

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LINHA DE PESQUISA – FAMÍLIA, INTERAÇÃO SOCIAL E SAÚDE**

Erika Gomes dos Anjos Paes Barreto

**RELAÇÃO MÃE-BEBÊ NO CONTEXTO DO ESTRABISMO:
SIGNIFICADOS MATERNOS E REFLEXOS NA
CONSTRUÇÃO SUBJETIVA INFANTIL**

**Recife
2019**

ERIKA GOMES DOS ANJOS PAES BARRETO

**RELAÇÃO MÃE-BEBÊ NO CONTEXTO DO ESTRABISMO:
SIGNIFICADOS MATERNOS E REFLEXOS NA
CONSTRUÇÃO SUBJETIVA INFANTIL**

Dissertação apresentada pela aluna Erika Gomes dos Anjos Paes Barreto como requisito para obtenção do título de Mestra em Psicologia Clínica, sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Marisa Amorim Sampaio Cunha

Recife
2019

B271r Barreto, Erika Gomes dos Anjos Paes
Relação mãe-bebê no contexto do estrabismo : significados
maternos e reflexos na construção subjetiva infantil / Erika
Gomes dos Anjos Paes Barreto, 2019.
87 f. : il.

Orientadora: Marisa Amorim Sampaio Cunha.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco.
Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, 2019.

1. Psicanálise. 2. Estrabismo. 3. Mãe e filho. 4. Visão. I. Título.

CDU 159.964.2

ERIKA GOMES DOS ANJOS PAES BARRETO

**RELAÇÃO MÃE-BEBÊ NO CONTEXTO DO
ESTRABISMO: SIGNIFICADOS MATERNOS E
REFLEXOS NA CONSTRUÇÃO SUBJETIVA INFANTIL**

Aprovada em 15/03/19

Banca Examinadora

Marisa A. Sampaio Caldeira
Prof. Dra. Marisa Amorim Sampaio (Orientadora – UNICAP)

Ana Rodrigues Falbo
Prof. Dra. Ana Rodrigues Falbo (Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS)

Marcus Tullio Caldas
Prof. Dr. Marcus Tullio Caldas (Universidade Católica de Pernambuco)

À minha família, que sempre acreditou em mim.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu Senhor e Salvador, que me inspira e me fortalece a cada amanhecer.

À minha mãe, Solange, pela paciência, incentivo e amor incondicionais demonstrados diariamente. Mãe, você é o meu exemplo de superação, resiliência, força e amor.

Ao meu pai, Josemar, por seu exemplo de persistência e resistência.

Ao meu marido, Flávio, pela compreensão, apoio, respeito e amor irrestritos. Obrigada por me acompanhar em todos os momentos.

Aos meus irmãos amados, Amanda e Thiago, companheiros fiéis de todos os momentos. Somos um cordão de três dobras, e não nos arrebatamos por nada.

Aos meus avós, Conceição (in memoriam) e Armando, que são fortalezas de amor e de oração. Sem a força e amor de vocês, nada disto seria possível. Obrigada, vovó, por estar tão perto, mesmo não estando mais aqui. Obrigada, vizinho, pela sua alegria e sorriso farto que preenchem meu coração.

Aos meus tios, Conceição, Simone, Etier, Maria José (Tia Ló), Flávia, Armando Filho, Roberto e Júnior, pelas intercessões e apoio incondicionais. Obrigada, Tia Ló, pelas palavras de conforto e incentivo. Você é, para mim, uma fonte de inspiração.

Aos meus primos Sâmara, Emily, Mateus e Lucas, pelo incentivo; e de forma especial, obrigada a Emily, que me escutou e ajudou quando eu achei que não suportaria, e obrigada a Mateus, que me ensina o verdadeiro significado de ser vencedor.

Aos meus sogros, cunhados e afilhada, pela alegre e constante companhia e apoio sempre proporcionados.

À minha tão querida e admirada orientadora, Profa. Marisa Amorim Sampaio, que acreditou em mim e nas minhas capacidades quando nem eu mesma acreditava. Muito obrigada pelo auxílio nesta caminhada. Seu acolhimento, incentivo, solidariedade, confiança, dedicação, apoio e segurança foram essenciais em todas as etapas. Receba, sinceramente, minha gratidão e reconhecimento.

Aos Professores Cristina Brito, Ana Rodrigues Falbo e Marcus Túlio Caldas, por compartilharem de modo especial seu tempo e experiência, dando atenção a cada detalhe, com muita paciência. Sem a valiosa contribuição de vocês e da Profa Marisa este trabalho não teria sido possível.

Às cinco mães e seus filhos, por sua confiança, que com suas narrativas tornaram possível meu aprendizado e a realização deste trabalho.

“Há muitas pessoas de visão perfeita que nada
vêm... O ato de ver não é coisa natural.
Precisa ser aprendido!”
(Rubem Alves)

RESUMO

A Psicanálise considera que a interação está no fundamento da subjetivação. Por meio do olhar materno, expressão do seu desejo, perpassado pela função paterna, a criança se constitui como sujeito. O olhar tem função antecipatória na organização do eu, pois o rosto da mãe funciona como reflexo para a imagem do filho. Ao olhar o bebê, a mãe oferta-lhe a possibilidade de existir, pois supõe um sujeito, estabelecendo a função de reconhecimento, atribuindo-lhe algo seu, de sua linhagem e filiação. Diante de uma dificuldade real, a de alinhar a visão, como a construção do olhar parece ser afetada? Com base nesse questionamento, buscou-se nesta pesquisa compreender vicissitudes da interação entre mãe e bebê no contexto do estrabismo. Mais especificamente, visou-se compreender os significados maternos diante da relação mãe-filho e do estrabismo; caracterizar a interação entre mãe e bebê; analisar essa relação no contexto do estrabismo (considerando-se os outros que entram nesse contexto: família, profissionais de saúde, como o pediatra e o oftalmologista, a interação da díade com esses e afetada por esses). Foram abordadas cinco duplas de mães com seus bebês estrábicos, com idades entre seis e 12 meses, indicados por médicos oftalmologistas, e desenvolvidas entrevistas semiestruturadas com as mães. A construção do *corpus* e a análise levaram em consideração o material explícito advindo das entrevistas, contextualizadas pelas anotações do diário de campo. Também foram utilizados na análise os eixos teórico-práticos do IRDI (Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil). Foi empregada a análise de conteúdo na modalidade temática, elegendo-se três temas representativos: 1) A construção da maternidade na adversidade; 2) Os olhares/não olhares para a mãe e o bebê; e 3) Um bebê para além dos olhos. Nos cinco casos abordados, foram as mães que apontaram para a alteração visual, percebida, sobretudo, ao longo da amamentação. Apesar do impacto psíquico diante da alteração visual, a maioria das mães não se paralisou diante da angústia e buscou apoio, criando significados à situação vivenciada. As mães, mobilizadas e implicadas por sentimentos de culpa, medo, frustração e ansiedade, experienciados diante do diagnóstico, atribuíram significados negativos ao estrabismo. Apesar disso, aparentemente tiveram pouco espaço de escuta junto à rede assistencial, sobretudo dos pediatras. Ainda que esse olhar estivesse voltado às alterações fisiológicas da alteração ocular, as mulheres se sentiram acolhidas, aliviadas por saberem que não eram culpadas pela alteração oftalmológica, o que as auxiliou a olharem para seus filhos com esperança e aceitação. Em todos os casos, os indicadores do IRDI específicos para a faixa etária e sugestivos de saúde psíquica estavam presentes, pois os bebês pareciam se desenvolver satisfatoriamente em suas interações primordiais. Com base numa das díades analisadas, a pesquisa suscitou novos questionamentos: mais que uma contingência, estaria o estrabismo relacionado a uma dificuldade de ordem psíquica daquele que agencia a especularização? Poderíamos reconhecer a possibilidade, em alguns casos, de o estrabismo aparecer como sintoma, resposta velada à angústia da mulher/ do casal/ da família, talvez associado a um desejo cindido? Há que se valorizar marcadores subjetivos e intersubjetivos na compreensão do estrabismo, evitando reduzir este aos seus aspectos biológicos, voltando-se para a construção psíquica do olhar, ainda que na falha da função de órgão.

Palavras-chave: Interação mãe-filho; Estrabismo; Visão; Psicanálise.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
1- INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ	11
1.1 Caracterização da interação mãe-bebê	11
1.2 Parentalidade	12
1.3 A função materna e a construção da subjetivação infantil	14
1.4 Os eixos na subjetivação infantil	17
2- A VISÃO, O ESTRABISMO E O OLHAR	22
2.1 A visão e o estrabismo	22
2.2 A construção psíquica do olhar	24
3- OBJETIVOS	27
3.1 Objetivo geral	27
3.2 Objetivos específicos	27
4- MÉTODO	28
4.1 Natureza da pesquisa	28
4.2 Participantes	28
4.3 Instrumentos	29
4.4 Procedimento de coleta de dados	30
4.5 Procedimento de análise de dados	30
4.6 Aspectos éticos	31
5- RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
5.1 Conhecendo as duplas de mãe e bebê	32
5.2 Os destaques ao nosso olhar	37
5.2.1 A construção da maternidade na adversidade	38
5.2.2 Os olhares/não olhares para a mãe e o bebê	49
5.2.3 Um bebê para além dos olhos	55
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
7- REFERÊNCIAS	66
APÊNDICE 1 – Roteiro das entrevistas	74
APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	75
ANEXO 1 – Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil	77
ANEXO 2 – Parecer Consubstanciado CEP UNICAP	78

INTRODUÇÃO

Durante a graduação em Medicina, sempre me chamou atenção como as mães dos pacientes se importavam de maneira profunda com eles; quando os filhos adoeciam, elas até pareciam sentir a sua dor. Prossegui a formação e fiz a especialização em Oftalmologia, e então o alvo de minha atenção passou a ser as crianças com “os olhos tortos” – estrabismo. Chamava-me a atenção o modo inibido delas, o seu olhar cabisbaixo, como se quisessem esconder seu olho torto. E mais ainda, as mães desses pacientes pareciam ansiosas em resolver de modo urgente o desvio. Levando em conta minhas observações pessoais, fiz as subespecialidades em Oftalmologia de Estrabismo e Neuroftalmologia, e desde então venho trabalhando com crianças estrábicas e com problemas neuroftalmológicos.

Atualmente, trabalho na Fundação Altino Ventura e na Unidade De Pronto Atendimento de Especialidades em Caruaru. Nos ambulatórios, é fácil perceber o impacto negativo do estrabismo na vida das crianças. As mães geralmente relatam uma grande preocupação com o fato de seus filhos estarem sofrendo *bullying* na escola, e às vezes relatam que se sentem culpadas pelo estrabismo deles.

No entanto, o que mais me chama atenção são as mães que chegam ao ambulatório com seus bebês com menos de um ano de idade, informando que seus filhos têm “os olhos vesgos” e que não conseguem olhar para elas. A afirmação “*meu filho não me olha*” geralmente vem acompanhada de muita ansiedade. Em grande parte das vezes, essas mães já passaram por um pediatra, que tentou acalmá-las em relação ao desvio ocular, mas mesmo assim elas procuram um oftalmologista para esclarecer sobre o estrabismo. Elas acham que o filho é “diferente”, e querem saber o que precisam fazer para “consertar” os olhos deles. Parecia-me que, de alguma forma, aquele desalinhamento dos olhos acaba interferindo na interação da mãe com seu bebê, levando-a a procurar meios de resolução rápida da questão.

A interação pais-bebê tem sido objeto de numerosos estudos nas últimas décadas, abordada sob diferentes visões teórico-metodológicas (Zamberlam, 2002; Brum & Schermann, 2004). A psicanálise reconhece a importância das primeiras relações na vida do bebê como a base para o seu desenvolvimento.

Pode-se definir interação como a reação recíproca de dois fenômenos, acentuando-se a noção de reciprocidade e interdependência entre eles, e partindo-se do princípio de que a relação do bebê com sua mãe é construída num processo caracterizado pela bidirecionalidade. A interação é considerada como um processo constituído por um “conjunto de fenômenos dinâmicos que ocorrem ao longo do tempo entre o bebê e sua mãe” (Mazet & Stoleru, 1990, p. 20). O filho não só é submetido às influências de seus pais, como igualmente está na

origem de modificações neles. Por seus olhares, gritos, sorrisos, pelo conjunto de sinais e de comunicações que lhes dirige, o bebê contribui poderosamente na determinação de seu vivido, suas satisfações, angústias e estimas deles como pais (Mazet & Stoleru, 1990).

Para Jerusalinsky (2011), o surgimento do sujeito psíquico é possível quando se estabelece na relação pais-bebê a articulação de quatro operações: o estabelecimento da demanda, a suposição do sujeito, a alternância da presença e ausência e a alteridade. Por meio dos seus cuidados, a mãe toma seu bebê como alguém que dela depende para se constituir como sujeito com conteúdos psíquicos próprios. Ela promove, no cotidiano, o estatuto de um sujeito falante antes mesmo que a criança fale (Levin, 1995), e fornece subsídios para que o seu bebê construa uma base psíquica que norteará as demais aquisições do processo de desenvolvimento (Cullere-Crespin, 2004; Jerusalinsky, 2002).

O contato olho a olho é um dos mais significativos meios para realizar a comunicação, especialmente na fase inicial da vida. O olhar tem função psíquica no diálogo olho a olho, mas o olhar não é simplesmente visão. A visão é um funcionamento de órgão, enquanto o olhar é uma função psíquica, que implica a questão da representação (Cullere-Crespin, 2004). O olhar, ou melhor, as trocas pelo olhar devem ser avaliadas para além das necessidades fisiológicas, uma vez que os primeiros conflitos interacionais encontram expressão, também, na esfera da specularidade (Laznik, 2004). Portanto, ainda que se tenha uma função de órgão, tem-se também a possibilidade de conjecturar sobre as vicissitudes desse funcionamento diferente na representação do filho e na interação com ele nesse contexto.

Se o olho é o órgão de apreensão da realidade, o olhar é o primeiro objeto de desejo e pode ser concebido como um objeto inicial, que transiciona entre a mãe e o bebê. Ver é função do olho e olhar é objeto da pulsão escópica. O olhar, longe de assegurar a possibilidade de visão, é o que não deixa de ver o objeto, porque o atravessa (Queiroz, 2005).

Dentre os aspectos que podem representar impasses para a construção e o desenvolvimento da interação entre a mãe e o bebê, destacamos a presença de alguma intercorrência na gestação ou no parto (Castro & Piccinini, 2004), bem como o nascimento da criança com deficiência (Sanches & Fiamenghi-Jr, 2011), tal como o estrabismo. Em circunstâncias como essas, o bebê imaginário, construído anteriormente na expectativa e na fantasia parental, é colocado em xeque face à criança real (Andrade, 2005; Lima, 2000).

O desalinhamento ocular pode acontecer em qualquer idade; quando ocorre em crianças, pode ter etiologias diversas, embora seja comum apontá-lo como idiopático. Quando ocorre na infância, momento em que se processa o amadurecimento do aparato visual, pode resultar em prejuízo grave para a visão (Bicas, 2003). Além dos efeitos funcionais do

estrabismo, tais como o desalinhamento dos olhos e a percepção de profundidade binocular, o impacto psicossocial tanto nos pais quanto nos filhos é variável em função do meio sócio-cultural-econômico e do nível de conhecimento e da atitude dos pais (Singh et al., 2017). Tanto as crianças quanto os adultos estrábicos costumam sofrer problemas psicossociais e emocionais, como baixa autoestima, preconceito social negativo, intimidação escolar, aumento da ansiedade social, relações interpessoais frágeis e problemas de oportunidade de trabalho (Ribeiro et al., 2014).

Uma breve pesquisa desenvolvida em bases de dados (SciELO, Pepsico e Pubmed) identificou apenas um trabalho remetendo a essa relação (estrabismo e interação mãe-filho), apontando que os pais de crianças com estrabismo apresentavam índices de ansiedade maiores, quando comparados àqueles com filhos sem estrabismo (Akay, Cakaloz & Berk, 2005). Nos questionamos sobre essa ausência de literatura, sobretudo na área médica. Lima (2000) chama a atenção para o fato de que interpretar a criança apenas como organismo, sem levar em consideração o sujeito que se encontra em cena, é não se dar conta do entrelaçamento que existe entre a estrutura subjetiva e orgânica do corpo.

Como a mãe constrói a interação com um bebê diferente daquele sonhado? Como constrói um olhar de acolhimento, significação, a esse bebê com a visão estranha, estrábica? Poderia o desalinhamento dos olhos dificultar o encontro do olhar mútuo entre mãe e bebê ao ponto de interferir no desenvolvimento da interação?

Esses questionamentos e inquietações dos pais, sobretudo das mães, inspiraram o delineamento da pesquisa que buscou compreender vicissitudes da interação mãe-bebê no contexto do estrabismo, ou seja, as particularidades da interação entre uma mãe e seu bebê estrábico. As experiências especulares, dentre outras formas de interação, foram compreendidas no contexto da relação mãe-filho estrábico, tomadas como trocas relacionais experienciadas pelo bebê e base para o contínuo desenvolvimento de suas interações. Buscou-se compreender o papel desempenhado por mãe e bebê em interação, tomando o estrabismo como fenômeno com potencial para obstacular a interação e a subjetivação, devido a seu potencial de interferência na maternidade e no filho imaginado.

A dissertação está estruturada em dois capítulos, intitulados “Interação mãe-bebê” e “A visão, o estrabismo e o olhar”, que apresentam o recorte teórico que norteou a construção dos objetivos e delineou a metodologia da pesquisa, também em capítulos. Os resultados e a discussão estão apresentados num só capítulo, seguidos pelas considerações finais.

1 INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ

As interações mãe-bebê têm sido objeto de numerosos estudos nas últimas três décadas, e diferentes visões têm fundamentado teoricamente as pesquisas conduzidas a esse respeito (Zamberlam, 2002). Este capítulo caracteriza a interação sob a luz da psicanálise, pontuando aspectos da parentalidade e da função materna para a subjetivação da criança.

1.1 Caracterização da interação mãe-bebê

A primeira publicação de que se tem notícia sobre a observação de um bebê foi desenvolvida por Charles Darwin, que, em 1877, publicou “Um esboço biográfico de uma criança pequena”, com base no que havia observado e anotado, cuidadosa e prontamente sobre seus filhos pequenos, especialmente Doddy, incrivelmente numa época na qual as capacidades dos bebês eram subestimadas e desconsideradas (Celeri, Jacintho & Dalgalarondo, 2010).

Desde então, Freud, Klein, Winnicott, Bolwby, Bick, Stern, Brazelton, Fraiberg, Lebovici, Cramer, citados como os pioneiros, além de vários outros estudos observacionais sobre as interações precoces vêm sendo realizados (Menegatti, Pianovski & Löhr, 2016). Diferentes teorias têm fundamentado as pesquisas sobre as interações precoces, dentre elas a Psicanálise, a Psicologia do desenvolvimento e a Psicologia sistêmica, em virtude da relevância da relação mãe-bebê para o desenvolvimento afetivo, emocional, social, cognitivo saudável da criança ao longo de toda a sua vida (Menegatti et al., 2016; Borsa, 2007).

Os resultados de trabalhos conduzidos na área, relacionando características da mãe / do ambiente e o desenvolvimento da criança apontam elos entre a sensibilidade materna, a qualidade da ligação estabelecida e os correlatos no desenvolvimento emocional e cognitivo posterior (Oppenheim, Sagi & Lamb, 1988). São destacadas, principalmente, diferenças qualitativas na responsividade, atitudes e características de personalidade materna, associadas à qualidade do desenvolvimento adaptativo da criança (Zamberlam, 2002).

Desde a gestação, mães e bebês participam de um sistema complexo de relações familiares. Durante os primeiros anos de vida, mudanças significativas ocorrem tanto nas condições da criança como nas da mãe e de toda a família. A mãe e seu filho afetam-se, mutuamente, dentro de um padrão interacional singular (Schaffer, 1996). A qualidade da interação inicial é considerada um importante fator mediador entre os eventos perinatais e o seu posterior desenvolvimento, particularmente no que se refere à comunicação, socialização e cognição (Zamberlam, 2002).

Abordando essa interação precoce, Zimerman (2010) afirma que a interação consiste

“na interrelação do bebê recém-nascido com a sua mãe ou com alguma figura substituta dela” (2010, p. 21). A formação deste primeiro vínculo é facilitada pela disposição inata do bebê para a vinculação, e não se inicia apenas com o nascimento deste, mas antes, já na história da gravidez, que, por sua vez, envolve a história de vida do casal. A relação da mãe com o feto se aprofundará depois do nascimento e ao longo do desenvolvimento da criança (Brazelton & Cramer, 2002).

A gestação é um evento complexo, no qual ocorrem diversas mudanças na vida da mulher e da família. Trata-se de uma experiência repleta de sentimentos intensos, variados e ambivalentes que podem dar vazão a conteúdos inconscientes da mãe (Brazelton & Cramer, 2002). Desde o início da gravidez, a mulher estabelece uma relação imaginária com o feto. A representação que a mãe faz dele não é a de um embrião que está se desenvolvendo, mas de um **corpo imaginado** já desenvolvido, com todas as atribuições que são necessárias para a completude de um corpo (Piccinini, 2004).

Para Lebovici (1987), de fato coexistem três bebês na mente materna: um bebê edípico (fantasmático), um bebê imaginário e um bebê propriamente dito. O bebê edípico resulta da própria história edípica infantil da mãe, e é considerado o mais inconsciente de todos, trazendo junto os desejos infantis dessa mulher. Este, para o autor, é o **bebê da fantasia**, do desejo de ter tido um filho com o pai, que foi reprimido quando da dissolução do Complexo de Édipo. O **bebê imaginário** seria construído durante a gestação, sendo o bebê dos sonhos diurnos e das expectativas, o produto do desejo de maternidade. Por fim, o **bebê propriamente dito** é aquele que a mulher segurará nos braços no dia do nascimento.

