sonda ou diretamente no peito, o importante foi a qualidade da relação prazerosa estabelecida nesse contexto. As mães conseguiram imprimir uma marca singular ao ato de ordenhar e de alimentar seus filhos, mesmo estes submetidos ao uso da sonda e privados da sucção do peito. Revelaram-nos que, apesar dessa contingência, foi possível a articulação dos registros pulsionais e experimentação da boca enquanto zona erógena. Por esse motivo, faz-se fundamental um olhar mais cuidadoso por parte da equipe nos momentos de alimentação na Unidade Neonatal, proporcionando que o ato de “segurar a seringa” e de amamentar deixe de ser puramente nutritivo e passe, também, a ser carregado de sentidos e de afetos.

Observamos, também, que o foco do internamento, além da estabilidade clínica, foi o ganho de peso. Ele era o marcador da saúde, da possibilidade de amamentação e da alta hospitalar. Sabemos que o bebê precisa ganhar peso para existir, no entanto a atenção prioritária e precisa pelos gramas que ele ganhou ou perdeu acabou por restringir aquele bebê a um corpo meramente biológico. Ao hiperdimensionar a curva de peso, onde ficava a dimensão do sujeito em questão? A preponderância das intervenções da equipe dirigidas ao produto final “ganho de peso” terminou por operar um apagamento a respeito do processo entre mãe e filho que se estabeleceu para atingir tal meta, gerando, inclusive, ansiedades maternas. Destacamos, ainda, o peso que os

bebês carregam em ter que corresponder às expectativas precisas da equipe e das mães em atingir a curva esperada, em responder adequadamente à amamentação e em continuar ganhando peso após a retirada da sonda.

Da mesma maneira, refletimos acerca do peso que deve ser também para as mães se confrontarem com a curva de peso dos filhos. Se tudo der certo com o filho, parece ser sinal de que é uma boa mãe. No entanto, se algo dá errado ou não sai como esperado pelos protocolos hospitalares, a culpa é dela. São ameaçadas com a possibilidade de um novo internamento, caso não cumpram com o que lhe foi mandado, desconfiam-se sobre como cuidam dos filhos e, ainda, inibem qualquer liberdade de escolha das mães sobre seu bebê. Não importa o que elas vivenciam subjetivamente, na relação com o filho e no contexto fora do hospital, o que prevalece é o protocolo e, portanto, cumpra-o!

Realçamos, ainda, os possíveis efeitos operados pela presença da observadora junto às mães e seus bebês no percurso do internamento hospitalar. A presença constante, receptiva, acolhedora e não intrusiva possibilitou que as mães pudessem expressar seus sentimentos e incômodos sobre o hospital, o filho e a dinâmica familiar. Na medida em que se foi possível falar do que viviam e do que sentiam, o campo observacional tornou-se um espaço reflexivo e pode ter auxiliado as mães na elaboração de sua nova posição, na apropriação de seu filho e no exercício de sua função materna.

Diante dessas considerações, esta pesquisa alerta para a necessidade de reconhecer que no internamento hospitalar não se presta apenas cuidados ao bebê pré-termo em busca de sua sobrevivência, mas também se constitui uma relação particular entre mãe e filho, legitimada pelo saber materno no exercício de sua função. Nesse sentido, o reconhecimento desses aspectos, a postura ética, de respeito, de acolhimento e de sustentação técnica e psíquica, descolada dos imperativos do dever e dos julgamentos morais, pode, inclusive, colaborar com as metas determinadas pelos protocolos hospitalares.

A presente pesquisa conseguiu acompanhar o estabelecimento da amamentação no período hospitalar, no entanto, não foi possível acompanhar a manutenção dessa prática posteriormente. Nesse sentido, não temos a informação se as mães observadas deram ou não continuidade à amamentação. Como sugestão para novos estudos nessa temática, indicamos a possibilidade de acompanhar também mães e filhos ao longo dos meses após a alta hospitalar, na tentativa de analisar como se dá não apenas o

estabelecimento, mas a manutenção da amamentação no período indicado pelas organizações oficiais.

