



Universidade de Brasília - UnB

Instituto de Psicologia - IP

Departamento de Psicologia Clínica - PCL

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura - PPG PsiCC

ANDRÉA LEÃO LEONARDO-PEREIRA DE FREITAS

“O trauma do nascimento prematuro: uma visão psicanalítica sobre os desafios
na amamentação de bebês internados em uma Unidade Neonatal”

Tese apresentada à Banca Examinadora do Programa de
Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do
Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como
parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora
em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Eliana Rigotto Lazzarini

Brasília

2022

Folha de Aprovação

Andréa Leão Leonardo-Pereira de Freitas

O trauma do nascimento prematuro: uma visão psicanalítica sobre os desafios na amamentação de bebês internados em uma Unidade Neonatal

Tese apresentada à Banca Examinadora do Programa de
Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do
Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília,
como parte dos requisitos para a obtenção do título de
Doutora em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora:

Presidenta: _____

Prof^ª Dra. Eliana Rigotto Lazzarini

Membro Externo: _____

Prof^ª Dra. Marisa Amorim Sampaio Cunha

Membro Interno: _____

Prof^ª Dra. Eliane Maria Fleury Seidl

Membro Interno: _____

Prof^ª Dra. Daniela Scheinkman Chatelard

Suplente: _____

Prof^ª Dra. Sheila Giardini Murta

Dedicatória

Em memória ao meu pai, Afranio, que antes de partir já acreditava na concretização deste
sonho que hoje se torna realidade.

Ao meu esposo, Marcio Luiz, que compartilha ao meu lado os desafios do cotidiano.

Aos meus filhos Eduardo, Felipe e Clara, amores da minha vida.

Agradecimentos

À Deus, por ter me amparado nos momentos difíceis, fortalecendo a minha fé e me conduzindo nesta longa caminhada.

Ao meu companheiro de vida, Marcio Luiz Coelho de Freitas, que sempre acreditou em mim e me incentivou a realizar esta pesquisa. O seu apoio e parceria foram essenciais para que eu chegasse até aqui.

Ao meus pais, que me ensinaram a importância do esforço, da disciplina e dedicação para alcançarmos os nossos sonhos.

À minha orientadora, Eliana Rigotto Lazzarini, pela confiança no meu trabalho e por me incentivar a alcançar metas cada vez maiores durante o curso. Os seus “empurrõezinhos” me ajudaram a alcançar voos jamais imaginados.

Ao grupo de pesquisa da UnB, orientado pela professora Eliana Rigotto Lazzarini, que, sempre de maneira respeitosa, contribuiu para a reflexão e melhoria das minhas produções acadêmicas.

Às minhas auxiliares de pesquisa, Ane Kelly da Silva Pereira e Letícia Ramos Pinheiro, por acreditarem na importância desta pesquisa e pelo inestimável auxílio durante o meu percurso.

À Joice Macedo Vinhal, por ter me auxiliado na correção ortográfica e com as normas da APA 7ª edição, com tanta atenção, disponibilidade, respeito e cuidado.

A todos os professores do curso de pós-graduação da Universidade de Brasília, o meu respeito e admiração por orientarem os alunos no árduo processo pela busca do conhecimento. Apesar de sabermos que ele é interminável, o apoio de vocês foi fundamental na minha formação de pesquisadora.

À minha analista Alba Dezan, pela escuta ativa e pelo *holding* durante esse período tão importante da minha vida.

À psicanalista Maria do Carmo Camarotti por ter aceitado o convite de ser a minha supervisora nos casos clínicos desta pesquisa. Seu olhar atencioso, sua generosidade e cuidado materno me proporcionaram a segurança que eu precisava para seguir em frente!

Ao grupo de estudo da psicanalista Maria do Carmo Camarotti, mediado pela Prof.^a Dr.^a Marisa Amorim Sampaio, pela generosidade, acolhimento e compartilhamento de tanto conhecimento sobre o Método de Observação de Bebês, de Esther Bick.

A todas as mães, especialmente as de bebês prematuros, que passam por um turbilhão de emoções quando se deparam com seus filhos nas incubadoras das unidades neonatais, ao invés de em seus braços. As dificuldades internas e externas que o nascimento prematuro e a amamentação dessas crianças impõem a estas mulheres me faz ser solidária a elas, bem como me faz querer continuar estudando e contribuindo para a propagação de pesquisas e debates científicos sobre questões relevantes da prematuridade.

À direção do Hospital Regional de Taguatinga (HRT-DF), que autorizou prontamente a minha entrada para a realização desta pesquisa.

À equipe de profissionais de saúde que me acolheu com tanto respeito e carinho. O trabalho humanizado realizado no hospital produz um impacto profundo na vida das mães e dos bebês que estão internados.

À secretaria do curso de doutorado, especialmente ao Antonio, que sempre demonstrou disponibilidade e presteza para esclarecer dúvidas sobre os encaminhamentos necessários que deveriam ser realizados ao longo do curso de pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura.

À Universidade de Brasília (UnB), instituição a qual tenho muito orgulho de ter feito parte durante estes 4 anos do doutorado, por oportunizar a concretização desse sonho que, enfim, se tornou realidade.

Pedaço de Mim

Chico Buarque

Oh, pedaço de mim
Oh, metade afastada de mim
Leva o teu olhar
Que a saudade é o pior tormento
É pior do que o esquecimento
É pior do que se entrevar

Oh, pedaço de mim
Oh, metade exilada de mim
Leva os teus sinais
Que a saudade dói como um barco
Que aos poucos descreve um arco
E evita atracar no cais

Oh, pedaço de mim
Oh, metade arrancada de mim
Leva o vulto teu
Que a saudade é o revés de um parto
A saudade é arrumar o quarto
Do filho que já morreu

Oh, pedaço de mim
Oh, metade amputada de mim
Leva o que há de ti
Que a saudade dói latejada
É assim como uma figada
No membro que já perdi

Oh, pedaço de mim
Oh, metade adorada de mim
Lava os olhos meus
Que a saudade é o pior castigo
E eu não quero levar comigo
A mortalha do amor
Adeus

Resumo

Esta tese consistiu em um estudo empírico sobre a complexidade dos fatores psíquicos e interacionais implicados na vivência das mães de bebês prematuros em relação à amamentação, em uma Unidade Neonatal do Distrito Federal. A amamentação vai além de um processo meramente fisiológico, exigindo da mulher condições psíquicas favoráveis para que ela possa desempenhar o papel de nutriz. No caso de nascimentos prematuros, podemos questionar se tais condições são esperadas no contexto de internação do recém-nascido. Neste trabalho foram apresentados três estudos de caso, baseados em dois momentos da pesquisa. O primeiro consistiu em observar a díade, segundo o Método de Observação de Bebês, de Esther Bick, e, no segundo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com as participantes do estudo, após a alta hospitalar. No primeiro caso clínico, enfatizamos o quanto a relação da mãe com a equipe de saúde pode despertar sentimentos intensos e de difícil contenção. No segundo, ressaltamos a importância de o bebê ser considerado um parceiro ativo na relação mãe-filho, podendo influenciar no processo da amamentação e, no terceiro, abordamos a importância de fatores subjetivos e inconscientes que interferem no desejo da mulher amamentar a criança. Além dos três casos, mencionamos duas mães que se recusaram a participar do estudo, evidenciando o quanto o nascimento inesperado de um bebê pode consistir em um trauma, sem que haja palavras para representá-lo. Durante o período em que a pesquisa foi desenvolvida, apesar de não ter sido evidenciado um discurso impositivo dos profissionais em relação à amamentação, concluímos que manifestar o não desejo em aderir a essa prática, principalmente quando se trata de mães de bebês prematuros, pode adquirir um significado socialmente não aceito, e contribuir para a intensificação do sentimento de culpa existente nestas mulheres, que foram feridas em seu narcisismo.

Palavras-chave: prematuridade; amamentação; psicanálise; equipe de saúde; unidade neonatal.

Abstract

This thesis consisted of an empirical study on the complexity of the psychic and interactional factors involved in the experience of mothers of premature babies in relation to breastfeeding, in a Neonatal Unit in the Federal District. Breastfeeding goes beyond a merely physiological process, demanding from the woman favorable psychic conditions so that she can play the role of a nursing mother. In the case of premature births, we can question whether such conditions are to be expected in the context of the newborn's hospitalization. In this work, three case studies were presented, based on two moments of the research. The first consisted of observing the dyad, according to the Method of Observation of Babies, by Esther Bick, and the second, semi-structured interviews were carried out with the study participants, after hospital discharge. In the first clinical case, we emphasize how the mother's relationship with the health team can arouse intense feelings that are difficult to contain. In the second, we emphasize the importance of the baby being considered an active partner in the mother-child relationship, which can influence the breastfeeding process and, in the third, we address the importance of subjective and unconscious factors that interfere with the woman's desire to breastfeed the child. In addition to the three cases, we mentioned two mothers who refused to participate in the study, showing how the unexpected birth of a baby can be a trauma, without words to represent it. During the period in which the research was carried out, despite not having evidenced an imposing speech of professionals in relation to breastfeeding, we concluded that expressing the unwillingness to adhere to this practice, especially when it comes to mothers of premature babies, can acquire a socially unacceptable meaning, and contribute to the intensification of the feeling of guilt existing in these women, who were injured in their narcissism.

Keywords: prematurity; breastfeeding; psychoanalysis; healthcare professionals; neonatal unit.

Resumen

Esta tesis consistió en un estudio empírico sobre la complejidad de los factores psíquicos e interaccionales involucrados en la experiencia de madres de prematuros en relación a la lactancia materna, en una Unidad Neonatal del Distrito Federal. La lactancia materna va más allá de un proceso meramente fisiológico, exigiendo de la mujer condiciones psíquicas favorables para que pueda desempeñar el papel de una madre lactante. En el caso de los partos prematuros, podemos cuestionar si tales condiciones son de esperar en el contexto de la hospitalización del recién nacido. En este trabajo se presentaron tres estudios de caso, basados en dos momentos de la investigación. El primero consistió en la observación de la díada, según el Método de Observación de Bebés, de Esther Bick, y el segundo, se realizaron entrevistas semiestructuradas a los participantes del estudio, luego del alta hospitalaria. En el primer caso clínico, destacamos cómo la relación de la madre con el equipo de salud puede despertar sentimientos intensos y difíciles de contener. En el segundo, destacamos la importancia de que el bebé sea considerado un socio activo en la relación madre-hijo, lo que puede influir en el proceso de lactancia y, en el tercero, abordamos la importancia de los factores subjetivos e inconscientes que interfieren con el deseo de la mujer de amamantar al niño. Además de los tres casos, mencionamos a dos madres que se negaron a participar en el estudio, mostrando cómo el nacimiento inesperado de un bebé puede ser un trauma, sin palabras para representarlo. Durante el período en que se realizó la investigación, a pesar de no haber evidenciado un discurso imponente de los profesionales en relación a la lactancia materna, concluimos que expresar la falta de voluntad de adherirse a esta práctica, especialmente cuando se trata de madres de bebés prematuros, puede adquirir un significado socialmente inaceptable, y contribuyen a la intensificación del sentimiento de culpa existente en estas mujeres, que fueron heridas en su narcisismo.

Palabras clave: prematuridad; lactancia materna; psicoanálisis; equipo de salud; unidad neonatal.

Lista de Siglas

AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BBC	<i>British Broadcasting Corporation</i>
BLH	Banco de Leite Humano
CAEP	Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos da Universidade de Brasília
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHS	Ciências Humanas e Sociais
CO	Campo Observacional
CPAP	<i>Continuous Positive Airway Pressure</i>
DDP	Depressão Pós-Parto
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V
ENANI	Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
HRT-DF	Hospital Regional de Taguatinga do Distrito Federal
IG	Idade Gestacional
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
KMC	<i>Kangaroo Mother Care</i>
NEPS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
O.B	Observação De Bebês
OMS	Organização Mundial de Saúde

ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PICC	Cateter Central de Inserção Periférica
RN	Recém-Nascido
RN-PT	Recém-nascido pré-termo
SBPSP	Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UnB	Universidade de Brasília
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
INTRODUÇÃO	22
CAPÍTULO 1 – Descortinando a prematuridade e seu impacto no psiquismo parental e no da equipe de saúde	33
1.1 Dados epidemiológicos da prematuridade	33
1.2 O nascimento prematuro: um bebê fora do tempo	37
1.3 Trauma e prematuridade: da transparência psíquica à preocupação materna primária	46
1.4 O trabalho da equipe de saúde junto aos pais e o bebê prematuro na Unidade Neonatal: possibilidades de intervenção	66
1.5 Nascimento prematuro, narcisismo parental e depressão pós-parto (DPP) materna e paterna	79
1.6 A singularidade da função paterna no contexto da prematuridade	88
CAPÍTULO 2 – Um olhar psicanalítico sobre a amamentação de bebês prematuros .	100
2.1 Amamentação e Método Canguru: um reencontro do corpo e do cuidado materno	100
2.2 Amamentação: aspectos históricos e barreiras	111
2.3 Amamentação e nascimento prematuro	115
2.4 Vivência materna e amamentação de bebês prematuros	133
CAPÍTULO 3 - Método	140
3.1 Tipo de pesquisa	140
3.2 Instrumentos, procedimentos metodológicos e conceitos essenciais	144
3.3 Participantes	156
3.5 Procedimento de coleta de dados	160
3.6 Procedimento de análise de dados	162
3.7 Cuidados Éticos	164

CAPÍTULO 4 – Casos clínicos.....	166
4.1 Breve panorama da minha entrada no campo observacional	166
4.2 Estudo de Caso I - Alessandra, uma mãe “difícil” para a equipe de saúde	172
4.3 Estudo de Caso II - Beatriz e Bruno “O bebê como parceiro ativo no processo de amamentação”	192
4.4 Estudo de Caso III - Cecília e Carla “Entre o desejo da mãe em amamentar e o desejo do bebê prematuro e o da equipe de saúde”	213
4.5 Duas mães que não aceitaram participar da pesquisa	226
Considerações Finais.....	234
Referências	240
ANEXO A - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AS MÃES.....	267
ANEXO B - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO NA UNIDADE NEONATAL.....	268
ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - (TCLE) (MÃES).....	269
ANEXO D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA.....	271
ANEXO E - ACEITE INSTITUCIONAL.....	272
ANEXO F - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS (CEP/CHS) DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA	273
ANEXO G - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-FEPECS/SES - DF	274
APÊNDICE A - PLANILHA DOS MEIOS ELETRÔNICOS PESQUISADOS	278

Apresentação

O desejo de pesquisar e escrever sobre esse tema surgiu tanto da minha prática clínica em escolas, como da minha formação acadêmica e da minha própria experiência com a amamentação. Em 2003/2004, participei do curso de especialização em Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê, promovido pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB). O curso teve como objetivos qualificar profissionais de nível superior para atuarem no atendimento à gestante, à criança até 3 anos e suas famílias, assim como estimular pesquisas na área.

O referido curso contou com alunos de diferentes áreas do conhecimento, entre eles médicos, pedagogos, fonoaudiólogos, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros educadores físicos e terapeutas ocupacionais. Dentre os diversos módulos apresentados, a temática da prematuridade despertou-me um interesse particular, devido à complexidade de sentimentos e situações que permeiam o nascimento de um bebê prematuro e uma mãe prematura. Diante disso, o trabalho de conclusão do curso realizado por mim e uma colega, também psicóloga, recebeu o nome de “SER” PREMATURO: estudo sobre a interação mãe-bebê pré-termo.

Anos mais tarde, durante o curso de mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), de 2011 a 2013, mudei o foco de investigação e pesquisei como os psicólogos de uma maternidade pública de Manaus trabalhavam em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais com bebês prematuros e de que forma eles colaboravam para facilitar a interação entre estes bebês, suas mães e familiares. Apesar da amamentação de bebês prematuros não fazer parte dos meus objetivos de trabalho, essa questão emergiu quando eu ia ao banco de leite¹ da maternidade e percebia que esse local merecia atenção especial, vez que

¹ Segundo Potenza et al. (2013), o Banco de Leite Humano (BLH) é um centro especializado sem fins lucrativos, ligado a um hospital materno e/ou infantil, responsável pela promoção e pelo incentivo ao aleitamento materno, execução de coleta, processamento e controle de qualidade do colostro, leite de transição e leite humano maduro, para posterior distribuição sob prescrição de médicos ou nutricionistas. O Brasil possui

as mães ficavam tensas e ansiosas para retirarem a quantidade de leite suficiente para suprir as necessidades do bebê. Em alguns momentos, fui solicitada pelas próprias mães para conversar com aquelas que, em suas opiniões, precisavam receber atendimento psicológico.

Após o término do curso de especialização até o final do mestrado, apesar de não tido a oportunidade de atuar na área da Saúde, com mães de bebês prematuros e seus familiares, trabalhei desde 2008 na área da Educação, com crianças pequenas, em creches particulares. Nesses anos, pude aprofundar meus conhecimentos em relação ao desenvolvimento infantil e ajudar famílias que passaram pelo trauma do nascimento prematuro, fazendo-as reconhecer em seus filhos toda a sua potencialidade para ter um crescimento e uma vida saudáveis. É muito comum os pais compararem o desenvolvimento da criança com outras da mesma faixa etária e sentirem-se frustrados ao perceber que o filho apresenta, por exemplo, dificuldades de aprendizagem, transtorno de atenção e/ou hiperatividade, comuns em crianças em idade escolar, que nasceram antes do termo da gestação (Brazelton, 1994). No entanto, tentava encorajá-los a olhar para seus filhos como seres únicos, com ritmo próprio de desenvolvimento. Segundo Brazelton (1998), se as mães conseguirem concentrar sua atenção somente no progresso de seus próprios filhos, estas serão poupadas de sentirem tanta ansiedade.

Em uma dessas creches particulares, trabalhei com uma nutricionista que era funcionária pública de uma maternidade da cidade e me convidou para fazer um trabalho voluntário no banco de leite, pois sentia a necessidade de que um suporte psicológico/emocional fosse oferecido às mães naquele espaço institucional. Na época não aceitei o convite, mas a lembrança da demanda dessa profissional de nutrição foi reativada anos mais tarde com a minha própria vivência enquanto pesquisadora no curso do mestrado. Em 2009, fui convidada para dar uma palestra sobre o tema habilidade de comunicação, no curso

a maior rede de Bancos de Leite Humano do mundo e tem seu funcionamento regulamentado pelo Ministério da Saúde.

Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) “Manejo, promoção e apoio ao aleitamento materno”. No ano seguinte, fui novamente convidada para dar uma palestra na semana mundial do aleitamento materno em uma maternidade pública de Manaus e a teoria psicanalítica foi por mim eleita para abordar os aspectos psicológicos envolvidos na amamentação, uma vez que esta abordagem leva em consideração questões inconscientes que interferem nessa vivência.

Durante um ano, de 2010 a 2011, ministrei um curso sobre amamentação em um grupo de gestantes, juntamente com uma enfermeira. Posteriormente, no ano de 2012, tive uma pequena experiência profissional em um Complexo Educacional da Prefeitura de Manaus. Conheci uma realidade bem distinta da vivenciada nas creches particulares onde havia trabalhado. A clientela atendida consistia principalmente em crianças da rede municipal de ensino, que apresentam alguma dificuldade de aprendizagem, seja devido a um problema neurológico e/ou emocional. A maioria das famílias pertencia a uma classe social desprovida de recursos materiais e com baixo nível de escolaridade. Na maioria das vezes, elas vinham ao meu encontro encaminhadas pelas escolas públicas sem nunca terem passado por uma avaliação médica.

No período em que trabalhei nesse local, realizei 62 atendimentos, fazendo parte da equipe multiprofissional de Avaliação, composta por seis profissionais: fisioterapeuta, fonoaudióloga, assistente social, pedagoga, psicopedagoga e psicóloga. Dentre essas avaliações, deparei-me com alguns casos de crianças que nasceram prematuras e, talvez, por não terem recebido a assistência médica e o suporte psicossocial adequado, encontram-se hoje com sequelas neurológicas que interferem na sua qualidade de vida.

Diante disso, a equipe como um todo procurava orientar as mães e a família a buscar atendimento multiprofissional para a criança, oferecido pela Prefeitura, para que esta pudesse a médio e longo prazo superar as suas dificuldades. Isso não quer dizer que todas as crianças que nascem prematuras irão ter algum prejuízo em seu desenvolvimento, pois não há uma

relação linear entre a prematuridade e problemas de desenvolvimento. Conforme Mazet e Stoleru (1990), a prematuridade não constitui em si uma condição necessariamente prejudicial ao desenvolvimento ulterior da criança. Para os autores, os efeitos da prematuridade dependem de diversos fatores, tais como a idade pós-concepcional ao nascer, o estado de saúde neonatal, o tipo de tratamento que o bebê recebeu após o parto e o contexto familiar onde a criança se desenvolverá. Porém, grande parte das crianças e jovens que eram encaminhados pelas escolas ou médicos, apresentavam sequelas do seu nascimento.

Com esta pesquisa de doutorado, pretendi conhecer como se dá a vivência das mães de bebês prematuros em relação à amamentação no ambiente da Unidade Neonatal, contextualizando a amamentação no nascimento prematuro sob o olhar materno, compreendendo os sentimentos, desejos, fantasias e expectativas das mães em relação à amamentação de seu filho prematuro, bem como problematizando o atendimento das mães de bebês prematuros na Unidade Neonatal, a partir de como elas percebem os discursos e intervenções da equipe.

Aliado ao conhecimento técnico sobre o assunto, adquirido nos cursos de especialização e mestrado e na minha experiência profissional, a amamentação se fez presente em minha vida por muitos anos, após o nascimento dos meus três filhos, que embora não tenham nascido prematuros, cada um deles a seu modo me fez vivenciar momentos de profunda riqueza emocional e aprendizagem que me são tão caros, porém, creio que a amamentação da terceira filha mereça uma discussão maior pela identificação com o tema dessa pesquisa.