Como na gravidez a mãe imagina o bebê, isso lhe possibilita construir uma relação com o seu filho; esse processo imaginativo aciona o apego primordial. Com base nos desejos narcisistas investidos no bebê imaginado, a mãe já começa a se relacionar com o futuro filho. Esse processo lhe capacitará a atender a todas as demandas advindas do bebê que nascerá (Brazelton & Cramer, 2002).

Winnicott (1988) destaca que as experiências vividas pelos pais na infância são fundamentais no processo de configuração e estabelecimento de relações afetivas futuras. A vivência da maternidade terá como pano de fundo todos os outros vínculos da vida dos pais, essencialmente o vínculo primitivo com seus próprios pais.

1.2 Parentalidade

Ao se tornarem pais, surge uma nova relação entre o casal, influenciada pela história de seu relacionamento. Cada gravidez se insere num determinado momento da vida do casal,

é diferente, e tem o seu próprio significado, evocando para o pai e para a mãe sua própria história e os remetendo a ela (Winnicott, 1988).

Houzel (2004) explica que não basta ser genitor, nem ser designado “mãe” ou “pai” para preencher as condições da parentalidade; o status de filho só pode ser atribuído a partir da subjetividade dos pais. A parentalidade é um processo co-construído, pois organiza a percepção dos pais em face deles mesmos e do filho, bem como a percepção que a criança tem a respeito dos pais (a criança é inscrita e se inscreve) (Solis-Poton, 2004). O bebê “anuncia” sua existência no interior dos pais muito antes do nascimento; os projetos e expectativas parentais que envolvem a sua chegada preparam o lugar para acolhê-lo, representando a preparação para o espaço do bebê real (Piccinini, 2004).

Quando um bebê nasce, já houve um movimento que se iniciou antes mesmo do parto e lhe conferiu um lugar predeterminado, com nome, sobrenome e uma história familiar. Isso, que podemos afirmar ser a ordem simbólica em que o indivíduo é banhado ao ser concebido, garante as condições necessárias para o processo de subjetivação (Cullere-Crespin, 2004). Falar sobre o nascimento do sujeito é falar de um reconhecimento materno e da introdução de uma marca por meio do movimento realizado na dupla, experimentada pela criança como o acesso a algo de si e, portanto, de sua existência. Os cuidados parentais ativam o circuito desejante, que marca desde o princípio a existência desse novo indivíduo em relação à rede na qual está inserido (Vieira, 2010).

O momento do nascimento é de fundamental importância para a interação mãe-filho, podendo intensificá-lo. Para Szejer e Stewart (1997), a mulher que dá à luz vive um rito de passagem que lhe permite dar à luz a si mesma. Além de tomar consciência da separação de seu filho, o nascimento é o momento em que surgirá a criança, antes um filho em potencial, que passará a ter um estatuto de sujeito. Após o parto, a mãe percebe que o bebê é outra pessoa, e precisa elaborar a perda do bebê de sua fantasia, para entrar em contato com o bebê real. Com o desaparecimento gradativo desta imagem idealizada, podem surgir muitas vezes sentimentos como desapontamento, desânimo e a impressão de ser incapaz de enfrentar a nova realidade, sobretudo quando a criança vem “diferente” (Maldonado, 2002).

A relação primordial entre mãe e bebê pode passar por impasses, quando há alguma intercorrência durante a gestação, parto ou nos primeiros meses de vida do bebê, que implique riscos para o seu desenvolvimento, como, por exemplo, nos casos de lesão cerebral pré, peri ou pós-natal, diagnóstico de síndrome genética, parto prematuro ou qualquer alteração física, como o estrabismo. Nessas circunstâncias, o bebê imaginário, construído anteriormente na expectativa e fantasia maternas, é colocado em xeque face à criança real, e a mãe poderá ter

dificuldades em elaborar o luto pelo bebê imaginário, dificultando a sua verdadeira interação com o bebê real (Goretti, Almeida, & Legnani, 2014).

1.3 A função materna e a construção da subjetivação infantil

A partir da perspectiva winnicottiana, a relação primitiva mãe-bebê é um tema central para se entender o desenvolvimento emocional do ser humano (Winnicott, 1983). Por meio desta visão, apenas gradualmente é que a questão do bebê como ser independente tornar-se-á importante.

Winnicott (1988) ressalta que cada bebê é, desde o começo, uma pessoa, necessitando ser conhecida por alguém, e que ninguém pode conhecer melhor um bebê que a própria mãe. O bebê também aprende logo a interpretar a mãe, por isso é considerado ativo no processo de interação, à medida que suas capacidades de ver, ouvir e se mover provocam respostas na mãe, iniciando interações recíprocas.

A conhecida máxima “*Isso que chamam de bebê não existe*” (Winnicott, 2000) resulta do reconhecimento desse relacionamento vitalmente importante entre a mãe e o seu bebê, possibilitando ao bebê a segurança e o apoio necessários à integração e à adaptação da vida. Essa proposição marca uma matriz conceitual que condiciona a existência humana à unidade ambiente-indivíduo e eleva o cuidado a um estatuto primordial no processo de subjetivação. Para Winnicott, o indivíduo só existe enquanto contexto; o que pode ser explicado pelo fato de que o bebê só existe no contexto de um outro que dele se ocupa, segurando, escutando e olhando por ele. Esta é uma condição de possibilidade para a emergência do sujeito. Sem as técnicas que permitem cuidar do bebê de um modo suficientemente bom, o novo ser humano não teria chance alguma.

A experiência de ser é estabelecida gradativamente, a cada ritmo empreendido pelo par; enquanto isso, as falhas que se dão no cuidado, impossíveis de não existir, quando acontecem de maneira espaçada e pontual, não representam impedimento ao bebê, que desde cedo começa a se adaptar ao mundo, paulatinamente. Diferente disso, quando a falha na provisão do ambiente ocorre de maneira significativa e contínua, o bebê não tem a oportunidade de experimentar, a seu tempo, a integração das experiências com a realidade, e a tendência é de que haja uma precariedade da constituição subjetiva. O avesso da conquista decorrente das experiências relacionais precoces, portanto, corresponde a uma fragilidade na constituição do sentimento de existência, levando à irrealidade de si (falso *self*) ou mesmo às patologias (Franca, 2014). Nessas situações, no entanto, em que o ambiente falha, este é sentido como uma intrusão no processo de continuidade de ser da criança, distorcendo o desenvolvimento do bebê. Neste sentido, reconhece-se a importância de se estudar as funções

da mãe em relação ao bebê nessa fase primitiva.

O processo de identificação da mãe com o bebê foi muito bem descrito por Winnicott (1983), remetendo à noção de “preocupação materna primária”, descrita como uma sensibilidade que faz a mãe se abrir à percepção e buscar suprir as necessidades de seu filho, lançando as bases de sua saúde mental. Trata-se de um processo essencial à subjetivação infantil, uma vez que o bebê experimenta angústias muito fortes nos estágios iniciais do desenvolvimento emocional, antes que seus sentidos estejam organizados e seu ego desenvolvido.

A preocupação materna primária é um estado psicológico em que a mãe está mais sensível às necessidades emocionais e físicas do bebê. É um estado natural das mulheres no período da gravidez e algumas semanas após o nascimento do bebê. A mãe que desenvolve a preocupação materna primária pode facilitar ao bebê uma vivência mais tranquila nos primeiros momentos de sua vida. Nesse estado psicológico, a mãe pode se colocar no lugar do bebê, proporcionando o que ele precisa para se sentir seguro. É importante que a mãe desenvolva o estado de preocupação materna primária, para poder se identificar com o mesmo.

A provisão ambiental suficientemente boa contribui para que o bebê possa existir, possa dominar as pulsões, construindo um *self* capaz de superar os obstáculos próprios do viver (Winnicott, 1983). Considera-se importante, então, que, nos seus primeiros momentos, o bebê seja amparado por uma mãe, que lhe forneça um ambiente satisfatório (Winnicott, 1988). Este meio propicia um alto grau de adaptação às suas necessidades individuais, de maneira que o bebê possa alcançar um desenvolvimento em sintonia com as tendências herdadas, gerando a autonomia do indivíduo (Winnicott, 1988).

Quanto ao desenvolvimento emocional, a mãe é citada por Winnicott como a principal responsável por iniciar o filho no uso criativo do mundo, em conjunto com o meio que circunda a criança. Quando isto falha, a criança perde contato com os objetos e, também, perde a capacidade de encontrar qualquer coisa criativamente (Winnicott, 1988).

O ser humano caminha da dependência rumo à independência (Winnicott, 1983), e a criança vivencia, ao nascer, um período de dependência absoluta da mãe, para sobreviver. Esse primeiro contato do bebê com a mãe passa pelo sensorial, a partir de um contato corporal intenso. Ela contempla sua face, olha nos seus olhos, segura-o no colo, amamenta-o no peito, propiciando-lhe um *holding* em que o mesmo vive a sensação de ser segurado e amparado. Tudo isso faz parte de uma comunicação que vem antes do verbal e que influenciará o

desenvolvimento emocional futuro da criança, inclusive no que se refere ao desenvolvimento da comunicação verbal (Winnicott, 1988).

Para Winnicott, um bebê não existe sozinho, pois um bebê não pode ser pensado sem a presença de alguém que lhe exerça a função de mãe e sem um ambiente, por esta última criado. É necessário que haja o encontro das tendências inatas de desenvolvimento do bebê com o ambiente facilitador do desenvolvimento, possibilitando os processos de amadurecimento do bebê. Este ambiente facilitador pode ser reconhecido e encontrado na figura materna, que acolhe o bebê e o sustenta (Winnicott, 1983). No vocabulário winnicottiano, ambiente, mãe e cuidados maternos devem ser considerados sinônimos, já que, no início, a mãe funciona, tanto em termos biológicos quanto em termos psicológicos, como o primeiro ambiente para o bebê (Klatau & Salem, 2009).

O ambiente facilitador, personificado na figura materna, precisa fornecer alguns elementos ao bebê. Dentre estes elementos, Winnicott cita o **holding, o handling e a apresentação de objetos** como fenômenos básicos de uma maternagem suficientemente boa, favorecedora da constituição do *self* do bebê e do desenvolvimento da criança.

O **holding** consiste no primeiro ambiente do bebê, um suporte confiável, que deve haver desde o nascimento, para que o recém-nascido possa avançar em direção à integração. Esse suporte implica a forma cuidadosa com que o bebê é sustentado pela mãe numa etapa da vida na qual é ainda incapaz de executar movimentos suficientemente autônomos. Winnicott descreve o *holding* como uma continuação da provisão fisiológica que caracteriza o período pré-natal (Winnicott, 1983), e sublinha que logo nos primeiros meses do bebê o principal é o *holding* físico, e essa é a base de todos os complexos aspectos adicionais do *holding* e da provisão em geral (Klatau & Salem, 2009).

O **handling** – tomado como parte mais ampla da série de cuidados que derivam do *holding* materno – é composto pelos diversos comportamentos e atitudes da mãe, realizados com o objetivo de reger e estabilizar as necessidades fisiológicas e emocionais da criança (Klatau & Salem, 2009). Os cuidados do *handling* são geralmente expressos em condutas sociais parentais, como embalar, tocar, acalmar, falar, cantar, fazer barulhos e caretas que, por sua vez, surgem em resposta a condutas do recém-nascido que são, elas também, essencialmente sociais, como o grito, a agitação, o sorriso e o olhar (Stern, 1985).

A **apresentação de objetos** é o fenômeno responsável pela possibilidade de o bebê criar o mundo a partir de sua apresentação em pequenas doses, o que favoreceria a experiência do *self* num tempo e espaço compartilhados. Para experimentar-se criador do próprio ambiente e dos objetos que lhe são fornecidos, a criança precisa dispor de objetos que

possam se conformar não apenas às suas necessidades, mas também à sua capacidade de dispor deles com o próprio corpo. É por meio de objetos que possam ajustar-se à sua competência corporal e que lhe sejam apresentados de modo paulatino e simplificado que a criança tem sua experiência criativa preservada, podendo, então, sentir-se como o possível agente ativo da resolução de sua necessidade, ou, em outros termos, que possa interiorizar a ideia de que o mundo é algo sobre o qual pode agir criativamente (Kloutau & Salem, 2009).

Para que essas funções – *holding*, *handling* e apresentação de objetos – sejam desenvolvidas, a mãe precisa identificar-se com seu filho. Ou seja, a mãe precisa olhar para seu filho. Queiroz (2005) afirma que sem o olhar do outro não existimos, mas a maneira como somos olhados define um destino. É com base numa relação saudável entre a mãe e o bebê que emergem os fundamentos da subjetivação.

1.4 Os eixos na subjetivação infantil

Por meio do olhar materno, expressão do desejo da mãe, a criança se constitui como sujeito. A falta do olhar materno impossibilita o processo de subjetivação; é preciso que haja um olhar de investimento, que entre no campo do desejo do outro, pois não ser olhado nos transforma apenas em “coisa” ou puro corpo (Lima, 2000).

A leitura da constituição do sujeito, trabalhada no campo clínico por psicanalistas, deu origem aos Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI). O IRDI é um instrumento utilizado de zero aos 18 meses de idade e está dividido em quatro faixas etárias. Os indicadores representam a tentativa de traduzir sinais de risco em uma linguagem acessível e de organizá-los de modo prático, mediante um formulário. Foi elaborado para que pediatras da rede pública de saúde pudessem incluir essa observação no cotidiano de sua prática clínica.

A pesquisa com a Metodologia IRDI tem como principal objetivo detectar a tempo problemas de desenvolvimento e risco psíquico, bem como poder intervir de forma a oferecer outro destino para o sofrimento da criança e de seu entorno (Kupfer, 2010; Kupfer et al., 2009). São quatro os eixos teóricos que embasam e organizam tais indicadores de risco, também chamados de eixos na subjetivação infantil: suposição do sujeito, estabelecimento da demanda, alternância presença-ausência e introdução de um terceiro, ou função paterna.

A **suposição de sujeito** ocorre quando a mãe supõe que seu bebê é o portador da resolução do enigma sobre seu desejo, isto é, quando a mãe consegue ver no seu bebê a possibilidade de realização daquilo que ela antecipou e, por isso, é capaz de frustrar, atender ou priorizar as demandas que o bebê possa efetivamente dirigir a ela. Em sua relação com a mãe, o bebê “emite” sinais que se tornam mais específicos, e a mãe empresta suas próprias palavras, gestos e significados à dor do bebê, ajudando-o a construir seus próprios

significados. Esse trabalho interpretativo da mãe de seus próprios comportamentos e daqueles da criança, num movimento especular, constante, repetido e reversível, caracterizará os primórdios da comunicação dialógica (Piccinini et al., 2004). Às respostas maternas, o bebê reage com uma satisfação tal que também adquire valor para a mãe. Esse movimento dinâmico e recíproco põe o bebê na posição de desejante, pois, em razão do que é interpretado como demanda, pela mãe, o bebê entra no universo do desejo que se inscreve entre necessidade e demanda (Sampaio, 2009).

O **estabelecimento da demanda** é a correspondência entre as urgências vitais do bebê e a significação da mãe que seja capaz de produzir satisfação ao filho. Nas palavras de Cullere-Crespin, “*pelo fato de que suas necessidades sejam entendidas como demandas desejando serem satisfeitas, o bebê humano deixa seu estatuto de ser de necessidade para se transformar em ser de desejo*” (Cullere-Crespin, 2004).

A mãe entende como demanda aquilo que o bebê manifesta como necessidade, e se coloca duplamente frente ao filho: como mãe, desejando satisfazer seu filho, e como bebê que um dia foi, pondo em prática registros primitivos e inconscientes sobre a maneira como sua própria mãe cuidou dela como bebê, registros aos quais a mulher faz apelo ao cuidar do seu próprio filho (Cullere-Crespin, 2004).

Ao longo dessas trocas, a mãe se remete ao sistema simbólico ao qual pertence (seu universo simbólico individual, cultura e sociedade) e organiza as respostas ao filho, reatualizando e ressignificando seu próprio universo simbólico (Laznik, 2004). Aí está a individualidade do termo maternidade, na qual cada mulher reage de maneira diferente ao seu bebê, com base em seu universo simbólico e em suas próprias representações, mesmo pertencendo a uma mesma cultura, a uma mesma família (Sampaio, 2009).

Para a mãe interpretar os sinais do bebê, precisa investir libidinalmente nesse corpo. De acordo com Fernandes (2005), um investimento desta magnitude supõe que a mãe consiga experimentar prazer ao ter contato com o corpo da criança e ao nomear para ela (criança) as partes, funções e sensações desse corpo. Supõe que a mãe consiga transformar o “corpo de sensações” em um “corpo falado”. Desse modo, o papel da mãe não é simplesmente assegurar a conservação da vida, mas, simultaneamente, permitir o acesso ao prazer através da promoção da sexualidade (Laznik, 2004).

Abordando o papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil, Winnicott (1975) aponta que o bebê vê a si mesmo quando olha o rosto da mãe. A mãe reflete no seu olhar os estados emocionais do seu bebê, o modo como o percebe. “*Muitos bebês,*

contudo, têm uma longa experiência de não receber de volta o que estão dando. Eles olham e não se vêem a si mesmos.” (1975, pp. 154-155).

A **alternância presença-ausência** ocorre quando a mãe não se coloca como pura ausência ou pura presença nos cuidados exercidos, criando, assim, um ritmo constante de presença-ausência: olhar-não olhar; voz-silêncio; fome-saciedade; sono-vigília. Destacando a questão recíproca das interações, Camarotti¹ (2006) aponta que a mãe, por sua vez, ao olhar o filho, também se vê refletida, renarcisada ou, pelo contrário, não reconhecida em sua função. Para que a criança se veja na mãe (especularmente), precisa reconhecê-la como objeto de satisfação. No entanto, a mãe nunca será totalmente satisfatória, pois para ser reconhecida **precisa** produzir ciclos de alternância entre presença e ausência (física e simbólica), precisa “falhar”. A experiência de descontinuidade (presença/ausência da mãe) é estruturante, pois só assim a criança pode experimentar-se como sujeito desejante, separado da mãe (castrado) (Laznik, 2004).

Por fim, **a introdução de um terceiro ou alteridade, ou função paterna**, acontece quando a mãe não toma o bebê como puro objeto de sua satisfação e não coloca a satisfação acima da lei (Kupfer et al, 2010). O ato castrador é visto pela psicanálise como operação simbólica, pois representa a lei que incide sobre o vínculo mãe-filho, rompendo a ilusão do ser humano de se acreditar possuidor ou identificado com a onipotência imaginária (Laznik, 2004). É através da intervenção do pai (lei) como privador tanto da criança como da mãe, instaurador do simbólico, que se configura a possibilidade de a criança se constituir como sujeito e ser introduzido na ordem da cultura (Guerra & Simões, 1995).

Desses quatro eixos teóricos derivam 31 indicadores clínicos, que aparecem nos primeiros 18 meses da criança, e que são dependentes do laço que se estabelece entre o bebê e sua mãe ou substituto (Kupfer, 2007), tendo como resultado a instauração de um sujeito psíquico, a partir do qual se organizará o desenvolvimento de uma criança. Os indicadores, no protocolo, são marcados como presentes, ausentes ou não verificados, mas é a sua ausência que sugerirá risco para o desenvolvimento da criança avaliada. Quando presentes, os IRDIS indicam que o desenvolvimento está acontecendo de forma satisfatória (Kupfer et al., 2009).

Estes eixos, que se entrelaçam e acontecem de forma simultânea, permitem compreender o processo pelo qual um sujeito vai poder habitar um corpo e uma subjetividade. Neste sentido, compreende-se que nascer subjetivamente à vida é dar um passo para além do fisiológico, organizando-se num outro campo, numa outra ordem. Concorda-se integralmente

¹ Camarotti, M. C. (2006). *A clínica de bebês para além do berço*. Conferência proferida do Círculo Psicanalítico de Pernambuco, Recife, 21 Junho, 2006.

com a afirmação de que “a instalação da subjetividade só pode ser verificada a partir dos efeitos diretos que essa instalação determina” (Kupfer et al, 2009, p. 71).

Verifica-se que a relação com o outro é central, em virtude da profunda prematuração específica do nascimento do homem. O bebê precisa ser cuidado por alguém, para sobreviver. Aquele que assume os cuidados necessários para a sobrevivência do bebê exerce a denominado de função materna (Goretti *et al*, 2014). Segundo Checchinatto (1988), a função materna se situa em dois registros: o da necessidade e o do desejo. Ou seja, o laço de dependência entre mãe e filho deve se dar tanto no plano biológico, de cuidados essenciais corporais, como no plano simbólico, registro onde o pequeno ser também é prematuro.

Sendo assim, a função materna assegura não apenas a satisfação de necessidades fisiológicas, mas também organiza este funcionamento interpretando suas reações. A incorporação simbólica do filho pela mãe que interpreta seu grito como apelo será capaz de subverter o fisiológico, introduzindo-o no esquema da pulsão: comer/ser comido, chupar/ser chupado. Respirar, comer, regular a temperatura do corpo, funções exercidas pela mãe na gravidez, através do cordão umbilical, agora dependem de como a mãe toma o corpo de seu filho em seu espaço de desejo (Kupfer, 2010).

De imediato, as consequências deste enlaçamento revelam-se, por exemplo, nas modificações do ritmo do sono, em que o bebê dorme mais e sonha mais, e na coordenação dos fluxos. Entre o estado de tensão e sua descarga denunciada pelo grito do bebê, situa-se a mãe, que opera como agenciador do apaziguamento. Segundo Vorcaro (1997, citado por Mariotto, 2005), o grito deve ser tomado pelo agente materno enquanto signo de uma falta de apaziguamento, que será respondida pela mãe com sua presença confortadora, onde as manifestações vitais do rompimento da homeostase orgânica sejam marcas a serem lidas como mensagem (Mariotto, 2005). Em outras palavras, por meio dos seus cuidados, a mãe toma seu bebê como alguém que dela depende para se constituir como sujeito com conteúdos psíquicos próprios (Levin, 1995).