REFERÊNCIAS

- Amadeu, V., & Hartman, J. (2005). O binômio mãe-bebê na UTI neonatal: a mãe que eu tenho e a mãe que eu preciso. *Iniciação Científica CESUMAR*. Jan.Jun, 7(01) pp. 25-40.
- Amigo, S. (2007). *Clínica dos fracassos da fantasia*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Aronis, E., & Atem, L. (2005). Oralidade e transdisciplinar na clínica com o bebê em UTI neonatal. In: Sales, L. (org). *Pra que essa boca tão grande?:* questões acerca da oralidade. Salvador: Álgama.
- Arteiro, I. (2017). *A mulher e a maternidade: um exercício de reinvenção*. Tese de Doutorado. Universidade Católica de Pernambuco, Pernambuco.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Badinter, E. (2011). *O conflito: a mulher e a mãe*. Rio de Janeiro: Record.
- Battikha, E. (2006). As palavras que alimentam a humanização – reflexões sobre a amamentação In: Melgaço, R. (org.) *A ética na atenção ao bebê: psicanálise, saúde, educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bernardino, L. (2008). Aspectos psíquicos do desenvolvimento infantil. In: Wanderley, D. (org.). *O cravo e a rosa: a psicanálise e a pediatria: um diálogo possível?* Salvador, BA: Álgama,
- Bick, E. (1964). Notes on infant observation in psycho-analytic training. *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 45, pp. 558—66.
- Borges, T. (2009). *Função Materna, Educação e Ato Educativo*. Universidade Federal do Tocantins, Palmas.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru - Manual técnico*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru - Manual técnico*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Catão, I. (2008). Do som à música, da música à voz: os passos da fundação do sujeito. In: Atem (org.). *Cuidados no início da vida: clínica, instituição, pesquisa e metapsicologia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Colling, A. (2004). A Construção Histórica do Feminino e do Masculino. In: Strey, M., Cabeda, S. & Prehn, D. (Orgs.). *Gênero e Cultura: Questões Contemporâneas*. Porto Alegre: EDIPUCRS, p.13-38.

Crespin, G. (2004). *A clínica precoce: o nascimento do humano*. São Paulo: Casa do psicólogo.

Cresti, L. & Lapi, I. (1997). O esboço da relação mãe/bebê e a instituição hospitalar: díade ou tríade? In: Lcroix, M. & Menmayrant, M. (Orgs.). *Os laços do encantamento: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações*. Porto Alegre: Artes Médicas.

De Oliveira, M. (2011). Aleitamento materno: importância e situação atual. In: Vasconcelos, M. et al. (org.). *Nutrição clínica: obstetrícia e pediatria*. Rio de Janeiro: MedBook.

Ferrari, A. & Donelli, T. (2010). Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. *Contextos Clínicos*, 3(2):106-112, julho-dezembro.

Ferrari, A. & Piccinini, C. (2010). Função materna e mito familiar: evidências a partir de um estudo de caso. *Ágora* (Rio de Janeiro) v. XIII n. 2. 243-257.

Ferreira, S. (1997). A interação mãe-bebê: primeiros passos. In: Wanderley, D. (org.) *Palavras em torno do berço*. Salvador: Álgama.

Foucault, M. (1988). *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Freud, S. (1996a). Os instintos e suas vicissitudes. In: *Obras Psicológicas Completas*. v. XIV Rio de Janeiro: Imago - Edição Standard Brasileira.

Freud, S. (1996b). Projeto para uma Psicologia Científica. In: *Obras Psicológicas Completas*. v.I. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1996c). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Obras Psicológicas Completas*. v.VII. Rio de Janeiro: Imago.

Geraldo, P. (s.d.). *O utilitarismo e suas críticas: Uma breve revisão*. Acesso em 27 de agosto de 2015. Disponível em: http://www.conpedi.org/manaus/arquivos/Anais/Pedro%20Heitor%20Barros%20Geraldo_Teoria%20da%20Justica.pdf

Giddens, A (1993). *A transformação da intimidade: sexualidade, amor & erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista.

Hallbauer, U. (2002). Factors influencing a mother's choice of feeding after discharge of her baby from a neonatal unit. *SAJM*. v.9, n.8.