A amamentação dos dois primeiros filhos transcorreu sem grandes dificuldades, o que me levou a crer que o mesmo aconteceria com a terceira filha. Clara nasceu de parto normal, com 40 semanas de idade gestacional, o trabalho de parto foi muito rápido, cerca de 1 hora entre a primeira contração e o nascimento, no quarto de uma maternidade privada de Brasília. Um dos critérios para receber alta do hospital é o bebê estar mamando ao seio, mas como já

era mãe de dois meninos que foram amamentados por mais de 1 ano, cada um, os médicos não se preocuparam com essa questão e, eu e Clara, recebemos alta com menos de 24 horas de internação. No entanto, os acontecimentos não ocorreram como era esperado. Me deparei com uma situação angustiante, durante o (longo) primeiro mês de vida pós-natal, minha bebê não ganhava peso! Ela mamava e pouco tempo depois, dormia! Após alguns minutos, acordava e chorava! Nos sucessivos retornos ao pediatra, ela era pesada e apesar de não perder peso, não o ganhava como era previsto pelos padrões médicos. Eu não conseguia entender o porquê de embora a minha produção de leite estivesse normal, a minha filha não ganhava peso. Pedi ajuda para uma consultora em amamentação para avaliar a parte técnica, como pega, manejo, posição do bebê, etc. Ela foi até a minha casa, espremeu os meus seios, me viu amamentar, me mostrou algumas posições e disse que estava tudo bem, que a minha filha iria ganhar peso rapidamente. Eu estava tensa, cansada, meus seios estavam sensíveis e machucados, minhas costas doíam, em função da posição que me orientaram a fazer para amamentá-la. Segundo Potenza et al. (2013), na posição vertical ou de “cavalinho” (p. 97), o bebê é colocado sentado sobre uma das pernas da mãe, com a coluna e a cabeça na vertical enquanto mama. Essa posição é bem diferente da tradicional, na qual a mãe posiciona o bebê a sua frente, com a cabeça apoiada na junção braço-antebraço, e o rosto de frente para mama. A barriga do bebê fica próxima à barriga da mãe, e as mãos dela se apoiam nas nádegas da criança.

Nessa época, os meus filhos mais velhos queriam segurar a irmã no colo, brincar com ela, mas no período em que a Clara estava acordada, ou ela estava chorando, com fome, ou ela estava mamando ou ela estava calma e não queríamos (eu e o meu marido) que os irmãos a estimulassem demais, com medo dela chorar novamente. Isso me deixava triste, porque eu não queria impedir o contato entre os irmãos, queria estar aproveitando tanto quanto eles os momentos que sonhamos viver durante a minha gestação. A gravidez da Clara foi muito

comemorada, pois havia sofrido um aborto espontâneo, no início da gestação (6 semanas), poucos meses antes, e toda a família ficou muito abalada com esta perda inesperada.

Quando eu contava para o pediatra tudo o que estávamos vivendo e o questionava sobre o motivo da minha filha não ganhar peso, ele respondia simplesmente: “Eu não sei”. É claro que ouvir essa resposta não era o que eu esperava, queria que ele desse alguma solução para o meu problema e este pudesse ser resolvido imediatamente. Hoje, acredito que eu não teria conseguido amamentar a minha filha se a postura do pediatra tivesse sido diferente, como por exemplo, receitando uma fórmula artificial, com a finalidade de apaziguar a minha angústia. Não sei se esse profissional, a quem me refiro, leu as obras do pediatra e psicanalista Winnicott, mas a sua conduta me faz pensar neste autor, que defendia ser a mãe a especialista do seu bebê, tendo a capacidade de se identificar com as suas necessidades, propiciando um ambiente facilitador para o seu desenvolvimento maturativo e emocional, recebendo o mínimo de interferências profissionais possíveis. Imagino que assim como não foi fácil para mim, não deve ter sido para ele sustentar esse lugar de “não saber”, que também é ocupado pelo analista. Passado o primeiro mês, a amamentação de Clara manteve-se de forma tranquila e ela começou a ganhar peso.

É necessário falarmos que dificuldades podem surgir no início da amamentação, mesmo para aquelas mulheres que, assim como eu, desejam amamentar. A exemplo disso, reproduzo a seguir a fala da psicanalista Szejer (1997),

Começar a amamentar nem sempre é fácil, é uma aventura a dois que começa entre a mãe e seu bebê, é um treinamento recíproco, que pode exigir um certo tempo. Às vezes, o bebê se recusa a mamar, às vezes ele mama mal, ou mama em quantidade insuficiente, e a mulher sofre (sobretudo no começo, quando seus seios não estão preparados para a amamentação). Cada um deve se entregar ao outro e, durante os primeiros dias a mulher

pode ter necessidade de um certo apoio para superar as pequenas dificuldades que se apresentam (p. 289).

A partir das minhas próprias e singulares experiências de amamentação, senti as pressões sociais que a mulher sofre nesse período, o cansaço físico que o aleitamento materno nos impõe e as dificuldades iniciais de ajuste na relação mãe-bebê, bem como os sentimentos de vitória ou fracasso que nos visitam por associarmos a ideia de boa mãe ao papel de Mãe Nutriz. Cuidar de um bebê é uma tarefa árdua, requer de nós um trabalho físico, mas sobretudo um trabalho psíquico. De acordo com Garrafa (2020),

Ocupar o lugar do Outro para o bebê é oneroso – não tanto pela necessidade de cuidados orgânicos, mas sobretudo pela exigência de trabalho psíquico. O cansaço de muitas mães e pais na experiência de cuidar articula-se à mobilização que esse processo implica. Ele exige uma disposição para oferecer ao pequeno: o próprio corpo como lugar de satisfações; o olhar que lhe devolve uma imagem de si; a voz que o fisga para o mundo das trocas amorosas e uma intensa produção de saber, a qual enlaça todos esses elementos e suas alternâncias em termos de presença e ausência (p. 62).

Penso que se para mim, que não tive uma filha prematura, que ficou internada em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), que contei com a ajuda de bons profissionais e de familiares, tal experiência me remeteu a intensos sentimentos, imagino o quão delicado deve ser para as mães de bebês prematuros, tendo que lidar com uma situação tão diferente daquela imaginada durante a gestação. Ao lado das mudanças químicas e hormonais do puerpério, um trabalho psíquico deve ser feito para suportar a realidade, que a princípio pode parecer ameaçadora. Tomada pelo desejo de compreender a vivência dessas mulheres, me propus a escrever essa tese de doutorado.

Introdução

Essa tese teve como objetivo apresentar um estudo empírico sobre a vivência de mães de bebês prematuros em relação à amamentação em uma Unidade Neonatal, de um hospital público, utilizando como base teórica a psicanálise, com orientação winnicottiana. O contexto da pesquisa consistiu na Unidade Neonatal, uma vez que não é raro os bebês prematuros ficarem internados neste local por um período prolongado, devido a algum comprometimento orgânico ocasionado pelo nascimento antecipado.

Segundo a Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, do Ministério da Saúde (Brasil, 2012b), “a Unidade Neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos”. É dividida de acordo com a necessidade do cuidado com o bebê, da seguinte forma:

- I - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN);
- II - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias:
 - a) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); e
 - b) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Desse modo, a Unidade Neonatal articula uma linha de cuidados progressivos, possibilitando uma adequação entre o quadro clínico do bebê e as condições técnicas necessárias à prestação de assistência especializada. A UTIN atende bebês graves ou com risco de morte; a UCINCo também conhecida como Unidade Semi-Intensiva, é destinada ao atendimento de bebês considerados de médio risco e que demandam assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN; enquanto a UCINCa permite acolher mãe e filho para prática do Método Canguru, para repouso e permanência no mesmo ambiente nas 24 horas do dia, até a alta hospitalar (Brasil, 2012b).

Neste trabalho, gostaríamos de deixar claro que quando nos referimos à UTI Neonatal, estamos falando de ambas as unidades: UTIN e UCINCo, uma vez que são ambientes com características semelhantes. Na literatura, é raro encontrarmos referência à UCINCo, a maioria dos estudos pesquisados apresentam o cenário da UTIN e da UCINCa.

O ambiente da UTI Neonatal é totalmente diferente do que os pais imaginaram para experimentarem a proximidade e a continuidade com o bebê. A arrumação do quarto do bebê, o enxoval, pouca luminosidade, música tranquila dá lugar a um ambiente de urgência, com barulhos e cheiros diferentes, com um ritmo próprio, que pode mudar a cada momento (Morsch et al., 2012).

Um dos autores de destaque nesta pesquisa é o médico pediatra e psicanalista inglês Donald W. Winnicott (1896-1971), que se dedicou ao estudo das primeiras relações entre a mãe e o bebê, debatendo questões específicas relacionadas à amamentação em artigos originalmente publicados em 1964 e 1968. Entretanto, também foram mencionados ao longo da tese autores clássicos, tais como Sigmund Freud, Wilfred Bion e Esther Bick, bem como psicanalistas contemporâneos como as francesas Catherine Mathelin² e Catherine Druon e as brasileiras Julieta Jerusalinsky e Maria do Carmo Camarotti. Alguns autores que estudam esta temática, mas pertencem a outras áreas do conhecimento, também foram referidos, como o médico pediatra americano Thomas B. Brazelton e a médica pediatra brasileira Zeni de Carvalho Lamy.

Os trabalhos da analista britânica Esther Bick tiveram um destaque neste estudo, especialmente na parte metodológica, na qual o método de observação criado por ela foi adotado pela pesquisadora. Além dos estudos de Bick, destacamos as pesquisas de Rita de Cássia Lopes, Lisiane Oliveira-Menegotto, Nara Amália Caron, Tagma Donelli e Marisa

² Vale notar que apesar da autora ter mudado o sobrenome para Catherine Mathelin-Vanier, utilizaremos o sobrenome que consta nas referências citadas ao longo do trabalho.

Mélega, que, segundo o artigo de revisão sistemática da produção científica brasileira sobre as aplicações do método Bick de observação (Sampaio et al., 2019), estão dentre aquelas com o maior número de publicações científicas no Brasil sobre o referido método.

Bick descreveu a sua teoria sobre o desenvolvimento primitivo, na qual em muitos aspectos se assemelha as ideias elaboradas por Winnicott. Segundo Caron e Lopes (2014), “ambos ajudaram a iluminar as sutilezas e delicadezas do par mãe-bebê, que se adapta às condições iniciais de não-integração e dependência do bebê” (p. 24).

Em diversos momentos desta pesquisa, falamos sobre o bebê real e o bebê imaginário. A esse respeito, vale esclarecer que estamos nos referindo aos conceitos de Lebovici (1987), que descreveu três tipos de bebês, com os quais os pais se relacionam: o bebê fantasmático, o bebê imaginário e o bebê real. Faremos uma breve descrição de cada um, pelo fato de eles serem frequentemente mencionados, especialmente os dois últimos.

O bebê fantasmático é o bebê fruto das fantasias inconscientes da mãe, aquele proveniente dos conflitos infantis e recalcados dos pais, do desejo inconsciente à época do Édipo de ter um bebê com o próprio pai, roubando assim o lugar da mãe.

O bebê imaginário é o bebê das fantasias conscientes e pré-conscientes da mãe. Está ligado ao desejo de querer ser mãe. É a criança que os pais sonham durante a gestação. Ela é portadora de sonhos e devaneios maternos e paternos e de valores que são transmitidos transgeracionalmente. Soulé (1987), aponta que o filho imaginário é onipotente e uma quantidade significativa de libido narcisista transborda sobre o objeto,

Ele terá todas as qualidades, todos os poderes e realizará assim a megalomania infantil de sua mãe tornada, graças a ele, aquela que mantém um menino Jesus todo-poderoso carregando o mundo em sua mão.

É a ela que retorna todo o poder que ela lhe empresta, ela será Maria, mãe de um filho tal que ele traz a coroa de toda a realeza ...

O filho imaginário é portanto *investido pela mulher de uma projeção narcisista* considerável: é um outro-ela-mesma satisfatório, é um filho como sua própria mãe havia sonhado ter, mas como ela mesma não foi (pp. 135-136).

Já o bebê real é a criança da realidade material, massa de carne viva com a qual os pais interagem, sob influência das suas fantasias e de seus sonhos imaginários. É aquele que os pais têm em seus braços. É o bebê na sua corporalidade real. Ele pode ter características do bebê imaginário ou ser muito diferente, como no caso do nascimento de um bebê prematuro com baixo peso³. Esse bebê começa a ser pensado por volta do sétimo mês de gestação. Conforme Lebovici (2004), “quando o filho nasce e a mãe o pega no colo, ela pega no bebê real e também no imaginário. Esse bebê real vai decepcioná-la com relação ao bebê imaginado” (p. 21). Embora saibamos que nenhum bebê coincide totalmente com as expectativas dos pais, bebês que nascem sadios, grandes, gordinhos e bonitos têm mais chances de encantá-los e deixá-los orgulhosos do que aqueles que geralmente são pequenos, frágeis, doentes, feios e com anomalias congênitas, infligindo uma ferida narcísica nos pais, que podem ter dificuldades para se reconhecer na criança (Vasconcellos, 2018).

Após o parto, gradativamente o bebê imaginário vai sendo desinvestido, para que o bebê real possa ocupar o lugar na vida psíquica dos pais. Por meio das respostas do bebê aos devaneios maternos, o bebê real gratificará a mãe, renarcisando-a, o que favorecerá a

³ Conforme Almeida e Pedutti (2018), organizadoras do Manual de Neonatologia, podemos classificar o peso do recém-nascido (RN) após o nascimento em: baixo peso: peso ao nascer inferior a 2500g; muito baixo peso: peso ao nascer inferior a 1500g e extremo baixo peso: peso ao nascer inferior a 1000g. Vale notar que, segundo a Organização Mundial de Saúde (2012), a classificação do recém-nascido prematuro pode se basear pela idade gestacional (IG), sendo considerado prematuro extremo, aquele nascido abaixo de 28 semanas de IG, muito prematuros, os nascidos entre 28 e menos que 32 semanas e prematuros moderados, os nascidos entre 32 e menos de 37 semanas. Para este último grupo de bebês, encontramos uma classificação diferente no Manual de Neonatologia, que considera a nomenclatura prematuro tardio para aqueles recém-nascidos de 34 semanas a 36 e 6/7 semanas.

elaboração do luto do bebê imaginário (Camarotti, 2000). Esse luto é comum a todo nascimento e é importante na medida em que possibilita o investimento libidinal no bebê real.

No entanto, falamos neste trabalho sobre um bebê que nasce abruptamente, antes da 37ª semana de gestação (menos do que 259 dias completos), com a aparência física muito diferente daquela construída durante a gravidez. Quando Soulé (1987), se refere ao bebê prematuro e sua mãe, o autor aborda o aspecto particularmente estranho da criança: “monstro, maligno, pouco humano, analogia com um coelho esquartelado, um feto, um aborto, etc” (p. 164), dificultando a projeção identificatória da mãe com o filho. Assim, para Zornig, Morsch e Braga (2004), estamos diante de um bebê agente de frustração, que reenvia aos pais a vivência de falha e fracasso. O nascimento de um bebê prematuro dificultará o luto do bebê idealizado durante a gravidez e o olhar narcísico dos pais, que permite ver além do real orgânico do bebê, ao contrário de um bebê a termo que tem mais possibilidade de renarcisar os pais. De acordo com Lebovici (2004), quando o estado clínico da criança não lhe permite responder aos pais, o processo de parentalização poderá ser mais complicado, vez que o bebê tem um papel ativo em tal processo.

Diante da complexidade do nascimento prematuro, ele foi apresentado neste trabalho como um evento com potencial traumático não só para o bebê, mas também para seus pais. Camarotti (2000) afirma que durante a gestação, a mulher vive um estado narcísico e fusional com o bebê, em que ele é sentido psiquicamente como parte do seu corpo. O estado narcísico e fusional da gravidez é interrompido pelo parto. Segundo a autora, o nascimento impõe uma separação corporal que é, de certo modo, traumática, tanto para a mãe quanto para o bebê. Enquanto no decorrer da gestação o feto vai se integrando à imagem corporal da mulher, no nascimento esta terá que integrá-lo psiquicamente como um ser separado.

Donelli (2005) também compreende o parto como uma situação potencialmente traumática para ambos, mãe e filho. No caso do bebê, ele pode experimentar uma situação de

desamparo e angústia de aniquilamento, devido a crescente tensão causada pelo excesso de estímulos, que ele é incapaz de dominar psiquicamente. Para a mulher, dependendo de como ela vivencia o parto, por exemplo, com manifestações de muita dor e sofrimento, ele pode evocar ansiedades muito primitivas, ameaçando à sua própria condição de continuar existindo (angústia de aniquilamento). Além disso, o parto pode obrigá-la a lidar com sentimentos de perda e separação do próprio filho (angústia de separação).

Freud (1926/2014) e Winnicott (1949/1978; 1949/1990; 1965/1994) apontam para entendimentos antagônicos em relação ao trauma do nascimento. Para Freud o nascimento é um fenômeno traumático, não pela separação do feto com a mãe, pois segundo o autor, “não devemos esquecer que na vida intrauterina a mãe não era um objeto, que naquele tempo não havia objetos” (p. 80), e por esta razão o bebê não poderia sentir a sua falta, mas por considerar o nascimento como o protótipo da angústia.

Em contrapartida, Winnicott (1949/1978), compreende que a experiência do nascimento normal, ou seja, saudável, juntamente com outras experiências favoráveis, propicia o desenvolvimento da confiança, do sentido de sequência, estabilidade e segurança. Para ele, a experiência do nascimento pode ser dividida em três categorias: a primeira, uma experiência normal, que é positiva, porém de significado limitado, necessitando de vários tipos de experiências normais subsequentes, para que ocorra o desenvolvimento da força e estabilidade do ego; a segunda, uma experiência traumática comum, que se mistura a outros fatores ambientais traumáticos, mas cujos efeitos podem ser anulados por um bom manejo clínico e, a terceira, uma experiência de nascimento de natureza traumática extrema, deixando sua marca permanente no sujeito. Acreditamos que o nascimento prematuro pode se inserir nesta última categoria, caso intervenções precoces não sejam dirigidas tanto à mãe quanto ao bebê, para ajudá-los a estabelecer o vínculo afetivo.

Segundo Zen e Motta (2008), a prematuridade impõe uma separação “fora do tempo” (p. 110) entre a mãe com o bebê, criando uma situação de risco para a formação do vínculo. Para Klaus e Kennel (1992), mãe e bebê são separados em um momento sensível para o estabelecimento do apego. A internação do bebê, após o nascimento, faz com que muitas mães sintam um grande vazio no corpo e em torno delas, além de solidão, porque gostariam de estar com eles ao seu lado (Lamy, 2003).

Sair sem o filho nos braços, encontrar o berço vazio, ouvir palavras de conforto ao invés das habituais felicitações e ver-se substituída pelo *holding* mecânico do hospital, que é oferecido pelo aparato tecnológico na UTI Neonatal, aumenta o sentimento de impotência e incapacidade, podendo levar essas mulheres a uma depressão (Camarotti, 2000). Soulé (1987), ressalta que todas as gratificações esperadas no âmbito da valorização social são frustradas e um sentimento de falência recai sobre a mãe, ao confiar o bebê a uma máquina, que toma o seu lugar, apontando a sua insuficiência.

Quiniou (1999) fala em um *holding* informático, para se referir ao ambiente complexo, repleto de máquinas, porém indispensável para a sobrevivência do bebê prematuro e que forma uma barreira de proteção sobre ele, desempenhando a função do seio e do útero materno. Podemos notar por meio da fala de Mandel (2013), escritora do livro *Mãe de UTI: relato de um parto prematuro*, e mãe de uma menina chamada Nara, que nasceu prematura com 32 semanas de idade gestacional, como o nascimento prematuro pode ser traumático e se desassemelha ao referencial simbólico que muitas mulheres têm em relação ao parto e nascimento do filho.

Até então, minha referência quanto ao nascimento de bebês era a mãe se internando na maternidade, o parto normal ou cesárea, três dias de internação, visitas de amigos e parentes e alta, quando mãe, pai e bebê rumavam para o lar.

Não tinha qualquer referência em termos de bebês prematuros. Não conseguia conceber a ideia de, ao final da internação, voltar para casa sem meu bebê. De entrar em casa pela primeira vez já como mãe e não mais como grávida, sem o bebê. De entrar no quarto do bebê, sem o bebê. De olhar pro berço do bebê, sem o bebê. É indescritível a dor que senti, equivalente a mil facas enfiadas no meu peito, a dezessete sapos entalados na minha garganta. Concluí que não tinha com quem me socorrer, para quem ligar, conselhos para pedir. Concluí que, a partir daquele momento, a referência seria eu. Outras pessoas, em experiências futuras semelhantes, iriam se espelhar em mim. Já eu, naquela altura do campeonato, não tinha em quem me espelhar (pp. 91-92).

Segundo Vasconcellos (2018), quando o nascimento de uma criança a termo é anunciado, geralmente é acompanhado de alegria, os familiares vão à maternidade para visitar o bebê, todos perguntam seu peso e tamanho, levam flores e presentes para a mãe e a criança. No entanto, quando o bebê nasce prematuro e é internado na UTI Neonatal, esse “ritual de boas-vindas é rompido bruscamente e todas as referências se perdem, ficam fora do tempo, em suspenso” (p. 66). Nesses casos, não há apresentação do bebê para a família, e mesmo quando algum familiar é autorizado a visitá-lo, não há um clima de festa. Normalmente, o bebê está ligado a diversos aparelhos, possui um peso e tamanho aquém dos parâmetros socialmente aceitos para imaginá-lo como saudável e viável, “trazendo para cada um a sua volta o confronto com um real que sidera e paralisa” (p. 66).

O “trauma do nascimento”, ou a “experiência do nascimento”, como Winnicott (1949/1978, p. 321) preferiu se referir, geralmente é abordado em relação aos desdobramentos psíquicos que podem advir no bebê e posteriormente no sujeito. Tais desdobramentos poderão ser observados e trabalhados no só-depois (*après-coup*), por meio de um tratamento analítico. Esta tese, apesar de ter tido como objetivo principal discutir o impacto do nascimento prematuro no psiquismo materno, abordou as consequências deste acontecimento na

constituição do psiquismo do sujeito emergente que é o bebê. Quando nos referimos à relação mãe-bebê não podemos separá-los, uma vez que o estado emocional e o comportamento de um poderão repercutir no outro membro da dupla.