A interferência materna sobre filho é demarcada pelo código que autoriza a tradução em palavras das ações da criança. Esta lógica com a qual a mãe efetua sua função sobre o bebê se baseia no desejo inconsciente, já que o pequenino se posiciona para a mãe enquanto signo desse desejo (Levin, 1995).

Winnicott (1988) usa o termo “mãe devotada comum” para designar aquela mãe que, naturalmente, se adapta de forma sensível e ativa às necessidades do bebê, que no início são absolutas. O rumo do desenvolvimento, porém, deve percorrer um estágio de dependência absoluta, rumando para a dependência relativa e culminando na independência, que nunca

será absoluta. Em estado saudável, o indivíduo nunca está isolado, mas preserva uma interdependência com o ambiente.

A criança, no estágio de dependência absoluta, acredita que o mundo é criação sua, mas ao atingir outros estágios, deve viver um processo de “desilusão”, facilitado pela mãe, à medida que esta permite um contato cada vez maior do bebê com a realidade. Porém, esta desilusão deve ocorrer apenas depois de a mãe ter proporcionado ao bebê uma crença nas coisas e nas pessoas, um sentimento de confiança básica, característico do desenvolvimento saudável (Winnicott, 1988).

A relação mãe-filho pode, entretanto, ser patológica, quando, por exemplo, gera problemas de fusão. Se a mãe, ou a pessoa que desempenha este papel, tiver sido uma criança carente em sua história inicial, terá dificuldade em cuidar sozinha de seu bebê, da mesma maneira que ela ainda precisa ser cuidada, em virtude de um sentimento de desamparo, caracterizando o que ressalta Winnicott (1988) como o confronto de desamparos.

O estado psíquico da mãe determina a qualidade dos cuidados que ela oferece ao seu filho. Pela possibilidade da existência de transtornos maternos, e reconhecendo “o quão vulnerável é a mãe”, Winnicott (1988) recomenda que figuras de apoio se façam presentes, como o parceiro e outros membros de sua família. A equipe de saúde que a assiste também é citada como importante apoio, para que a mãe se prepare e exerça melhor seu papel, buscando ajuda profissional nos casos dos transtornos psíquicos.

A equipe de saúde, mais especificamente o pediatra, pode ser crucial nesses momentos, tanto na busca por novas formas de cuidados e estimulação, como no reconhecimento das competências do bebê e das modalidades interativas da díade, enquanto prevenção de perturbações do desenvolvimento (Mazet & Stoleru, 1990). O pediatra é o profissional de referência na primeira infância, tendo papel primordial na detecção de sinais precoces de dificuldades interacionais e no encaminhamento das famílias ao psicólogo/psicanalista (Houzel, 2004), ou até mesmo no manejo de certas situações clínicas que permitam aos pais se reposicionarem em relação ao filho (Kupfer, 2004).

Após haver explorado alguns dos principais elementos da interação mãe-bebê, passaremos a uma apresentação sobre o estrabismo, definindo-o e descrevendo suas possíveis consequências visuais e interferências na relação da díade e no desenvolvimento psíquico infantil.

2 A VISÃO, O ESTRABISMO E O OLHAR

Este capítulo aborda a importância da visão e as diferenças e implicações entre os atos de ver e de olhar, muitas vezes tomados como sinônimos, bem como o papel do olhar para a construção psíquica do bebê.

2.1 A visão e o estrabismo

A visão é considerada como um dos cinco sentidos presentes nos seres vivos que lhes permitem aprimorar sua percepção do mundo. Sem dúvida, na vida dos seres humanos, a visão ocupa um lugar importante, pois ela é responsável por 80% da aquisição do conhecimento e desempenha um papel fundamental na relação do homem com o mundo. Já ao nascimento, é uma das principais formas de comunicação (Bellini & Fernandes, 2008), por isso, é compreensível que, desde muito cedo, passa-se a organizar o pensamento em função do que é visto (Hoffman, 2000).

A estrutura e funcionalidade da visão são complexas, e não cabe aqui avaliá-las. Importante é mostrar que a função visual não se limita ao olho, que é capaz de receber a luz e formar as imagens. No entanto, essas informações precisam ser enviadas ao cérebro para serem interpretadas, e por fim, para permitir que a pessoa enxergue. Em outras palavras, a visão inclui não só o olho, mas, principalmente, uma zona cerebral especializada para sintetizar o dado visual (Bicas, Matsushima & Silva, 2003).

Existem várias causas de cegueira e de baixa de visão, entre as quais destacamos o estrabismo. O estrabismo pode ser definido como qualquer desvio do alinhamento ocular. Dito de outro modo, ocorre quando os olhos não estão simétricos em relação ao objeto que é focalizado. Está presente em cerca de 1,5 a 5,7% de todas as crianças, e sua patogenia e hereditariedade ainda não são totalmente conhecidas (Bicas, 2003). Não há diferença estatística quanto ao gênero na prevalência do estrabismo, e o tipo mais comum de manifestação é o esodesvio (desvio convergente), ocorrendo aproximadamente três vezes mais do que a exodesvio, que é o desvio do tipo divergente (Garcia, Sousa, Mendonça, Andrade & Oréfice, 2004).

O desalinhamento ocular pode ocorrer em qualquer idade, mas quando ocorre na infância, momento em que se processa o amadurecimento do aparato visual, pode resultar em prejuízo grave para a visão. Além do prejuízo funcional, com possibilidade de desenvolvimento inadequado da visão, muitas vezes ocasiona problemas psicológicos para o portador e para a sua família (Bicas, 2003). Tanto as crianças quanto os adultos estrábicos sofrem frequentemente de diversos problemas psicossociais e emocionais, como baixa

autoestima, preconceito social negativo, intimidação escolar, aumento da ansiedade social, relações interpessoais frágeis e problemas de oportunidade de trabalho (Ribeiro, Bach, Faria, Anastásia & Almeida, 2014).

No entanto, além das consequências visuais, estéticas e psicológicas presentes no adulto (Bicas, 2003), o desalinhamento ocular presente ao nascimento pode interferir no modo como se dá a interação entre mãe e filho. O desalinhamento real dos olhos, dificultando o encontro do olhar mútuo mãe-bebê interferiria na construção de sua interação? Corroborando este fato, os estudos apontam para a grande prevalência de estrabismo em crianças autistas (Marcelli & Cohen, 2016).

Akay, Cakaloz e Berk (2005) avaliaram o perfil psicológico das mães de filhos estrábicos, assim como sua relação com a criança e o funcionamento familiar, e apontaram que o estrabismo acaba gerando efeitos adversos em suas vidas e nas relações familiares. Neste estudo, foram encontrados altos índices de ansiedade na escala de Beck nas mães de filhos estrábicos, além de escores inferiores na avaliação geral de sua qualidade de vida. Os escores associados a atitudes democráticas e assertivas das mães foram significativamente mais baixos nas mães com filhos estrábicos, apontando que essas mães acabam falhando em constituir uma rede de suporte eficiente aos seus filhos. Essas mesmas mães tiveram maior nível de rejeição aos seus filhos estrábicos, além de apresentarem maiores níveis de estresse, raiva e nervosismo, quando comparadas às mães cujos filhos tinham os olhos alinhados. O que chama atenção também na pesquisa é que ela aponta que o nível de conflito entre os constituintes da família que tem crianças estrábicas é consideravelmente mais alto, apontando para dificuldades de comunicação entre os membros.

O tratamento do estrabismo pode ser clínico e/ou cirúrgico. De forma geral, o principal objetivo do tratamento do estrabismo é o alinhamento dos eixos visuais, a fim de alcançar uma única visão binocular com boa fusão de imagem (Baker, 2002). Outras vantagens da correção do estrabismo incluem a melhora de qualquer postura anormal da cabeça, expansão do campo visual, restauração da acuidade estereoscópica (ou visão tridimensional), centralização do campo visual, eliminação da diplopia (visão dupla), melhora da motilidade ocular, melhora do desenvolvimento psicomotor e restauração da aparência normal (Bicas, 2009). Estudos recentes apontam que a melhora estética do quadro está associada ao aumento nos índices que avaliam a qualidade de vida dos pacientes (Jackson, Harrad, Moris & Rumsey, 2006).

2.2 A construção psíquica do olhar

“Sem o olhar do outro não existimos, mas a maneira como somos olhados define um destino”

(Queiroz, 2005)

Até o momento, foi descrito o ato de ver no sentido biológico da função visual. O estrabismo pode comprometer o aspecto visual, mas, mais do que isso, pode interferir na construção das relações. Os bebês que nascem com graves limitações visuais apresentam uma complexidade suplementar para se comunicar com sua mãe, pois o canal perceptual visual é predominante para a maioria dos bebês videntes na construção da interação (Parlato-Oliveira, 2016). O estudo já citado de Akay & cols (2005) aponta para a dificuldade relacional dos portadores de estrabismo, diante dos quais nos questionamos: num contexto específico de estrabismo em bebês, onde há o desalinhamento real dos olhos, como as mães vêem seus filhos? Como os olham?

Como afirma Nasio (1995, pág 14), “o ver em nada se assemelha ao olhar”. Basta que se realize uma breve consulta ao dicionário e se poderá comprovar que o ato de ver e olhar são funções distintas. A primeira é função do olho e a segunda é a ação da pulsão escópica, mas ambos repousam sobre a mesma fonte somática, ou seja, o olho. No olhar, implica-se a pulsão como energia libidinal, dando-lhe uma erótica particular. Nesse contexto, o olhar, longe de assegurar a possibilidade de visão, é o que não deixa de ver o objeto, porque o atravessa (Queiroz, 2005).

Freud (1915/1996) define pulsão como sendo um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam no corpo – dentro do organismo – e alcançam a mente.

A passagem do somático para o psíquico, no caso da pulsão escópica, ocorre à semelhança das outras pulsões. Ela surge como fenômeno orgânico, representado pelas alterações provocadas pelos estímulos provenientes de diversos órgãos do corpo que constituem o olhar, inclusive o olho. Tais estímulos, num primeiro momento, partiriam do corpo do outro, que ativamente daria um sentido originário a eles. Ou seja, haveria a atuação desse outro (a mãe) que cuidaria do sujeito e o faria entender que está sendo percebido, amparado, contido, amado, visto – o que faria com que esses estímulos, por seu acúmulo energético e carga afetiva, atingissem a mente do sujeito, transformando a pulsão num fenômeno psíquico. Seguidamente, a estimulação, de algum modo já implantada e

interpretada, poderia nascer do corpo do próprio sujeito, de qualquer órgão que lhe faça ter como objetivo mostrar-se e perceber esse outro. Aí parece estar o cerne do funcionamento da pulsão escópica: essencialmente no mostrar-se e ser percebido como objeto de interesse, de amor, e não mais apenas no ver e ser visto com base no sentido visual fisiológico (Camargos, 2008).

O desenvolvimento da pulsão escópica se origina no outro que olha, que percebe a existência de um sujeito que se mostra. Em um momento inicial, ele se mostra sem o saber, pois são os outros que o percebem. Quando for introduzido nesse circuito afetivo, ele passará a querer ser percebido, notado e reconhecido como objeto de amor, podendo se exhibir. Isso não ocorre pela via unicamente visual. Aliás, inicialmente o desenvolvimento da pulsão escópica não se dá exclusivamente pelo olho, muito menos pela visão. Certamente o olhar visual assumirá na trama pulsional um lugar de destaque, podendo até se tornar a principal via do desejo. Porém, não se pode tomar isso como algo originário, nem restrito ao olho. A visão não é condição para o desejo; pode ser uma das condições, pode até ser a predominante, mas não se afirmar que seja a condição (Camargos, 2008).

Pelas lentes da Psicanálise, a ação de olhar, diferente da de ver, liga-se a um afeto (Queiroz, 2005). Este lugar dado ao olhar é de extrema importância no desdobramento da vida psíquica, pois é por meio dele que o sujeito vai se constituir, à medida que depende do olhar do Outro para que sua imagem seja construída, e a partir disto o mundo possa ser realmente visto pelo sujeito (Fortes, 2014). Pensando no contexto da relação mãe-bebê, concebe-se que o bebê depende do olhar de sua mãe (ou cuidadora) para que ele possa existir. O acolhimento do bebê vem através do olhar materno, que banha seu corpo de erotismo, e assim as necessidades da criança podem ser atendidas ou não pela mãe, conforme a interpretação que esta faz dos sinais corporais do seu bebê (Queiroz, 2005).

Parlato-Oliveira (2016) remete, por meio de dois casos clínicos de bebês com baixa visão, que o tempo de descoberta da limitação visual pode trazer consequências para a relação mãe-bebê. Entretanto, relata também como o olhar pode ser construído mesmo sem o suporte da visão. Esse elemento-chave ilustra a importância do olhar, enquanto construção, para a constituição subjetiva do bebê.

Os cuidados parentais e tudo o mais que circunda o bebê ativam o circuito de desejo que marca desde o princípio a existência desse novo indivíduo em relação à rede na qual está inserido (Vieira, 2010). No elenco das condições necessárias para que ocorram o encontro e a interação da dupla mãe-bebê, estão em jogo tanto as competências do bebê quanto as competências da mãe, sendo o bebê desde o início um participante ativo na relação. Por outro

lado, a mãe, ao participar do processo de constituição subjetiva da criança, também dá continuidade a um processo de constituição de si como mãe. Ao afetar e ser afetada, aciona um conjunto psíquico de fantasias, defesas e projeções experimentadas de forma singular pelo sujeito naquela situação (Brazelton, 1987).

O bebê poderá se encontrar no olhar de sua mãe, e esse olhar precisa refletir o que o bebê é, pois ele reconhece a si mesmo nos olhos e na expressão facial da mãe e no espelho que pode representar o rosto materno (Winnicott, 1983). Para que haja uma integração corporal por parte da criança, é preciso que ela se descubra no espelho que é não só o rosto da mãe, mas especialmente o seu olhar (Winnicott, 1975). Pode-se compreender que o espelho que Winnicott sugere como o rosto da mãe simboliza primeiramente o olhar de investimento dos cuidados iniciais. Este olhar é absolutamente necessário, pois o ser humano é constituído por um processo que se inicia quando ele pode ocupar um lugar na subjetividade do outro.

O rosto materno reflete um olhar, que é sentido pela criança por meio da visão, mas também através do ouvido, da pele e do cheiro. O olhar não é necessariamente uma expressão sentimental que emana do olho físico da mãe, mas algo que se transmite a partir de todo o seu corpo. Ele é essencialmente subjetivo, capaz de atribuir sentimentos, emoções e representações a alguém e, concomitantemente, inscrever marcas que modelam uma forma de ser. Assim, pode-se dizer que nunca é com os próprios olhos que a criança se vê, mas sempre com os olhos da pessoa que a ama ou que a detesta (Winnicott, 1983).

Apresentam-se a seguir os objetivos que nortearam a construção desta pesquisa, com base no referencial destacado nos capítulos teóricos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender vicissitudes da interação entre mãe e bebê no contexto do estrabismo.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a interação entre mãe e bebê;
- Compreender os significados maternos diante da relação mãe-filho e do estrabismo;
- Analisar a relação mãe-bebê no contexto do estrabismo.

4 MÉTODO

4.1 Natureza da pesquisa

Optou-se por uma pesquisa de natureza qualitativa por possibilitar uma compreensão profunda de fenômenos pessoais, apoiados no pressuposto da relevância dos aspectos subjetivos e intersubjetivos na compreensão dos mesmos. Foi priorizado o objeto de investigação a partir do que é colocado pelos participantes e do significado para os mesmos, perpassado pela intersubjetividade desenvolvida com a pesquisadora.

4.2 Participantes

Para a seleção das díades foram considerados a idade do bebê e o tipo do desvio, bem como as condições emocionais da mãe para o desenvolvimento da pesquisa. O recorte de idade e o tipo de desvio foram definidos como critérios de inclusão:

- a) Idade do bebê: foram selecionados aqueles entre seis e 12 meses de idade, pois é esperado que nesse recorte de idade a relação mãe-filho já esteja mais estruturada;
- b) Definição clínica do diagnóstico do estrabismo: os bebês precisavam ter o diagnóstico de estrabismo fechado. Espera-se que nesse intervalo de tempo a criança já esteja sendo acompanhada e já haja uma definição mais precisa sobre o tipo de estrabismo;
- c) Tipo de desvio: foram selecionados bebês com esodesvio, devido ao fato de ser o tipo mais frequente de desvio, facilitando o acesso ao paciente. Nos casos de exodesvios há uma maior associação com problemas neurológicos diversos, o que dificultaria a inclusão do bebê nesta pesquisa.

Foram excluídos do estudo os bebês que apresentassem qualquer outra alteração física que não fosse o estrabismo ou qualquer outra comorbidade clínica. Foram excluídas as mães que apresentassem problemas mentais e/ou cognitivos visíveis e/ou apresentaram uma linguagem mais operacional, com dificuldade na associação de ideias, compreensão das perguntas, e o discurso, em si, comprometido, aspectos esses a serem observados informalmente, mediante contato inicial.

Os participantes foram indicados por colegas oftalmologistas da pesquisadora, selecionados por amostragem proposital. Por esse critério, segundo Turato (2003), o

pesquisador escolhe deliberadamente os participantes que comporão o estudo, de acordo com os objetivos da pesquisa.

A saturação, tomada como indicador sobre o momento quando o pesquisador deve parar o trabalho de campo, ao ponto de buscar por uma generalização empírico-analítica, foi buscada em seus aspectos empírico (Guerra, 2014) e afetivo (Fontanella, Ricas & Turato, 2008). A saturação empírica aplica-se quando as informações construídas trazem mais repetições de informações do que novos elementos formais quanto às categorias centrais de análise. Já a saturação afetiva remete ao alcance do horizonte interpretativo do pesquisador em sua relação com os dados, sobretudo no que se refere aos seus próprios pontos de angústia na construção desses. Ou seja, situações que “testam” sua capacidade de tolerar o não saber e a sua identificação com o sofrer dos sujeitos da pesquisa (Fontanella, 2012).

4.3 Instrumentos

Foi utilizada entrevista semiestruturada com as mães, individualmente. Minayo (2006, p. 99) esclarece que a entrevista orienta “uma conversa com finalidade, servindo como facilitadora de abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação”, obtendo-se, assim, informações e opiniões pertinentes ao estudo. O roteiro permite uma conversação informal que possibilita ao participante um relato espontâneo de sua experiência, e orienta os temas a serem abordados, não sendo necessário seguir uma ordem rígida, podendo ser acrescido por conteúdos relevantes na elaboração discursiva dos entrevistados.

A entrevista foi gravada e transcrita da maneira mais fiel possível. Foi utilizado roteiro norteador da entrevista (APÊNDICE 1), abordando:

A) A construção da função materna e da parentalidade (construção da gravidez - aspectos emocionais do casal; parto e primeiras interações da mãe/família com o bebê; significado da criança no psiquismo materno durante a gestação e puerpério); B) Os significados e interações (mãe-bebê-família; da mãe com os profissionais de saúde – pediatra, oftalmologista); C) Os aspectos relacionados à função materna imaginada e desenvolvida (questões sobre a amamentação, introdução alimentar e brincadeiras entre as díades); D) As motivações e dificuldades nesse processo (especialmente ligados ao estrabismo e seu tratamento).

Devido à natureza sutil dos fenômenos, buscou-se realizar uma observação livre das mães e de seus bebês, contextualizando as narrativas sobre a interação com o filho, com as notas tomadas em diário de campo. Planejavamos desenvolver uma observação de um momento de brincadeira entre mãe e filho, ao final da entrevista, para situar aspectos da

interação e busca caracterizá-la. Na análise desta observação, utilizaríamos os eixos do IRDI e os elementos destacados para cada idade. No entanto, não foi possível desenvolvê-la por motivos que serão explicitados nos resultados e discussão.

4.4 Procedimento de coleta de dados

Após a obtenção da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAP (Universidade Católica de Pernambuco), iniciou-se a coleta de dados, no período de janeiro a abril de 2018.

As duplas foram indicadas por médicos oftalmologistas, especialistas em estrabismo, previamente informados sobre a pesquisa. Durante a consulta, quando a criança se enquadrava nas possibilidades da pesquisa, os oftalmologistas conversavam brevemente com as mães sobre a pesquisa, e caso houvesse interesse em participar, era passado o contato telefônico da mãe para a pesquisadora. Através de contato telefônico inicial, a pesquisadora informou sobre os objetivos da pesquisa e foram garantidos o anonimato e o sigilo acerca das informações, usando codinomes para se referir às participantes. Obtendo o consentimento para a realização da pesquisa, foi agendado um encontro na casa da dupla mãe-bebê, no qual a mãe assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2).

A entrevista foi realizada na casa das participantes, no intuito de deixá-las menos ansiosas, já que o tema do desalinhamento ocular como um defeito físico poderia trazer algum desconforto para a mãe participante.

4.5 Procedimento de análise dos dados

A construção do *corpus* e a análise levou em consideração o material explícito advindo das entrevistas, contextualizadas pelas observações, bem como do material “implícito”, que necessita da capacidade de *rêverie* da pesquisadora (receber, metabolizar e transformar continuamente o que advém de seus entrevistados em elementos intuitivos), da discussão com a orientadora e com outros pares acadêmicos. Também foram utilizados na análise os eixos teórico-práticos do IRDI (Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil) (ANEXO 1), pois, por meio de elementos presentes nas narrativas das mães, é possível observar a presença ou não dos eixos norteadores e elementos sobre a função materna. A presença desses indicadores sugere que a interação mãe-bebê estaria ocorrendo de forma adequada.