- Heilborn, M. (1993). Vivendo a dois: arranjos conjugais em comparação. *Revista Brasileira de Estudos da População*, Campinas, v.10, n.1 e 2, p.13-24.
- IBFAN. (2009). *Atualidades em amamentação*. O novo pacote de treinamento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. n° 44-45.
- Jerusalinsky, J. (2011). *A criação da criança: brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê*. Salvador: Álgama.
- Kamers, M. (2006). As novas configurações da família e o estatuto simbólico das funções parentais. *Estilos da Clínica*, Vol. XI, no 21, 108-125.
- Kamers, M. & Baratto, G. (2004). O Discurso Parental e sua Relação com a Inscrição da Criança no Universo Simbólico dos Pais *Psicologia Ciência e Profissão*, 24 (3), 40-47.
- Keen, A. (2012). *Vertigem Digital: por que as redes sociais estão nos dividindo, diminuindo e desorientando?* Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (1988). *O seminário. Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1992). *O Seminário. Livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1995). *O seminário. Livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2003). Notas sobre a criança. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2008). *Os complexos familiares*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (2001). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Levin, E. (2005). Cenas e cenários no ato de amamentar. In: Sales, L. (Org.) *Pra que essa boca tão grande?: questões acerca da oralidade*. Salvador: Álgama.
- Lima, G. (2000). Feasibility, acceptability and cost of Kangaroo mother care in Recife, Brazil. *Ann Trop Paediatr: International Child Health*. n.1, v.5, pp.22-26.
- Mathelin, C. (1999). *O sorriso de Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Menezes, A. (2014). Recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru: avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses. *Rev Paul Pediatr*. n.32, v.2, p.171-7.

Melo, C. (2009). *A questão dos discursos na instituição hospitalar a partir da psicanálise lacaniana*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Minayo, M. (2007). *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 9ª edição.

Monteiro, J., Tenório, M., Dutra, T., Bomfim, I., Lima, A. & Oliveira, A. (2018). Tempo de duração do aleitamento materno exclusivo em prematuros. *Gep News*, Maceió, a.2, n.2, v.5, Edição Especial, p.28-31.

Moura, S.& Araújo, M. (2004). A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. *Psicologia: ciência e profissão*. Brasília, v.24, n.1, p.44-55.

Narvaz, M. (2007). Problematizações feministas à obra de Michel Foucault. *Revista Mal-estar e Subjetividade*. Fortaleza, v.06, n.1.

Nogueira, C. (2001). Feminismo e discurso do gênero na psicologia social. *Psicologia & Sociedade: revista da Associação Brasileira de Psicologia Social*. Minho, p.107-128.

Oliveira, M. (2018). *Amamentação de recém-nascidos muito prematuros: cada semana conta*. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Oliveira-Menegotto, L., Menezes, C., Caron, N. & Lopes, R. (2006). O método Bick de observação de bebês como método de pesquisa. *Psic. Clín.*, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.77-96.

Oliveira-Menegotto, L., Lopes, R. & Caron, N. (2010). O método Bick de observação da relação mãe-bebê: aspectos clínicos. *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, vol.22, n.1, p.39 – 55.

Pereira, L., Abrão, A., Ohara, C. & Ribeiro, C. (2015). Vivências maternas frente às peculiaridades da prematuridade que dificultam a amamentação. *Contexto Enferm.*, Florianópolis, 2015 Jan-Mar; 24(1): 55-63.

Queiroz, T. (2005). *Do desmame ao sujeito*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Queiroz, E. (2007). *Trama do olhar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Quinet, A. (2003). *A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Quiniou, Y. (1999). Alimentar, ser alimentado em UTI neonatal – prescrição ou alimentação? In: Wanderley, D. (org.). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador: Ágalma.

Ramos, D. & Nicolau, R. (2013). Notas sobre "Um Discurso sem Palavras": a psicanálise na instituição de saúde. *Rev.Mal-Estar Subj* vol.13 no.3-4 Fortaleza dez.

Ramos, D. & Nicolau, R. (2015). Na boca do crocodilo: a face indigesta da amamentação exclusiva. *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, v. 47.1, p. 73-89.

Roudinesco, E. (2003). *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Sampaio, M. (2013). *Amamentação: diálogo entre perspectiva técnica, práxis materna e psicodinâmica interativa mãe e bebê*. Tese de doutorado. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife.

Santos, A. (2001). Amamentação obrigatória? Escutando mães e pediatras. In: Camarotti, M. (org.). *Atendimento ao bebê: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Santos, L. & Vorcaro, A. (2016). Hospitalização do bebê ao nascer: a contribuição da psicanálise e de seu método clínico. *Estilos clin.*, São Paulo, v. 21, n. 2, maio/ago. p. 282-301.