Assim, como Solis-Ponton (2004) afirma, os estudos realizados nas últimas décadas sobre as interações precoces entre a mãe e o bebê mostram que estas se constroem como um tipo de espiral transacional, em que ambos participam ativamente da díade primária, exercendo mutuamente influência sobre as respostas do outro. Apesar dessa espiral seguir um modelo assimétrico, no qual a mãe oferece os cuidados ao bebê, que se encontra em um estado de imaturidade e dependência, ele não é um receptáculo passivo dos cuidados maternos, possuindo competências importantes, que marcarão a construção da parentalização e do vínculo com seus pais.

Por considerarmos a complexidade tanto da temática da prematuridade quanto a da amamentação e a multiplicidade de profissionais envolvidos no atendimento da dupla mãe-bebê, levamos em consideração o impacto emocional que o nascimento prematuro causa na equipe de saúde. Os profissionais que atuam no contexto da Unidade Neonatal tendem a ser afetados, tornando necessárias intervenções transdisciplinares. A transdisciplina não significa apenas o ato de se trabalhar junto, mas de se produzir conhecimento com o outro. Consiste em um entrecruzamento de olhares entre as áreas, havendo uma modificação no seu modo de compreender e intervir nas situações (Aronis & Atem, 2005).

As intervenções devem contribuir para a veiculação das palavras e a construção do vínculo afetivo entre a mãe e o bebê. Szejer (1999) relata que na situação de prematuridade, por mais que os pais queiram que o filho seja embalado pelas suas palavras, a separação imposta pela necessidade médica ameaça criar um “vazio de palavras, um buraco de linguagem em torno da criança” (p. 59).

O que está em risco iminente quando uma criança nasce prematura e está internada em uma UTI Neonatal não é apenas o seu aspecto orgânico, mas o seu reconhecimento enquanto sujeito e alguém capaz de realizações. Caso contrário, o bebê está sujeito a uma morte simbólica, que se situa para além de uma morte biológica, “em um apagamento do registro simbólico da sua existência, em um registro no qual o sujeito não faz marca” (Jerusalinsky, 2002, p. 177).

No que se refere especificamente à amamentação é preciso deixar claro que este trabalho não pretendeu defendê-la ou desencorajá-la. No entanto, precisamos discutir esse tema levando em consideração questões como o desejo, a história de vida e a subjetividade de cada mulher. A idealização em torno da amamentação pode contribuir para que muitas mães se sintam culpadas por não possuírem o desejo ou enfrentarem dificuldades para desempenhar o papel de nutriz. Precisamos reconhecer que o sofrimento da mãe poderá colocar em risco o psiquismo emergente do bebê, que é constituído a partir da relação estabelecida com ela. Desse modo, a amamentação não deve ocorrer como um ato mecânico, sem que a voz, o olhar e o desejo materno estejam presentes, pois enquanto o aspecto fisiológico se sobrepõe ao psíquico, esta experiência pode se tornar angustiante para ambos, mãe e filho.

Para refletirmos sobre o trauma do nascimento prematuro e os desafios na amamentação de bebês internados em uma Unidade Neonatal, enfatizamos, no capítulo 1, as singularidades desse nascimento antecipado. No capítulo 2, abordamos como se dá a amamentação destes bebês e os fatores que estão relacionados a esse processo. No capítulo 3, falamos sobre o método escolhido para essa pesquisa, que consistiu na aplicação do método de observação de bebês, segundo o método Bick, e de uma entrevista semiestruturada com as mães. No capítulo 4, foram apresentados três estudos de casos de mães de bebês prematuros internados no Hospital Regional de Taguatinga do Distrito Federal (HRT-DF) e que estavam sendo amamentados durante o período de observação da pesquisa. Depois, fizemos a discussão dos

dois casos de mães que se recusaram a participar da pesquisa e, por fim, apresentamos as considerações finais do trabalho.

Capítulo 1 - Descortinando a prematuridade e seu impacto no psiquismo parental e no da equipe de saúde

“Estamos na aurora da vida psíquica, a própria imagem de um final de noite, nas primeiras luzes de um dia que nasce, precocemente”.

(Catherine Druon)

1.1 Dados epidemiológicos da prematuridade

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2018), cerca de 30 milhões de neonatos prematuros e com baixo peso nascem anualmente no mundo, sendo que nas últimas décadas, com a aquisição de novos conhecimentos na área da Neonatologia, há uma preocupação cada vez maior não apenas com a sobrevivência desses bebês, mas com a qualidade de vida que eles terão no futuro. A preocupação em relação à qualidade de vida não diz respeito apenas ao desenvolvimento infantil, mas às condições emocionais que auxiliam a parentalidade nesse contexto de prematuridade (Brazelton, 1998; Schermann & Brum, 2012). Assim, os profissionais das Unidades Neonatais têm demonstrado preocupação para além da reanimação física dos bebês, tomando medidas que favoreçam a sua saúde psíquica, como a permissão da presença dos pais nas UTIs neonatais, a visita dos familiares e irmãos do bebê, a implantação do Método Canguru e a inclusão de profissionais *psi* na equipe multidisciplinar, com o objetivo de favorecer a aproximação entre os pais e o bebê, entre os pais e a equipe e entre a equipe e o bebê (Vasconcellos, 2018).

De acordo com Mazet e Stoleru (1990), embora tanto a evolução do bebê quanto a interação entre ele e seus pais aconteça, na maioria das vezes, de modo favorável, os bebês prematuros são, estatisticamente, super-representados na população de crianças vítimas de maus-tratos e no grupo de crianças que apresentam um atraso no crescimento de etiologia não-orgânica, conhecido como “nanismo de aflição” (p. 263). Além disso, foi notada em antigos

prematturos a frequência elevada de diversos transtornos afetivos, que se traduziam através de dificuldades no âmbito alimentar, do sono e do asseio. De acordo com Soulé (1987), 20% das crianças maltratadas foram bebês prematturos e 20% das crianças abandonadas são igualmente prematturos.

Além do risco de os prematturos sofrerem maus-tratos e abandono, pode também ocorrer o contrário, serem superprotegidos pelos pais. Quando isso ocorre, segundo Brazelton (1998), os pais podem tratar o bebê como se ele fosse vulnerável e estivesse sob risco por vários anos subsequentes, podendo afetar a qualidade de suas vidas, bem como seu potencial para o desenvolvimento da autonomia. Com o tempo, a criança poderá fazer de si mesma a imagem de uma pessoa frágil e insegura. Couronne (1997) afirma que:

Se a apreciação da recuperação somática do prematturo é avaliada, aproximadamente, aos dois anos, a recuperação psíquica pode ser muito mais longa para os pais e, por interação, para as crianças. Os pais de uma criança de seis ou dez anos, aparentemente em bom estado de saúde, nos fala, sob qualquer pretexto, da prematuridade de seu bebê, pois não a viveram bem e fazem-na ‘pagar’ por meio de superproteção abusiva e, eventualmente, ‘desequilibrada’ (p. 145).

Um exemplo disso que Couronne (1997) fala sobre a diacronia existente entre a recuperação somática da criança e a psíquica dos pais, pode ser observado quando Mandel (2013) relata estar certo dia em um churrasco, sem sinal de celular, e ter presenciado a cena de um casal, cujo homem deveria ter por volta dos 30 anos de idade, tentar fazer uma ligação e não conseguir. Então, Mandel escuta a mulher dele falar: “ – Puxa, não tem sinal, e agora? Ele precisa ligar para a mãe dele e avisar que chegou bem. Ela é muito preocupada com ele porque nasceu prematturo” (p. 126). Diante desse caso verídico, Mandel percebeu que a prematuridade não podia persegui-la a vida inteira, caso contrário, ela repetiria a mesma história testemunhada.

Segundo o estudo divulgado pela OMS (2012), intitulado *Born too soon*, a prematuridade é um “problema global”, e tem aumentado nos últimos 20 anos. Cerca de 75% dos nascimentos prematuros ocorre espontaneamente. As causas comuns incluem: gravidez múltipla, infecções e condições crônicas, como diabetes e pressão alta. Contudo, frequentemente a causa não é identificada. Existe também uma influência genética; a falta de um pré-natal de qualidade e o aumento do número de cesarianas pode estar relacionado ao nascimento prematuro. Conforme dados do Ministério da Saúde (2016), o Brasil possui taxas de cesáreas em torno de 56%, ou seja, um índice bem superior do que é recomendado pela OMS, que admite até 10%. Apesar de nos últimos anos terem sido feitas tentativas de mudança no modelo vigente de parto, a operação cesariana continua predominante no país, o que não contribui para redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal.

Conforme dados da campanha *Quem Espera, Espera*, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF Brasil; 2017), as complicações relacionadas com a prematuridade são a maior causa de mortes de crianças no Brasil no primeiro mês de vida, constituindo um importante problema de saúde pública. Em 2014, 11,2% das crianças nasceram antes de 37 semanas de gestação. Para a OMS (2012), bebês que nascem antes de estarem fisicamente prontos frequentemente requerem cuidados especiais e correm grande risco de enfrentarem sérios problemas de saúde, incluindo paralisia cerebral, prejuízo intelectual, doença crônica de pulmão e perda visual e auditiva.

No entanto, não defendemos que a prematuridade seja um determinante sobre o desenvolvimento ulterior da criança, embora possa indicar um sinal de alto risco⁴ psíquico para o bebê, bem como para a formação do vínculo pais-bebê, dependendo de como esse nascimento

⁴ Segundo Zen e Motta (2008, p. 108) uma situação de alto risco ocorre quando se faz um “buraco de palavras” em torno do bebê; quando nenhuma fala dos pais ou avós vem reiterar o corte fisiológico do cordão umbilical.

será inscrito no psiquismo infantil, assim como no dos cuidadores envolvidos. Como afirmam Zen e Motta (2008): “O humano é um eterno campo de probabilidades” (p. 105). A psicanálise pode ajudar a desconstruir esse discurso médico que restringe e aprisiona a criança, que está em formação, a um significante rígido, na perspectiva da doença, que o faça ser “lido” (p. 107) como déficit ou doença, seja pela equipe de saúde ou pelos pais. Assim como as autoras, acreditamos que um bebê só deve ser referido por seus referenciais simbólicos, tais como seu nome, um apelido, seu lugar na história familiar, como foi esperado e como pode ser pensado no futuro.

Podemos exemplificar essa dicotomia entre o discurso médico e o psicanalítico citando o que Winnicott (1962/1983), defende sobre a etiologia da inquietação, hipercinesia e falta de atenção, descrito atualmente no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-V) (2014), pelo nome de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Segundo o autor, pode haver um fator muito precoce na origem desse transtorno, datando dos primeiros dias ou horas de vida, pela falta de uma proteção suficientemente boa pela mãe, onde o bebê reage persistentemente à ansiedade inimaginável, podendo causar um corte na sua continuidade existencial, ou seja, instaurando um padrão de fragmentação do ser. Em outras palavras, Winnicott (1965/1999) nos faz lembrar que a base da saúde mental para a psicanálise não é só hereditária nem uma questão probabilística, mas se estabelece durante a primeira infância, quando existe a presença de uma mãe suficientemente boa⁵.

Vale notar que a ansiedade inimaginável ou arcaica, referida por Winnicott (1962/1983), é resultante da falta de segurança no estágio de dependência absoluta do bebê em relação ao meio ambiente. Nas palavras do autor, “a criança cujo padrão é o de fragmentação

⁵ Ao longo desse estudo, a expressão mãe suficientemente boa aparecerá diversas vezes. Por isso, acreditamos relevante mencionar que com ela, Winnicott (1968/1999b, p. 80) queria ressaltar a concepção de uma “maternagem suficientemente boa”, sem transmitir a ideia idealizada da função materna.

da continuidade do ser tem uma tarefa de desenvolvimento que fica, desde o início sobrecarregada no sentido da psicopatologia” (p. 59). Nesse sentido, não podemos afirmar que a causa dos transtornos que estas crianças possam vir a desenvolver no futuro seja de ordem biológica ou como consequência de uma falha relacional, mas como a prematuridade é um fator de risco e um fenômeno complexo, é essencial que os profissionais de saúde estejam atentos a todos os fatores potencializadores, mencionados por Mazet e Stoleru (1990), envolvidos no nascimento prematuro, como a presença de transtornos psicopatológicos nos pais, a baixa idade da mãe e/ou o fato dela criar o filho sozinha, assim como o nível socioeconômico familiar pode interferir no desenvolvimento intelectual destas crianças.

1.2 O nascimento prematuro: um bebê fora do tempo⁶

É considerado, mundialmente, como recém-nascido prematuro aquele que nasce antes da mãe completar 37 semanas de gestação (Brasil, 2006; Costa, 2017; Moreira & Rodrigues; Warth et al., 2013). Em neonatologia, a precocidade se estabelece diante de um tempo fixado como “normal” para uma gravidez. Portanto, um nascimento é precoce quando acontece fora do tempo esperado, adiantado, antecipado (Vasconcellos, 2018). As nomenclaturas feto extra útero, feto recém-nascido ou recém-nascido de risco também são empregadas na área médica para se referir a esse bebê (Fabre-Grenet, 1997). O termo recém-nascido pré-termo (RN-PT) é usado considerando o fato de o bebê ser maduro para a sua idade e para o estágio do desenvolvimento em que se encontra (Gandra, 1998).

Freitas e Gutierrez (2010) optaram pelo uso da nomenclatura pré-termo, por priorizar a questão da maturidade física do bebê condizente à idade gestacional no momento do nascimento. No entanto, optamos aqui pela utilização do termo prematuro, ao invés de pré-

⁶ Partes desse item da tese foram publicadas em 2021, por Freitas, A. L. L. P., Lazzarini, E. R., & Seidl, E. F., na *Revista Psicologia e Saúde*, 13(2), com o título: “Amamentação e prematuridade: a vivência de mães de bebês prematuros”.

termo, para enfatizar a dependência absoluta do bebê humano no nascimento em relação aos cuidados da figura materna para garantir tanto a sua sobrevivência física quanto a sua constituição psíquica. Winnicott (1966/1999c) enfatiza a importância de reconhecermos a necessidade vital que cada bebê possui em ter alguém que facilite os estágios iniciais dos processos de desenvolvimento psicológico e psicossomático. Segundo o autor, “no início, éramos absolutamente dependentes psicologicamente, e, por *absolutamente*, quero dizer *absolutamente*” (p. 7).

Lacan (1966/1998) fala em “*prematuração específica do nascimento no homem*” (grifo no original, p. 100), para se referir ao período anterior à formação da imagem corporal, em que a imagem despedaçada do corpo prevalece. Para este autor, a partir do estágio do espelho, com o reconhecimento da totalidade do corpo, através da identificação com o outro, é que se estabelecerá uma relação do organismo com a realidade, em outras palavras, entre o mundo interior (*Innenwelt*) com o mundo circundante (*Umwelt*). Contudo, estamos nos referindo neste trabalho a um bebê que nasce ainda mais prematuro do que os outros, dependendo para sobreviver não apenas dos cuidados maternos, mas também dos recursos tecnológicos desenvolvidos pela ciência. O bebê prematuro é biologicamente mais imaturo do que o bebê a termo, vez que se encontra em uma fase do desenvolvimento diferente, na qual seus sistemas e órgãos não estão preparados para viver fora do útero materno (Paim, 2005).

Quando o bebê nasce prematuro não dá tempo para que ocorra a transformação das representações maternas, protegendo a mãe de possíveis conflitos entre o bebê real e o bebê imaginado na sua mente, uma vez que isso costuma acontecer no último trimestre de gestação (Brazelton, 1994).

As mães intuitivamente protegem seu bebê-que-está-por-chegar e a si mesmas de uma potencial discordância entre o bebê real e um bebê representado de forma

excessivamente específica. Afinal de contas, o nascimento é o local de encontro do bebê agora em seus braços com aquele que está em sua mente (Stern, 1997, p. 28).

O nascimento da criança ocorre em um estágio de representações mentais, mencionado por Bruschiweiler-Stern (1997), em que o bebê seria imaginado como ativo, gratificante, vigoroso, como um bebê de três meses de vida pós-natal. Isso se torna mais difícil no caso do nascimento prematuro, já que os pais terão que fazer esse ajuste em suas representações, não no final da gravidez, como geralmente ocorre, mas após o nascimento do bebê, o que pode gerar um estresse adicional para eles, uma vez que estarão preocupados com o seu bem-estar na Unidade Neonatal e com a sua sobrevivência.

Nos primeiros anos de vida, a relação entre mãe-bebê irá influenciar significativamente as relações sociais futuras desse sujeito (Brazelton, 1994; Klaus & Kennell, 1992; Mathelin, 1999; Stern, 1997; Winnicott, 1999). Diante disso, emerge a importância de pensarmos neste grupo de bebês que, em virtude de seu nascimento inesperado, são afastados precocemente de suas mães até que o seu estado clínico permaneça estável. O entendimento de que o distanciamento mãe-bebê comprometeria a formação do vínculo, e conseqüentemente a constituição psíquica do bebê ocorreu a partir da década de 1960, com o crescimento do processo de humanização na Medicina, especialmente na área da Neonatologia (Góes, 1999).

Segundo Klaus e Kennell (1992), o tempo de separação prolongado dificulta a construção de laços afetivos entre a mãe e o bebê prematuro, podendo gerar um estranhamento entre esta dupla, de tal modo que a mãe poderá até mesmo não o reconhecer como sendo seu filho. Sendo assim, faz-se indispensável o contato físico precoce entre mãe-bebê prematuro, quando ele ainda estiver internado no ambiente da UTI Neonatal, tão logo o seu estado clínico permita tal aproximação.

O fato de a mãe poder ver, tocar e cuidar do bebê irá contribuir para o fortalecimento do vínculo afetivo após o nascimento. Klaus et al. (2000) afirmam que:

Se um bebê pequeno e prematuro é tocado, embalado, acariciado, abraçado diariamente ou se conversamos com ele durante a sua permanência na enfermaria, ele poderá apresentar menos pausas na respiração, ganho de peso e um progresso mais rápido em algumas áreas de maior funcionamento cerebral que pode persistir por meses, depois da alta hospitalar (p. 127).

Os esforços empreendidos no nascimento prematuro não devem assegurar apenas a normalização das funções vitais do bebê, mas, sobretudo, não devem perder de vista a reanimação do desejo de viver que habita o sujeito. Nos casos de prematuridade, o desamparo e a impotência, que caracterizam a espécie humana em seus primórdios de vida, encontram-se redobrados. Diante disso, a assistência do outro é requerida em maior extensão, tal como assinala Dias (2004)

o emprego das modernas tecnologias não garante sozinho a animação do ser, que depende de um investimento que se origina de um Outro lugar. A vida revela-se nesse contexto como o que ela é: uma obra, uma construção, uma aposta que não é fruto apenas de uma obstinação da autoconservação do organismo (p. 202).

Assim como o recém-nascido a termo, o bebê prematuro possui competências. Ele também é capaz de reconhecer a voz de sua mãe. Quando isso ocorre, a criança agitada se acalma, relaxa, abre os olhos e procura de onde vem a voz materna. O apaziguamento do bebê se traduz pelas modificações dos ritmos cardíaco e respiratório, observados no cardiorespirógrafo (Couronne, 1997). A voz materna cumpre a função de “cordão umbilical sonoro”, permitindo a continuidade entre o período intrauterino e o neonatal e, caso o pai também tenha conversado com o filho durante a gestação, haverá por parte do bebê o reconhecimento da sua voz (Braga & Morsch, 2003, p. 60).

No livro de Busnel (1997, p. 100) podemos ler o testemunho de um pai que, durante a gravidez, costumava se apresentar ao filho, dizendo: “bom dia (até logo), Julien, é o papai”.

No dia do nascimento, ele acompanhou o parto e os primeiros cuidados dispensados a criança. O bebê chorava muito enquanto era pesado e medido, embora estivesse sendo manipulado com suavidade. Então, o pai aproximou-se do filho e murmurou em seu ouvido as mesmas palavras que dizia enquanto ele estava no útero: “Bom dia, Julien, é o papai”. Imediatamente, o bebê parou de chorar, sorriu e abriu os olhos. Diante dessa experiência, o pai, que é professor de matemática afirmou:

Devo dizer que não preciso de estatísticas, de provas matemáticas para me convencer de que um bebê ouve no útero e reconhece em seguida as vozes dos que falaram com ele. Acrescento que nas horas que se seguiram, durante as quais Julien ficou na incubadora ao lado de Régine, não paramos de falar com ele e de agradá-lo. Ele não chorou mais (p. 100).

A psicanalista Wilhelm (1997) também comenta alguns recursos importantes que podem ser utilizados para amenizar a separação prematura do bebê com o corpo de sua mãe endossando o uso de gravações com músicas que esta costumava ouvir ou cantar durante a gravidez ou a introdução na incubadora de uma peça de sua roupa, impregnada com o seu cheiro. Em decorrência do afastamento inicial que a internação na UTI Neonatal impõe, muitas vezes o nascimento prematuro dificulta que os pais ofereçam ao bebê aquilo que Winnicott (1960/1983b) chamou de *holding* (o ato de segurar) e *handling* (o ato de manipular o bebê).

Os termos *holding* e *handling* são cruciais na teoria winnicottiana. Por isso, consideramos importante conceituá-los de forma mais detalhada nesta etapa do trabalho. Segundo Winnicott (1960/1983b), o *holding* não significa apenas o ato de segurar fisicamente o bebê, mas proporcioná-lo um ambiente de cuidado materno suficientemente bom, em uma fase do desenvolvimento, na qual a criança é totalmente dependente. Vale notar que quando o autor se refere ao cuidado materno, ele não está falando somente do cuidado oferecido pela mãe, mas também a qualquer outra pessoa que a substitua. Na fase de dependência absoluta, o

holding constitui a provisão materna essencial para que o potencial herdado⁷ de um bebê possa se desenvolver.