4.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade Católica de Pernambuco, com número do Parecer: 2.451.814, sendo aprovado sob o CAAE de número 80253317. 4. 0000. 5206 (ANEXO 2).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Conhecendo as duplas de mãe e bebê

As cinco duplas de mães e bebês residiam em Recife ou Região Metropolitana e eram de classe socioeconômica média. A idade das mães variou entre 28 e 38 anos de idade, e os bebês tinham entre seis e 12 meses de vida, sendo dois do sexo masculino e três do sexo feminino.

Todas as mulheres eram casadas. Duas mulheres eram primíparas, e as outras três já tinham um filho (20 anos, 02 anos e 01 ano e meio), sendo o bebê participante o segundo. Dois dos primeiros filhos eram do mesmo casamento, e um era de um relacionamento prévio. Todas as mães eram alfabetizadas; quatro tinham curso superior (Médica, Enfermeira, Administradora de empresas, Secretária) e uma tinha curso técnico (Técnica de enfermagem). À época da pesquisa, quatro das mães trabalhavam em suas profissões, apesar da reorganização dos horários, e uma delas dedicava-se exclusivamente aos cuidados da filha.

Todas as duplas tinham plano de saúde, o que provavelmente facilitou seu acesso aos médicos especialistas. As duplas estão representadas por nomes fictícios, para preservar a privacidade dos participantes. A seguir, apresentamos o quadro com aspectos das duplas.

Quadro 1- Caracterização das duplas mãe e bebê

Nome da mãe	Idade mãe (a)	Outros filhos	Estado civil	Nome do bebê	Idade do filho(m)	Escolaridade	Profissão e estado de exercício atual	Rede de Apoio
Paula	38	Sim (20a)	Casada	Antônio	06m	Ensino Superior	Secretária Ativa	Nenhuma
Ananda	28	Não	Casada	Melissa	09m	Curso Técnico	Técnica em enfermagem Inativa	Mãe
Simone	30	Sim (1a10m)	Casada	Alice	06m	Ensino Superior	Administradora de empresas Ativa	Mãe + Funcionária
Valéria	30	Não	Casada	Mariana	08m	Ensino Superior	Enfermeira Ativa	Marido + Funcionária
Pietra	32	Sim (2a)	Casada	Adão	06m	Ensino Superior	Médica Ativa	Mãe + Marido + Funcionária

Díade 1: Paula e Antônio

Paula tem 38 anos, é secretária numa clínica médica, e encontrava-se de licença maternidade no momento inicial da entrevista; casada com Fábio, que é vigilante, mas no momento da pesquisa encontrava-se desempregado. Aparentemente a família é de classe socioeconômica média e reside na Região Metropolitana de Recife.

Após o consentimento de Paula, marcamos uma entrevista em sua casa, onde moram mãe, pai e filho. Ficamos na sala de estar apenas eu e a mãe, enquanto o bebê dormia no seu próprio quarto. No primeiro contato pessoal, Paula contou que ambos já tinham um filho de relacionamentos anteriores (Paula tinha um filho com 20 anos de idade e Fábio tinha um com 12 anos), e ressaltou que gostaria de ter um filho que fosse “só deles”, que se parecesse com o pai. Dizia que um filho era desejo dos dois, mas especialmente desejo dela. Depois de dois abortos espontâneos, que ela não sabe por que aconteceram, veio Antônio, um bebê que tinha estrabismo. Ela diz que fez todas as consultas de pré-natal e que não teve nenhum problema nesse período. Seu primeiro filho não tinha estrabismo; o filho do seu marido também não tinha estrabismo. Paula repetiu mais de uma vez o quão bonito era o filho do primeiro casamento do seu marido, chegando a mostrar fotos. Comentou que havia percebido o estrabismo de Antônio na sessão de fotos de um mês de idade, e depois disso não mais quis fazer álbum de fotografia do filho. No momento, estava em acompanhamento com o oftalmologista.

Antônio tinha acabado de completar seis meses, e ela ainda não havia retornado ao trabalho. Dizia-se muito sozinha nos cuidados com Antônio, afirmando que ninguém a ajudava. Durante toda a entrevista, o bebê ficou dormindo no quarto, enquanto nós estávamos na sala. Paula não se levantou nenhuma vez para ir ao quarto vê-lo, o que me fez pensar sobre se havia algo que Paula não queria olhar, ou para que ela gostaria que o olhar da pesquisadora se dirigisse – para ela, somente?

Paula me parecia bastante fechada, o que refletiu também na duração da entrevista, que durou cerca de 20 minutos, uma vez que não senti que havia espaço para fazer mais perguntas. O assunto do estrabismo não pareceu confortável para a participante, pois ela ficava com o olhar baixo e respondia de forma monossilábica. Ao fim da entrevista, perguntei se poderia filmá-la brincando com seu filho, mas ela se recusou.

Após a escuta da entrevista, dei-me conta do quanto Paula parecia precisar de ajuda, já que ela respondia com a voz baixa e parecia entristecida. Entrei em contato com ela para marcarmos uma nova conversa, na qual eu sugeriria uma ajuda psicológica. Eu telefonei, e ela se negou a me encontrar novamente. Quão grande foi a minha surpresa quando, depois de 20

dias, em média, eu recebo uma ligação dela, dizendo que gostaria de fazer uma nova entrevista, em suas palavras “*começando do zero*”. Neste período eu já havia feito outras quatro entrevistas, e então agendamos um novo encontro. Eles foram, portanto, a minha primeira e última dupla, sendo entrevistada duas vezes no mesmo local.

Fui em sua casa pela segunda vez, e, numa conversa informal, ela comentou que havia se entendido com o marido e que estava sendo ajudada por uma psicóloga. Tinha voltado a trabalhar naquela semana. Desta vez, ela se mostrava mais aberta e falante, com o semblante mais feliz. Durante a entrevista, Antônio estava na sala, e passou a maior parte do tempo em seus braços. Ele usava um macacão no qual estava escrito: “fofinho da mamãe”. A frase do macacão me fez pensar sobre quantas mudanças ocorreram nesse período: será que, de alguma forma, a narrativa que construí anteriormente, bem como a escuta e o olhar que lhe ofereci, tinham ajudado?

Díade 2: Ananda e Melissa

Ananda, nascida e criada em Recife, tem 30 anos e é auxiliar de enfermagem. É casada com André, 30 anos, que também é técnico de enfermagem, nascido e criado em Recife. Residentes na Região Metropolitana de Recife, numa casa, onde moram eles e sua filha, Melissa, de nove meses. Conversamos na sala de estar, enquanto Melissa estava em um tapete ao lado de sua mãe, brincando com um chocalho colorido. Ananda balançava o chocalho, e Melissa, com 09 meses, tentava imitar sua mãe, chamando-lhe a atenção. Mesmo com a brincadeira, Ananda mostrou-se disposta a interagir com a pesquisadora e escutava atentamente as perguntas.

A gravidez de Ananda foi descrita como um acidente. Na época, o casal estava noivo, e descobriu a gravidez. Caso contrário, ela gostaria de ter esperado mais para engravidar, afirmando que naquele momento já estava havendo muitas mudanças em sua vida: casamento e construção de casa. Apesar da surpresa, Ananda fez o pré-natal, comparecendo a todas as consultas. O que chama atenção é que ela dizia que sempre estava só, com a justificativa que eles precisavam de dinheiro para ajeitarem o casamento e a casa deles.

Contou que, ainda grávida, sonhava com o bebê, e que ficava pensando sobre se ele se pareceria com ela ou com o pai, também se questionando sobre sua capacidade de ser uma boa mãe. Ananda conta com grande apoio de sua mãe para cuidar de sua filha, com sua mãe sempre a acompanhando nas consultas médicas e a auxiliando nas tarefas diárias com Melissa. Apesar desse apoio, a participante precisou sair de quase todos os seus horários de trabalho para poder se dedicar aos cuidados de Melissa, tendo destacado que enfrentou

percalços nos primeiros cuidados com a criança, como as várias noites sem dormir, a dificuldade para amamentar e a sobrecarga de tarefas domésticas.

Ananda notou o estrabismo por conta de uma posição viciosa no pescoço da filha, por volta dos três meses de idade, no momento de amamentação, e isso a levou a procurar ajuda médica. Demonstrou preocupação com o *bullying* e com a cegueira que podem ser gerados pelo estrabismo, e tem seguido o tratamento proposto, que é o uso do tampão e a estimulação visual com brinquedos coloridos. No momento da entrevista, não havia retornado ao trabalho, justificando que sua filha precisava dela nesse momento.

Díade 3: Simone e Alice

A terceira dupla é composta por Simone e Alice. Simone tem 29 anos, é administradora de empresas, natural de Recife. É casada com Petrônio, que tem 35 anos e é advogado. Alice tinha seis meses e é a segunda filha do casal. A primeira filha tem dois anos. Moram os quatro em seu apartamento na Região Metropolitana de Recife. A entrevista foi realizada na sala, enquanto Alice brincava em seu quadrado ao lado da mãe. Simone traz um semblante de uma mulher solitária e sobrecarregada nos cuidados com as filhas.

A gravidez da segunda filha não foi planejada, apesar de Simone ressaltar que ela e o marido não estavam usando métodos anticoncepcionais. Mesmo assim, ela se dizia feliz com a descoberta. A primeira filha tinha menos de um ano de idade, quando ela descobriu a nova gravidez. Simone dizia-se muito só no cuidado com as filhas e nos afazeres domésticos, desde a primeira gravidez, citando que tinha dificuldade em conciliar o trabalho com as consultas requeridas para o tratamento da filha. Ela contava apenas com a ajuda eventual de sua mãe e de uma funcionária, que ajudava nas tarefas domésticas.

Devido à proximidade de idade das duas filhas, a participante compara os marcos de desenvolvimento de ambas, e chega à conclusão que Alice está indo muito bem, ou seja, está com um desenvolvimento normal. Ela diz que compara as duas filhas tanto fisicamente como nas atitudes, o tempo todo. Inclusive compara até o que ela fez de diferente nas duas gravidezes, na tentativa de descobrir a causa do estrabismo. Simone notou o estrabismo de sua filha aos três meses, durante o momento de amamentação. Dizia que não notava a troca de olhares esperada entre mãe e filho.

A participante acredita que o estrabismo é uma doença, que pode ser até considerada uma doença grave, e que pode causar muitos problemas, tais como cegueira e *bullying*. Por isso, ela tem se dedicado a fazer o tratamento proposto com oclusão dos olhos, além de comparecer mensalmente ao consultório do oftalmologista.

Díade 4: Valéria e Mariana

Valéria tem 30 anos, é enfermeira e casada com Marcelo, também com 30 anos, médico. Marcela é a primeira e única filha do casal e estava com oito meses no momento da entrevista. A nossa entrevista foi na sala da casa da família, com Marcela ora nos braços de sua mãe, ora brincando num tapete emborrachado colorido no chão cheio de brinquedos espalhados.

Valéria mostrou-se contraditória no que diz respeito ao planejamento da gravidez. Se por um lado dizia que havia sido muito planejada, em outras narrativas deixava escapar que não sentia vontade de engravidar naquele momento, e nem sequer havia pensado sobre ser mãe. Ela dizia ter receio de ser mãe e repetir a história de sua mãe, também enfermeira casada com um médico. Durante a infância, ela diz que a mãe foi muito ausente, e ela não queria que seu próprio filho passasse por isso um dia. Apesar desse receio, eles curtiram as etapas da gravidez, vendo a barriga crescer.

Durante a gravidez, foram tomados todos os cuidados possíveis: Valéria diminuiu os esforços físicos e alterou o seu esquema de trabalho. Deixou de ser plantonista para ser diarista, por julgar que isso lhe traria mais qualidade de vida e facilitaria o bom desenvolvimento da gravidez, já desde cedo parecendo querer dedicar tempo à filha.

A mãe notou o estrabismo por volta dos três meses de idade, no momento da amamentação, e logo procurou o pediatra.

Os cuidados com Marcela eram divididos entre os pais, que também se revezavam durante a noite. O pai reduziu a carga de trabalho nos seis primeiros meses para poder estar mais presente e dar apoio à esposa e à filha. Ao momento da entrevista, Valéria havia retornado ao trabalho, porém com horários reduzidos.

A participante demonstrou que as preocupações relacionadas ao desvio eram a cegueira ou baixa visão e o *bullying* que a criança poderia sofrer. Além disso, dizia sentir um grande incômodo pelo fato de as pessoas questionarem sobre o desvio ocular de Marcela. O fato de dar explicações sobre isso deixava a mãe numa situação desconfortável. De alguma maneira, apesar de seus conhecimentos na área de saúde, Valéria parecia sentir uma parcela de culpa pelo estrabismo.

Díade 5: Pietra e Adão

Pietra tem 34 anos, é médica, casada com Leonardo, que tem 34 anos e é administrador de empresas. Ambos são naturais de Recife. Eles têm dois filhos, e Adão é o segundo, com seis meses no momento da entrevista. Eles moram com os filhos em

apartamento próprio, em Recife. Realizamos a entrevista na sala de estar, enquanto Adão brincava no tapete com a funcionária, e Pietra respondia às perguntas e observava seu filho.

Pietra e Leonardo desejavam ter um segundo filho, no entanto, não obtiveram sucesso durante um ano. Pietra precisou consultar uma especialista em fertilidade e fazer indução da ovulação e controle rígido de seu peso para poder engravidar. Depois dessas medidas, ela engravidou sem maiores dificuldades. No final da gestação, teve uma diabetes gestacional, mas depois de controle na dieta conseguiu controlar sem uso de medicação.

A segunda gestação foi descrita como mais tranquila, apesar das particularidades de cada gravidez. A argumentação para tal afirmação é que não questionava mais sua capacidade de ser mãe. Após a primeira gravidez, ela organizou seus plantões e horários, para melhor cuidar do filho. Assim, quando engravidou pela segunda vez, ela já estava mais organizada inclusive nos horários de trabalho. Contava com ajuda de sua mãe e de uma funcionária. No período da entrevista, já havia retornado ao trabalho, com um horário diminuído.

Foi percebida certa dificuldade por parte de Pietra para se expressar sobre o estrabismo, alegando nunca ter pensado sobre este e seu significado. Descreveu sua angústia em relação ao desvio ocular, e sobre o medo em relação à cegueira e ao *bullying*. Ela notou o estrabismo aos quatro meses de idade, enquanto amamentava.

No fim da entrevista, Pietra, narrativando sobre um conselho de sua mãe, deixou transparecer sua dificuldade em como lidar com as diferenças entre seus filhos, trazendo a questão da comparação entre os mesmos.

5.2 Os destaques ao nosso olhar

Descreve-se a seguir o que se destacou ao nosso olhar ao longo no processo de análise, constituindo três temas: “construção da maternidade na adversidade”, “olhares/não olhares para o bebê e para mãe” e “um bebê para além dos olhos”.

Pretendia-se inicialmente analisar aspectos interacionais entre a mãe e o bebê por meio da observação da dupla, que seria filmada por meio de celular, após a entrevista. No entanto, as mães traziam um discurso carregado de angústia, com uma suposta demanda reprimida de fala sobre si. Ainda que em algumas entrevistas o bebê estivesse junto a nós, todas foram unânimes no incômodo em se deixar filmar com o filho. Das cinco participantes, uma se negou a fazer o vídeo, alegando que seu filho estava dormindo; outra deixou fazer uma breve filmagem de 36 segundos, porém não conseguia interagir normalmente, dizendo estar intimidada com a filmagem; e as outras três preferiram elas mesmas fazerem o vídeo e enviar para a pesquisadora. Os três vídeos enviados eram curtos, com uma duração variando de 20 a

45 segundos, e as crianças curiosamente apareciam sentadas de lado, e não conseguíamos ver o rosto dos bebês (apenas lateralmente).

As quatro mães que puderam, de alguma forma, fazer o vídeo mostraram a preocupação de que este material não fosse divulgado, sob a afirmativa de que não gostariam que observassem qualquer alteração ocular em seus filhos. Isso pareceu-nos uma atitude de proteção das mães a seus filhos, pois durante as narrativas, o medo de que eles sofressem *bullying* foi um assunto frequente. O fato de os vídeos confeccionados pelas mães mostrarem os bebês de lado, impedindo-nos de ver sua face, também pode apontar para a mesma atitude protetiva, mesmo que de forma inconsciente.

5.2.1 A construção da maternidade na adversidade

Neste tema abordam-se as dificuldades iniciais enfrentadas na construção da maternidade e depois diante da descoberta do estrabismo e da necessidade de lidar com essa nova questão, para além dos desafios inerentes à maternidade. Apresentam-se também os significados do estrabismo atribuídos pelas mães.

Levando em consideração a construção da maternidade, foi observado que esse processo ficou marcado por sentimentos ambivalentes. Trata-se de um processo envolvendo aspectos relacionados a experiências, expectativas e projetos dos pais. O nascimento de um filho transforma o psiquismo dos pais, e essas transformações ocorrem não só em função das projeções e representações parentais, mas da mudança que o bebê real provoca nas interações entre ele e seus pais (Iaconelli, 2005).

Eu tomei um susto. Eu não pensava muito em ser mãe.... assim, não era uma coisa que eu pensava no momento. Me estressei. Ai depois, né, você aceita a ideia (...) (Ananda)

Eu sou casada com Flávio e aí eu tenho um filho com 20 anos de um primeiro relacionamento que eu tive. Aí foi tudo errado nesse primeiro filho. (...) E ele também já foi casado e tem um filho de 12 anos. Aí depois de um tempo eu queria engravidar pra ter um filho que fosse meu e dele, né? Ele nem fazia questão, mas eu queria. (Paula)

Então aí foi uma coisa planejada, nós com dois anos de casados, eu liberei e em seguida eu engravidei. (Valéria)

No caso de Paula, embora já tivesse sido mãe anteriormente, parecia agora buscar uma experiência diferente, e um filho planejado dentro de um casamento, filho esse que tivesse um pai e que parecesse com este. Talvez casar de maneira oficial significasse a possibilidade de

“fazer tudo certo”, e o filho era a concretização de algo deles, como se isso atestasse a realização da “família correta”. Paula parecia empenhada neste projeto, inclusive continuando a tentar engravidar após dois abortos espontâneos. Já para Valéria, a gravidez, embora planejada, trouxe o desafio de ser vivida de forma diferente da sua própria história:

Quando eu pensava em ser mãe, eu julgava que era uma coisa muito distante, então eu não... vamos dizer assim, não era uma coisa que eu planejava, eu olhava os outros, achava bonito os outros terem filho e tal, mas talvez pela minha própria história de vida em que eu tive. (Valéria)

Tenho uma mãe com um pai, minha mãe é enfermeira e o meu pai é médico, eles tiveram dois filhos e meu pai sempre foi um pai muito ausente, minha mãe também trabalhava bastante, eu sentia muita falta da minha mãe e especialmente do meu pai. Então, quando eu pensava em ser mãe, eu achava que eu gostaria de ser diferente de como meu pai e minha mãe foram comigo. (Valéria)

Para as outras duas mães, a gravidez não foi esperada e levou a mudanças inesperadas em suas vidas, como vemos nos trechos a seguir:

Foi uma gravidez não planejada, a primeira filha tinha um ano e Alice chegou logo depois. Eu trabalhei até a hora dela nascer. Acredita que eu fui sozinha para o hospital? (Simone)

Eu tomei um susto. Eu não pensava em ser mãe, assim, não era uma coisa que eu pensava no momento. Me estressei. Aí depois você aceita a ideia, você fica pensando que a criança poder vir parecida com você ou com pai, aí a gente vai pegando amor. (Ananda)

A relação mãe-bebê é uma operação inconsciente e se estabelece num cenário fantasmático de uma mulher, que pode acolher ou descartar inconscientemente o recém-nascido (Goretti et al., 2014). Percebemos que as mães foram construindo um envolvimento com seus filhos e tomando posturas que julgavam ideais para receber a criança, tais como casar e reduzir a carga de trabalho. Todas as famílias alteraram seus esquemas de trabalho, buscando se adequar ao novo serzinho: todas as mulheres reduziram sua carga horária durante a gestação, e quatro delas mantiveram seus horários diminuídos após o nascimento do filho. Uma das mães não retornou ao trabalho após o nascimento da filha, por julgar que a filha ainda precisava dela em casa. Dos cinco pais, dois também reduziram sua carga de trabalho após o nascimento, e três mantiveram sua carga horária normal.

Tipo assim, não fazia lá tanto esforço físico, apesar de tentar manter minha rotina. Antes eu trabalhava no esquema de plantão, então

alterei pra me tornar diarista (após a descoberta da gravidez), pra que pudesse dormir melhor. E hoje Mariana tá com oito meses, (...) e eu tô trabalhando bem menos. (Valéria)

Antes, eu tinha diminuído (os horários de trabalho). (...) Agora no momento (com o nascimento) eu parei, sabe, por causa do bebê, aí tô mais com ela. Não tô trabalhando agora não... (Ananda)

Adversamente, quando o nascimento é marcado por uma alteração física, com a ruptura da criança idealizada no encontro com essa “outra” criança, pode-se abrir um abismo não representável: uma perda de ilusão sem tempo e sem palavras (Kupfer & Teperman, 2008). Paula deixou transparecer essa dificuldade de aceitação da criança real em sua fala e em seus silêncios:

Agora pra engravidar foi meio difícil. Eu já vinha tentando, mas tive dois abortos. E quando veio, ele veio assim com esse olho... (Silêncio) Eu fiz o quarto dele todo arrumadinho, mas dá até um desgosto quando vejo que ele veio assim. (...) E eu sei lá (sobre o estrabismo). Não pensei não. Tô vivendo um dia de cada vez, porque tá sendo muita coisa ao mesmo tempo. Ele com o olho assim... (Silêncio). (Paula)

Com a constatação do estrabismo pareceram vir à tona sentimentos perturbadores, pondo-as à prova em seu laço com o filho. Mannoni (1999) ressalta que no relacionamento mãe-filho, no cenário de bebês portadores de alguma alteração física ou mental, essa relação pode sofrer interferência do diagnóstico, e as mães podem manifestar sentimentos como raiva, culpa, negação, desespero e frustração.