Sales, L. (2005). Preocupações acerca dos efeitos psíquicos do aleitamento materno exclusivo sobre a função materna e sobre o bebê. In: Sales, L. (org.). *Pra que essa boca tão grande?: questões acerca da oralidade*. Salvador: Álgama.

Stoiani, L. (2007). *As interações corporais entre a mãe e o bebê nos primórdios da constituição psíquica: um estudo a partir da experiência de observação na técnica Esther Bick*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo.

Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher – Uma abordagem psicanalítica da gravidez e nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Silva, T. (2010). *Uma análise institucional da relação de cuidado entre a equipe de saúde e a usuária de uma unidade de referência hospitalar de gestação de alto risco de Pernambuco*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

Travis, S. (2003). *Construções familiares: um estudo sobre a clínica do recasamento*. Tese de doutorado. PUC-Rio, Rio de Janeiro.

Turato, E. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.

Vannuchi M. (2004). Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. *Revista Saúde Pública*, n.38, v.3, p. 422-428.

Venancio, S. & Almeida, H. (2004). Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, n.80, v.5, (supl).

Vorcaro, A. (2010). Psicanálise e método científico: o lugar do caso clínico. In: Neto, K (org). *Pesquisa em Psicanálise: transmissão na Universidade*. Barbacena: EdUEMG.

Zem, H. & Da Mota, S. (2008). Intervenções precoces com recém-nascido de risco. In: Wanderley, D. (org.). *O cravo e a rosa: a psicanálise e a pediatria: um diálogo possível?* Salvador: Álgama.

ANEXO

APÊNDICE

APÊNDICE 02

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: AMAMENTAÇÃO NO CONTEXTO DA PREMATURIDADE

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa: Amamentação no contexto da Prematuridade.

O objetivo desse projeto é observar a interação entre mãe-bebê, mãe-bebê-equipe, mães-mães e mães-equipe e avaliar as repercussões existentes da prática dos profissionais e das mães referente à amamentação.

O procedimento de coleta de dados será da seguinte forma: a pesquisa será realizada no setor da unidade neonatal do Método Canguru do IMIP que cuida dos bebês que nasceram prematuros, nos três espaços dessa unidade: na UTI, na enfermaria e no ambulatório que acompanha os bebês após a alta hospitalar. A observação nesses três espaços terá como foco a interação entre mãe-bebê, mãe-bebê-equipe, mães-mães e mães-equipe, considerando os momentos da alimentação do bebê e de como ela acontece. A pesquisadora observará a mãe e seu filho desde o nascimento do bebê até sua volta no ambulatório depois de sua alta hospitalar. O tempo de observação será, em média, um turno por dia durante três semanas, que pode ser adaptado de acordo com as necessidades encontradas ao longo da observação e do tempo de permanência do bebê no hospital.

A princípio esta pesquisa não acarreta riscos físicos a você nem a seu filho, mas como se trata de uma pesquisa psicológica procurará ter cuidados quanto a possíveis desconfortos emocionais que os participantes venham apresentar, ficando ao encargo da pesquisadora encaminhá-los a tratamento psicológico no setor de Psicologia da própria instituição – IMIP, caso seja necessário.

Os benefícios relacionados com a sua participação será: propiciar a criação de reflexões em busca de estratégias de enfrentamento por parte das equipes de saúde que beneficiem a constituição da relação mãe-bebê e a manutenção da amamentação durante e pós-alta hospitalar, levando em consideração a particularidade de cada sujeito; e contribuir para o desenvolvimento e implantação de estratégias de Prevenção em Saúde nos hospitais materno-infantis.

Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Uma cópia deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

A participação no estudo não acarretará custos para você nem você receberá retorno financeiro pela participação.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora Rafaella Botelho Cursino Portella certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação.

Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido pelo pesquisador responsável: Rafaella Botelho Cursino Portella através do telefone 988231131 ou endereço Rua Dos Coelhos nº300, cep: 50070-550 ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, sito à Rua Jean Emile Favre nº 422, Imbiribeira. Tel: (81)30357732 que funciona de segunda a sexta feira no horário de 8:30 às 11:30 e de 14:00 às 16:30 no prédio do Bloco 4 e pelo e-mail: comite.etica@fps.edu.br

O CEP-FPS objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome Assinatura do Participante Data

Nome Assinatura do Pesquisador Data

Nome Assinatura da Testemunha Data

Impressão digital