O *holding*, portanto, implica em aspectos físicos assim como os aspectos psicológicos e afetivos. Para Winnicott (1960/1983b), o *holding* protege o bebê das agressões fisiológicas; leva em consideração a sensibilidade cutânea (tato, temperatura), a sensibilidade auditiva, a sensibilidade visual, a sensibilidade à queda –ação da gravidade; inclui a rotina completa dos cuidados dia e noite, cuidados diferentes de acordo com as diferenças individuais e adapta-se dia após dia às ínfimas mudanças que surgem em função do crescimento e do desenvolvimento do bebê.

Lebovici (1987) tentou descrever o termo em inglês *holding*, dificilmente traduzível e largamente empregado por Winnicott, da seguinte forma: “trata-se de uma mãe que assume seu filho, mas também o retém, o contém, o sustém, etc” (p. 39). No texto *O ambiente saudável na infância*, Winnicott (1967/1999) se refere ao termo “segurar”, com o seguinte significado: “tornar seguro, firmar, amparar, impedir que caia, agarrar, conter, prender; garantir, afirmar, assegurar, tranquilizar, serenar, sossegar; não se desfazer de, conservar; afirmar, garantir; apoiar-se, precaver-se” (p. 53). No texto *A mãe dedicada comum*, fruto da palestra proferida por Winnicott em 1966, o autor afirma ampliar o significado do verbo segurar, abrangendo tudo aquilo que uma mãe é e faz pelo bebê, no período crítico de dependência absoluta no qual ele se encontra. Em uma de suas conferências, Winnicott (1968/1999b) se refere à palavra segurar para descrever “o contexto em que as comunicações mais importantes do bebê ocorrem quando as suas experiências têm início” (p. 86). Em resumo, segurar (*holding*) e manipular (*handling*) de modo adequado o bebê facilita o processo de maturação, enquanto o inverso pode

⁷ O potencial herdado inclui a tendência no sentido do crescimento e do desenvolvimento (Winnicott, 1960/1993). No entanto, para que ele venha a se manifestar no indivíduo, “é necessário que as condições ambientais sejam adequadas” (Winnicott, 1968/1999b, p. 43).

implicar em uma interrupção deste processo, devido às reações do bebê ante às quebras de adaptação.

Diante das necessidades básicas do bebê, faz-se necessário que um ser humano se adapte a elas. Desse modo, mesmo que uma incubadora seja adequada para o bebê prematuro, o cuidado humano é imprescindível. É importante acrescentar que, segundo Winnicott (1960/1983; 1967/1999), para uma pessoa ser capaz de se identificar com o bebê e perceber o que ele está sentindo, não é preciso nenhum conhecimento intelectual sobre o que está acontecendo.

É a partir da experiência dos bebês serem segurados suficientemente bem que eles adquirem confiança em um mundo amigável, tornando-se capazes de atravessar de forma satisfatória todas as fases do desenvolvimento emocional. Além disso, o *holding* adequado auxiliará no assentamento da base da personalidade. Ao contrário, Winnicott (1967/1999) utiliza as palavras mau trato para expressar o efeito que tem para uma criança o fato de a segurarem mal. O autor constatou, no trabalho com crianças mais velhas e adultos, que uma criança mal segurada por uma pessoa que não esteja preocupada em se adaptar às necessidades do bebê, como um médico ou uma enfermeira, por exemplo, pode contribuir para um sentimento geral de insegurança e o processo de desenvolvimento poderá ser retardado.

Para Winnicott (1966/1999d), o segurar e manusear coloca em pauta a questão da confiabilidade humana. Quando a criança ou o bebê é segurado de modo adequado, ele não se lembra de nada e tudo vai bem. No entanto, se ocorre o contrário, sua cabeça cai para trás ou algo parecido acontece, e isso se torna frequente no padrão dos cuidados que lhe é dispensado, constrói-se uma falta de confiança no ambiente. A continuidade de vida do bebê foi perturbada e defesas foram acionadas, para reagir contra um fato muito doloroso e, que dificilmente será esquecido. Ao falar sobre o significado fundamental do modo pelo qual se toma um bebê nos braços, Winnicott (1966/1999d) afirma,

Vocês poderiam fazer uma caricatura de alguém fumando um cigarro e segurando um bebê pela perna, balançando-o e colocando-o no banho –todo mundo sabe que não é disso que um bebê necessita. Há algumas coisas muito sutis aqui. Tenho observado e falado com milhares de mães e percebido como elas pegam o bebê, sustentando a cabeça e o corpo. Se você tomar o corpo e a cabeça de um bebê nas mãos e não pensar que constituem uma unidade, e aí tentar apanhar um lenço ou qualquer outra coisa, pronto: a cabeça vai para trás e a criança se divide em duas partes cabeça e corpo. A criança começa a chorar e nunca mais vai se esquecer disso. A coisa terrível é que nada é esquecido. E então a criança sai pelo mundo sentindo falta de confiança nas coisas (p. 141).

Portanto, o segurar e o manusear tem um significado vital para os bebês em desenvolvimento. Quando esses cuidados, que se traduzem na confiabilidade humana, não são oferecidos de modo adequado, a criança se torna carente desse amor pré-verbal. “Uma criança que não experimentou o cuidado pré-verbal, em termos do ‘segurar’ e do manuseio – confiabilidade humana–, é uma criança carente” (Winnicott, 1966/1999d, p. 143). Em outras palavras, Winnicott (1968/1999b) utiliza o termo carência para se referir às falhas da adaptação materna, que não são corrigidas no tempo devido, chamadas de privação.

É importante ressaltar que a experiência de confiabilidade é introjetada a partir dos cuidados que são oferecidos por um ser humano, que não é mecanicamente perfeito. Assim, a mãe falha inúmeras vezes, mas estas falhas são seguidas de cuidados que as corrigem, “que acabam por constituir a comunicação do amor, assentada sobre o fato de haver ali um ser humano que se preocupa” (Winnicott, 1968/1999b, p. 87).

Quando a mãe se comunica de modo silencioso com o bebê dizendo-lhe: “Sou confiável – não por ser uma máquina, mas porque sei do que você está precisando; além disso, me preocupo, e quero providenciar as coisas que você deseja”, Winnicott, (1968/1999b, p. 87)

chama isso de amor, nesse estágio do desenvolvimento do bebê. Essa comunicação inicial entre a mãe e o bebê é silenciosa, uma vez que este último, apesar não ouvir as palavras da mãe, registra em seu desenvolvimento, os efeitos da confiabilidade. A partir da concepção do autor, a adaptação bem-sucedida da mãe às necessidades do filho, lhe dará uma sensação de segurança e um sentimento de ter sido amado.

Após esta explanação sobre os conceitos de *holding* e *handling*, podemos retomar o caso dos bebês prematuros internados na Unidade Neonatal. Tal situação não quer dizer que os pais não possam segurá-lo ou manuseá-lo. No entanto, eles devem aprender a identificar os sinais emitidos pelo bebê, a partir da compreensão da sua linguagem, buscando ajustar os seus gestos e manuseio a ele, de modo que o recém-nascido possa desenvolver-se física e psicologicamente. Com o objetivo de auxiliá-los na tradução dos movimentos do bebê em palavras, Lima (2008) propõe uma intervenção que consiste em especularizar o discurso entre mãe e filho: ela tanto pode ser dirigida ao bebê falando o *manhês*, como para a mãe falando como uma criança pequena, delineando alguns picos prosódicos.

Podemos concluir essa primeira parte do trabalho com o alerta da psicanalista Catão (2002) de que os bebês prematuros correm o risco de serem privados de contato humanizante, onde a palavra não lhes é dirigida. Paradoxalmente, o prematuro é submetido a vários procedimentos, mas a recomendação é de pouco manuseio, devido à sua instabilidade clínica. Assim, é frequente que somado ao desamparo constitutivo do bebê o abandono de cuidados psíquicos esteja presente. Desse modo, cabe ao psicanalista ou a qualquer outro profissional da equipe do serviço de neonatologia ser um facilitador do contato humano, pelo manuseio por palavras, minimizando os efeitos de um nascimento não “ideal”, no qual o recém-nascido sai do útero e vai para uma incubadora de uma UTI Neonatal. Como afirmam Zen e Motta (2008), para que a vida seja reassegurada “é necessário um ‘chamamento’, uma ‘convocação’ à vida,

pela palavra, endereçada diretamente ao bebê, salvaguardando-lhe o desejo de viver e a capacidade de amar os pais” (p. 120).

A seguir, abordaremos o trauma do nascimento na concepção freudiana e winnicottiana para pensarmos nas repercussões do nascimento prematuro no psiquismo da mãe e do bebê. O bebê nasce em um período da gravidez em que a mulher vivencia um estado de “transparência psíquica” (Bydlowski, 2002, pp. 216-217), para depois atingir o estado de “preocupação materna primária” (Winnicott, 1956/1978, p. 493), sendo que neste interim ela poderá interagir com o filho sob uma modalidade chamada de “preocupação médica primária” (Agman et al., 1999, p. 27). É sobre estes conceitos e possibilidades de lidar com o trauma do nascimento prematuro e o ambiente da Unidade Neonatal que iremos discutir no próximo tópico.

1.3 Trauma e prematuridade: da transparência psíquica à preocupação materna primária⁸

Para Freud (1926/2014), o nascimento constitui uma experiência prototípica de angústia. A angústia surge como reação a uma situação de perigo que vai de encontro à autoconservação. Em uma nota adicionada em 1909 ao capítulo VI da *Interpretação dos Sonhos*, Freud (1900/2019) considera que “o nascimento é, por sinal, a primeira vivência de angústia e, portanto, fonte e modelo da angústia” (p. 447).

No caso do nascimento, a angústia se revela como produto do desamparo psíquico do bebê, fruto de seu desamparo biológico. Devido à imaturidade biológica do ser humano, o nascimento é vivido como experiência de desamparo (no original *Hilflosigkeit*). Freud (1926/2014) revela:

⁸ Partes desse item da tese foram publicadas em 2020, por Freitas, A. L. L. P., & Lazzarini, E. R., na *Revista Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 11(3), com o título: “Trauma e prematuridade: o que fazer diante do nascimento inesperado de um bebê?”

O biológico é a longa fase de desamparo e dependência do bebê humano. A existência intrauterina do ser humano mostra-se relativamente breve, comparada à da maioria dos animais; ele é trazido ao mundo menos ‘pronto’ do que eles. ... os perigos do mundo externo têm sua importância elevada, e o valor do único objeto capaz de proteger contra esses perigos e tomar o lugar da vida intrauterina é bastante aumentado. Portanto, o fator biológico dá origem às primeiras situações de perigo e cria a necessidade de ser amado, que jamais abandona o ser humano (p. 101).

A noção de desamparo original (*Hilflosigkeit*) foi descrita inicialmente por Freud em 1895, no *Projeto para uma psicologia científica*, e desde então a presença de um objeto primordial é tida como condição básica para a constituição do psiquismo do indivíduo, possibilitando que ele saia dessa situação traumática de tensão interna para viver uma experiência de satisfação. Inicialmente, o homem precisa do que Freud (1895/1990) chamou de *ajuda alheia* para sobreviver física e psiquicamente.

Segundo Pheulpin (2019), todo nascimento caracteriza-se por uma experiência de descontinuidade e ruptura pela passagem do ambiente aquático para o meio aéreo, da circulação umbilical para a cardíaca, o bebê perde a sua experiência de ritmos intrauterinos e passa a conhecer a gravidade, ele é separado do corpo da sua mãe, pelo corte do cordão umbilical. São tantas perdas inevitáveis que somente o envelope materno pode compensá-las. Desse modo, o ato de nascer não se cumpre sem certa violência, mesmo nas condições mais favoráveis, e deixará seus traços em cada um de nós. Como envelope materno entendemos os cuidados da mãe, que servem como contensor e organizador psíquico para o bebê. Em uma linguagem winnicottiana, seria o *holding* materno, que permite às mães a tarefa de prover um cuidado suficientemente bom ao bebê, favorecendo o seu desenvolvimento tanto físico como psicológico.

Winnicott (1949/1978), por outro lado, compreende a experiência do nascimento normal como não-traumática, uma vez que o bebê a termo é capaz de organizar defesas contra as intrusões ambientais e possíveis traumas que ocorrem no momento do nascimento. No entanto, o bebê é capaz de reagir a invasões por um período limitado de tempo. A reação neste estágio do desenvolvimento humano significa uma perda temporária de identidade. Isso faz surgir um sentimento de insegurança e de desesperança congênita, mas não herdada, com relação à sua vida pessoal. Nesse sentido Winnicott (1949/1978) afirma que,

Possivelmente a experiência do nascimento pode ser tão suave, que não chega a ter muita importância. Este é o meu ponto de vista no momento. Em oposição a isto, a experiência do nascimento cuja anormalidade ultrapasse um certo limite torna-se trauma do nascimento, passando então a ser imensamente significativa (p. 321).

Se em um nascimento considerado “normal”, a termo, a partir da 37ª semana de gestação, existe a possibilidade de compensação dessas perdas e descontinuidades através do envelope materno, como ficam os casos de nascimento prematuro em que a separação do corpo da mãe e do bebê pode se estender por um tempo indeterminado, dependendo das condições clínicas do mesmo e da sua internação na Unidade Neonatal? Nestas situações, o trauma pode se instaurar, uma vez que o continuar-a-ser do bebê é interrompido bruscamente e as intrusões se prolongam, quando ele é levado para a Unidade Neonatal e o bebê é afastado temporariamente do cuidado materno ou de sua substituta. O conceito de trauma para Winnicott (1967/1999) significa “quebra de continuidade na existência de um indivíduo” (p. 5), podendo comprometer a capacidade do indivíduo de ser e de se sentir real.

O ambiente facilitador, descrito por Winnicott (1968/1999a), parece contrastar com o ambiente da Unidade Neonatal, uma vez que o primeiro pressupõe uma qualidade humana e não uma perfeição mecânica, para que a “mãe satisfatória” possa atender às necessidades da criança. Para o autor, ser “satisfatória” quer dizer: “a tremenda capacidade que as mães

normalmente têm de se devotarem à identificação com o bebê” (pp. 139-140). Assim, segundo o autor, o ambiente facilitador propicia que as tendências individuais herdadas se desenvolvam. Caso contrário, “rompem-se a linha da vida, e as tendências herdadas, muito poderosas, não podem levar a criança à plenitude pessoal” (p. 139).

Winnicott (1966/1999c) afirma que “o ambiente de facilitação –que deve ser humano e pessoal– possuir características suficientemente boas, as tendências hereditárias de crescimento que o bebê tem podem, então, alcançar seus primeiros resultados favoráveis” (p. 8). Vale notar que em uma palestra proferida na *Royal Medico-Psychological Association*, em 1967, Winnicott inclui no conceito de ambiente facilitador, as funções paternas, complementando as funções da mãe, e a função da família, que introduz gradativamente, à medida que a criança cresce, o princípio da realidade.

A internação na Unidade Neonatal provoca uma descontinuidade temporal dos cuidados maternos relacionada a uma invasão prolongada e excessiva pelo ambiente. No nascimento a termo, essa continuidade, que é estabelecida pelo *holding* materno, pode possibilitar ao bebê um sentimento de existir no mundo, em outras palavras, passar de um estado de não integração no qual ele nasce, para um estado de identidade unitária, permitindo o surgimento de um *self*.

Nesse sentido, segundo Winnicott (1965/1994), a questão do trauma do nascimento não é considerada como estrutural, como afirmou Freud (1926/2014), mas sim como uma falha ambiental, que está relacionada à falta de provisão dos cuidados maternos, primordiais no estágio de dependência absoluta. Portanto, a relação inicial entre os sujeitos e os cuidados maternos e os sujeitos e o ambiente não é necessariamente traumática, pelo fato da mãe se colocar num estado de preocupação materna primária que possibilita ao bebê uma sustentação física e psicológica, um espaço de ilusão onde ele tem a sensação de onipotência, necessária para a criação de objetos internos (Zornig et al., 2004).

Para explicar com mais detalhes como ocorre essa sensação de onipotência, Winnicott (1962/1983) afirma que a partir de uma necessidade não-formulada do bebê, a mãe, adaptada ao filho, apresenta-lhe um objeto ou uma manipulação (por exemplo o seio ou a mamadeira) que satisfaz essa necessidade, de modo que o bebê começa a necessitar exatamente o que a mãe lhe apresenta. Ocorre, conforme Winnicott (1951/1975) relata, uma sobreposição entre o que a mãe supre e o que a criança poderia conceber. A mãe propicia a oportunidade para a ilusão de que o seio faz parte do bebê e que, portanto, está sob o seu controle mágico. Para o autor, desenvolve-se no bebê um fenômeno subjetivo, no qual ele chamou de seio⁹ da mãe. Desse modo, o bebê sente-se confiante e capaz de criar e controlar objetos e o mundo real. Nas palavras do autor, “a mãe proporciona ao bebê um breve período em que a onipotência é um fato da experiência” (Winnicott, 1962/1983, p. 60).

Segundo Winnicott (1948/1997), a mãe consegue dar ao bebê a ilusão de que aquilo que ele consegue e encontra é fruto do que ele criou a partir de seus próprios sentimentos, do seu poder de alucinar. A partir da experiência de uma realidade compartilhada, o bebê consegue imaginar o que vai provavelmente acontecer. Quando isso ocorre de maneira bem-sucedida, estará sendo formada a base de uma boa saúde mental, na qual um mundo interno rico poderá ser percebido na criança. Podemos dizer que são nessas primeiras experiências que as bases da criatividade são formadas, ou seja, é essa adaptação da mãe às necessidades do bebê, que o permite descobrir o mundo de forma criativa (Winnicott, 1967/1999). Para Winnicott (1970/1999), a criatividade consiste na manutenção dessa experiência infantil, da capacidade de criar o mundo.

⁹ A palavra seio é utilizada para representar tanto o seio físico quanto toda a técnica de maternagem, uma vez que na concepção de Winnicott (1951/1975), uma mãe pode ser suficientemente boa, alimentando o filho com uma mamadeira.

Ao contrário, o fracasso no arranjo sobre como manejar o bebê pode ocasionar a cisão da personalidade, que é um dos significados da palavra esquizofrenia. Neste caso, a criança poderá se relacionar com a realidade externa de maneira submissa ou através de uma realidade imaginada. Em casos extremos, Winnicott (1948/1997) ressalta que algumas crianças não terão nada para imaginar com exceção daquilo que está nela, algo parecido com o chupar o dedo ou movimentos de embalar, algo extremamente pobre.

Sendo assim, é necessário que a mãe seja capaz de apresentar o mundo ao filho em pequenas doses, para que ele possa entender, gradativamente, que a sua imaginação não corresponde exatamente ao mundo (Winnicott, 1964/2017e). Conforme Winnicott (1963/1983), todo o processo de cuidado com o bebê tem como principal característica a apresentação contínua do mundo à criança. É preciso que, inicialmente, haja um contato satisfatório e ilusão suficientes para que o mundo interno do bebê seja construído e isso é possibilitado graças ao estado de preocupação materna-primária.

Winnicott (1956/1978, p. 493) definiu “preocupação materna primária” como uma condição psicológica da mãe muito especial, quase uma doença, caracterizada por um estado de sensibilidade aumentada durante, e especialmente, no final da gravidez, e que continua por algumas semanas após o nascimento da criança. No texto *A mãe dedicada comum*, o autor afirma que a mãe que está profundamente envolvida com o bebê e com os cuidados que lhe dedica, tem um tipo de identificação extremamente sofisticada com ele, embora permaneça adulta (Winnicott, 1966/1999). A preocupação materna primária pode ser entendida como um estado de regressão narcísica, ou seja, há uma regressão da mãe à época de sua própria infância, que a torna capaz de compreender e satisfazer as necessidades do recém-nascido e entrar em sintonia com ele (Camarotti, 2000; Lungano & Tosta, 2009).

Uma vez que já falamos sobre *holding* e acabamos de definir “preocupação materna primária”, cabe fazer uma breve articulação desses termos com os conceitos de “contínente” e

Rêverie, de Bion, que segundo Zimmerman (2008) possuem grande semelhança entre si. Para Zimmerman muitos autores acreditam que Bion usou o termo *Rêverie* como sinônimo de “continente”. No entanto, a palavra *Rêverie* se origina do francês *revê* (sonho), ou seja, se refere à capacidade da mãe externa, real, “de permanecer em uma atitude, livre e espontânea, de receber, acolher, decodificar, significar, nomear as angústias do filho (paciente) e somente depois disso devolvê-las, devidamente desintoxicadas e significadas” (p. 98).

Assim, quando o bebê se vê ‘bombardeado’ por sentimentos que parecem desintegrá-lo, a mãe os incorpora, metaboliza e os devolve para ele, sob uma forma mais digerível e suportável. Com a repetição dessas experiências o bebê fica seguro e confiante, obtendo desse jeito um modelo de como lidar com a angústia (Posternack, 2002, p. 139).

Em *O aprender com a experiência*, Bion (1962) conceitua o termo *Rêverie* como um “estado mental aberto a receber quaisquer ‘objetos’ do objeto amado e, portanto, acolher as identificações projetivas do bebê, se boas ou más” (p. 60). Em *Estudos Psicanalíticos revisados*, Bion (1967) afirma que “a capacidade de *Rêverie* da mãe é o órgão receptor da colheita de sensações que o bebê, através de seu consciente, experimenta em relação a si mesmo” (p. 134). Assim como Winnicott (1956/1978), Bion afirma que essa condição na qual a mãe se encontra em um estado de maior sensibilidade, captando o que se passa com o filho, não se dá pela atenção provinda dos órgãos dos sentidos, mas muito mais pela intuição. Em *O ambiente saudável na infância*, Winnicott (1967/1999) destaca o saber intuitivo das mães: “há coisas muito sutis que a mãe sabe por intuição e sem qualquer apreciação intelectual daquilo que está acontecendo, às quais ela só pode chegar se a deixarmos com toda a responsabilidade neste campo específico” (p. 55).