Só sei que quando ele tinha 1 mês, eu fui inventar de fazer umas fotos dele. Foi uma dificuldade pra escolher uma que tivesse com o olho mais ou menos. Depois, nem senti mais vontade de fazer o álbum de 02 meses. (...) Dá até um desgosto quando vejo que ele veio assim. (Paula)

Assim, em relação ao estrabismo eu nunca tinha pensado. Eu nunca imaginei que eu podia ter uma criança que tivesse estrabismo. Então, no início, quando ela falou, eu fiquei: eita, e agora? Ele vai ficar zarolhinho, né? estrábico pra sempre... ou vai ter tratamento? vai precisar de cirurgia? (...) Eu já fiquei pensando nessa parte, porque eu fiquei achando que se ele ficasse olhando muito zarolhinho, com o olho muito tronchinho, ele ia acabar perdendo a visão de um olho, ficando mais com um olho só, e aí eu me preocupei em relação a essa parte de ficar vendo ou não. (Pietra)

Na verdade eu me senti um pouco frustrada... frustrada porque quando a gente sonha com nosso filho, imagina que ele vem perfeito,

e aí eu fiquei um pouquinho incomodada quando eu vi aquele olhinho dela um pouquinho torto. (Valéria)

Para Paula, a descoberta do estrabismo parece ter sido tão dolorosa que foi necessário o olhar de um terceiro – o fotógrafo – para atestar o estrabismo – ver pelos olhos de outrem. Parece que houve certa frustração com a descoberta, ao ponto de ela comentar que não mais quis fazer os álbuns subsequentes.

Interessante notar que as referências ao defeito do olho e ao próprio olho aparecem sempre no diminutivo: “zarolhinho”, “tronchinho”, “pouquinho torto” e “olhinho”. Seria uma nuance de negação, tentando diminuir o valor do problema? Nos questionamos: será que o diagnóstico de estrabismo influenciou na dificuldade de amamentação experienciada por Simone?

É uma coisa meio diferente. Assim, eu praticamente não amamentei, mas quando eu tentei eu achava estranho olhar pra ela, e não tinha certeza se ela tava me olhando. Até pensei que ela pudesse ser cega. Mas eu notava que um olhinho estava certo e olhava. (Simone)

Confirmando os achados de Medeiros e Salomão (2012), que estudaram as concepções maternas sobre o desenvolvimento da criança deficiente visual, surgiram nas mães sentimentos dolorosos, principalmente de culpa, que apareceram constantemente desde o nascimento, quando as mães e a família extensa começaram a perceber a alteração, e persistiram após o diagnóstico.

Sobre a culpa referida pelas mães, Miller (1995) afirma que “sentir-se responsável pelo problema de seu filho é uma forma de tentar elaborar o que deu de errado. Assume-se a culpa, porque quando existe um culpado, ao menos existe uma explicação” (p. 55), e isso pode abrandar a inquietação sofrida pelas mães.

No caso da nossa pesquisa, corroborando com Mannoni (1999), pudemos perceber a presença de fortes sentimentos de culpa e frustração nesse processo, impactando, portanto, inicialmente a mulher em seu narcisismo. Perguntamos-nos se a culpa que fica evidente nas narrativas não poderia representar uma forma de proteção ao filho, evitando o florescimento de outros sentimentos, como raiva, que seriam mais difíceis de serem demonstrados pelas mães. Cogitamos também um suposto desejo de reparação, pois se mostravam empenhadas no tratamento e da forma mais rápida possível, talvez numa suposta diminuição do dano.

Eu me senti culpada por isso. Na família não há casos de estrabismo, ele não foi um bebê prematuro, então eu fui avaliar se eu, de alguma forma, poderia ter causado isso nele, e aí veio a culpa de ter feito

algo que poderia ter alterado a formação do olho. A gente nunca imagina o filho com nada diferente, ainda mais quando você já tem um sem alteração no olho. (Pietra)

Me sinto um pouco culpada por isso que tinha acontecido com ela, embora eu tenha ficado trabalhando na minha cabeça, na minha mente, que isso não tem nada a ver com nenhuma conduta minha. Mas, mesmo assim, é uma coisa difícil. (Valéria)

E não é um olhinho diferente que vai impedir nada... (...) Isso daí (o estrabismo) pode ser resolvido, e eu tô fazendo tudo que eu posso, e vou continuar fazendo tudo o que eu posso. Mas, com certeza, eu preferia que ela tivesse nascido sem estrabismo (Valéria)

Porque, assim, a gente fica pensando se realmente não vai dar problema. Você fica meio insegura (com a descoberta do estrabismo). (...) (Ananda)

Ananda, Pietra e Valéria são profissionais da área de saúde, sendo técnica de enfermagem, médica e enfermeira, respectivamente. Apesar de, teoricamente, terem o entendimento que não eram “culpadas” pelo estrabismo, que é idiopático em grande parte dos casos, as três se colocaram como mães, apenas. E como a outra mãe, que não era profissional da área da saúde, procuraram alguma justificativa para a alteração ocular. As explicações aventadas por elas eram todas da ordem do irracional.

Sei lá... como eu fiz indução da ovulação, e tive diabetes gestacional, tive medo de ter causado algo. (Pietra)

Eu queria saber se foi alguma coisa que eu fiz e tal, foi algum remédio que eu tomei e eu acho muito isso chato, porque é meio como se eu tivesse culpa. (Valéria)

Eu fiquei com medo de ter feito algo que pudesse ter afetado ela. Sei lá, eu podia ter feito algo de errado que atrapalhou a formação dela. (Ananda)

Porque a gente sabe que essas coisas podem ser hereditárias, pode ser algum remédio que a gente toma, então a gente começa logo a se sentir culpado. (...) Só comecei a ter mais cuidado quando eu já sabia que tava grávida, mas eu descobri com 8 semanas. Achei que pudesse ser algo que fiz antes disso, e me senti culpada. Se eu não estava me prevenindo, isso podia acontecer. De certa forma, foi minha culpa, né? (Simone)

Se um filho precisa ser constituído na relação com a mãe/família, essa nova identidade perpassará o narcisismo e também a reconstrução da identidade materna. Resgatamos os conceitos de frustração e de luto, a partir de Laplanche e Pontalis (2001), com base nos quais teorizamos que a mãe talvez sinta a perda do seu objeto de amor na realidade, a não satisfação

que a realidade lhe impõe, a recusa da perfeição do filho, a admissão de que foi imperfeita em sua parcela de criação.

Embora reconheçamos que um filho precisará frustrar de certo modo os seus pais, aqui a recusa de perfeição está calcada na realidade física, num dado literal. A frustração precisará ser reconstruída no plano simbólico, para que a mãe se sinta em posição de dom para essa criança. Caberá a essa mulher lidar com a frustração, talvez ao nível do luto (de si mesma, do outro), para se sentir portadora do dom. O dom remete aos objetos símbolo do amor que ganham terreno quando o objeto concreto, da necessidade, é tomado pela via simbólica, substituindo o objeto real, propriamente dito.

A transformação do objeto real em objeto de dom é fundamental para introduzir o filho na ordem humana (Lacan, 1956-57). A mãe precisará se apresentar e aparecer para essa criança como portadora de um objeto de dom, uma suposição de dom. Uma suposição, pois o dom remete à doação de algo que não temos. A falta é o denominador comum da experiência dos sujeitos, justamente o que nos mobiliza a buscar continuamente por algo que nos escapa, mas que um dia supusemos possuir. No caso dessas mulheres, talvez tenham se visto diante de uma falta na realidade, via a deficiência, para, enlutadas, voltarem a apostar no dom.

Laplanche e Pontalis (2001) advertem que o luto se constitui a partir de uma experiência de perda. Há uma constatação de que o objeto de amor não existe mais, bem como uma exigência de que a libido antes investida nesse objeto seja retirada e redirecionada. Trata-se de um trabalho de renúncia a um objeto perdido e é justamente essa falta resultante da perda que focaliza o desejo sobre o objeto ausente. Costuma ser um processo doloroso, que pode envolver a suspensão do interesse pelo mundo externo, na medida em que se defronta com a incapacidade de escolher um novo objeto de amor. Assim, estimamos que a mãe veja seus planos e expectativas consciente e inconscientemente frustrados por uma desconfiança e, então, um diagnóstico, sendo necessária uma ressignificação gradual desse suposto trabalho de luto, necessário à retomada de si como mãe e do filho, ambos, portanto, imperfeitos, literal e simbolicamente.

O dom da vida, em sua existência no plano simbólico, passa pela doação de si mesma, pelo prazer conquistado e ofertado nas trocas. O dom é o que faz com que o bebê seja humanizado, extirpado de seus determinantes naturais. Há sempre restos de sexualidade infantil, de fantasias na construção materna/parental (Ansermet, 2003), sobretudo naquilo que os impacta diante de uma deficiência. Os pais tendem a encontrar na criança os seus restos, restos daquilo que escapou à operação simbólica de castração, numa busca por satisfação que atenua a falta no imaginário, que atenua a impotência e o desejo por potência. A partir daí

podemos nos perguntar, aquém e além da deficiência: que relação é essa que os pais buscam com a criança? Como lidam com essa falta, falta essa que um dia, espera-se, a criança se verá como insuficiente para preencher? Como lidam com a falta real?

A mãe precisa se dedicar aos cuidados de seu bebê, identificar-se com ele, senti-lo como um produto seu e amá-lo (Winnicott, 1975). O que esperar desse processo quando diante do diagnóstico do filho? Imaginamos que sejam despertadas na mãe fantasias que possam dificultar a maternagem e trazer sentimentos de tristeza, raiva e desconfiança.

Agora ele tem esse desvio no olho. Vê só: a pessoa espera tanto e o menino vem assim. Com o olho troncho. Olhe, sei não o que eu fiz, só sei que quando ele tinha um mês, fui inventar de fazer uma foto dele, que tivesse o olho mais ou menos, depois nem senti vontade de fazer o álbum de dois meses. (Paula)

Aí, quando cheguei na pediatria, ela confirmou mesmo que ele tinha estrabismo, foi um choque pra mim. Com o diagnóstico confirmado pelo oftalmologista me senti profundamente triste, fiquei sem chão, como se tivesse culpa daquilo que estava ocorrendo. Eu estava sozinha, como sempre. (Simone)

Ela (pediatria) disse que já tinha registro que ela tinha um pouquinho de desvio, que o olho dela tava pra dento, mas ela não tinha me dito... Pelo menos se ela me disse, eu não me lembrava não. Acho que mãe lembra dessas coisas né, quando a médica avisa, né? Então ela não me disse. Mas aí depois você fica meio desconfiadinha assim, e vai olhando né, porque, na verdade... (Ananda)

Um bebê que apresente alguma deficiência pode despertar na mãe angústia ante a fantasia de incapacidade para gerar um ser perfeito, e representar a concretização de um mundo interno imperfeito, sentimentos que despertam melancolia e dor, dificultando a vinculação com o filho (Amiralian, 1997). Corroborando com a autora citada, durante a entrevista, Paula se referia ao filho como “o menino”, o que talvez denote a sua falta de aceitação do filho e tentativa de distanciamento dele. Percebemos também certa raiva e frustração na narrativa de Paula, e nos questionamos se esses sentimentos existiriam pela enorme expectativa que existia acerca do nascimento e, principalmente, da oferta deste ao marido. Lembramos que ela desejava constituir uma família que julgava “ideal”, num segundo casamento, e ainda gostaria que o filho parecesse com o pai. As altas expectativas parecem ter sido frustradas com o nascimento de um filho diferente do esperado. Ela ainda parecia justificar a atitude negativa do marido: “ele vê que o menino não é bonito”, também associando a crise do seu casamento ao estrabismo do filho.

A gente está quase se separando e parece que até piorou depois do filho. Mas também ele olha e vê que o menino não é bonito, acho que ele se importa com isso. (Paula)

O que será que Paula achava que o marido via no filho? Ou o que ela mesma parecia ver nesse “menino”? Levantamos um questionamento: mais que uma contingência, estaria o estrabismo relacionado a uma dificuldade de ordem psíquica daqueles que agenciam a especularização, que marcam o corpo com o seu olhar? Poderíamos reconhecer a possibilidade de o estrabismo aparecer como sintoma, resposta velada à angústia dessa mulher/ do casal/ da família, talvez associado a um desejo cindido? Desejo de filho ou desejo de maternidade? Desejo de reparação, desejo de amor, desejo de filho? O que guiava essa mulher e seu companheiro? Querer ser mãe/pai nem sempre é o mesmo que desejar ser mãe/pai. Que lugar ou não-lugar é destinado à criança? Quem adota esse projeto de bebê? Quem adotará essa criança? Quem é a criança para o pai e para a mãe? Vem no lugar de quem?

Diversamente do desejo de maternidade, o desejo de ter filhos implica uma evolução do desejo de ter um filho com a mãe, de ter um filho do pai até chegar a desejar um filho do homem que lhe possa dá-lo. “Assim é que o acesso ao desejo de ter filhos — desejo que, por definição, é inconsciente — não é para quem quiser, mas para quem puder, tudo dependendo da constituição psíquica de cada membro do casal parental” (Violante, 2007, p. 3).

A criação de um bebê resulta do encontro do capital genético e das representações inconscientes singulares de dois adultos (Bydlowski, 1997). Aquém da linhagem e do sujeito, o bebê carrega o desconhecido, um enigma. O simbólico já está lá, numa rede tão abrangente que conjuga, antes que o bebê venha ao mundo, aqueles que irão gerá-lo em carne e osso. Soler (1985, como citado em Ansermet, 2003, p. 47) completa: “de qualquer carne que nasça, o sujeito não é nada mais que o adotado de um desejo, com a condição que não se reduza ao primeiro objeto que foi” (p. 41). Esse significante – o qual afetará a transmissão biológica e simbólica – será essencial, uma vez que admitimos não se tratar somente do como foi feito carne; todo sujeito tem a chance de vir a ser. O verbo precisará marcar a carne.

Em relação ao modo como se sentiram quando receberam o diagnóstico de estrabismo, todas as mães pareceram surpresas e afirmaram que foi difícil acreditar no que lhes acontecia. Uma doença ou qualquer alteração física em uma pessoa da família é considerada uma situação de crise, que pode ser mais ou menos difícil, dependendo da severidade da alteração e da forma como ela é vivenciada. Canho, Neme e Yamada (2006), Sá e Rabinovich (2006), Silva e Dessen (2003), que estudaram a relação de pais com filhos com deficiência física,

apontam para um predomínio de vivências emocionais negativas, tanto de pais como de mães, com sentimentos ambivalentes em relação ao filho, pela dificuldade em aceitar a deficiência, com negação e culpa. Em nossa pesquisa, o diagnóstico do estrabismo gerou nas mães ansiedade e uma série de dúvidas, de forma similar ao descrito anteriormente.

Percebemos que os sentimentos suscitados nas mães referentes à alteração oftalmológica foram: culpa, angústia, frustração e preocupação. Este fato pode estar relacionado aos significados desfavoráveis do estrabismo concebidos pelas mães.

Aí isso me deixava meio angustiada. E aí eu voltava a pensar o que eu tinha feito pra isso acontecer. Então ele ter estrabismo pra mim foi angustiante, porque eu sabia que isso poderia deixar ele com baixa visão, além de saber que ele pode sofrer preconceito das pessoas. E eu não queria que ela sofresse por isso. (...) É um defeito no olho que tem a chance de ser reparado, ou pelo menos diminuído. Mas pelo que a médica me explicou... isso não significa que ela vai ter nenhuma deficiência. (Ananda)

Estrabismo, pra mim, é um problema, que pode levar à cegueira e ao bullying, mas que pode ser resolvido. Acho que é uma doença, viu? uma doença até grave, viu? que pode até precisar operar e que interfere bastante... Porque a gente não sabe se ela tá bem, e isso preocupa. (Simone)

O estrabismo, pra mim, é uma alteração no olho da criança, mas que mexe muito com a gente que é mãe, porque veja, você vê aquilo como uma deficiência do seu filho. Você queria que o seu filho fosse normal... Então, estrabismo significa isso pra mim. É um defeito mesmo, que tem no olho da criança, eu preferia que não tivesse, preferia que Mariana tivesse nascido com o olhinho retinho. (Valéria)

Ele ter estrabismo pra mim foi angustiante, porque eu sabia que isso poderia deixar ele com baixa visão, além de saber que ele pode sofrer preconceito das pessoas. (Pietra)

E eu sei lá... Só sei que é um negócio feio no olho desse menino... Antônio veio assim, com esse negócio estranho no olho. (Paula)

“Problema”, “doença”, “alteração”, “deficiência”, “doença”, “feio” e “estranho” foram alguns termos utilizados pelas mães para descrever o estrabismo. Todos são palavras que remetem a qualidades negativas da alteração ocular e parecem ter favorecido o surgimento de sentimentos desfavoráveis nas mães. Paula, inicialmente, nem conseguia descrever o significado do estrabismo. Essa inabilidade pode apontar para a dificuldade que ela sentia em pensar e falar sobre o assunto. Ainda questionamos: o que essa criança, Antônio, não poderia enxergar no rosto de sua mãe, ao ponto de o estrabismo surgir como sintoma? Neste caso,

especificamente, acreditamos que esse bebê já nasceu com uma função de concretizar e atestar um casamento. Poder-se-ia questionar sobre o desejo de maternidade em Paula; a favor do que estaria esse desejo? Poderíamos pensar no estrabismo como uma maneira de impossibilitar que a criança “visse” isso? A dificuldade também da mãe falar sobre o assunto pode apontar para sua própria dificuldade em aceitar que talvez nem desejasse esse bebê.

Na pesquisa de Medeiros & Salomão (2012) com crianças deficientes visuais, passada a etapa inicial de surpresa, os pais manifestam o desejo incessante de garantir o melhor tratamento aos seus filhos. As mães entrevistadas em nossa pesquisa, de forma semelhante, demonstraram grande preocupação em garantir o tratamento de forma precoce, para haver o desenvolvimento da visão, bem como para evitar que fossem discriminados no futuro, sofrendo *bullying*.

Podemos ver nas seguintes narrativas o temor das mães por os filhos serem notados pela sua deficiência nos olhos, tanto no que diz respeito a elas mesmas, em suas “falhas”, como de os filhos serem discriminados, em uma sociedade que, em muitos casos, não aceita o diferente e prega padrões estéticos rígidos. Talvez, a imposição de padrões também justifique a atitude protetiva das mães com seus filhos quando enviaram filmagens em que seus bebês aparecem lateralmente, e quando solicitaram que as filmagens não fossem apresentadas.

E ainda tem o que as pessoas iam ficar achando... todo mundo que chegava pra mim, olhava pra ele, "eita, ele é zarolhinho né?", todo mundo que começava a ver ele maiorzinho, começa a me dizer isso. (Pietra)

Eu nem gosto muito de sair, porque todo mundo fica olhando o olho desse menino... eu não gosto não. Prefiro ficar em casa e evitar essas coisas. Eu fico sozinha mesmo, e assim não dou trabalho a ninguém. (Paula)

O pai fica preocupado e sempre que eu vou colocar uma foto ele diz assim, "ó, escolhe uma que Mariana não seja com o olhinho torto. Escolhe uma que seja com o olhinho melhor, pra que não fique tão aparente". Então, realmente acho que isso... Isso mexe um pouquinho com a gente. (Valéria)

Quando perguntei se poderia fazer uma filmagem, pra ver uma brincadeira entre eles, Ananda perguntou se alguém mais veria o vídeo. Ela diz que não queria que vissem o vídeo, pra não ficarem julgando a filha dela. (Diário de campo)

Chamou-me a atenção Valéria dizer que preferia me enviar um vídeo de brincadeira em outro momento. (...) Recebi o vídeo bem curto, onde Valéria brinca com Adão, mas ele é filmado apenas de lado, e mal consigo ver os olhos dele. (Diário de campo)

Entre a mãe e seu filho está o imaginário da castração. Muito dependerá, então, do lugar que o inconsciente materno reservará ao pequeno ser, e muito dependerá também da leitura que o filho fará do fantasma materno para definir seu destino (Queiroz, 2005).

A mãe responde à demanda do bebê por meio de suas fantasias. Ela, na sua condição, aceita se tornar auxiliar deste corpo defeituoso. “O amor materno a convoca a lutar por esse filho. Ela o assume, batalha pela sua saúde, sustenta uma moral de ferro, pois a sua existência passa a depender da debilidade do filho, debilidade esta, que a protege da sua angústia” (Vendrusculo, 2014, p. 21). O desejo das mulheres parecia se distanciar de uma imagem de incapacidade em relação aos filhos. Procurar pelo tratamento o mais rápido possível parecia amenizar as possibilidades de dificuldades que os filhos poderiam encontrar quando, por exemplo, começassem na escola, numa antecipação angustiante.

Mas eu quero resolver logo isso... (...) Porque veja, vamo dizer que eu demore mais um pouco, aí ela vai pro colégio assim, com essa cabecinha meio de lado... eu tenho certeza que os coleguinhas vão ficar mangando dela. Então ela vai ficar sofrida pra um negócio que eu tô tentando resolver, sabe? (Ananda)

No tratamento do estrabismo, são requeridas consultas quinzenais ou mensais, que acabam dificultando a rotina das mães. No entanto, as mães entrevistadas colocavam o tratamento do filho como prioridade, a despeito do atrapalho em seu cotidiano. Todas as crianças já haviam passado por cerca de três ou quatro consultas oftalmológicas. Oliveira e Poletto (2015) apontam que as mães geralmente abdicam de seu trabalho, lazer e vida social em virtude de cuidados com os filhos deficientes. Segundo Castro e Piccinini (2004), geralmente, são as genitoras que se envolvem com maior profundidade no processo de reabilitação, e encontramos um padrão semelhante em nossas entrevistas, com as mães dedicando-se intensamente ao tratamento dos bebês.