Além de fazermos uma articulação entre os conceitos de *holding*, de Winnicott (1960/1983b; 1967/1999; 1968/1999b), e capacidade de *Rêverie*, de Bion (1962;1967), não

podemos deixar de mencionar o conceito de pele psíquica, de Esther Bick (1968) que também possui semelhanças com os demais. Ele se refere à função contentora materna que procura organizar os conteúdos internos do bebê, separando-os do exterior. No entanto, para que a função materna seja bem-sucedida, ou seja, de conter as partes do *self*, que inicialmente são percebidas como soltas e sem ligação entre si, é necessária a introjeção de um objeto externo capaz de cumprir tal tarefa. Posteriormente, a identificação com esta função do objeto substitui o estado não-integrado do bebê e dá origem à fantasia de espaços internos e externos. Portanto, a formação dessa primeira pele primordial surge através da capacidade de a mãe conter tanto fisicamente o bebê, pela maneira como ela o segura, fala e o toca, mas também como consegue sustentá-lo psiquicamente. Os casos clínicos apresentados no artigo de Bick, de 1968, pretendem mostrar que esse objeto contentor é vivido concretamente como uma pele. Mais adiante, quando a tese de Bick sobre a função primária da pele do bebê e de seus objetos primários for retomada no capítulo 2, item 2.1, falaremos sobre o que pode ocorrer caso haja perturbações no desenvolvimento desta função primária da pele.

Até aqui, descrevemos o estágio de dependência absoluta, que está intimamente ligado à capacidade psíquica da mãe de se identificar com o bebê. Posterior a ele, vem o estágio de dependência relativa, constituído pela adaptação gradativa a uma falha materna. Segundo Winnicott (1951/1975), assim como a capacidade da mãe em se adaptar quase completamente ao bebê é importante, proporcioná-lo, gradativamente, a desilusão, à medida em que ele consegue lidar com o fracasso materno, permite que a criança se relacione com a realidade externa, ou seja, é a partir da frustração que os objetos se tornam reais.

No entanto, para Lungano e Tosta (2009), assim como algumas mães não conseguem alcançar o estado de preocupação primária, de profunda identificação com o bebê, outras poderão se perder nesse estado por muito tempo, podendo chegar a casos patológicos. É necessário que após o estabelecimento do vínculo mãe-bebê, possa ocorrer um rompimento na

relação fusional, para que o desenvolvimento individual de ambos possa seguir o seu curso de forma independente. De acordo com Winnicott (1966/1999c), “para uma criança seria muito aborrecido continuar vivenciando uma situação de onipotência quando ela já dispõe dos mecanismos que lhe permitem conviver com as frustrações e as dificuldades de seu meio ambiente” (p. 6).

A partir dessa desadaptação gradual, ocorre o início da compreensão intelectual. Winnicott (1963/1983) comenta o exemplo de um bebê esperando pela alimentação. Neste estágio, de dependência relativa, ele pode esperar alguns minutos, porque o barulho que escuta da cozinha indica que a comida está quase pronta. Diferentemente do estágio anterior, de dependência absoluta, ao invés de simplesmente ficar excitado com o barulho, o bebê é capaz de esperar.

Vale ressaltar que Winnicott (1951/1975), além de abordar a realidade interna e externa como áreas separadas, mas inter-relacionadas, formulou o conceito de área intermediária de experimentação, que consiste em “um estado intermediário entre a inabilidade do bebê e sua crescente habilidade em reconhecer e aceitar a realidade” (p. 12). Dito de outra maneira, o autor se refere a uma área entre o subjetivo e aquilo que é objetivamente percebido, na qual a presença do objeto transicional (ponta do cobertor, uma palavra ou melodia, etc) pode representar essa travessia. Winnicott comenta que, “na relação com o objeto transicional, o bebê passa do controle onipotente (mágico) para o controle pela manipulação (envolvendo o erotismo muscular e o prazer de coordenação)” (p. 21).

Apesar de não fixar uma idade para que os fenômenos transicionais comecem a surgir, Winnicott (1951/1975) sugere que isso ocorra entre os quatro e os doze meses. Afirma que os padrões estabelecidos pelo bebê podem perdurar durante a infância propriamente dita, de modo que o objeto transicional “continua a ser absolutamente necessário na hora de dormir, em momentos de solidão, ou quando um humor depressivo ameaça manifestar-se” (p. 14). O

destino desse objeto vitalmente importante para o bebê, por constituir uma defesa contra a ansiedade, é o de que com o passar dos anos, ele seja gradativamente descatexizado, perdendo o seu significado.

O próximo estágio mencionado por Winnicott (1963/1983) é chamado de rumo à independência, que descreve os esforços da criança pré-escolar e do adolescente de se defrontar com o mundo e todas as suas complexidades. É esperado que os adultos continuem o processo de crescer e amadurecer, mas segundo o autor, eles raramente atingem a maturidade completa. Na verdade, conforme Winnicott (1951/1975), a tarefa da aceitação da realidade nunca é completada, havendo uma tensão entre a realidade interna e externa, e o alívio dessa tensão é proporcionado pela área intermediária de experiência. Tal área, que não é contestada e constitui a maior parte da experiência do bebê é conservada, ao longo da vida, através da arte, da religião, do viver imaginativo e do trabalho científico criador.

No entanto, como estamos falando neste trabalho sobre um bebê que acabou de nascer, e de modo prematuro, o nosso foco consiste no primeiro estágio do seu desenvolvimento, no qual a adaptação quase completa da mãe se faz necessária. Ao se referir à preocupação materna primária, Winnicott (1956/1978) afirma que tanto para a mulher atingir essa “doença normal” como para sair dela é necessário que esta seja saudável, ou seja, esteja gozando de um bom estado mental. As perguntas que *fazemos* e que já foram formuladas por Mathelin (1999) são as seguintes: “Como pode uma mulher estar em bom estado quando seu filho em perigo lhe é retirado ao nascimento?” (p. 67). “Como a mãe pode viver essa preocupação materna primária que de hábito se instala naturalmente quando o filho se acha numa unidade de tratamento intensivo?” (p. 43).

Esse estado psíquico particular, ao qual Winnicott (1964/1999) denominou de preocupação materna primária, ocorre entre algumas semanas que precedem o parto e as semanas imediatamente seguintes a este. Anterior a este período, a mãe estaria vivenciando um

estado do psiquismo denominado por Bydlowski (2002) de *transparência psíquica*, “caracterizado pela diminuição das resistências habituais da mulher diante do recalcado inconsciente e marcado por um superinvestimento de uma história pessoal e de seus conflitos infantis, com uma plasticidade importante das representações mentais centradas sobre uma inegável polarização narcísica” (p. 217). Em outras palavras, especialmente durante a segunda metade da gravidez, a futura mãe irá se voltar para os temas autocentrados e inacessíveis para aquelas mulheres que não estejam vivendo a gestação. A autora afirma que este é um período de reencontro íntimo consigo mesma, no qual a memória de sua origem é reativada.

Dependendo de como esta mulher internalizou o objeto interno, que é metaforicamente representado pelos cuidados que ela recebeu de sua própria mãe, um sentimento de segurança ou de angústia do caos, fruto de suas primeiras relações poderá vir à tona, podendo tornar o bebê um lugar privilegiado de expressão desses conflitos, uma vez que a relação irá se estabelecer graças aos traços mnemônicos escondidos e reativados pelo bebê que a própria mãe foi. Bydlowski (2002) comenta sobre como os pintores da Renascença parecem traduzir em suas obras o mundo interior da maternidade. A autora aponta para o olhar oblíquo das Madonas, dirigidos para o interior de si mesmas, traduzindo plástica e metaforicamente a crise emocional e maturativa que atravessa a mulher durante a gestação.

Na imagem a seguir, veremos o olhar oblíquo da Madona amamentando. Esse olhar contempla o recém-nascido que ela foi outrora, tendo em seus braços o bebê real, “objeto externo”, que será investido, na medida em que ocorre um progressivo desinvestimento do “objeto interno”, metáfora dos cuidados maternos recebidos no passado (bebê que ela foi ou que ela crer ter sido).



Tondo da Virgem Amamentando, de Hans Memling.

Como podemos esperar que a mãe do bebê prematuro seja capaz de se adaptar às necessidades do bebê real se este nasce antes do final da gravidez, em um período no qual não houve a passagem da transparência psíquica à preocupação materna primária, que consiste, segundo Bydlowski e Golse (2002), em uma via de objetualização?

Dessa forma, esse estado de preocupação materna primária pode ser substituído em um primeiro momento, no caso de prematuridade, por uma modalidade interativa a qual Agman et al. (1999, p. 27) chamaram de “preocupação médico-primária”, que permite à mãe se aproximar, conhecer e envolver-se com o bebê, através das informações técnicas e das condições clínicas do mesmo. A mãe ocupa uma função mais médica do que maternal, mas, na verdade, por trás dessa atitude de apropriar-se dos códigos de comunicação dos cuidadores profissionais, ela está demonstrando disponibilidade para interagir com o filho, participando das decisões sobre as condutas terapêuticas que serão tomadas. Isso pode ocorrer pelo fato da internação e permanência do bebê na UTI Neonatal destituir da mãe a sua capacidade de cuidar do seu filho, deixando essa tarefa para o *staff* humano e não-humano (Rabello, 2004).

Morsch e Braga (2007, p. 628) alertam para o cuidado em não se adotar uma perspectiva valorativa ao considerar a “preocupação médico-primária” como uma recusa da função materna. Essa postura da mãe de empoderamento (*empowerment*), diferente do que é idealmente aceito por alguns profissionais da equipe de saúde, pode gerar desconforto, pelo

fato de não admitirem que a mãe possa adotar uma posição mais assertiva dentro da UTI Neonatal, contrariando a esperada fragilidade do seu papel enquanto parturiente prematura. Não há um tempo determinado para que a mãe consiga transpor esse modelo de maternagem¹⁰, conseguindo relacionar-se com o bebê para além das suas condições clínicas. A “preocupação médico-primária” apenas consiste em um mecanismo de transição utilizado pela mãe na busca de um encontro que foi antecipado.

Apesar de Jerusalinsky (2000, p. 56) não utilizar o termo “preocupação médico-primária”, ela fala sobre o esforço das mães em supor que o domínio do “dialeto” técnico que circula na sala da UTI Neonatal possibilitará que elas se reencontrem com seus filhos e recuperem os seus lugares de saber, bem como a responsabilidade por seus cuidados. A autora aponta para o fracasso desta tentativa, uma vez que o conhecimento técnico não serve de prótese, pois constitui um dialeto anônimo, igual para todos os bebês internados, no qual se pode falar de órgãos e funções orgânicas, mas nada diz sobre o que o bebê representa simbolicamente para a mãe, nem dá à ela as coordenadas da função materna, as quais ela possa se dirigir ao bebê.

Diante do exposto, podemos pensar na complexidade do processo de transição em direção à parentalidade ou parentificação no qual os pais do bebê prematuro estão submetidos. Antes de voltar a questão da prematuridade, daremos uma breve explicação do conceito de parentalidade. Segundo Houzel (2004), o termo maternidade, traduzido do inglês, *motherhood*, foi proposto por Paul-Claude Recamier, em 1961, com o intuito de conferir um sentido mais dinâmico à tradução habitual de maternidade. Acrescentou ao primeiro neologismo, os termos paternalidade e parentalidade. Este último ficou sem ser usado por mais

¹⁰ Por “maternagem” entendemos como a capacidade de desempenhar as funções maternas próprias do cuidado, da comunicação, da atenção ao recém-nascido e à criança. Em outras palavras, consiste no conjunto de cuidados dispensados –especialmente pela mãe ou seu substituto– ao bebê (Brasil, 2017).

de vinte anos, até ser resgatado em 1985 por Renée Clement e, desde então, vem sendo utilizado para designar o processo dinâmico por que passam os pais ao se tornarem pais. Em essência, parentalidade não corresponde ao fator biológico, mas ao processo complexo necessário para “tornar-se pais”, implicando níveis conscientes e inconscientes do funcionamento mental.

Houzel (2004) distingue três dimensões para estudar a parentalidade: o exercício da parentalidade, a experiência da parentalidade e a prática da parentalidade. Nesta parte do trabalho, quando nos referimos ao estado de preocupação materna primária, de Winnicott (1956/1978), ou a transparência psíquica de Bydlowski (2002), estamos falando sobre a experiência da parentalidade, que consiste na “experiência subjetiva consciente e inconsciente do fato de vir a ser pai e de preencher esses papéis parentais” (Houzel, 2004, p. 49). Esses autores abordam a complexidade das modificações psíquicas que se produzem nos pais, especialmente na mãe, no decorrer de sua transição para a parentalidade. Houzel (2004) aponta para o fato de que estudos sobre as modificações psíquicas que se produzem no pai, no decorrer de sua transição para a paternalidade, são menos frequentes do que os que são realizados com as mães. No entanto, é evidente a importância e a profundidade com que tais processos de mudança encontram-se em movimento no homem.

Além das contribuições psicanalíticas de Winnicott (1956/1978) e Bydlowski (2002), não podemos esquecer o trabalho de Daniel Stern (1997), no qual descreveu uma nova organização do psiquismo da mulher, chamada de constelação da maternidade, referindo-se a um estado materno que se estende ao primeiro ano da maternidade. Diz o autor,

Eu estou sugerindo que, com o nascimento de um bebê, especialmente o primeiro, a mãe entra em uma nova e única organização psíquica que eu chamo constelação da maternidade. Como uma organizadora psíquica, essa “constelação” determinará uma nova série de tendências de ação, sensibilidades, fantasias, medos e desejos (Stern, 1997, p. 161).

Segundo Stern (1997), durante a gravidez e no período pós-natal, a constelação da maternidade se torna o eixo organizador dominante da vida psíquica da mãe, deixando em segundo plano o complexo edípico, enquanto eixo organizador nuclear. Em outras palavras, a tríade edípica mãe, mãe-da-mãe, pai-da-mãe e sua reedição mãe-pai-bebê saem de cena para dar lugar a uma nova tríade psíquica: mãe-da-mãe, mãe-bebê. Para o autor, assim como para Winnicott (1964/2017d), apesar de o pai desempenhar um papel importante, de proteção e apoio para a mulher, a fim de que ela possa dedicar-se às necessidades vitais do bebê, afastando-a, temporariamente, das exigências da realidade, nesta fase, ele é colocado em segundo plano. O principal envolvimento psicológico da mãe é geralmente com as figuras maternas, o que não significa que o pai não possa ser maternalizado, exercendo um papel tanto psicológico quanto prático importante, principalmente, no contexto contemporâneo, no qual houve o relativo desaparecimento da família ampliada, depositando na família nuclear a responsabilidade única e exclusiva de cuidar do bebê. Na nossa cultura, conforme Stern, quando uma mulher se torna mãe, vários temas correlacionados surgem no seu pensamento:

1. *Tema de vida-crescimento* - a maior preocupação materna consiste em saber se ela será capaz de manter a vida e o crescimento do bebê.
2. *Tema do relacionar-se primário* - a principal preocupação da mãe é se ela conseguirá envolver-se emocionalmente com o bebê, de forma autêntica, e se esse envolvimento assegurará o desenvolvimento psíquico que ela deseja para o bebê.
3. *Tema da matriz de apoio* - a mãe se questiona se ela saberá criar e permitir os sistemas de apoio necessários para o cumprimento de suas funções maternas.
4. *Tema da reorganização da identidade* - a mãe se interroga se ela será capaz de transformar a sua autoidentidade para permitir e facilitar suas funções ligadas aos três temas anteriores.

Para a mãe do bebê prematuro, o processo de parentificação pode ser mais difícil, pois além das questões psíquicas que são inerentes a ele, ela terá que lidar com fatores ambientais adversos, como por exemplo, a internação do filho em uma Unidade Neonatal. Assim como nos fala Druon (1997, p. 139), o bebê prematuro não está “nem dentro”, *in utero*, “nem fora”, no exterior. Ele, geralmente, está na incubadora.

Segundo Krodi (2008), a UTI Neonatal não oferece garantias, apenas incertezas que deixam todos em estado de ameaça. É um lugar marcado pela instabilidade, imprevisibilidade e perigo de morte iminente. Diante disso, os pais podem viver o terror/pavor (*Schreck*) e entrar em estado de angústia automática. Outras vezes é o medo (*Furcht*) que marca as relações entre pais e bebê. No caso do nascimento prematuro, pode ser o medo de sequelas na vida da criança ou até mesmo a sua morte.

Na fala de Miele (2004), escritora e mãe de uma criança que nasceu com um problema cardíaco e passou por um longo período de internação em uma UTI Neonatal, podemos observar como o medo está constantemente presente quando se tem um filho internado neste local,

A UTI é um lugar tenso: não adianta tentar adivinhar, você nunca sabe o que vai encontrar. É um lugar dinâmico: a cada dia pode-se deparar com um caso novo, ou com mais um berço vazio, sem explicações. Nunca pergunto por que o berço ficou vazio: prefiro não ter certeza.

Ter um filho na UTI é conviver com o medo 24 horas por dia. É sentir o coração disparando cada vez que você chega e só bater ritmado depois de pousar os olhos no seu bebê e ter certeza de que está tudo bem. Medo da perda, medo da piora, medo do futuro incerto, medo do presente. Medo da própria capacidade de suportar as notícias (p. 71).

Brazelton (1994) já dizia que “o nascimento de uma criança prematura é um choque” (p. 425). A gravidez é cessada bruscamente e toda a preparação para o parto e para a chegada do novo bebê é interrompida. Maldonado e Canella (2009) ressaltam que o primeiro impacto da notícia de um acontecimento inesperado, como, por exemplo, o nascimento prematuro, provoca surpresa e choque, seguindo-se de várias emoções que são despertadas de modo turbulento. Ao contrário de um nascimento a termo, no nascimento prematuro os presentes estão suspensos e as felicitações são interrompidas, a mãe e o bebê são separados (Agman et al., 1999).

Druon (1999, p. 37) afirma que no nascimento prematuro uma “tempestade psíquica” se abate sobre o casal, onde o bebê idealizado da gravidez não corresponde em nada ao bebê da incubadora. Relata que os pais que ela acompanha encontram-se em estado de choque, de sideração diante de uma situação catastrófica. É comum que além da angústia relacionada ao presente e ao futuro do bebê, as mães se sintam culpadas em relação ao nascimento prematuro. No relato de Mandel (2013) a culpa pelo nascimento prematuro da filha se apresenta tão intensamente que nenhuma explicação racional para tal evento parece ser justificada.

Sentia raiva do mundo. Raiva de mim mesma. Culpa. Muita culpa.

Não adiantava o médico explicar que o enraizamento da placenta não tinha relação com minha alimentação ou com minhas atividades. Não adiantava ele dizer que meus supostos excessos não tinham relação com a insuficiência placentária. Eu me sentia culpada. Ponto final (p. 68).

Jerusalinsky (2000) comenta que na urgência, isto é, no contexto da UTI Neonatal, “encontramos a falta de palavra, ou falas aparentemente desconexas que ficam entrecortadas pelo evento que toma de surpresa os pais do recém-nascido e lhes impossibilita situar-se e situar

o bebê” (p. 52). Prematuramente mãe, devido à interrupção da sua gestação psíquica¹¹, Zen e Motta (2008) afirmam que enquanto o bebê está na UTI Neonatal a mulher sente-se desamparada, em pânico, invadida por sentimentos de culpa e de incompetência.

É a gravidez de barriga vazia e colo vazio; é a estranheza de estar em uma maternidade sem o seu bebê Privada do filho nos braços é reduzida à impotência –traumatismo sem nome, isto a deixa num sentimento de irrealidade, com dificuldade de ‘sentir’ seu bebê (p. 111).

Szejer (1999), afirma que, pelo fato das mães serem separadas dos filhos, devido à internação da criança, e não poderem propiciar efetivamente os cuidados maternos, elas desistem e ficam deprimidas. Exemplifica tal sentimento de culpa, através de alguns relatos:

Sou uma mãe ruim, incapaz de ajudá-lo no momento em que ele mais precisa de mim.

A senhora que é psicanalista, sabe como os primeiros instantes são decisivos... dizia uma mãe com uma voz embargada por soluços de impotência.

Nem mesmo fui capaz de levá-lo a termo... É tudo culpa minha, indignava-se outra.

De que adianta ir vê-lo e falar com ele? Disseram-me que ele está com tubos na boca e no nariz, como é que ele vai conseguir me reconhecer desse jeito?

Só vou atrapalhar. Aliás, me disseram que eu mesma estou muito fraca. As enfermeiras da reanimação farão isso melhor do que eu (p. 58).

No que se refere à discrepância entre o bebê real e o bebê imaginário, algumas mães podem sentir dificuldades para reconhecer seu filho prematuro. Mathelin (1999) afirma: “Com efeito, tudo se passa com frequência como se o bebê continuasse no ventre delas, como se ainda

¹¹ Para Zen e Motta (2008, p. 112), a gravidez psíquica é indispensável na medida em que a mãe sonha com seu filho e prepara o “espaço” do bebê, simbólica e imaginariamente, seguindo o ritual do enxoval, por exemplo. Essa relação entre o trabalho psíquico que é feito pela mãe para a chegada do bebê e a preparação do enxoval pode ser percebida no relato de Mandel (2013, p. 66), quando ela mostra a necessidade e a urgência de receber o kit berço e arrumar a mala da maternidade a tempo de a criança nascer.

não tivessem dado à luz” (p. 70). Nesse sentido, os últimos meses de gestação constituem momentos fundamentais não só para a construção da criança, mas também para a construção da mãe, como bem ressalta a autora.

O nascimento prematuro consiste em um evento traumático tanto para a mãe como para o bebê, pois pode ser considerado como um excesso de tensão vindo do exterior, aliado a uma falta de recurso do sujeito para responder a tal excesso. Para Rosa (2016), a irrupção do traumático aparece como “a desorganização subjetiva decorrente da emergência daquilo que está fora do sentido e da significação” (pp. 47-48).

Um evento é tanto mais traumático quanto maior for a sua ancoragem na fantasia, que pode ocorrer, por exemplo, quando uma mãe mantém uma ambivalência em relação à gestação e se culpa pelo nascimento prematuro do filho (Agman et al., 1999). Apesar da ambivalência ser intrínseca à maternidade, ela só pode ser mantida, segundo Lungano e Tosta (2009), sob um certo nível de segurança. Isso quer dizer que se um bebê nasce com alguma deficiência ou doença, tal ambivalência pode ser percebida como a realização de fantasias maternas, de destrutividade e negatividade. Como se refere a um conteúdo inconsciente, dificilmente é expresso por palavras, mas pode dar lugar a sentimentos como culpa, vergonha e medo .

Com relação ao bebê, os efeitos de um trauma, decorrentes da separação com a mãe, podem ser significativos. Winnicott (1965/1994) aponta que, depois de um certo tempo, o bebê mergulha em uma experiência de agonia. Então, a ausência da mãe, que quando gradativa favorece o amadurecimento psíquico, não é vivida como tal: a ausência se transforma em vazio.

Podemos nos questionar como um bebê prematuro está em sofrimento psicológico. Para Maury (1999), a expressão somática é uma via privilegiada para a criança significar um estado de sofrimento psicológico. Portanto, devemos estar atentos aos sinais emitidos pelo bebê que apontam o uso de defesas contra a dor e o estresse prolongados e a estimulação excessiva, para proteger-se, defender-se e resguardar-se. Segundo Symington (1997), quando não há a função

materna continente, o bebê desenvolve formas de “manter-se coeso” (p. 26), por meio de modalidades sensoriais. Ele pode fixar um objeto sem piscar os olhos, como uma forma de colar-se a ele; pode agarrar-se a um som, empurrar sua mão ou outra parte do corpo contra uma superfície, de forma rígida, como uma ventosa. Tais manifestações corporais são uma maneira de conter e proteger o eu frágil do bebê.

Andrade (2002) menciona as seguintes defesas utilizadas pelo bebê prematuro, que se forem usadas com frequência, o seu desenvolvimento psicoafetivo poderá ser prejudicado, uma vez que tais recursos irão dificultar as interações entre ele e seus pais.

1. Fechamento sobre si mesmo: que Couronne (1997, p. 140) chama de “hibernação mental”, onde os bebês reagem menos aos estímulos.

2. Sono como uma recusa de contato: nesse caso, o bebê faz uso do sono como uma forma de retraimento, evitando o contato com o meio.

3. Fixação adesiva do olhar: o bebê fixa o olhar de modo adesivo em um reflexo sobre a incubadora ou sobre algum objeto.

4. O desvio do olhar (excessivo): o bebê desvia o olhar sistematicamente.

5. Segurar um objeto ou tecido de modo adesivo: o bebê busca segurar um objeto de modo excessivo, como se procurasse um ponto de apoio.

Vale acrescentar que o nascimento prematuro pode representar um evento traumático não só para o bebê e a sua família, mas também para os atendedores que cuidam do bebê prematuro e carregam a missão de devolver aos pais um filho vivo, perfeito e curado. Eles também enfrentam os primeiros contatos traumáticos, seja sustentando os pais para o reencontro com o filho ou, em alguns casos, tendo que prepará-los para a morte da criança. Os profissionais também têm que lidar com a rivalidade dos pais, a ambivalência e os eventuais desejos de morte em relação ao bebê (Pizzoglio,1999). Além disso, podem esperar reconhecimento e às vezes encontram raiva e ódio ou uma total submissão por parte dos pais.

“Pesa sobre eles nessa situação de crise, o peso do indizível e do intolerável” (Druon, 1999, p. 37). Por esse motivo, consideramos importante refletir no tópico subsequente o papel da equipe de saúde no contexto da internação do bebê em uma Unidade Neonatal, podendo facilitar ou não a relação pais-filho.

1.4 O trabalho da equipe de saúde junto aos pais e o bebê prematuro na Unidade

Neonatal: possibilidades de intervenção

À equipe de saúde é atribuída a árdua tarefa de compreender a complexidade do funcionamento psíquico especial dos pais do bebê prematuro, que está internado na Unidade Neonatal, para que conflitos e julgamentos sejam evitados. Não é raro a mãe sentir-se angustiada e culpada ou culpar o próprio bebê por sair de seu ventre antes da hora, podendo gerar um distanciamento físico e emocional entre mãe-filho. Nesses casos, o profissional de saúde pode desejar assumir o papel de mãe, condenando a atitude materna e percebendo-a como abandono à criança. Segundo Cunha (2004) ao delegar a função materna aos profissionais da UTI Neonatal,

... reativa-se o pensamento infantil de que só os próprios pais são capazes de criar e cuidar da vida. Somam-se os sentimentos de desvalorização e acentua-se a tendência à delegação. Pode julgar-se ameaçadora para a vida do filho e incapaz de tocá-lo, alimentá-lo e mesmo olhá-lo. Sua baixa auto-estima interpreta a separação como um castigo merecido (p. 219).

A possibilidade da morte do bebê também pode gerar a indisponibilidade da mãe para investir o filho, entregando-o aos cuidadores da instituição (Cunha, 2004). Diante deste contexto, o serviço de neonatologia pode assumir uma dupla função, a de ocupar a posição paterna, cuja função é separadora, mas ao mesmo tempo possibilitar um lugar de elaboração para os pais, “oferecendo uma oportunidade de um tempo-espço que separa e também serve de ponte entre o bebê e seus pais” (Vasconcellos, 2018, p. 64).

Para Agman et al. (1999), se por um lado o serviço apresenta algo da ordem da interdição da simbiose entre mãe-bebê, ele também intervém como função reparadora e finalizadora. Ao mesmo tempo em que a mãe pode rivalizar com este serviço e sentir raiva de outras mulheres que estão ali para lembrá-la que ela não concluiu seu trabalho de levar a gestação a termo, tal sentimento não poderá ser expresso, sob pena de sentir-se culpada em relação a quem possibilita a sobrevivência de seu filho. Para o pai, assim como para a mãe, o serviço poderá, a nível da fantasia, ter o papel de finalizar o bebê, substituindo o ventre materno. Assim, segundo Soulé (1987), é natural que haja uma extrema ambivalência de sentimentos em relação à equipe de saúde: “reconhecimento, dependência, mas também agressividade, ódio, sentimentos de perseguição, inveja e ciúmes” (p. 166). E acrescenta que é preciso permitir aos pais externalizar esta ambivalência, para evitar passagens ao ato ou atitudes inconsequentes.

Lungano e Tosta (2009) também mencionam que o saber médico ou de outro profissional da saúde e, frequentemente, da instituição que o representa, assumem o lugar de terceiro, característico da função paterna, separando mãe e filho. Segundo as autoras, a mãe sente-se *despotencializada* diante deste saber, diferente daquele conhecido por ela, podendo representar simbolicamente uma comprovação de sua incompetência.

Em sua fantasia, ela aparece como a produtora de uma criança doente, a detentora da doença e da destruição. A instituição, por sua vez, pode significar a *salvadora*, aquela que apesar de toda *maldade* da mãe, vai intervir junto à criança, devolvendo-lhe a esperança de vida (Lungano & Tosta, 2009, p. 107).

Zen e Motta (2008) alertam para o perigo de um membro da equipe médica tomar para si o lugar que pertence aos pais, correndo o risco de desconstruir ainda mais a função da mãe, e acrescentamos o risco de desconstruir a função do pai no contexto do nascimento prematuro. Desse modo, a equipe deve garantir que o saber sobre o bebê esteja do lado dos pais,

reconhecendo o seu lugar, autorizando-os a exercer as funções materna e paterna. Portanto, a intervenção do profissional deve funcionar como uma “ponte” (p. 112) entre o bebê e os pais, promovendo a construção do vínculo afetivo. Dias (2004), afirma que “os profissionais da unidade cuidadora devem estabelecer com os pais uma aliança, de modo a criar um senso de trabalho conjunto no melhor interesse do bebê” (p. 220).

Permitir a participação da mãe nos cuidados do bebê internado na UTI Neonatal, como por exemplo, nas trocas de fralda, na administração da dieta por sonda e, principalmente, quando ela é autorizada a segurá-lo no colo, mesmo que por curtos períodos, contribui para que os sentimentos vivenciados no início da internação se transformem, na medida em que tais atitudes representam o desempenho do seu papel materno e aumentam a sua autoconfiança. O bebê deixa de ser percebido como aquele que pertence à equipe (Souza et al., 2009). Para a mãe, poder segurar o bebê é tão significativo, que Mandel (2013) se refere ao primeiro colo dado à filha, como o momento do seu nascimento enquanto mãe.

Foi apenas dois dias após o parto que me permitiram segurar Nara pela primeira vez. O primeiro colinho. Desajeitado, cauteloso, concorrendo com os fios, sondas, cânulas e tudo o mais plugado ao seu corpo. Para mim, aquele foi o momento crucial. O meu parto (p. 89).

A presença do bebê junto à mulher é fundamental para que ela se torne mãe, utilizando as referências familiares e culturais adquiridas ao longo de sua vida junto aos cuidados do bebê, recebendo-o e reconhecendo-o como filho (Vasconcellos, 2018). Para Jerusalinsky (2000), assim como a participação nos cuidados auxilia na implicação dos pais com o filho, a passagem do silêncio para a palavra, isto é, a construção do discurso parental, possibilitará ao bebê ser salvo não apenas organicamente. Desse modo, apesar das intervenções médicas maciças serem importantíssimas para o bebê internado na UTI Neonatal, há de se ter o cuidado para que os efeitos problemáticos decorrentes dessas intervenções sejam minimizados, como, por exemplo,

a recusa da mãe (ou de qualquer outra pessoa que a represente) em exercer a função materna, impedindo o reconhecimento e a inscrição da criança no processo de filiação.

Mathelin (1999) nos conta um caso em que a mãe não consegue assumir o filho e atribui à equipe médica o papel materno de cuidar da criança. Esta mãe, que fora considerada pelos profissionais como “louca”, pôs em xeque o trabalho que foi realizado pela equipe durante o período de internação do bebê. Os médicos que trabalharam tanto para “consertar” a criança, estavam desesperados com a reação materna (Mathelin, 1997). O bebê foi salvo fisicamente, porém a formação do seu psiquismo estava em risco. Era preciso admitir que neste tempo de separação não houve a manutenção do vínculo entre ele e a sua mãe.

O médico-chefe a convocara e acabava de lhe comunicar sua satisfação e a de sua equipe: seu bebê de 3 meses estava enfim curado e ela ia poder, dentro de poucos dias, tê-lo de volta em casa.

Bem prematuro, estava então cheio de vigor e em boa saúde. Graças aos cuidados recebidos, não teria sequelas e a equipe estava satisfeita com o trabalho cumprido. Mas aquela estranha mãe teve uma reação inimaginável para eles. Anunciou que não queria o filho de volta.

‘Fiquem com ele’, dissera (Mathelin, 1999, p. 21).

No caso citado acima, podemos inferir que a separação da mãe com o filho causou o que Jerusalinsky (2000, p. 56) chamou de *fraturas* no exercício da função materna, ou seja, a mãe fica deslocada do “saber fazer ali” com o seu bebê. Podemos nos questionar como a mãe do bebê prematuro pode exercer a sua função materna se esta requer certas condições para operar, as quais estão afetadas pela situação de internação do bebê, bem como pelo seu risco de morte iminente. Quanto ao exercício da função materna no puerpério, Winnicott (1957/1999) afirma:

... a mãe, que talvez esteja fisicamente exausta e incontinente, e que depende, de muitas e diferentes formas, da atenção especializada que a enfermeira e o médico podem lhe dispensar, é ao mesmo tempo a única pessoa capaz de apresentar o mundo ao bebê de uma forma adequada e que lhe faça sentido. Ela sabe como fazê-lo, e para tanto não precisa de nenhuma forma de treinamento ou habilidade especial: sua sabedoria decorre do fato de ser a mãe natural. No entanto, seus instintos naturais não conseguirão se desenvolver se ela estiver amedrontada ou não vir seu bebê quando ele nascer, ou ainda se o bebê só lhe for trazido em momentos preestabelecidos pelas autoridades como sendo ideais para a alimentação (p. 69).

Jerusalinsky (2000) ressalta que, caso essa função não seja ressignificada durante o tempo de internação, graves obstáculos podem se instalar na relação mãe-bebê, permanecendo mesmo após a alta hospitalar, vindo a prejudicar a constituição e o desenvolvimento do sujeito que está por vir. No estudo realizado por Paim (2005), a pesquisadora destaca que a UTI Neonatal pode intimidar e destituir o saber dos pais. Constatou que aqueles que acreditavam não saber e não poderem fazer nada pelo filho, por acharem que quem detém esse lugar de saber é a equipe de saúde, referiram sentir medo de exercerem os cuidados com o bebê, no momento da alta hospitalar.

Além de, muitas vezes, os pais acreditarem que os profissionais sabem mais sobre o filho do que eles, as máquinas e os aparelhos da UTI Neonatal também cumprem o papel de informar o estado de saúde do bebê, e, após longos dias de internação, abrir mão desses recursos tecnológicos pode gerar insegurança. No dia da alta da filha de Mandel (2013), retiraram o oxímetro, instrumento que determina a saturação de oxigênio, e a autora relata: “Senti-me insegura sem o oxímetro, era como ela estivesse nua, vulnerável. Ou eu” (p. 114). É preciso que as mães saibam que apesar das suas imperfeições, a sua presença é de grande importância

para a sobrevivência do bebê nas fases iniciais do seu desenvolvimento. Segundo Winnicott (1968/1999b),

um bebê não poderá tornar-se uma pessoa se só existir em um ambiente não humano; nem mesmo a melhor das máquinas pode oferecer aquilo de que se necessita. Não, um ser humano se faz necessário, e os seres humanos são essencialmente humanos –isto é, imperfeitos– e não possuem a infalibilidade das máquinas (p. 82).

No entanto, neste momento de vulnerabilidade em que as mães se encontram, a confiança em si mesmas está abalada e o saber médico pode se sobrepor ao exercício da função materna. Conforme Lungano e Tosta (2009), os cuidados que a mãe tem para prover ao bebê parecem não ter utilidade e precisam ser reaprendidos e supervisionados por uma figura de autoridade que não pertence à família. Ao invés de ser a mãe a pessoa que melhor conhece o filho e a principal provedora pelos seus cuidados mais básicos, como higiene e alimentação, ela é relegada a um papel de “cuidadora auxiliar” (p. 106), alguém que está ali apenas para acompanhar os procedimentos que foram estipulados por outrem e garantir que eles sejam realizados. A substituição da função materna pelo saber médico da equipe de saúde aliada ao medo, culpa e vergonha que certas mães sentem, por acreditarem que são responsáveis pelo nascimento prematuro do bebê, pode levá-las “a dar lugar ao outro, aquele que entende de seu filho e que não tenha tanto potencial destruidor” (p. 108). Nos resultados e discussão da pesquisa, as autoras relataram o sentimento de profunda dor nas mães acompanhadas, por confiarem seus filhos a alguém diferente do que elas previam. Além disso, perceberam que as mães mais inseguras em relação ao seu papel delegavam com maior facilidade aos profissionais os cuidados com o bebê do que aquelas que confiavam na sua capacidade e no seu desempenho.

Mandel (2013) relata que o parto prematuro da filha deixou marcas muito mais profundas do que a cicatriz física deixada pela cesariana: “O parto prematuro não deixou só uma cicatriz em meu baixo-ventre, mas na minha alma” (p. 116). O medo em exercer a função

materna era um sentimento constante no período de internação da filha na UTI Neonatal, pelo fato de que no ambiente intensivista quem cuidava da criança era a equipe de saúde.

Vários medos me acompanhavam no dia a dia da UTI. Nada mais natural. Afinal, a maternidade, naqueles dias, fora incipiente e não exercida livremente.

Enquanto observava minha filha ser cuidada por mãos de médicos e enfermeiros e auxiliares de enfermagem, tudo o que me restava era projetar minhas conclusões no futuro. Logo, tudo era assustador:

- Será que vou dar banho nela com tanta desenvoltura?

- Será que vou saber como agir em caso de engasgo? (Mandel, 2013, pp. 116-117).

Winnicott (1957/1999) enfatiza que os médicos e as enfermeiras devem ser sensíveis ao fato de que a mãe possui duas características antagônicas, ao mesmo tempo em que ela se encontra dependente destes profissionais, ela é a pessoa *especialista* no que diz respeito aos cuidados com o bebê. Em 1967, em uma conferência realizada na Sociedade Real de Medicina, Winnicott defendeu o fato de que os médicos e as enfermeiras deveriam evitar interferências, deixando a cargo da mãe tudo aquilo que ela é capaz de fazer sozinha. Dirigindo-se aos pediatras, ele afirmou: “Temos que saber qual é a nossa especialidade, e temos que saber exatamente de que forma as mães realmente necessitam de cuidados dos médicos e enfermeiras” (Winnicott, 1967/1999, p. 56).

Caso contrário, a mãe se sentirá ferida. Conforme Winnicott (1966/1999c), “a única diferença é que o ferimento não é um osso quebrado ou um corte em seu braço, mas sim a personalidade mutilada do bebê”. E acrescenta que a mãe pode passar muito tempo tentando curar essa ferida causada, desnecessariamente, pela interferência de profissionais. No texto de Cresti e Lapi (1997), as autoras comentam sobre como intervenções desnecessárias, que desqualificam a mãe, podem feri-la. Elas trazem o caso de uma mulher que não está conseguindo amamentar o filho e as enfermeiras, ao invés de valorizarem as suas tentativas de

aproximação com o bebê, concentram toda a relação da díade na questão da amamentação ao seio. As profissionais desvalorizam o seio materno, dizendo que se trata de um mamilo pequeno e que o bebê o “pegaria, mas ele se zanga quando não encontra coisa alguma!” (p. 161). Desse modo, elas tentam substituir o lugar da mãe, oferecendo a mamadeira ao bebê. Em contrapartida,

a mãe reage, a cada vez, abandonando-se no leito, queixando-se de dores, como de uma nova ferida. A angústia da mãe é projetada na equipe, que em lugar de acolhê-la com empatia, expulsa-a, devolvendo-a em contraprojeção, determinando, dessa forma um círculo crescente de agressividade e de sofrimento (p. 162).

Com relação a crianças mais velhas e adultos, Winnicott (1967/1999) relata que muitos distúrbios da personalidade com os quais os médicos têm que lidar, poderiam ter sido evitados se não houvesse tido a interferência de alguns profissionais nos processos naturais e delicados das relações interpessoais entre a mãe e o bebê. Dessa forma, o autor conclui a sua conferência enfatizando a importância da profilaxia ao invés do tratamento de distúrbios psiquiátricos, a partir da conscientização de médicos e enfermeiras de que não devem interferir no relacionamento mãe-bebê, tentando ensinar-lhes como serem mães.

Winnicott (1950/1999; 1967/1999) valoriza o saber intuitivo da mãe, que não pode ser ensinado e é desprovido de apreciação intelectual, possibilitando-a agir naturalmente com o seu filho. Em 1950, em um programa de rádio, Winnicott (1950/1999), dirigindo-se às mães afirma: “da mesma forma que o professor que descobriu quais vitaminas evitam o raquitismo tem algo a lhes ensinar, vocês também têm algo a lhe ensinar sobre um outro tipo de conhecimento, aquele que vocês adquirem naturalmente” (p. 12). Portanto, no caso específico do bebê prematuro que se encontra internado em uma UTI Neonatal, por mais que ele precise de cuidados médicos, estes não devem substituir os cuidados oferecidos pelos pais.

Diante disso, cabe à equipe de saúde reconhecer a importância de não interferir nos processos sutis que se referem ao relacionamento entre a mãe e o bebê, e, na medida do possível, permitir que a mãe seja responsável pelos cuidados com o filho, renunciando a se posicionar como “a boa mãe toda poderosa, a que sabe fazer a criança viver”, como afirma Mathelin (1997, p. 136). Segundo a autora, “é preciso levar as mães a pensarem que, se a criança está viva, elas têm alguma coisa a ver com isso” (p. 137).

Somente a partir da autorização que é dada à mulher a tornar-se mãe para o seu filho, podendo projetar-se sobre a criança, a antecipar seus desejos, ela poderá “fabricar” seu bebê, ao mesmo tempo em que permite ao bebê “fabricar” sua mãe (Mathelin, 1997, p. 136). Em outras palavras, é importante que a mãe possa entender as manifestações de apelo na criança como algo que é endereçado a ela, reconhecendo o filho como sujeito desejante. Para tanto, a mãe precisa de profissionais em quem possa confiar, facilitando o desenvolvimento natural da relação emocional mãe-bebê. Esse esforço coletivo, conforme Winnicott (1957/1999), consiste em uma extensão do trabalho do pai, em favorecer a relação entre a mãe e o bebê desde o início.

A importância da função paterna no relacionamento mãe-bebê será discutida com maior profundidade no tópico 1.6 deste trabalho. Entretanto, no que se refere ao trabalho da equipe com a figura paterna especificamente, Baeta (2011) ressalta a importância da presença do pai, mas alerta para que os profissionais de saúde percebam a fragilidade do lugar de coadjuvante da função materna que o pai pode ocupar, principalmente se a situação de tensão com a criança se prolongar e/ou se complicar muito, exigindo cada vez mais dele. É fundamental oferecer-lhe uma atenção diferenciada e constante, ouvindo-o e deixando-o externalizar a sua angústia, favorecendo a sua integração no tratamento do filho. Nesse sentido, a autora afirma que

... os pais precisam encontrar ‘aliados’ nos profissionais. Aliados que os respeitem e lhes atribuam o lugar que é deles, não –ou não, sobretudo– diretamente, ainda, com suas

crianças, mas com suas mulheres que serão sustentadas, protegidas mesmo, nessa divisão mãe/mulher, mesmo quando não se dão conta disso (p. 168).