Atrapalha sim, e muito! Porque eu trabalho e tenho que faltar ao trabalho. Mas minha filha está em primeiro lugar e saúde dela nem se fala. (Simone)

A literatura mostra a existência de fatores que minimizam o impacto de uma malformação/doença crônica em uma criança e sua aceitação, e entre eles, destaca-se o apoio familiar e o atendimento médico adequado, além da informação da família sobre a doença (Goldberg & Di Vitto, 1983). As mães entrevistadas pareceram se sentir mais tranquilas após o esclarecimento da alteração ocular e o início do atendimento oftalmológico adequado e

seguimento do tratamento, assegurando os dados da literatura, como observamos nas narrativas a seguir.

A oftalmopediatra que fez muita diferença pra mim. Aí, Alice passou por um exame mais completo e tive a sorte de pegar um pediatra que me explicou tudo bem direitinho. (...) e eu fiquei aliviada. (Simone)

5.2.2 Olhares/não olhares para mãe e o bebê

Durante as entrevistas, percebemos que as crianças pareciam receber a atenção necessária dos médicos pediatras e oftalmologistas, do ponto de vista da saúde física. Em média, todas as crianças já haviam passado por seis a oito consultas com os pediatras, acompanhando seu peso, altura e hábitos alimentares, e por três a quatro consultas com os oftalmologistas. As consultas iniciaram-se com os pediatras, que inclusive realizaram o teste do olhinho na própria maternidade, nos cinco bebês; no entanto, o estrabismo não foi aventado nesse momento inicial.

Nas cinco duplas entrevistadas, foram sempre as mães que inicialmente notaram o desvio, sendo que quatro delas observaram no momento da amamentação. Apenas dois dos pediatras prontamente encaminharam ao oftalmologista, após a observação inicial das mães, parecendo considerar suas queixas. Nos outros três casos, as mães pareceram precisar insistir que havia alteração ocular em seus bebês, para serem encaminhados ao oftalmologista.

As narrativas das mães sugerem que os pontos observados e discutidos pelos médicos, tanto oftalmologistas quanto pediatras, diziam respeito à saúde física e ocular dos bebês. Não identificamos nas entrevistas momentos em que as mães supostamente tivessem exposto aos médicos sua angústia ou dificuldades em relacionar-se com o filho. Pareceu-nos que tinham pouco, ou até mesmo nenhum espaço com os profissionais, para serem ouvidas e esclarecidas sobre as suas ansiedades e dúvidas no que remete à maternidade e à relação com o bebê. O foco, os olhares dos pediatras e oftalmologistas parecia se voltar para o bebê em seus aspectos fisiológicos, a alteração oftalmológica e o tratamento necessário. Ainda que não direcionado às angústias, esses esclarecimentos pareciam trazer certo apoio e conforto às mulheres, pois sentiam que havia algo a ser feito para corrigir a “deficiência”, o “defeito”. Voltaremos a este ponto mais adiante, pois exploraremos agora o “não olhar” para as angústias e medos, um olhar que exclui as ambivalências, com possíveis implicações emocionais para esta mãe que está construindo sua maternidade em meio à adversidade.

Para Winnicott (1983), um bebê não pode existir sozinho, pois é parte de uma relação. Sempre que encontramos um bebê, encontramos a maternagem, a presença de alguém que lhe

exerça a função de mãe. A presença da mãe é um marco importante na etapa inicial do desenvolvimento infantil, de tal modo que uma criança não chega a se desenvolver satisfatoriamente sem estabelecer essa relação. No entanto, segundo Mozzaquatro, Arpino e Polli (2015), a capacidade materna de oferecer um ambiente facilitador para o desenvolvimento do seu filho depende de seu estado psíquico. A qualidade desses cuidados depende diretamente do mesmo (Winnicott, 1983). Frizzo e Piccinini (2005) acrescentam que mães em estado psicológico alterado, como em depressão, por exemplo, demonstrando tristeza, perda de interesse, falta de energia e falta de confiança em si, podem apresentar associação à insatisfação na interação com a criança.

As mães entrevistadas, de modo geral, pareciam sobrecarregadas com os cuidados dos seus filhos, aspecto referido em mais de um momento nas entrevistas. Além disso, as narrativas continham muitos sentimentos de tristeza, medo, culpa, ansiedade e dúvidas. Esta situação levou-nos a pensar que talvez elas tivessem uma demanda reprimida de narrativa quanto a este ponto, com supostamente quase nenhum espaço, junto aos profissionais que as atendiam, para abordar questões relativas aos seus sentimentos, aos cuidados e à interação com o filho. Em nenhum momento a díade em interação parece ter perpassado o olhar desses profissionais.

Ela foi direta (médica pediatra), me encaminhou logo e disse que não tinha notado, mas que isso precisava ser visto por um médico especializado. No oftalmologista, quando ele deu o diagnóstico, eu me senti extremamente triste e estava sozinha, como sempre. (Simone)

Todo mundo que chegava pra mim, olhava pra ele e dizia “eita, ele é zarolhinho né?” Aí isso me deixava angustiada, aí eu voltava a pensar o que eu tinha feito pra isso acontecer. (Pietra)

As narrativas de Simone, Valéria e Pietra nos remetem a sentimentos de tristeza, solidão, culpa e angústia, que, segundo Frizzo e Piccinini (2005), podem interferir na qualidade da relação mãe-bebê, dependendo da intensidade e sistematicidade com que se manifestam. Pode-se inferir que a falta de olhar para a mãe poderia agravar os sentimentos negativos. Os olhares, talvez até excessivos, não apenas aos bebês, mais especificamente ao estrabismo, remetem as mães aos seus próprios sentimentos de culpa, levando à necessidade de uma nova elaboração desses sentimentos toda vez que o “olhinho” é mencionado.

Quanto aos profissionais assistentes, é importante tecermos observações separadamente sobre os pediatras e os oftalmologistas. Em relação aos pediatras, com quem tiveram contato inicial, as experiências maternas foram diversas: em dois casos, os pediatras valorizaram a queixa do estrabismo e logo encaminharam ao oftalmologista. Nos outros três

casos, as observações maternas foram, em graus diferentes, aparentemente desvalorizadas. Dois deles orientaram esperar mais um tempo para a avaliação oftalmológica, e no caso de Ananda e Melissa, houve talvez um maior “descaso” com a queixa materna, o que parece ter causado uma desconfiança na mãe.

“Doutora, o pescocinho dela tá troncho. Ela tem problema no pescoço?” Mas aí ela disse: “eu já tinha anotado aqui que ela tinha o olho tortinho”. Ela não me disse. Acho que se ela tivesse me dito, eu lembraria, porque mãe lembra dessas coisas. Se ela tivesse me dito, talvez não eu não tivesse ficado tão preocupada, sei lá, uma doença no nervo, na musculatura... (...) Aí a pessoa fica meio desconfiadinha. (Ananda)

Eu ficava muito preocupada, porque infelizmente hoje em dia a gente sabe que os médicos mal olham pra gente, mal têm tempo, são muitos pacientes pra serem atendidos, e a gente que tá com uma criança que a gente jura que tem uma coisa diferente, a gente quer atenção, quer que nosso filho seja bem examinado, a gente quer atenção, quer entender o que tá acontecendo. (Valéria)

O momento de dar e receber a notícia que a criança apresenta, de fato, alguma deficiência pode ser crucial na vida do bebê e de sua mãe, pois dependendo da forma que a notícia for abordada poderá trazer dificuldades ao relacionamento da mãe com seu bebê (Falkenbach, Drexler & Werler, 2008). Nas narrativas de Ananda e Valéria, percebemos a necessidade das mães de receberem maior atenção dos médicos. No caso de Ananda, percebemos que o sentimento materno de falta de cuidado por parte da médica pediatra, ao não alertá-la sobre o estrabismo, gerou uma desconfiança, além de uma preocupação por falta de informação. Ananda não colocou em julgamento a categoria profissional, mas sim a qualidade do encontro que o profissional estabeleceu com ela. Esta relação é discutida por Rocha, Simões, Freitas, Matos e Silva (1986), ao avaliar a qualidade da assistência médica sob a ótica dos usuários. Eles consideram que uma assistência é satisfatória quando é dada ao paciente e acompanhante a oportunidade de formular perguntas, de receber explicações sobre o problema em questão, e que também é capaz de levá-los a compreenderem a intervenção médica recomendada.

Mishler (1991) reforça a importância de ouvir o paciente, pois essas narrativas serão essenciais para a melhor condução terapêutica. Estimamos que talvez tenha se tratado, por parte da pediatra, de um olhar técnico apenas para o bebê, tanto que ela diz ter anotado no prontuário sobre o desvio ocular. No entanto, a mãe não se sentiu considerada, ou talvez se sentiu não olhada, pois remeteu à falta de esclarecimento sobre o que a filha aparentava ter. Valéria também expressa o pensamento corrente sobre a falta de atenção dos médicos com os

pacientes e acompanhantes, apontando que há falhas nessa relação. Esse sentimento de falta de cuidado com as mães pelos profissionais dever ser ressaltada, sugerindo que as atitudes médicas necessitam ser melhoradas, buscando inclusive um melhor desenvolvimento para o bebê.

Com relação aos oftalmologistas, as cinco mães mostraram-se satisfeitas. Houve consenso sobre o esclarecimento quanto à alteração oftalmológica e o tratamento necessário. Quando esses profissionais fizeram um movimento em relação às mães, buscando esclarecer sobre o estrabismo, ou até mesmo quando demonstraram calma e paciência para tirar as dúvidas, é como se elas tivessem seus olhos abertos, e pudessem se libertar, ao menos em parte, do sentimento de culpa, ansiedade e medo que expressaram inicialmente.

Agora, sim, a médica (oftalmologista) foi uma mãe pra mim, porque ela foi explicar que eu não tinha culpa, e que estrabismo não a era pior coisa do mundo. Mas a pessoa toma um choque! Mas quando a oftalmo explicou, você entende que como mãe não tem culpa de nada disso. (Simone)

Agora, em relação a ser acolhida, eu me senti bem acolhida sim, perguntei muitas coisas pra médica (oftalmologista) dele, porque eu estava ansiosa e com medo, mas ela respondeu com muita calma e paciência. (Pietra)

Pareceu-nos que quanto maior o número de informações sobre o estrabismo repassadas e compreendidas pelas mães, maior seu sentimento de acolhimento, e suas angústias também aparentaram diminuir. Os esclarecimentos pareciam dar conta do aspecto fisiológico da alteração oftalmológica, e também tinham a intenção de mostrar às mães que elas não eram culpadas pela alteração oftalmológica, auxiliando-as, de algum modo, a olharem para seus filhos com esperança e aceitação. Cogitamos também que talvez a narrativa produzida tenha oportunizado a compreensão de que há um contínuo esforço para aprender e obter esclarecimentos para agir de forma adequada e com a convicção de estarem fazendo o melhor possível para suas crianças.

Sobre a culpa materna, externada na narrativa de Simone, notamos que, apesar dela ser abrandada após os esclarecimentos, ainda persistia nas narrativas posteriores. Pensamos que a culpa materna tem outras raízes adicionais, assentando-se numa ferida narcísica, tal como apontado por Queiroz (2005) e Vendrúsculo (2014).

Apesar dos elogios das mães aos médicos oftalmologistas, em nenhum momento de suas narrativas comentaram que tiveram espaço para falar sobre suas ansiedades e receios em relação ao diagnóstico, ou para falar sobre sua relação com o filho. A nenhuma mãe foi

oferecida a possibilidade de encaminhamento para acompanhamento psicológico, porque é possível que esta dimensão “além do biológico” fosse tão distante da prática médica, que sequer fora considerada.

De forma geral, os aspectos observados pelos médicos pareciam privilegiar as questões orgânicas, em detrimento da relação mãe-bebê, que é dimensão essencial para o desenvolvimento e constituição subjetiva da criança. Não estaríamos cometendo um equívoco ao esquecer da outra parte fundamental da relação – a mãe? Seria possível um bebê saudável sem uma mãe saudável a lhe proporcionar um ambiente favorável? Estas são questões que diante dos relatos obtidos nessa pesquisa ainda ficam em aberto, e nos convidam para uma reflexão sobre a formação de profissionais de saúde e sua prática nos consultórios.

E me encaminhou para Dra. Alessandra, que é oftalmopediatra, e que fez muita diferença pra mim. Aí, Alice passou por um exame mais completo. Tive a sorte de pegar um pediatra que me explicou tudo bem direitinho. E me encaminhou pra um oftalmo que é nota 10. (Simone)

Quando nós fomos pro oftalmologista, ela esclareceu o problema, disse que ela não ia precisar usar óculos, mas que ia precisar usar tampão, porque, na verdade, é mais um olhinho dela, o olhinho direito, que fica torto. (...) A médica (oftalmologista) foi super atenciosa, falou comigo direitinho, me explicou, esclareceu minhas dúvidas(...) aí eu fiquei mais tranquila, menos ansiosa. (Valéria)

Pela possibilidade da existência de transtornos maternos, e reconhecendo “o quão vulnerável é a mãe”, de acordo com Winnicott (1983), é recomendado que figuras de apoio se façam presentes. Neste sentido, as figuras de apoio geralmente são o parceiro e a família extensa, que podem oferecer suporte para que a mãe se prepare e exerça melhor seu papel, especialmente em casos como o da nossa pesquisa, em que o bebê demanda cuidados extras, uma rotina de tratamento, entre outros.

Nesta pesquisa, observamos que a rede de apoio era variada: para Paula, parecia não haver rede de apoio; para Ananda, sua mãe cumpria esse papel; para Simone, sua funcionária doméstica e sua mãe eram seu apoio; para Valéria, seu marido era a principal rede de apoio, e para Pietra, sua mãe, seu marido e sua funcionária cumpriam esse papel. Notamos que a rede de apoio se restringiu basicamente ao marido e à avó do bebê, como vemos nas seguintes narrativas:

A minha mãe me ajuda muito. Muito... Ia comigo nas consultas de pré-natal, me ajudou a comprar o enxoval dela. Eu não tenho irmã. Só tenho irmão homem, então minha mãe que me deu essa ajuda de

estar comigo pra resolver tudo. (Ananda)

Não, meu marido não ajuda, mas ele trabalha muito, sabe? (...) Aí, ele, geralmente, né, técnico tem muito trabalho, muito plantão, né. Eu fico sobrecarregada, mas... fazer o que? Tem que ser assim. E agora eu preciso ficar com ela mesmo. Ela precisa de mim. (Ananda)

Na narrativa de Ananda, confirma-se o fundamental apoio que sua mãe a ofereceu durante todo o período pré e pós-gestacional, inclusive ela mesma justifica o seu marido por não poder ajudá-la, em função do trabalho. Segundo Petean e Murata (2000), os cuidados com a criança com deficiência geralmente ficam sob o encargo da mulher, devido às expectativas culturais sobre gênero, relações familiares, trabalho doméstico e criação de crianças, e Ananda parece confirmar essa percepção ao justificar a falta de ajuda do marido.

Corroborando com Oliveira e Dessen (2012), desde o pré-natal, passando pelo nascimento, e no período pós-natal, há novas tarefas impostas à mãe, e o apoio da família e amigos desempenha papel preponderante diante das necessidades de descanso da mãe, dos cuidados dispensados ao bebê e da divisão de tarefas. Esse suporte pode ser fundamental para os cuidados recebidos pela mãe, além de possibilitar a diminuição de ocorrências de eventos estressantes, que nos casos de bebês portadores de estrabismo tende a aumentar.

Ainda que a rede de apoio declarada pelas mães seja curta, sentiram-se ajudadas com o apoio que receberam. Conforme pesquisa realizada por Burchinal, Follmer e Bryant (1996), as mães que contam com uma rede social de apoio mais ampla, ou seja, formada por um número maior de contatos e interações diárias, têm acesso a uma maior assistência do que as mães com redes sociais menores. Para esses autores, numa rede extensa, caso não recebam o apoio esperado num determinado ambiente social, elas terão uma possibilidade maior de encontrá-lo junto a outras pessoas. Essa situação sinaliza que apenas a quantidade de membros existentes em uma rede social de apoio não é preditora de sua qualidade (Burchinal et al., 1996).

Diferente de Ananda, que teve um apoio intenso de sua mãe, apesar da ausência do marido, Simone narra o quanto esteve sozinha durante o pré-natal, e transparece em sua narrativa a solidão que ela sente, desde a primeira gestação. O tema da solidão é frequente nas narrativas de Simone, e imaginamos que isso possa ter interferido, de alguma forma, na tristeza que sentiu com o diagnóstico, a ponto de ela ressaltar que estava sozinha nesse momento.

Na primeira gravidez eu também sempre ia só para a médica. Uma vez ou outra minha mãe foi comigo, mas, no geral, eu fui sozinha

mesmo. Meu marido nunca me acompanhou, nem na primeira gestação, nem nessa segunda gestação, mas foi uma gravidez bem saudável. (...) mas quando ela disse que ela tinha estrabismo, eu chega fiquei sem ar. E pra variar eu estava sozinha. (Simone)

Diferentemente de Ananda e Simone, Valéria parece ter tido um grande apoio de seu marido. Ele fez questão de estar com ela na consulta com o oftalmologista, e isso parece ter facilitado o recebimento da notícia do estrabismo.

Marcelo sempre fez questão de ir comigo, porque até acho que ele narrativando de médico pra médico melhora as coisas e tudo fica mais explicado, e também porque eu, como mãe, fico tendo umas ansiedades, e ele como pai parece que é mais tranquilo, ele consegue absorver mais o que ela tá dizendo. (Valéria)

Aparentemente, as mães que estavam acompanhadas no momento do diagnóstico e recebiam apoio, fosse do marido ou da avó do bebê, conseguiam receber a notícia de forma menos traumática, corroborando a importância da rede de apoio já destacada por Winnicott (1983). Singley e Hynes (2005), e Oliveira e Dessen (2012), afirmam que a sensação de estar sendo cuidada contribui para a melhoria da qualidade de vida da mãe durante esse período de transição, incluindo a diminuição da probabilidade de ocorrência de depressão pós-parto e facilitando a interação com o filho.

5.2.3 Um bebê para além dos olhos

Neste tema foi levado em consideração que o desenvolvimento do bebê vai além do alinhamento dos olhos e da visão como função biológica. Propusemo-nos a analisar a interação mãe-filho, apontando o suposto caminho que elas percorreram para verem além dos olhos; ou seja: o caminho de ver além do estrabismo, supostamente ao realizarem /retomarem investimentos sobre o bebê, no corpo e no olhar deste.

Partindo do pressuposto Winnicottiano de que um bebê só existe se houver alguém que lhe exerça a maternagem, entendemos que só podemos compreender um bebê dentro de um laço com sua mãe. A interação é, portanto, o fundamento da subjetivação. Utilizamos os indicadores do IRDI como suporte para analisar a interação mãe-bebê de forma indireta, procurando indícios do desenvolvimento da relação mãe-filho, por meio dos discursos maternos e dos momentos interativos ao longo das entrevistas.

O olhar materno, traduzido como cuidado materno, é essencial para a existência do bebê. No entanto, a capacidade materna de oferecer um ambiente facilitador para o desenvolvimento do seu filho depende de seu estado psíquico, que influencia a qualidade dos cuidados que ela oferece a ele (Mozzaquatro et al., 2015).

*E eu sei lá... (Sobre o estrabismo) (...) Ele com o olho assim...
(Silêncio) (Paula)*

Paula demonstrou o quanto causou estranheza falar desse bebê, para além do fato já sabido do seu problema, podendo-se pensar numa equivalência inicial entre o estrabismo e o bebê, de modo que ela não teria mais nada a dizer para além do fato do problema nos olhos dele. No nascimento de um bebê com alguma deficiência, as projeções acerca de seu futuro podem ficar circunscritas a essa nomeação unívoca. O bebê pode ocupar o lugar do já dito da alteração orgânica, ficando na ordem do indizível, que, para a mãe representa a impossibilidade de falar sobre a sua experiência com ele (Kupfer & Teperman, 2008).

No elenco das condições necessárias para que ocorra o encontro e a interação da dupla mãe-bebê, estão em jogo tanto as competências do bebê quanto as da mãe, sendo o bebê desde o início um participante ativo na relação (Cullere-Crespin, 2004). A narrativa de Ananda, ao comentar que a filha a chama porque quer comer, demonstra sua capacidade em supor um sujeito psíquico na filha, com uma demanda estabelecida. Esses indícios podem apontar, baseados nos eixos do IRDI, que a relação mãe-bebê está sendo construída com sinais positivos.

*Ela precisa de mim, e ninguém é melhor para cuidar do filho do que a mãe. Às vezes, eu já sei que ela tá me chamando porque quer comer.
(Ananda)*

Se o papel da mãe é primordial para o nascimento psíquico e para o desenvolvimento do bebê, este participa ativamente da relação: ele se narra (Golse, 2006) no contato com sua mãe. A antecipação materna é, de fato, essencial para a inscrição do bebê na ordem simbólica, mas este processo tem o corpo dele como suporte: é a partir do que o bebê exprime pelo próprio corpo e seu apelo – no caso o chamado sem palavras da filha de Ananda – que serão colocados em andamento os mecanismos do desejo e da demanda. Deste modo, o corpo do bebê aparece como espaço de encontro entre ele e sua mãe, mesmo que o olhar seja desenvolvido via um olho diferente.