Nos casos de uma longa hospitalização da criança, o pai pode parecer exigente e agressivo com a equipe, como se só ele pudesse ajudar a mulher e o filho. Em certas situações, a oposição poderá se manifestar contra o discurso médico, em outros momentos, ao contrário, o pai poderá se identificar com ele. Em uma tentativa de reparação, ele terá a necessidade de se mostrar útil, de ser bem informado e dar opiniões sobre o tratamento do filho. Apesar da dificuldade para a equipe aceitar tais atitudes de oposição do pai, é importante compreender que estas questões se referem a tentativa de um homem, que está abalado no seu papel, em proteger a sua família (Mathelin, 1999).

Dias (2004) relata que a postura exigente do pai quanto aos cuidados que esperam ver dispensados ao filho, bem como a desconfiança em relação às condições de saúde do bebê, podem ser interpretadas pela equipe como um não-reconhecimento dos seus esforços junto à criança. Além disso, a presença permanente e intensa do pai no serviço pode gerar tensão nos profissionais. Segundo a autora, os sentimentos vivenciados variam de compaixão a incômodo pela presença do pai junto ao recém-nascido, muitas vezes percebida como excessiva, interferindo na rotina intensivista.

Martinez, Fonseca e Scochi (2007) avaliaram a participação de pais e mães nos cuidados ao filho prematuro internado em UTI Neonatal, sob o olhar da equipe de saúde. A amostra foi composta por 22 profissionais da equipe de saúde, sendo 10 enfermeiras; 4 auxiliares de enfermagem; 4 médicos, 2 médicos residentes de pediatria e 2 assistentes sociais. Os resultados revelaram que a participação dos pais é reconhecida pela equipe como importante, por favorecer a estabilidade clínica do prematuro e seu processo de crescimento e desenvolvimento, por possibilitar a interação mãe-filho e o estabelecimento do vínculo afetivo, bem como preparar o treinamento materno para a alta do filho. A presença das mães foi

considerada positiva pela equipe, a mãe ao participar ajuda a enfermagem nos cuidados do bebê hospitalizado, executando cuidados maternos. Por outro lado, a presença dos pais foi avaliada como modificadora do ambiente da Unidade Neonatal, interferindo na dinâmica do trabalho, gerando insegurança na equipe, que se sentiu fiscalizada e preocupada com as infecções hospitalares. Apesar da avaliação da equipe, os pesquisadores ressaltaram a importância da inclusão do pai e que estas questões levantadas durante a pesquisa devem ser trabalhadas e construídas entre os pais e os profissionais de saúde.

Diante dos argumentos teóricos e das pesquisas apresentadas até aqui, acreditamos que discutir com a equipe e com os pais sobre o impacto emocional e o potencial traumático que o nascimento prematuro pode representar em seu psiquismo, torna-se essencial. Dessa forma, algumas possibilidades de intervenção serão brevemente apresentadas com o objetivo de promover interações mais harmoniosas dentro do ambiente intensivista.

Um dos pontos relevantes que deve ser trabalhado para que a equipe de saúde possa desempenhar a sua função, de forma menos defensiva em relação a expressão das emoções que são inerentes à sua práxis, consiste no medo da morte. Krodi (2008) aponta que, embora o medo da morte seja o maior fantasma das UTIs, ele não pode ser nomeado. Assim como podemos notar este medo nos pais do bebê internado, a equipe de profissionais também preenche as incubadoras vazias pelos óbitos sem falar sobre a dor e o investimento emocional dedicado aos bebês que faleceram. Não há tempo para o luto destas crianças.

O manual técnico de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido - Método Canguru (Brasil, 2017), recomenda que haja um espaço para a discussão livre de situações vivenciadas no dia a dia de trabalho dos profissionais que cuidam dos bebês e das suas famílias, incluindo assuntos que mobilizaram o grupo, como possíveis erros da equipe ou perdas com as quais ela deve lidar. Lima (2008) também comenta que as intervenções feitas com a equipe:

permite interrogar incessantemente as dificuldades cotidianas, remeter-se às fantasias de onipotência, às desidealizações, resgatar algo da humanidade inerente ao contato com a dor, a morte e sofrimento. Suportar a angústia desencadeada por algumas crianças e a agressividade dirigida à algumas famílias. Implicá-los na relação com os sujeitos envolvidos, inclusive tornando-os conscientes de seu papel mediador entre mãe/família e a criança (p. 139).

No que se refere às mães e aos pais de bebês prematuros, podemos pensar em algumas possibilidades para evitar a cristalização de uma dor que poderia vir a dificultar a relação precoce com o bebê, como por exemplo, atendimentos individuais ou grupais que visem a ressignificação do trauma vivido, através da potência da verdade e da fala daqueles que foram diretamente afetados pelo nascimento antecipado. Resignificar a vivência traumática, através da rememoração e da fala, mostra que a pulsão de vida se impôs sobre a pulsão de morte (De la Puente, 2005; Ocariz et al., 2014).

A valorização do discurso dos sujeitos é enfatizada na clínica da intervenção precoce, uma vez que esse trabalho de retroação e de ressignificação, possibilitará aos pais investir narcisicamente o filho, sem que os fantasmas parentais dificultem a instauração do vínculo inicial entre eles e a criança. Ademais, acreditamos na necessidade que os sujeitos possuem de narrar a cena traumática, por mais difícil que isso possa parecer, e que somente diante desse testemunho eles poderão subverter, no sentido de corte e ruptura como apontado por Ana Costa (2018), um círculo vicioso de revolução, ou seja, de repetição, que pode retornar na passagem das gerações.

Para Rosa (2016), o não dito pode ser expresso em sintomas, angústias ou inibições, ou gerar repetições em ato, repetição desatualizada e fora do contexto. Portanto, segundo a autora, “a busca da verdade não traumatiza; pelo contrário, dá nomes e lugares, constrói história, separa

o passado do presente, permite localizar as feridas e elaborar as dores –inibe as repetições sintomáticas” (p. 64).

A partir do trabalho que Druon (1999) desenvolve no Centro de Medicina Neonatal de Port-Royal, em Paris, a autora comenta sobre a importância de os pais falarem sobre o trauma do nascimento prematuro:

Postulamos a hipótese de que evocar os elementos traumáticos na sua emergência diminuirá seus impactos no só-depois (*après-coup*). Ajudar os pais a falar desse “nascimento diferente dos outros” é partir da ideia de que o não dito favorece a formação de um quisto que destila em seguida, dia após dia, o veneno que envenena a relação da criança com os pais... (p. 41)

Uma outra forma possível de enfrentar a cristalização pode se dar através do recurso da literatura como uma tentativa do sujeito de se aproximar do real, através das palavras, dando o testemunho da sua experiência que é única e insubstituível (Seligmann-Silva, 2005). Nesse sentido, Kehl (1991) acrescenta que “escrever é um dos recursos de que podemos nos valer para inverter, ainda que precariamente, a posição passiva que experimentamos diante da catástrofe, e que nos causa tanto horror” (p. 139).

Altounian (2008), no texto *O esquecimento do pai*, nos mostra a necessidade pessoal de colocar em palavras, através da narrativa escrita, a história catastrófica vivida pela sua família, para que ela pudesse sepultar o passado de seus ancestrais. A escrita, portanto, possui uma função simbolizadora, de marcar o passado, dando lugar ao presente e ao futuro, tempos interditos pelo trauma.

O livro *Mãe de UTI: amor incondicional*, de Miele (2004), cuja apresentação foi escrita pelo psicanalista José Outeiral, pode ilustrar a necessidade de se testemunhar o trauma do nascimento de um filho enfermo. Apesar da criança ter nascido com 37 semanas e não ser considerada prematura, o livro mostra a possibilidade de elaborar situações dramáticas e

dolorosas de uma mãe que teve que lidar com sentimentos intensos. Miele relata que por mais que ela tentasse fugir da dor e das más lembranças que vivera durante o longo período em que a filha estivera internada na UTI, ela não conseguia parar de escrever o seu livro, que, nas palavras da autora, “era uma forma silenciosa de colocar para fora a minha dor, que vai saindo sem alarde, sem barulho, e mansamente me alivia a alma” (p. 144).

Por fim, o Método Canguru também pode ser considerado como uma intervenção que possibilita o reencontro do corpo e do cuidado materno e um facilitador do ambiente favorável e do desenvolvimento dos processos de maturação, ajudando os pais a se aproximarem do bebê real e a elaborarem o luto do filho idealizado durante a gestação. Este Método, preconizado pelo Ministério da Saúde, incentiva o contato pele a pele precoce entre a mãe e o bebê ainda na UTI Neonatal, com o intuito de fortalecer o vínculo afetivo entre a dupla, estimular o aleitamento materno, entre outros. Mais adiante, voltaremos a falar sobre o Método Canguru com maior profundidade. No próximo item, abordaremos o nascimento prematuro como um ataque ao narcisismo parental, que retira o bebê do lugar de majestade, podendo potencializar a depressão pós-parto (DPP) materna e paterna, ameaçando o desenvolvimento infantil.

1.5 Nascimento prematuro, narcisismo parental e depressão pós-parto (DPP) materna e paterna

A vivência da mãe do bebê prematuro vai de encontro ao amor terno explícito nas atitudes dos pais para com os seus filhos. Esse amor, que Freud (1914/2010) caracterizou como comovente e no fundo infantil, indica a revivescência e reprodução do próprio narcisismo dos pais, que fora há muito abandonado, e que é agora transformado em amor objetal. Os pais são levados a atribuir à criança todas as perfeições e a ocultar e esquecer todos os defeitos. Segundo o autor,

As coisas devem ser melhores para a criança do que foram para seus pais, ela não deve estar sujeita às necessidades que reconhecemos como dominantes na vida. Doença,

morte, renúncia à fruição, restrição da própria vontade não devem vigorar para a criança, tanto as leis da natureza como as da sociedade serão revogadas para ela, que novamente será centro e âmago da Criação. *His Majesty the Baby*, como um dia pensamos de nós mesmos. Ela deve concretizar os sonhos não realizados de seus pais, tornar-se um grande homem ou herói no lugar do pai, desposar um príncipe como tardia compensação para a mãe (p. 37).

Segundo Battikha (2001), “o nascimento de um filho representa uma oportunidade de revanche narcísica. Como se esta criança pudesse ser ilimitada e, assim, realizar a fantasia de completude e perfeição dos pais” (p. 45). Quando alguém olha para sua “majestade” e comenta: “como ele é bonito”, a mãe geralmente agradece o elogio e o toma como a confirmação da sua competência. Ela é, sua majestade a mãe, e o bebê é seu cetro fálico (p. 45). A mulher se sente mãe de seu bebê, quando está gratificada em seu narcisismo (Solis-Ponton, 2004).

Vale lembrar que qualquer criança, independentemente de ter nascido prematura, está sujeita à inadequação. Como afirma Dunker (2020),

O filho imaginado nunca é o filho encontrado. Somos todos anormais e deficitários em relação às expectativas e às funções que nos demandam. Por isso cada criança é depositária de nossos mais sublimes ou sintomáticos sonhos, mas também dos piores fracassos, no limite de um pálido resto de encontro, tal qual ele poderia ter sido (p. 50).

No entanto, acreditamos que pelo fato da construção da paternidade e da maternidade envolver o reconhecimento da diferença real, isto é, desse resíduo que existe entre as funções simbólicas e as expectativas imaginárias (Dunker, 2020), o processo de tornar-se mãe e pai de um bebê prematuro poderá suscitar um trabalho psíquico maior para os pais. Nas palavras de Mathelin (1997): “Espelho quebrado, devaneio impossível, a ilusão e o sonho se chocam com a violência do real se nada de simbólico vier permitir a sua facilitação” (p. 135). A autora relata que algumas mães sentem dificuldade em olhar e investir libidinalmente o filho que nasceu

premature e não pode ocupar o lugar de ideal, mas que ao invés disso, pode ser percebido como um monstro, estampando o fracasso e a impotência materna. Sendo assim, como sentir-se mãe de um bebê tão diferente daquele que vinha para restaurar o narcisismo primário dos pais?

Se pensarmos no texto de Winnicott (1967/1975), *O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil*, no qual o autor considera o rosto da mãe como precursor do espelho, podemos imaginar o quão perturbador será para o bebê se desenvolver quando o rosto materno não reflete a sua própria imagem. Cabe aqui questionar como ou onde os bebês prematuros irão se refletir, caso a sua mãe e o seu pai encontrem-se impedidos de olhar e se identificar com o filho. O papel exercido pela mãe satisfatória é devolver ao bebê o seu próprio eu (*self*), refletindo seus estados emocionais e nomeando seus afetos. Entretanto, ao passo em que a criança se desenvolve, menor dependência ela terá em obter de volta dos rostos da mãe, do pai e da família o próprio *self*. Contudo, se na fase inicial da vida houver um fracasso materno, no sentido de o bebê olhar para a mãe e não conseguir ver a si mesmo, a sua capacidade criativa poderá atrofiar-se e ele buscará no ambiente outras formas de obter de volta algo de si.

Alguns bebês irão examinar o rosto materno, da mesma forma como estudamos o tempo, em uma tentativa de adivinhar o seu estado emocional, se podem sentir-se seguros e agir espontaneamente ou se o humor dela prevalecerá, afastando assim as suas necessidades. Eles se acostumarão com a ideia de que o que veem é o rosto da mãe e não um espelho. A percepção toma lugar da apercepção. Em casos mais graves, devido a capacidade precária de previsibilidade do bebê, ele poderá não olhar mais para o rosto materno, exceto para perceber, como defesa, e futuramente ter dificuldades em relação a espelhos. Frente a esta experiência primitiva, o espelho constituirá para o jovem algo a ser olhado e não examinado (Winnicott, 1967/1975a).

Segundo Maesso (1999), o bebê prematuro assim como aquele que nasce com uma síndrome ou é atravessado por algo inesperado, pode possuir marcas de prejuízo subjetivo, uma vez que pelo não reconhecimento narcísico dos pais pelo filho, o laço que é feito com o outro gira em torno do déficit real da criança. Para ela, há algo comum nos casos clínicos apresentados em seu artigo, “a suspensão da cadeia significante, que é composta pelo que os pais idealizaram para seus filhos, a partir de seu próprio narcisismo” (p. 146). Desse modo, “o olhar dos pais se desloca da criança para a doença da criança, sua deficiência, ou sua má formação, que se torna uma metonímia da totalidade de seu ser” (Maesso, 1999, p. 142). Assim, a autora propõe uma intervenção clínica que permita a circulação da criança na ordem simbólica, permitindo-a sair desse lugar que a reduz à sua insuficiência orgânica. Conforme nos diz Mathelin (1997) um trabalho de luto, de perda e de separação deve ser feito, para que a mãe consiga simbolizar a falta, permitindo-a “descolar a criança do horror do real e projetar sobre ela um futuro possível” (p. 135).

No texto *A inscrição do estranho no familiar*, Battikha (2008) analisa o nascimento de crianças com alterações orgânicas graves e o diferencia daquelas que nasceram prematuras, na medida em que nestas últimas há uma aposta sustentada de que o bebê será esse “rei” que poderá realizar a fantasia de perfeição perdida pelos pais. No entanto, acreditamos que em ambos os casos há uma ruptura tão grande entre a criança idealizada e a criança real que pode se abrir um abismo não representável. Segundo a autora, “uma perda da ilusão sem tempo e sem palavras...” (p. 136). Esta perda refere-se à ilusão de completude narcísica vivida pela mãe na relação com o filho. Em um nascimento a termo há tempo para uma construção gradual da experiência de desilusão, o que permite a mãe tolerar a diferença entre a fantasia e a realidade. Ao contrário, no nascimento prematuro, o bebê não sustenta a ilusão da mãe para mantê-lo no trono nem a confirmar no reino (Battikha, 2001).

Nos casos em que o bebê nasce com algum problema, o nascimento inflige aos pais uma ferida narcísica, tornando o luto do bebê imaginário mais difícil do que ocorre em um nascimento sem intercorrências, onde as respostas do bebê real vão gratificando a mãe, renarcisando-a e conseqüentemente facilitando esse processo de elaboração do luto (Camarotti, 2000). Zen e Motta (2008) afirmam que a mulher ferida em seu narcisismo pode perceber o filho de modo persecutório, como se a sua condição encarnasse um supereu implacável, testemunhando contra a mãe, julgando-a e a culpabilizando. Dependendo do seu funcionamento mental, a mulher pode culpar o filho por ele ter nascido antes do tempo esperado e a sua atitude em relação a ele pode ser de evitação ou mesmo rejeição (Cunha, 2004). Conforme Soulé (1987), assim como o bebê prematuro pode ser perseguidor para a mãe, ela poderá sentir grande satisfação ao exercer uma maternagem para alguém tão pequeno e vulnerável.

O prematuro torna-se perseguidor, pois ele inflige uma brecha nas defesas de caráter ou um equilíbrio neurótico e deixa a mulher sem proteção, confrontada a emoções pulsionais angustiantes. Algumas poderão frustrar todos os prognósticos e encontrar uma satisfação intensa na ocasião que lhes é dada de poder assumir o papel de uma mãe salvadora de seu filho podendo prodigar uma maternagem intensiva a um ser diminuído e em perigo (Soulé, 1987, p. 165).

Golse (2003) ressalta que nos casos em que as mães sofrem após o nascimento do filho e o sentem como muito persecutório, olhar apenas para a interação mãe-bebê pode denunciar tal sentimento, quando o que deve ser feito primeiro é restaurar narcisicamente a mulher, para depois ajudar a mãe. Para o autor, elas desejam ser consideradas mulheres em dificuldades antes de serem consideradas como mães em dificuldade.

É bastante comum, as estatísticas oscilam entre 70 e 90%, em mulheres que acabaram de ter um parto, um estado depressivo benigno, normalmente transitório, chamado de depressão

puerperal ou *baby blues* (Szejer, 1997). “*Blues* quer dizer melancolia, depressão que vem através do bebê, depressão aparentemente inexplicável provocada por sua presença” (Szejer, 1997, p. 300). Aparece por volta do terceiro dia após o parto e dura alguns dias. Soulé (1987) utiliza o termo *síndrome do terceiro dia* ou *post partum blue* para se referir a esse tipo de depressão, que consiste em um estado de fragilidade e hiperemotividade. Sintomas de choro e tristeza são intermitentes e, em geral, são acompanhados de uma falta de confiança em si e de um sentimento de incapacidade. A questão hormonal pode contribuir para explicar esse fenômeno, mas não é suficiente. Podemos nos perguntar o motivo desse estado depressivo ocorrer por volta do terceiro dia. Ambos os autores, Szejer e Soulé, indicam a possibilidade de ser nesse período que a mãe compreende que o filho é um ser único e diferente daquilo que ela imaginou, isto é, ela faz um esforço para aceitar que o bebê não é tão magnífico como o filho imaginário. Nas palavras de Soulé, “a depressão intervém nas mulheres que não conseguem esperar e que fazem uma tentativa esgotante para recuperar uma relação com o filho imaginário sem paciência para obterem uma reconciliação com o recém-nascido” (p. 160). Somente 15 a 20% das mulheres que viveram um *baby blues* apresentarão a chamada verdadeira depressão pós-parto ou depressão materna pós-natal (Catão, 2002).

A DPP ou a depressão materna pós-natal é um quadro que acomete de 6,8 a 16,5% das mulheres em geral, e no caso de adolescentes, esta percentagem chega a 26% (Carvalho & Tavares, 2010). Consiste em estados depressivos que ocorrem na mãe, após o primeiro mês e durante o primeiro ano do pós-parto (Guédeney et al., 2002). Segundo Camarotti (2001), as mães estão presentes fisicamente, mas ausentes psiquicamente, apresentando um comportamento mecânico e operatório, no qual as trocas com o bebê se mostram sem riqueza de afeto e brincadeira. Sem conseguirem ajustar a sua linguagem à da criança, as mães não oferecem estímulos e informações necessárias para o desenvolvimento emocional e cognitivo da criança. Alguns autores (Bandim, 2001; Golse, 2002; Soulé, 1987) ressaltam a importância

do reconhecimento precoce do estado depressivo da mãe para a prevenção dos distúrbios do recém-nascido.

O comportamento de sua mãe deprimida, o fato de ela não investir as diferentes zonas de seu corpo e suas diferentes funções, a ausência de trocas e de interações entre eles (ou sua pobreza) têm, certamente, uma grande repercussão sobre o recém-nascido de algumas semanas. Ele experimenta uma privação quantitativa, pois as trocas são curtas e pouco numerosas e uma privação qualitativa devido a trocas átonas, deslibidinizadas e desprovidas dos elementos identificatórios que a mãe deposita normalmente no corpo de seu filho (Soulé, 1987, p. 161).

Segundo Golse (2002), as psicoses puerperais são mais raras, 1 a 3 casos em mil habitantes, ocorrendo comumente no mês que segue ao parto, com sintomas psicóticos, como confusão, delírio, despersonalização, mania, entre outros. Conforme o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-V), o infanticídio está frequentemente associado a episódios psicóticos no pós-parto caracterizados por alucinações de comando para matar o bebê ou delírios de que ele está possuído, mas vale ressaltar que os sintomas psicóticos também podem ocorrer em episódios de humor pós-parto graves, sem delírios ou alucinações específicas. Episódios com características psicóticas no pós-parto tem maior risco em primíparas e em mulheres que têm a história prévia de um transtorno depressivo ou bipolar e entre aquelas com histórico familiar de transtornos bipolares. Depois que uma mulher teve um episódio no pós-parto com sintomas psicóticos, a probabilidade de recorrência nos partos posteriores é entre 30 e 50%.

Apesar de não ser muito divulgada, a depressão pós-parto pode surgir na figura paterna (DPP paterna). Falceto et al. (2012) apontam que, no Brasil, o índice de transtornos psiquiátricos pós-parto paternos é significativo, variando entre 11,9 e 25,4%. Comentam, ainda, o quanto isto impacta negativamente no suporte emocional que o pai oferece à mãe e ao filho

durante o primeiro ano pós-parto. Ela pode se constituir em uma identificação histórica do homem com a depressão pós-natal da sua companheira (Bydlowski & Luca, 2002). Estudos (Falceto et al., 2012; Golse, 2002) revelam que se ambos, pai e mãe, apresentarem sintomas depressivos, aumentará a chance de o bebê ficar deprimido e ter dificuldades em seu desenvolvimento afetivo e cognitivo.