Ela precisa de mim, e ninguém é melhor para cuidar do filho do que a mãe. Eu cuido dela e sei do que ela precisa só de ela me olhar. (Ananda)

Melissa, com nove meses, está com um chocalho na mão, e parece querer chamar a atenção da mãe, que está empenhada em conversar comigo. Se Ananda demora a falar com a filha, ela faz barulhos cada vez mais altos com o chocalho, enquanto a mãe se apressa em falar com ela. (Diário de campo)

Ananda parece superar o olhar físico, e entra em outra esfera do olhar maternal na relação mãe-bebê, declarando que conhece o que sua filha precisa “só pelo olhar”. A ação de olhar, diferente da envolvida no ver, liga-se a um afeto (Queiroz, 2007); Amanda ultrapassa o aspecto visual dos olhos, encarando o olhar, mesmo desalinhado, de sua filha, como uma solicitação ou uma forma de comunicação. Esse entendimento só ocorreu pela capacidade de supor um sujeito e estabelecer que a demanda se dirige a ela. Entretanto, tal construção não parece vir sem ambivalência, remontando ao não planejamento, acentuado pelo estrabismo, questionando a si mesma sobre o futuro, que aparece como aposta.

Eu queria dizer que eu amo minha filha, eu sei que começou meio atrapalhado, porque foi meio sem planejar e ela nasceu com o olhinho assim tronchinho, ficou com o rostinho meio tronchinho, mas eu acho que vai dar certo. Eu acho que essas coisas, assim, pelo que a doutora me falou, isso é passível de se corrigir, e eu, assim, tô fazendo o que posso pra dar certo. (...) Minha filha é uma benção. Graças a Deus. (Ananda)

Simone expressa sua dificuldade inicial em comunicar-se com a filha pelo desencontro dos olhares, que parece suavizado pelo desenvolvimento tomado como normal e pelo apelo a si:

Altera meu jeito de olhar pra ela. A minha primeira filha me encarava. Já Alice eu tinha dúvida se ela tava me olhando. Eu achava que ela tava sim, pelo menos com olho. A gente que percebe o, o olhar... é mais difícil perceber aquela troca que a gente espera ter, não sabe quando ela está olhando. Eu me esforço pra olhar pra ela e ver se ela tá me vendo.

(...) Eu acho que ela está se desenvolvendo normal, mas ela tem essa alteração no olhinho. Ela é esperta do mesmo jeito, me chama e procura do mesmo jeito. (Simone)

Alice, que estava num quadrado, fica de pontas de pés e tenta chamar sua mãe, que o tempo todo se vira para a filha, perguntando: o que você quer, princesa? Alice fica em silêncio, e assim que a mãe se vira pra me responder, ela chama novamente, através de gritos e

balançando os brinquedos nas mãos. Simone comenta: “ela só quer que eu fique com ela”. (Diário de campo)

Ao referir dúvida sobre se a filha a olhava, pareceu-nos que a mãe procurava o investimento de Alice, e podemos compreender a importância da participação ativa do bebê nessa relação, confirmando que a interação se dá de forma bidirecional. A mãe também precisa do olhar de reconhecimento e troca do filho. É compreensível que o desalinhamento ocular tenha gerado uma “falta de olhar”, embora Simone perceba a interpelação da filha – “me chama e procura do mesmo jeito” –, conseguindo fazer o movimento de supor um sujeito e estabelecer a demanda, a despeito do estrabismo. Na passagem do diário de campo, notamos que Alice solicita a mãe e aguarda sua resposta; Simone responde. Isso nos aponta que a mãe consegue entender que a filha usa artifícios para chamar sua atenção, apontando, novamente, que as operações de “suposição do sujeito” e de “estabelecimento da demanda” estão ocorrendo.

As dificuldades que podem aparecer para o bebê com alterações visuais são o efeito das impressões que o outro (a mãe) tem sobre ele. Embora o bebê seja visível para a mãe, ele pode reagir de maneira diferente da esperada por ela, dificultando a construção do olhar materno. Ele pode, por exemplo, ser mais atento ao toque e ao som, já que não possui certas habilidades visuais. Essas reações podem ser interpretadas pela mãe como ausência de interesse ou recusa ao seu toque ou à aproximação. Parlato-Oliveira (2016) ressalta não só a importância do diagnóstico precoce das alterações visuais, no sentido de preparar a mãe e facilitar a interação com o filho, mas também o fato de que o olhar pode ser construído mesmo sem o suporte da visão.

Paula pareceu ter dificuldades na aceitação do filho. Ainda assim, é possível destacar seu esforço para ultrapassar o desalinhamento ocular.

O bebê estava dormindo durante toda a entrevista, e Paula em nenhum momento foi ao quarto ver seu filho. Mesmo quando perguntei: ‘não seria bom ver se ele está bem?’, Paula responde que deve estar tudo certo, e ainda assim não se levanta para ir vê-lo. (Diário de campo – primeiro encontro)

O pai dele pega, a avó, ninguém adianta. Enquanto eu não pego, ele não para (de chorar). Porque ele já conhece todo mundo. Se você disser um nome, ele já olha pra todo mundo. (Paula – segundo encontro)

Ele está se desenvolvendo bem. Ele é esperto. Eu olho para ele, e mesmo com esse olho tortinho eu sei que está me olhando. (Paula –

segundo encontro)

A passagem do diário de campo pode sugerir uma dificuldade de olhar dessa mãe sobre seu bebê. Crespim (2004) pontua que pode haver uma “catástrofe subjetiva”, um desinvestimento do bebê real, que pode ser traduzida tanto por um abandono, como por uma superproteção; nestes casos, é a deficiência que se encontra investida, e não o bebê como sujeito, que se torna objeto de meros cuidados. A atitude “distante” de Paula poderia ser pensada sob esta conotação. No entanto, ela pareceu conseguir ultrapassar a distância inicial. No segundo encontro, quando já estava em acompanhamento psicológico e tinha retornado ao trabalho, Paula citou que Antônio só para de chorar quando vai para o braço dela. Fiquei me questionando se isso não seria uma forma dele finalmente conseguir a atenção materna, ou o olhar materno. No segundo momento, ela pareceu interagir mais com o filho, inclusive usando o manhês e informando que ele está se desenvolvendo bem. Parece entender a demanda de Antônio ao olhá-lo, dizendo entender do que ele precisa.

Interessante que no macacão de Antônio tem escrito: “fofinho da mamãe”, e observo que durante a entrevista, ele tenta chamar a atenção da mãe com gritos e grunhidos. Paula responde ao chamado, com uma voz específica e musical, dirigindo-se a ele e respondendo: “Cadê o lindo de mainha?” e ele sorri bastante. Dá gargalhadas! (Diário de campo)

Pego Antônio em meus braços, e o coloco estrategicamente de costas para sua mãe. Ele não chora, mas se vira, quase se jogando pra trás, procurando por ela. Faz isso repetidas vezes, até Paula pegá-lo em seus braços. (Diário de campo)

Antônio já tinha seis meses e meio no segundo encontro. De acordo com os eixos do IRDI, de quatro a oito meses de idade, o bebê reage quando a mãe está se dirigindo a ele, tal como observamos em Paula e Antônio, que gargalha com a resposta da mãe, apontando o estabelecimento da demanda (ED). O eixo ED permite que as manifestações do bebê se enlacen numa trama afetiva que possibilita sua transformação em apelo endereçado (Kupfer & Teperman, 2008), indicando que a relação mãe-bebê está se desenvolvendo. Paula ainda responde à suposta demanda referindo-se ao filho como o “lindo de mainha”, em manhês, apontando que ela está realizando a suposição de um sujeito.

Na segunda observação do diário de campo, notamos a procura ativa de Antônio pelo olhar de sua mãe ao colocá-lo em meus braços, caracterizando que a operação “Presença e ausência” estava ocorrendo na relação da dupla. Ao perceber a ausência da mãe, Antônio a

procurava. Paula, notando sua procura, acabou por pegá-lo em seus braços. Pareceu-nos, no segundo encontro, que Paula se apropriara de seu filho, investindo emocionalmente nele. Talvez o desalinhamento ocular já não significasse tanto, com um bebê significando mais.

Refletimos também sobre o papel do olhar do terceiro interferindo positivamente na relação de Paula e Antônio, ainda mais num contexto em que o pai parecia não querer entrar nessa relação. Talvez a escuta e o apoio oferecidos pela psicóloga à mãe, além do próprio retorno ao trabalho (onde ela pôde exercer outras funções), que também funciona como um novo ambiente, tenham funcionado como “terceiros”. Os terceiros aqui parecem exercer a operação “Função Paterna”, criando meios de balizar a relação mãe-bebê. Pareceu-nos que, ao sustentar o olhar da mãe sobre seu bebê, os terceiros favoreceram a função materna de antecipação e de formulação de uma hipótese: ele está chorando porque deseja a minha atenção, uma vez que sente a minha falta.

Gradualmente, Paula pareceu olhar seu filho para além da alteração ocular, quando afirmou que “mesmo com o olho tortinho, eu sei que ele está me olhando”. Este parece ter sido o momento em que ela tomou a consciência de que podia desenvolver com ele outras formas de comunicação, a despeito do desvio. Uma vez capaz de notar seu desenvolvimento, teve a percepção da necessidade de Antônio do olhar dela para a construção do vínculo.

As mães falavam com facilidade sobre a alimentação de seus filhos. Os cinco bebês já aceitavam alimentação sólida e semissólida, e elas já eram capazes de apontar as preferências de seus filhos. Além destas, as mães responderam com tranquilidade sobre os brinquedos e brincadeiras favoritos deles, o que sugere que estava ocorrendo o estabelecimento da demanda.

Ela come muito do que a gente come. Eu coloco um arrozinho, purê de batatas, cenourinha com uma galinha desfiada, ou carinha. Ela come bem. Ela gosta de maçã e de banana, mas cospe quando eu coloco melão. Ela come bem, puxou à mãe (risos). (Ananda)

Ela gosta também de ficar batendo essas peças grandes do Lego uma na outra. É o que ela mais gosta... é essa brincadeira o dia todinho... (Valéria)

Durante os encontros, as cinco mães comentaram que os seus maridos não deixavam os bebês dormirem no quarto do casal, por isso desde cedo elas os acostumaram a dormir em seus próprios quartos. No momento das entrevistas, os bebês já diferenciavam dia e noite, e as mães disseram precisar ver seus filhos apenas uma ou duas vezes durante a madrugada. Podemos entender que o respeito ao ciclo circadiano e a própria “lei” imposta para as crianças

dormirem em seus quartos funcionam como introdução de terceiros, trazendo benefícios à interação.

A reação de aceitação materna não parecia sinônimo de passividade e concordância, mas de enfrentamento do presente em relação às limitações e possibilidades do filho, e com isso uma aceitação de seus sentimentos.

Todos os nossos filhos, a gente ama do jeito igual. Minha mãe sempre me disse, e eu tento aplicar isso na minha vida: que cada filho tem suas particularidades. Cada filho é único, e devemos amá-los e apoiá-los como eles são. Esse conselho me ajuda a lidar com as diferenças deles. Mas tenho medo de ele sofrer bullying na escola... (Pietra)

Pietra precisou de um tempo para se tranquilizar, estando mais confiante no futuro. Apesar disso, aparentava medo do preconceito que o filho ainda poderia sofrer. Os sentimentos de dúvidas e de dificuldades eram frequentemente revelados nas narrativas das entrevistadas. Podemos reconhecer que a incerteza foi sentimento constantemente manifesto, quando se trata das primeiras experiências no papel de ser mãe de uma criança “diferente”. É compreensível que a tarefa de ser pai ou mãe não é fácil, porém, é gratificante, principalmente quando se consegue perceber os pequenos avanços do filho.

E não é um olhinho diferente que vai impedir nada e além do mais, ela tá se desenvolvendo muito bem, tem todo desenvolvimento normal, ela é muito, muito esperta, então eu tenho que dar o devido valor às coisas, assim, eu não posso aumentar, eu só tenho que dar o valor que aquilo tem. Isso daí pode ser resolvido e eu tô fazendo tudo que eu posso, e vou continuar fazendo tudo o que eu posso. (Valentina)

Interessante pontuar que as mulheres que já tinham outros filhos os compararam em termos de desenvolvimento, ora buscando minimizar as diferenças, ora buscando se tranquilizar ao direcionar as expectativas para o tratamento, ambivalentemente temendo o preconceito.

Nas entrevistas, as mães relatam que estão em contínua busca de informações para melhor atender aos seus filhos, nos oportunizando compreender que há um esforço de aprender e de obter cada vez mais esclarecimentos sobre a alteração ocular, para agir de forma adequada e com a convicção de estarem fazendo o melhor possível para suas crianças.

É possível concluir que os indicadores do IRDI sugeridos para a faixa etária estavam todos presentes, indicando que a relação mãe-bebê estava sendo estabelecida. Acreditamos que as mães, apesar da dificuldade inicial de estabelecer o contato olho a olho, ultrapassaram

o aspecto visual, compreendendo que o olhar não tem relação com o olho como órgão físico, apenas. O olhar se traduz no toque, no cheiro, nos sons, nos cuidados, e por tantas outras vias que ativam o circuito desejante.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É sabida a importância das relações iniciais, especialmente no contexto de alterações físicas do bebê; há, entretanto, escassez de literatura abordando o impacto do estrabismo infantil na construção precoce entre mãe e filho. Buscando respostas a essa lacuna, esta pesquisa visou compreender vicissitudes da interação mãe-bebê no contexto do estrabismo.

Foi possível identificar elementos singulares na construção da interação, como os sentimentos suscitados com o diagnóstico do estrabismo. Confirmou-se, como já destacado por outras pesquisas, o olhar como construção fundamental, com participação na constituição subjetiva do bebê e da mãe. O olhar do entorno (família, profissionais de saúde, sociedade) para a mãe ou o pouco olhar para esta e para a díade em interação também adquiriu importância para as mulheres.

Diante do diagnóstico, as mães expressaram medo, ansiedade, culpa e frustração (sobretudo consigo), que podem estar associados aos significados negativos atribuídos ao estrabismo. Cogitou-se a culpa, elemento preponderante nas narrativas, como possível proteção ao filho. Por meio da culpa as mulheres pareciam evitar sentimentos como raiva, que seriam mais difíceis de serem demonstrados. Cogitou-se também suposto desejo de reparação, pois se mostravam empenhadas no tratamento, sobretudo da forma mais rápida possível, talvez numa suposta diminuição do “dano” que sentiam ter causado ou estar implicadas.

Apesar das dificuldades com o diagnóstico, as mulheres retomaram sentimentos anteriormente construídos com o bebê. Analisando as narrativas maternas com base no referencial teórico-metodológico do IRDI, observou-se que em todos os casos os indicadores ao desenvolvimento psíquico estavam presentes. Isso sugere que a interação mãe-bebê seguia o esperado para a idade dos bebês. Destaca-se o fato de terem sido as mães que perceberam a alteração ocular via aleitamento materno.

A superação da ansiedade e de sentimentos negativos parece ter sido facilitada pelo apoio da família, bem como pelo acolhimento do oftalmologista, embora este pareça ter se limitado ao aplacamento da ansiedade via informações objetivas. As mães pareceram encontrar pouco espaço para falar e serem escutadas sobre seus sentimentos com os profissionais de saúde, sobretudo com os pediatras, que pareciam remeter essencialmente às questões orgânicas do corpo, não às relacionais.

Considerando o papel da mãe na construção da interação e no desenvolvimento do bebê, é importante que os profissionais de saúde ofereçam um olhar acolhedor às famílias, e que considere o lugar ocupado pelos olhares materno e paterno no processo de subjetivação

infantil. O IRDI é recomendado como instrumento auxiliar nessa compreensão interacional, de fácil utilização no consultório médico.

É mediante o olhar da mãe para o bebê, daquilo que o rosto dela espelha quando o olha, que o bebê passará a ver a si próprio. A mãe, enquanto agenciadora da especularidade, busca no olhar do bebê algo ligado ao lugar que o seu inconsciente reserva para o mesmo. Com base nessa compreensão, questionamos: mais que uma contingência, estaria o estrabismo, em alguns casos, relacionado a uma dificuldade de ordem psíquica daquele que agencia a especularização? Poderíamos reconhecer o estrabismo como sintoma, resposta velada à angústia da mulher/ do casal/ da família?

Novos estudos podem ampliar a compreensão longitudinal da interação, no intuito de observar os impactos dessas vicissitudes na relação mãe-bebê em longo prazo. Esse ponto foi identificado como limitação desta pesquisa.

Entende-se, assim, a importância de ofertar um espaço de escuta e auxílio às mães, bem como atenção para a relação primordial, base para o desenvolvimento e a constituição subjetiva da criança. Ressalta-se a importância de um olhar mais atento das entidades públicas e privadas para essas mães/famílias e bebês com estrabismo, no sentido de que seja incluída a avaliação oftalmológica na rotina das consultas iniciais, a ser desenvolvida por oftalmologista. Há que se desenvolver mais atenção aos aspectos afetivos da díade/tríade em interação, facilitando a detecção precoce de problemas, além de apoio psicológico precoce às mães/família, quando necessário.

Com base nos resultados obtidos, destacam-se algumas sugestões:

- 1- Estimular, na rede de saúde, que o teste do olhinho seja realizado por oftalmologista, no sentido de detectar precocemente qualquer alteração e antecipar o tratamento;
- 2- Oferecer à mãe, durante a consulta médica, maior esclarecimento a respeito dos aspectos do diagnóstico, considerando suas dúvidas e angústias, e, sobretudo, atentando para o processo interacional e ao apoio ofertado à dupla/família;
- 3- Estimular a escuta sobre os significados maternos quanto à alteração ocular, integrando a visão da mãe à compreensão científica sobre o estrabismo e o tratamento clínico;
- 4- Evitar o atendimento centrado no orgânico, no qual o personagem principal é o corpo, não o sujeito. Esse tipo de atendimento pode acabar afastando a mãe da sua função simbólica;

- 5- Promover pesquisas que abordem a interação família-bebê com estrabismo, antes e depois de instituído o tratamento, em acompanhamento prolongado.

REFERÊNCIAS

- Akay, A. P., Cakaloz, B., & Berk, A. T. E. (2005). Psychosocial aspects of mother of children with strabismus. *J AAPOS*, 9(3), 268-273.
- Amiralian, M. L. T. M. (1997). *Compreendendo o cego: uma visão psicanalítica da cegueira por meio de desenhos-estórias*. São Paulo: Casa do Psicólogo – FAPESP.
- Amiralian, M. L. T. M. (2003). Deficiências: um novo olhar. Contribuições a partir da psicanálise winnicottiana. *Estilos Da Clínica*, 8(15), 94-111. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v8i15p94-111>
- Andrade, R. V. (2005). O desenvolvimento de linguagem e a interação mãe-criança com alterações sensório-motoras de origem sindrômica: revisão da literatura. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*, 10(2), 117-123.
- Ansermet, F. (2003). *A clínica da origem: a criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Baker, J. D. (2002). The value of adult strabismus correction to the patient. *J AAPOS*, 6(3), 136-140.
- Bastos, A. B. B. I. (2003). *A construção da pessoa em Wallon e a constituição do sujeito em Lacan*. Petrópolis: Vozes.
- Belini, A. E. G., & Fernandes, F. D. M. (2008). Olhar e contato ocular: desenvolvimento típico e comparação na Síndrome de Down. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 13(1), 52-59. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342008000100010>
- Brazelton, B. T., & Cramer, B. G. (2002). *As primeiras relações*. 2a. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Bernardino, L. M. F., & Kupfer, M. C. M. (2008). A criança como mestre do gozo da família atual: desdobramentos da “pesquisa de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil”. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 8(3), 661-680. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000300005&lng=pt&tlng=pt.
- Bicas, H. E. A. (2003). Oculomotricidade e seus fundamentos. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 66(5), 687-700. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0004-27492003000500026>
- Bicas, H. E. A. (2009). Estrabismos: da teoria à prática, dos conceitos às suas operacionalizações. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*. 72(5), 585-615.

- Bicas, H. E. A., & Matsushima E. H., Silva J. A. da. (2003). Visão e percepção visual. *Arq. Bras. Oftalmol.*, 66(5), 5-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27492003000600001>.
- Borsa, J. C. (2007, Abr/Jun). Considerações acerca da relação Mãe-Bebê da Gestação ao Puerpério. *Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade (Porto Alegre)*, (02).
- Bowlby, J. (2002). *Apego e perda: apego* (Vol. 1). São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T. (1987). O bebê: parceiro na interação. In T. Brazelton. *A dinâmica do bebê* (p. 9-23). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brum, E. H. M., & Schermann, L. (2004, Abr./Jun.). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2), 457-467. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000200021>
- Burchinal, M. R., Follmer, A., & Bryant, D. M. (1996). The relations of maternal social support and family structure with maternal responsiveness and child outcomes among African American families. *Developmental Psychology*, 32 (6), 1073-1083.
- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie: Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris: PUF.
- Camargos, L. (2008). *A psicanálise do olhar: do ver ao perder de vista nos sonhos, na pulsão escópica e na técnica psicanalítica* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais).
- Canho, P. G. M., Neme, C. M. B., & Yamada, M. O. (2006). A vivência do pai no processo de reabilitação da criança com deficiência auditiva. *Estudos de Psicologia*, 23(3), 261-269.
- Castro, E. K., & Piccinini, C. A. (2004). A experiência de maternidade de mães de crianças com e sem doença crônica no segundo ano de vida. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 89-99.
- Celeri, E. H. R. V., Jacintho, A. C. de A., & Dalgalarrodo, P. (2010). Charles Darwin: um observador do desenvolvimento humano. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(4), 558-576. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142010000400002>
- Checchinato, D. (Coord.). (1988). *A clínica da psicose*. Campinas, Papirus
- Cullere-Crespin G. (2004). *A clínica precoce: o nascimento do humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Falkenbach, A. P., Drexler, G., & Werler, V. (2008). A relação mãe/criança com deficiência: sentimentos e experiências. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Suppl. 2), 2065-2073. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900011>
- Fernandes, M. H. (2005). *Corpo*. 2a. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27.
- Fortes, P. C. (2014). *Pulsão escópica: a relação entre o olhar e a fantasia na psicanálise*. Trabalho de pesquisa supervisionado apresentado como requisito parcial para conclusão do curso de graduação em Psicologia na UNIJUÍ – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.
- Franca, R. M. P. (2014). *A nau das crianças problema: entre a patologização do sofrimento psíquico na infância e a ética do cuidado na psicanálise*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Pernambuco).
- Freud, S. (1996). As pulsões e suas vicissitudes. In: A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos. *Sigmund Freud: edição standard brasileira, vol. XIV, E-book*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Trabalho original publicado em 1915).
- Frizzo, G. B., & Piccinini, C. A. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 10(1), 47-55. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000100007>
- Garcia-Roza, L. A. G. (1995). Introdução à metapsicologia freudiana (Vol. 3). *Artigos de metapsicologia, 1914 – 1917: narcisismo, pulsão, recalque, inconsciente* (Vol. 3). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Garcia, C. A. de A., Sousa, A. B. de, Mendonça, M. B. de M., Andrade, L. L. de, & Oréfice, F. (2004). Prevalence of strabismus among students in Natal/RN - Brazil. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 67(5), 791-794. <https://dx.doi.org/10.1590/S0004-27492004000500018>
- Goldberg, S., & Di Vitto, B. (1983). *Born too soon – Preterm birth and early development*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Golse, B. (2006). *L'être-bébé*. Paris: PUF.
- Goretti, A. C. S., Almeida, S. F. F., & Legnani, V. N. (2014). A relação mãe-bebê na estimulação precoce: um olhar psicanalítico. *Estilos da Clínica*, 19(3), 414-435.
- Guerra, A. G., & Simoes, P. (1995). *Dialética da falta: da incompletude à transcendência*. São Paulo: Escuta.
- Guerra, I. C. (2014). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo – sentidos e formas de uso*. Cascais: Tipografia Louanense.

- Gutierrez, D. M. D., Castro, E. H. B. de, & Pontes, K. D. da S. (2011). Vínculos mãe-filho: reflexões históricas e conceituais à luz da psicanálise e da transmissão psíquica entre gerações. *Revista do NUFEN*, 3(2), 3-24. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912011000200002&lng=pt&tlng=pt
- Hoffman, D. D. (2000). *Inteligência visual: como criamos o que vemos* (D. C. C. de Oliveira, trad.). Rio de Janeiro: Campus.
- Houzel, D. (2004). As implicações da parentalidade. In M. C. P. Silva (Org.), *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio*. (pp. 47-51). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Iaconelli, V. (2005). *Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês*. Recuperado de <http://www.estadosgerais.org/encontro/IV/PT/trabalhos>
- Jacinto, A. (2012). Clínica da prevenção: o olhar sobre o corpo do bebê. *Estilos da Clínica*, 17(2), 242-261. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000200005&lng=pt&tlng=pt.
- Jackson, S., Harrad, S. A., Morris, M., & Rumsey, N. (2006). The psychosocial benefits of corrective surgery for adults with strabismus. *Br J Ophthalmol*, 90(7), 883-888.
- Jerusalinsky, J. (2002). *Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês*. Salvador: Ágalma.
- Jerusalinsky, J. (2011). *A criação da criança: brincar, gozo e narrativa entre a mãe e o bebê*. Salvador: Álgama.
- Klatau, P., & Salem, P. (2009, Jul./Dez.). Dependência e construção da confiança: A clínica psicanalítica nos limites da interpretação. *Natureza Humana* 11(2), 33-54.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1993). *Pais/Bebês – a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kupfer, M. C. M. (2010). O sujeito na psicanálise e na educação: bases para a educação terapêutica. *Revista Educação e Realidade*, 35(1), 265-284.
- Kupfer, M. C. M., & Bernardino, L. M. F. (2009). As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da Pesquisa IRDI. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12(1), 45-58. <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142009000100004>

- Kupfer, M. C. M., & Teperman, D. (2008). *O que os bebês provocam nos psicanalistas*. São Paulo: Editora Escuda.
- Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D. B., Rocha, P. S. B., Molina, S. E., Sales, L. M., Stellin, R., Pesaro, M. E., & Lerner, R. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Lat. Amer. Journal of Fundamental of Psycopathology*, 6(1), 48-68.
- Lacan, J. (1956-1957). *O seminário – livro 4: a relação de objeto* [Texto estabelecido por Jacques Alain Miller] (D. D. Estrada, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1994).
- Lacan, J. (1998). *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário da Psicanálise*. 4a ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Laznik, M. C. (2004). *A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito*. Salvador: Ágalma.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Levin, E. (1995). *A clínica psicomotora: o corpo na linguagem*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Lewis, M., & Volkmar, F. (1993). *Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lima, A. M. C. (2000). O olhar sobre a criança. *Revista Symposium*, 39-44.
- Maldonado, M. T. (2002). *Psicologia da gravidez, parto e puerério*. 16a. ed. São Paulo: Saraiva.
- Mannoni, M. (1999). *A criança retardada e a mãe*. 5a. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Marcelli, D., & Cohen, D. (2016). *Infância e psicopatologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Mariotto, R. M. M. (2005). Interpretação e hermenêutica no surgimento do sujeito. *Anais Colóquio Franco-brasileiro sobre a Clínica com Bebês, Jan*. Paris. Recuperado de http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000072005000100006&lng=en&nrm=abn
- Mazet, P., & Stoleru, S. (1990). *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Medeiros, C. S., & Salomão, N. M. R. (2012). Concepções maternas sobre o desenvolvimento da criança deficiente visual. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 18(2), 282-300.

- Menegatti, C. L., Pianovski, M. A. D., & Löhr, S. S.. (2016). Interações iniciais entre pais, mães e bebês de 0 a 3 anos: Revisão de literatura. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 21(4), 381-391. doi: <https://dx.doi.org/10.5935/1678-4669.20160037>
- Miller, N. B. (1995). *Ninguém é Perfeito: vivendo e crescendo com crianças que têm necessidades especiais*. São Paulo: Papirus.
- Minayo, M. C. (2009). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Mishler, E. G. (1991). *Research interviewing: context and narrative*. Cambridge: Harvard University Press.
- Morais, A. S. (2013). *Usos e apropriações de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil por Agentes Comunitários de Saúde: uma experiência de formação* (Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo-USP). São Paulo, SP, Brasil.
- Mozzaquatro, C. O., Arpini, D. M., & Polli, R. G. (2015). Relação mãe-bebê e promoção de saúde no desenvolvimento infantil. *Psicologia em Revista (Belo Horizonte)*, 21(2), 334-351.
- Nasio, J. D. (1995). *O olhar em psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Oliveira, I. G., & Poletto, M. (2015). Vivências emocionais de mães e pais de filhos com deficiência. *Revista da SPAGESP*, 16(2), 102-119.
- Oliveira, M. R., & Dessen, M. A. (2012). Alterações na rede social de apoio durante a gestação e nascimento de filhos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(1), 81-88. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2012000100009>
- Oliveira-Menegotto, L. M., Lopes, R. C. S., & Caron, N. A. (2010). O método Bick de observação da relação mãe-bebê: aspectos clínicos. *Psicologia Clínica*, 22(1), 39-55. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652010000100003>
- Oppenheim, D., Sagi, A., & Lamb, M. E. (1988). Infant-adult attachments on the kibbutz and their relation to socioemotional development 4 years later. *Developmental Psychology*, 24(3), 427-433.
- Parlato-Oliveira, E. (2016). *A construção do olhar nos bebês com baixa-visão*. In Kupfer, M.C. & Szejer, M. Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento de bebês: novas pesquisas, saberes e intervenções. p.155-162. São Paulo: Instituto Langage
- Petean, E. B. L., & Murata, M. F. (2000). *Paralisia Cerebral: conhecimento das mães sobre o diagnóstico e o impacto deste na dinâmica familiar*. Ribeirão Preto: FFCLRP-USP.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E., Lopes, R. S. (2004). Expectativas e

- sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 20(3), 223-32.
- Queiroz, E. F. (2005). A trama do olhar. *Latin-American Journal of Fundamental Psicopathology*, V(1), 89-100. Recuperado de http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/latin_american/v2_n2/a_trama_do_olhar.pdf.
- Ribeiro, G. B., Bach, A. G. Z., Faria, C. M., Anastásia, S., & Almeida, H. C. (2014). Quality of life of patients with strabismus. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 77(2), 110-113. doi: <https://dx.doi.org/10.5935/0004-2749.20140027>
- Rocha, J. S. Y., Simões, B. J. G., Freitas, P. H. M., Matos, M. P. S. A., & Silva, M. S. P. (1986). Avaliação de assistência médica baseada na opinião dos pacientes. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 19, 89-98.
- Sá, S. M. P., & Rabinovich, E. P. (2006). Compreendendo a família da criança com deficiência física. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16(1), 68-84.
- Sampaio, M. A. (2009). *Abordagem psicodinâmica da interação mãe-criança desnutrida grave hospitalizada* (Dissertação de Mestrado, Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP). Recife, PE, Brasil.
- Schaffer, H. R. (1996). *Social development*. Oxford: Blackwell.
- Schermann, L. (2001). Considerações sobre a interação mãe-criança e o nascimento pré-termo. *Temas em Psicologia da SBP*, 9(1), 55-61.
- Schermann, L. (2001). Avaliação quantitativa e qualitativa da interação. In C. Piccinini et al. Diferentes perspectivas na análise da interação pais-bebê/criança. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(3), 469-485.
- Shimauti, A. T., Pesci, L. T., Spusa, R. L. F., Padovani, C. R., & Schellini, S. A. (2012, Mar./Abr.). Estrabismo: detecção em uma amostra populacional e fatores demográficos associados. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 75(2), 92-96. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0004-27492012000200004>
- Silva, N. L. P., & Dessen, M. A. (2003). Crianças com síndrome de down e suas interações familiares. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 16(3), 503-514.
- Singh, A.; Rana, V.; Patyal, S.; Kumar, S.; Mishra, S.K.; & Sharma, V.K. (2017). To assess knowledge and attitude of parents toward children suffering from strabismus in Indian subcontinent. *Indian J Ophthalmol*, 65: 603-6.
- Singley, S. G., & Hynes, K. (2005). Transitions to parenthood: work-families policy, gender,

- and the couple context. *Gender & Society*, 19 (3), 376-397.
- Solis-Ponton L. A construção da parentalidade. In M. C. P. Silva, Solis-Ponton, L. (Org./Dir.). *Ser Pai, Ser Mãe, Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 29-
- Spalton, D. J., Hitchings, R. A., & Hunter, P. A. *Atlas de oftalmologia clínica* (pp. 603-635). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Stern, D. (1985). *Le monde interpersonnel du bébé*. Paris: PUF, 2003.
- Szejer, M., & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes.
- Vendrusculo, L. E. B. (2014). *A descoberta da Deficiência do filho: o luto e a elaboração dos pais* (Dissertação de conclusão de curso de Psicologia, Departamento de Humanidades e Educação da Univeridade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul). Injuí, RS, Brasil.
- Vieira, M. C. S. (2010). Reflexoes possíveis o olhar de Winnicott e Lacan para a constituição subjetiva. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo).
- Violante, M. L. V. (2007). Desejo de ter filhos ou desejo de maternidade ou paternidade? *Jornal de Psicanálise*, 40(72): 153-164.
- Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1978). *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Winnicott, D.W. (1988). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.
- Zamberlan, M. A. T. (2002). Interação mãe-criança: enfoques teóricos e implicações decorrentes de estudos empíricos. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 7(2), 399-406. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2002000200021>
- Zimerman, D. E. (2010). *Os quatro vínculos: amor, ódio, conhecimento, reconhecimento, na psicanálise e em nossas vidas*. Porto Alegre: Artmed.

APÊNDICE 1 – Roteiro das entrevistas

Elementos dos participantes (mãe e bebê)

Identidade social: idade, sexo, situação conjugal, paridade, local de residência, escolaridade (número de anos completados no sistema formal de educação), ocupação, renda.

Elementos dos Familiares e Rede Social de Apoio

- Composição da família: número e especificação das pessoas que vivem no domicílio.
- Condição sociodemográfica da família: condições da habitação, suporte social e assistencial, principal provedor da família, subsistência, renda.
- Caracterização e papel da rede de apoio.

Eixo Temático 1 – Construção da função materna e da parentalidade

- Construção da gravidez (aspectos emocionais do casal)
- Parto e primeiras interações da mãe/família com o bebê
- Significado da criança no psiquismo materno durante a gestação

Eixo Temático 2 – Significados do estrabismo para a mãe e para a família e interações com os profissionais de saúde

- Percepção materna sobre o estrabismo
- Modificações na rotina de cuidados associados ao estrabismo
- Relação materna com os profissionais de saúde assistentes

Eixo Temático 3 – Aspectos relacionados à função materna imaginada e desenvolvida

- Dinâmica de cuidados com seu filho
- Mudanças geradas com o nascimento do filho
- Informações sobre a rede de apoio e organização de tarefas domésticas

Eixo temático 4 – O processo de interação mãe-bebê no contexto do estrabismo.

- Aspectos da introdução alimentar
- Momentos de brincadeiras: jogos e maneiras de interagir com a criança
- Sentimentos maternos diante da interação habitual da criança quanto a si mesma e quanto à criança)
- Desenvolvimento afetivo e psicomotor da criança

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I. Dados de identificação dos sujeitos da pesquisa

Nome da mãe:

Data de nascimento:

Endereço: Telefone:

Documento de identidade:

Nome da criança:

Sexo:

Data de nascimento:

II. Informações sobre a pesquisa

Título da pesquisa: “Vicissitudes da interação mãe-bebê no contexto do estrabismo”

Pesquisadora: Médica Erika Gomes dos Anjos

Cargo/função: Médica oftalmologista da Fundação Altino Ventura, aluna do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco.

Inscrição no Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE): 18489

Endereço: Rua Caio Pereira, 175, apto 102, Rosarinho – Recife-PE

Telefones: 3033-1987/ 99243-3984

A pesquisa será realizada na casa das mães, buscando compreender a interação da mãe com a sua criança estrábica (explicar à mãe em termos acessíveis à sua compreensão o que se pretende fazer). A realização da pesquisa é importante porque poucos são os estudos sobre a interação entre mães e crianças no contexto do estrabismo, e os resultados poderão auxiliar a equipe no tratamento do estrabismo e na intervenção precoce de alterações que possam existir.

III. Consentimento da participação do investigado

Eu _____, responsável legal pela criança _____, paciente matriculado no IMIP, registro _____, declaro que fui devidamente informada pela pesquisadora Erika Gomes da pesquisa “Vicissitudes da Interação mãe-bebê no contexto do Estrabismo” e estou perfeitamente consciente de que:

1. Concordei em participar da pesquisa, juntamente com meu(minha) filho(a), sem que recebesse nenhuma pressão;

2. Tenho a garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a

pesquisa;

3. Estou ciente que estou participando de um estudo de observação, não havendo qualquer interferência na conduta médica adotada;

4. Meu(minha) filho(a) continuará sendo submetido(a) aos atendimentos e tratamento rotineiros nos locais onde é assistido(a), independentemente de minha participação na pesquisa;

5. Participarei de um estudo no qual serão realizadas entrevistas e serei observada com meu(minha) filho(a), atividades essas que poderão ser gravadas;

6. Concordo em participar de todos os procedimentos da pesquisa (entrevistas e observações), pois durante os mesmos estarei em casa com meu(minha) filho(a);

7. Dou permissão para que as entrevistas e observações sejam gravadas em cassete. Estou ciente que, ao término da pesquisa, os resultados serão divulgados com fins acadêmicos, porém sem que meu nome ou o do(a) meu(minha) filho(a) seja associado à pesquisa;

8. Estou ciente que as entrevistas serão transcritas (a narrativa gravada será transformada em texto de computador) e que alguns colegas pesquisadores poderão conhecer o conteúdo para discutir os resultados, mas que essas pessoas estarão submetidas às normas do sigilo profissional;

9. Estou ciente que posso me recusar a dar resposta a determinadas questões das entrevistas, bem como terminar minha participação na pesquisa em qualquer tempo, sem penalidades ou prejuízos ao atendimento e tratamento que meu(minha) filho(a) recebe nas instituições assistentes;

10. Fui informada que a pesquisa não representa risco para mim ou para a criança, e que a mesma pode ajudar na compreensão da interação mãe-criança no contexto do estrabismo;

11. A pesquisadora se comprometeu a me comunicar qualquer resultado que implique a necessidade de uma intervenção psicológica ou de qualquer outro profissional, assim como respeitar o sigilo das informações coletadas, o que significa a possibilidade de encaminhamento para profissional competente, que oferecerá orientação específica ou suporte emocional, se necessário ou caso eu solicite;

12. Recebi da pesquisadora uma cópia deste documento.

Recife, _____ de _____ de _____

Participante da Pesquisa

Pesquisadora

ANEXO 1 – Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil

0-4 meses	4-8 meses	8-12 meses	12-18 meses
1- Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer. SS/ED 2- A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (mamanhês). SS 3- A criança reage ao mamamhês. ED 4- A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação. PA 5- Há trocas de olhares entre a criança e a mãe. SS/PA	6- A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades. ED 7- A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela. ED 8- A criança procura ativamente o olhar da mãe. ED/PA	9- A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção. ED/SS 10- Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe. ED 11- Mãe e criança compartilham uma linguagem particular. SS/PA 12- A criança estranha pessoas desconhecidas para ela. FP 13- A criança faz gracinhas. ED 14- A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada. ED	15- A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses. ED/FP 16- A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas. ED/FP 17- A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede. FP 18- Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança. FP

SS = Suposição de sujeito

ED= Estabelecimento da demanda

PA= Alternância Presença/Ausência

FP= Função Paterna

ANEXO 2 – Parecer Consubstanciado CEP UNICAP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VICISSITUDES DA INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ NO CONTEXTO DO ESTRABISMO

Pesquisador: MARISA AMORIM SAMPAIO CUNHA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80253317.4.0000.5206

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNABUCO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.451.814

Apresentação do Projeto:

O projeto busca compreender as vicissitudes da interação entre mãe e bebê no contexto do estrabismo, ou seja, compreender os significados maternos da relação mãe e filho e do estrabismo, procurando chamar a atenção para a importância do tema. Considera ainda os "outros" que participam desse contexto: família, profissionais de saúde (pediatra e oftalmologista), e como a interação da díade é afetada pelos "outros" que compõem o contexto. Neste período começam a aparecer os primeiros ciclos de intercâmbio de comportamentos alternantes entre a mãe e o bebê. A consistência e a regularidade dos comportamentos maternos em relação à criança possibilitam que esta aprenda a antecipar estes comportamentos em determinadas situações. Esta antecipação é pré-requisito para a construção de ciclos de interação social.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender as vicissitudes da interação entre mãe e bebê no contexto do estrabismo

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco C - 3º Andar - Sala 306

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.050-900

UF: PE

Município: RECIFE



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PERNAMBUCO - UNICAP/PE



Telefone: (81)2119-4376

Fax: (81)2119-4004

E-mail: cep_unicap@unicap.br



Continuação do Parecer: 2.451.814

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa traz um tema pouco explorado, o estrabismo. É inegável a importância da informação visual no estabelecimento de situações de interação social, essenciais para o desenvolvimento da comunicação da criança. O desalinhamento ocular presente ao nascimento pode interferir no modo como se dá a interação entre mãe e filho. O sofrimento psíquico na primeira infância, passível da observação já nos primeiros meses de vida do bebê, situado como perturbações, geralmente, está associado a dificuldades no processo interativo, resultando em desarmonia nos registros de troca. O contato olho a olho é um dos mais significantes meios para realizar a comunicação, especialmente nesta fase da vida, e essa assimetria no olhar confunde as mães. Na relação mãe-bebê será que há satisfação ou será que a angústia materna/familiar é tão intensa que possa obstaculizar o prazer com as trocas? Será que a presença dos profissionais de saúde, e em especial, o oftalmologista, tem auxiliado nas interações? A autora chama atenção ainda para a necessidade de alertar esses outros profissionais para a necessidade de examinarem para além do biológico. Para a psicanálise, a possibilidade de intervenção precoce fundamenta-se na minimização dos efeitos desse quadro.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Considerações Finais a critério do CEP:

A coordenação do CEP aprova ad referendum o projeto após atendimento das pendências

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco C - 3º Andar - Sala 306

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.050-900

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2119-4376

Fax: (81)2119-4004

E-mail: cep_unicap@unicap.br



Continuação do Parecer: 2.451.814

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1034218.pdf	19/12/2017 22:35:22		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	19/12/2017 22:16:22	MARISA AMORIM SAMPAIO CUNHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoInteracao.docx	19/12/2017 22:11:34	MARISA AMORIM SAMPAIO CUNHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	19/12/2017 22:07:17	MARISA AMORIM SAMPAIO CUNHA	Aceito
Outros 23/11/2017	LattesMarisaSampaio.pdf		MARISA AMORIM SAMPAIO CUNHA	Aceito
Outros	LattesErikaAnjos.pdf	11:49:14 23/11/2017	MARISA AMORIM SAMPAIO CUNHA	Aceito
Parecer Anterior	Qualificacao.pdf	11:46:42 23/11/2017	MARISA AMORIM SAMPAIO CUNHA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	11:20:46 23/11/2017	MARISA AMORIM SAMPAIO CUNHA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoassinada.pdf	11:20:04 23/11/2017	MARISA AMORIM SAMPAIO CUNHA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	AnuenciaOrientadora.pdf	11:14:37 23/11/2017	MARISA AMORIM SAMPAIO CUNHA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	AnuenciaAluna.pdf	11:14:03 23/11/2017	MARISA AMORIM SAMPAIO CUNHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AceiteInstituicao.pdf	11:13:47 23/11/2017	MARISA AMORIM SAMPAIO CUNHA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 20 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Nadia Pereira da Silva Gonçalves de Azevedo
(Coordenador)

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco C - 3º Andar - Sala 306
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.050-90
UF: PE **Município:** RECIFE