A alta prevalência de DPP paterna tem grandes implicações também sobre o bem-estar da criança. Mães e pais com DPP demonstram menos evidências de apego emocional a seus bebês e capacidade de estimular o seu desenvolvimento. Se ambos os pais experimentarem sintomas depressivos durante o período pós-parto, a interação entre a depressão da mãe e do pai pode acarretar um risco ainda maior para o desenvolvimento da criança. Além disso, a DPP, quando persistente, pode favorecer a ocorrência de situações de negligência e abuso infantil (Falceto et al., 2012, p. 294).

Não aderimos ao pensamento linear de causa-efeito, que sustenta estar a origem da psicopatologia do bebê na patologia materna. Como afirma Golse (2003), não existe “então”: “a mãe está deprimida então o bebê está deprimido” (p. 42). Há mães deprimidas cujos bebês estão bem, da mesma forma que há bebês deprimidos cujas mães não estão deprimidas. O que provavelmente ocorre é que uma mãe deprimida pode deprimir seu bebê, e um bebê deprimido pode deprimir sua mãe. Nesse sentido, há um movimento dialético e não linear nesta questão. Se o bebê sucumbiu à patologia materna, podemos pensar que a presença de terceiros (pai, amigos e familiares), também falhou, vez que eles poderiam proteger o bebê contra o adoecimento psíquico. De qualquer modo, acreditamos que a prematuridade coloca os pais em uma situação de vulnerabilidade e de risco, que pode favorecer o desencadeamento da DPP e trazer prejuízos para o desenvolvimento da criança. Uma mãe deprimida poderá ter dificuldades em reconhecer as expressões, os sinais e as demandas do bebê. Portanto, ao olhar o rosto da mãe e não poder se ver ali refletido, mas o estado emocional materno, o bebê,

segundo Camarotti (2001) “se depara então com o vazio, com algo da ordem do inominável” (p. 56).

Conforme Golse (2003), a depressão é um problema de saúde pública e é ao mesmo tempo narcísea, com a vergonha e a culpa pelo nascimento antecipado do bebê, e objetal, com o sentimento de ter perdido a sua competência materna. Nesses casos, a mulher encontra-se em um círculo vicioso no qual ela precisa de um terceiro que restaure a mulher antes da mãe, para que ela possa exercer a função materna.

Arias (2018) no texto *A escuta do indizível* comenta que pais orgulhosos de seu filho o cobrirão de palavras, porém o mesmo não ocorre quando o nascimento da criança quebra o narcisismo parental, contrapondo-se ao projeto idealizado por eles. Apesar de a autora referir-se ao nascimento de uma criança com síndrome de Down, é possível fazer uma analogia ao nascimento prematuro, já que em ambos os casos é a diferença que está em pauta, e a criança é marcada por algo da ordem do real. No nascimento de uma criança com malformação congênita também é possível notar aspectos emocionais semelhantes, como a perda do filho idealizado ou

o luto pelo que está vivo –e diferente do que se esperava. O filho real, com seus problemas difere do filho idealizado e não mais preenche o papel que lhe era destinado no cenário familiar. Não será mais o filho perfeito, sonhado passaporte dos pais para a plenitude pessoal, a gratificação e a felicidade (Quayle, 1997, p. 10).

Para a mãe, o nascimento prematuro pode representar a confirmação de suas fantasias de castração, pois ela deu à luz um bebê “*não acabado*”, “*incompleto*”, embora tivesse sido esperado como aquele que viria a reparar a castração e preencher uma falta. Além disso, o parto prematuro pode ativar na mãe fantasias de que seu interior é perigoso e hostil para o ou os bebês que podem nele se encontrar (Lebovici, 1987, p. 190; Mazet & Stoleru, 1990, p. 265). Para Lungano e Tosta (2009), a mãe ferida narcisicamente se identifica como “alguém que dá

à luz a um bebê faltante, que está doente ou corre riscos. Em vez de apresentar ao mundo uma criação perfeita, um fruto que a enriquecerá em sua imagem, ... precisa lidar com a incompletude” (p. 107).

Segundo Vasconcellos (2018), diante do descompasso que a prematuridade acarreta entre o esperado e o acontecido, há a necessidade de um tempo para que os pais possam tomar a criança “como seu objeto, ou seja, investi-lo com o envoltório de imaginário, fazendo dele o *seu* bebê” (p. 73). Para a autora, na maioria dos casos, aos poucos o bebê prematuro, que é tão fora do tempo, dos rituais e das referências, vai se revestindo do bebê imaginário, idealizado, investido pelo narcisismo que fora abandonado pelos pais e que agora encontra-se revigorado no filho. Assim, o psicanalista que trabalha na UTI Neonatal opera

no tempo de reconhecimento por parte dos pais desse *infans* como seu filho; no tempo do reconhecimento da autoria, pelo reencontro com as marcas de si mesmo no bebê que se produziu. Opera no tempo do estabelecimento ou não, das condições mínimas do advento do sujeito. Nesse sentido, a intervenção psicanalítica em UTIN é precoce em relação ao tempo de estruturação do sujeito. Essa é a sua especificidade (p. 74).

Até o momento, falamos sobre como a função paterna é percebida pela equipe de saúde, sobre como o nascimento prematuro pode afetar o narcisismo primário do pai e torná-lo mais vulnerável emocionalmente no período do pós-parto, porém, no item a seguir, o exercício da função paterna será apresentado como possibilidade de restauração da mulher, que também se encontra ferida narcisicamente, para que, posteriormente, ela possa exercer a função materna. Em outras palavras, a ênfase agora será dada na importância do pai na relação mãe-bebê, em um período precoce, anterior a triangulação edípica.

1.6 A singularidade da função paterna no contexto da prematuridade

Segundo Barros, Menandro e Trindade (2006) alguns estudos até levam em consideração os pais (pais e mães), mas raramente o pai ocupa o foco central na constituição

psíquica do sujeito. A partir do interesse em pesquisar a interação humana no início da vida, Lebovici (1987) afirma que os primeiros estudos se concentraram sobre a relação mãe-bebê, e o pai não aparecia nas teorizações advindas desses trabalhos.

Para Stern (1997), alguns críticos acreditam que a ênfase das pesquisas na figura materna possa servir como um movimento de “culpar a mãe”, vez que o agente psicopatogênico são as suas representações. Segundo o autor, as representações dos pais sobre o bebê e sobre eles mesmos possuem um papel importante na construção dos vínculos estabelecidos entre pais e filhos e se iniciam antes das interações atuais com o bebê. Englobam as fantasias parentais, medos, sonhos, lembranças da própria infância e profecias sobre o futuro do bebê. Na palestra de Winnicott (1966/1999c), o autor se defende dizendo que não tem interesse em distribuir culpa à mãe, no entanto, considera importante levar em consideração a etiologia (e não culpa) de algumas falhas de desenvolvimento, decorrentes de alguma falha do fator mãe dedicada comum, em algum momento ou fase da vida do bebê.

A filósofa francesa Badinter (1985, p. 237) atribui à psicanálise a promoção do papel da mãe como sendo a “grande responsável” pela felicidade de seu filho, pelo seu inconsciente e desejos. O estudo de Gutierrez e Minayo (2010), aponta a existência de unanimidade entre os autores em afirmar que, historicamente e culturalmente, no Brasil e no mundo, as mulheres têm o papel de cuidar dos seus filhos(as) e/ou familiares e ressaltam também que o pressuposto do cuidado feminino não é questionado nem são discutidas as implicações dessa questão, como por exemplo, o peso da responsabilidade que recai sobre a mulher cuidadora.

Badinter (1985) nos lembra que a mulher do século XX arca com múltiplos deveres, como o de auxiliar o médico, de colaborar com o padre e com o professor e o de tornar o filho feliz. No entanto, a autora acredita que nos dias de hoje, uma nova revolução familiar está acontecendo, trazendo à tona a figura do pai, para junto com a mulher anunciar um novo modelo de família. Com a entrada da mulher no mercado de trabalho, a concepção de

maternidade e paternidade começa a ser transformada, uma nova visão de homem é concebida e o pai deixa de cumprir apenas o papel de provedor de bens materiais para a esposa e os filhos.

Apesar da existência de um movimento de mudança de paradigma em relação ao papel desempenhado pelo pai em relação aos cuidados com os filhos, Iaconelli (2020a) aponta para a situação insustentável atual de muitas mulheres chefes de família no Brasil, as quais são inteiramente responsáveis pelos cuidados das crianças. Tal crítica não se deve pela ruptura do modelo de família nuclear, que, como afirma Teperman (2020), “nunca foi sinônimo de normalidade e que não existe uma forma de organização familiar ideal que possa garantir as condições necessárias para à constituição do sujeito” (p. 91), mas pelo fato da maternidade não poder ser pensada como uma tarefa solitária e individual, reduzindo as responsabilidades dos cuidados das novas gerações às mulheres, que já são demasiadamente sobrecarregadas. Para Iaconelli, caso a sociedade não compreenda os limites da relação um a um, continuará sendo imputada à mãe culpas e responsabilidades históricas que não lhe cabem.

Iaconelli (2020a) afirma que quando nos referimos aos papéis de pai/mãe, não podemos negar que eles respondem ao período histórico no qual estamos inseridos e reproduzem o modelo de família burguês, cis, patriarcal e heterossexual. Quando a autora discute sobre parentalidade, pretende abarcar questões relevantes como as de gênero, racialidade, vulnerabilidade social e orientação sexual, na medida em que elas atravessam as singularidades humanas, estabelecendo condições para que os laços se reproduzam, para além da dupla mãe-bebê. “Pai” e “mãe” são termos problematizados pela psicanálise e, por este motivo, não falaremos neste tópico do trabalho sobre o pai, mas sim sobre a “função paterna”. Entretanto, antes de falarmos sobre ela no contexto da prematuridade, discutiremos a função paterna segundo a teoria psicanalítica.

Quando nos referimos à noção de função materna e função paterna, comumente estamos falando da função desempenhada pela mãe e pelo pai da criança (devido à forte influência

cultural exercida ao longo de milhares de anos). Apesar disso, sabemos que tais funções não pertencem necessariamente ao domínio materno e paterno, podendo ser desempenhadas por outras pessoas, inclusive em famílias nas quais o pai e a mãe estão presentes. Concordamos com Garrafa (2020) quando ela se refere à função materna, afirmando que

Em síntese, essa noção delimita parâmetros para entender como, a partir do laço entre o bebê e o adulto que dele se encarrega, fundam-se relações entre o sujeito que se constitui e o Outro –escrito assim, com letra inicial maiúscula, para marcar seu lugar simbólico e primordial (p. 56).

Assim como ocorre na função materna, podemos estender esta noção de Garrafa (2020) para a função paterna. Segundo Monteiro (2000), a função paterna é objeto de estudo e articulação da psicanálise a partir da contribuição lacaniana, embora Freud já tivesse feito menção dela quando fala do complexo de Édipo. A autora afirma que a função paterna não é um ato ou um papel atrelado ao desempenho de um indivíduo do sexo masculino, que é biologicamente pai da criança. Sendo assim, a psicanálise assinala a não correspondência entre as funções parentais e os laços sanguíneos (Teperman, 2020). Para Monteiro, a função paterna pode ser definida como,

... uma operação que introduz um terceiro que desestabiliza um idílio dual, fazendo surgir a falta, o desejo e um sujeito, onde antes havia a completude total e um objeto.

... Sob o ponto de vista da Psicanálise, a função paterna –enquanto ação, utilidade, posição e papel– possibilita o surgir do desejo, que por sua vez funda o sujeito (p. 49).

Assim, conforme Dunker (2020), estão incluídos nessa função terceira os chamados “representantes da função paterna”, independentemente de gênero. Por isso, o autor afirma que “a função paterna pode ser exercida por aquela que biologicamente é chamada de mãe” (p. 51). Apesar de não abordarmos nesta tese, com profundidade, as questões de gênero, é importante ressaltar que a psicanálise não faz distinção entre famílias monoparentais, heteroparentais,

homoparentais e assim por diante. Quando falamos sobre função materna e paterna, estamos nos referindo a como uma dupla (dois homens, duas mulheres, um homem e uma mulher) “exerce a função de cuidar, antecipar sentidos e filiar a criança em uma constelação familiar que os precede” (Dunker, 2020, p. 51).

Segundo Fink (2018), o pai exerce uma função de separação entre a mãe e o filho. Ele age como um terceiro, evitando que a criança seja apenas *uma extensão da mãe*. Esse lugar vazio do pai é instaurado por ela, rompendo a simbiose com o bebê.

O pai protege o filho do *désir de la mère* (que tanto significa o desejo da criança pela mãe quanto o desejo materno) –ou seja, de um perigo potencial. O pai protege a criança da mãe como desejo (como desejante ou desejada), instalando-se como aquele que proíbe, impede, frustra e protege: em síntese, como que dita a lei da casa, dizendo à mãe e ao filho o que é e o que não é permitido (p. 92).

No seminário 5, em *A metáfora do pai*, Lacan (1957-1958/1999) afirma que o pai “antes de mais nada, interdita a mãe. Esse é o fundamento, o princípio do complexo de Édipo, é aí que o pai se liga à lei primordial da proibição do incesto” (p. 174). O autor aborda a função paterna e trata o pai como uma figura simbólica e não um personagem real. O pai é uma metáfora, ou seja, um significante que substitui um outro significante, no caso, a mãe. Para Lacan, esse é o pilar essencial da intervenção do pai no complexo de Édipo. Nas suas palavras: “A função do pai no complexo de Édipo é ser um significante que substitui o primeiro significante introduzido na simbolização, o significante materno. ... o pai vem no lugar da mãe” (p. 180). Dessa forma, quando a mãe permite esse espaço para que esta função paterna, simbólica, se estabeleça, ela instaura para o inconsciente da criança um outro lugar além dela (Rohenkohl, 1997).

Para Zornig (2012), a função paterna que atua sob a lógica da separação, protege a criança, ao reconhecer a sua alteridade, permitindo-a aceder ao processo de subjetivação, e à

mãe, permitindo-a reconhecer-se como mulher, com outros desejos além do filho. Mathelin (1999) afirma que o pai interditor produzirá significação fálica, ocupando-se do desejo da mãe, enquanto o filho escapará à posição de objeto do fantasma materno. Caso esse terceiro funcione, será possível criar um espaço para a constituição do “eu” [je] do bebê (p. 75). Para Fink (2018), ao contrário, caso ocorra a ausência da função paterna, pode ocorrer o aniquilamento da criança como ser separado da mãe e a psicose pode vir a se constituir. O elemento foracluído na psicose está relacionado ao pai e o critério mais importante a se considerar no diagnóstico de psicose é a ausência da função paterna.

Winnicott, por sua vez, sofre algumas críticas de psicanalistas franceses que consideram a falta do pai simbólico em seu modelo teórico. No entanto, fazendo uma leitura atenta à sua obra, podemos notar a importância que esse autor delega à figura paterna. O primeiro texto que teve o pai como assunto principal foi *E o pai?*, escrito em 1945. À princípio, ele pode parecer ultrapassado, uma vez que se refere a uma sociedade com características do seu tempo, o homem que trabalha fora e a mulher que cuida da casa e do filho, mas não se trata de apontar diferenças nas divisões de tarefas exercidas pelo homem e pela mulher e sim de funções psíquicas distintas (Dethiville, 2014).

Em uma palestra à rádio British Broadcasting Corporation (BBC), que foi publicada posteriormente em 1957 com o título *A criança e a família*, Winnicott (1957/1999) afirma saber que o reconhecimento do seu trabalho acontecerá pelo seu desempenho em descobrir e valorizar a boa mãe comum. No entanto, admite a importância do pai quando diz: “Sei que os pais são tão importantes quanto as mães, e realmente um interesse na maternagem inclui um interesse nos pais e na parte vital que eles desempenham nos cuidados com o bebê” (p. 117). Em uma nota de rodapé do texto *A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências*, Winnicott (1968/1999b) esclarece que quando ele se refere à

mãe, o pai não é excluído, porém, no estágio de dependência absoluta do bebê, o que interessa é o aspecto materno do pai.

Nos primeiros tempos de vida do bebê, a intervenção da função paterna pode “ajudar a proteger a mãe e o bebê de tudo que pretenda interferir no vínculo entre ambos, que é a essência e a própria natureza do cuidado materno” (Winnicott, 1964/2017d, p. 18). Segundo Dethiville (2014), o pai se coloca nessa fase como continente, para que a relação mãe-bebê possa se constituir como um ambiente suficientemente bom, necessário para a formação de um *self* verdadeiro na criança. Ele assegura a “capa protetora” (p. 31) que permite à mãe fornecer o *holding* à criança, enquanto ele fica com o *handling*, representado pelos cuidados que dedica ao filho. Vale lembrar que o conceito de *self* central ou verdadeiro foi definido por Winnicott (1960/1983) como “o potencial herdado que está experimentando a continuidade de existência, e adquirindo à sua maneira e em seu passo uma realidade psíquica pessoal e o esquema corporal pessoal” (p. 46).

Uma das diferenças entre a lógica da função paterna para Lacan e Winnicott reside no fato de que para o primeiro autor, o significado do pai simbólico trazido no discurso da mãe é preponderante, uma vez que o importante é a sua inscrição no psiquismo materno, independentemente da sua presença física. Por outro lado, para Winnicott, a presença de um pai real é enfatizada na constituição da personalidade da criança e possibilita à mãe permanecer em um estado de “loucura sadia”, denominado por ele de “preocupação materna primária” (Winnicott, 1956/2000, p. 399), no qual através de sua identificação com o bebê, é capaz de fornecer tudo aquilo que ele precisa. Esse estado particular em que a mulher se encontra só é possível se além de gozar de boa saúde mental, ela estiver inserida em um ambiente capaz de propiciar-lhe condições para que tal adaptação às necessidades da criança aconteça. Assim, um dos papéis essenciais do pai seria o de garantir um ambiente seguro, de contenção e proteção para a dupla mãe-bebê.

Assim como Winnicott (1957/1999; 1964/2017d), Missonnier (2004) ressalta a importância da figura do pai da realidade, daquele que está ao lado da mulher e assume um papel de continente protetor e, depois, de catalisador, que lhe permitirá ser mãe. Para Winnicott (1963/1983), inicialmente, a mãe é o ambiente favorável e necessita além do apoio oferecido pelo pai da criança, o de sua mãe, da família e do ambiente social imediato.

O nascimento de um filho traz expectativas de reparação das falhas da história parental, mas provoca também uma ruptura do equilíbrio do casal, trazendo à tona conflitos edípicos. Desse modo, é comum o pai sentir-se excluído da relação mãe-filho, reativando a sua vivência infantil em relação aos seus próprios pais, podendo perceber o bebê como um rival (Zornig, 2012). Por outro lado, a mãe também pode sentir-se excluída da relação pai-bebê. Mathelin (1999) relata o caso de Fanny, prematura de 28 semanas, que não recebia a visita de sua mãe, porque ela sentia-se “descartada” na relação pai-filha. Segundo a fala da mãe: “Aqueles dois se entendem bem, não precisam de mim” (p. 78). O trabalho analítico permitiu situar o que pertencia a história edípica da mãe, que a estava impedindo de ocupar o seu lugar junto à Fanny.

No que concerne ao funcionamento psíquico paterno, o trabalho pioneiro de Greenberg e Morris (1974) diz respeito ao impacto do recém-nascido sobre o pai. Foram entrevistados 30 pais, cujo primeiro filho tinha nascido dois ou três dias antes da entrevista. Vale notar que esse estudo foi realizado contando com muitos fatores favoráveis, os pais eram casados, tanto na gestação quanto no nascimento não houve intercorrência, os bebês nasceram a termo e sem problemas de saúde. Esses dois autores observaram características comuns nesses pais que foram chamadas de *engrossment*. Segundo Oiberman (1994), essa expressão, que não tem tradução para o nosso idioma, refere-se a um potencial inato do pai em relação a seu bebê, que se desenvolve no momento do seu nascimento e implica: “estar totalmente absorvido pela presença do bebê; manifestar preocupação e interesse frente ao nascimento do filho; expressar

forte emoção diante desse acontecimento e sentir uma intensa e característica emoção ao ver-se convertido em pai” (p. 71).

O *engrossment* possui as seguintes características: o pai se conscientiza da existência do filho, percebendo-o como indivíduo; existe, por parte do pai, grande desejo e prazer no contato físico com o bebê; os pais são conscientes das características físicas do bebê; este é percebido como perfeito; o recém-nascido provoca no pai profunda atração, passando a focar nele seu interesse e atenção; a paternidade é vivida como uma experiência de exaltação e sensação de euforia; diante do nascimento do filho, o pai adquire maior sentimento de autoestima.

No caso do nascimento prematuro, podemos nos questionar como seria o funcionamento psíquico paterno diante de um filho com um quadro clínico imprevisível, deixando-o desamparado de suas referências simbólicas a respeito da paternidade. Agman et al. (1999) concordam com o que já fora dito por Freud em 1914 sobre o narcisismo e ressaltam que assim como a mãe do bebê prematuro é narcisicamente ferida, o mesmo ocorre com o pai, quando se depara com uma produção sua, que não foi levada a termo. Ademais, ele é a pessoa que costuma, primeiramente, se deparar com o bebê na incubadora e o ambiente da UTI Neonatal, sendo o porta-voz de boas e, eventualmente, de más notícias para a mãe, filtrando o que pode ou não ser dito.

Segundo Mathelin (1999), em um nascimento a termo, é a mãe que apresenta o filho ao pai. Na situação de prematuridade, quase sempre é o pai que apresenta o filho à mãe, que a acompanha nas visitas à UTI Neonatal e que lhe transmite com precaução as palavras dos médicos. “A função habitualmente ‘separadora’ do pai está aqui invertida: ele vai tentar fazer com que se encontrem da melhor forma a mãe e o bebê” (p. 74).

A pesquisa realizada por Barros, Menandro e Trindade (2006) sobre as vivências paternas na UTI Neonatal indicou que o pai, mesmo diante do filho não esperado, demonstrava

carinho e envolvimento com ele. Além disso, diante da internação de seu bebê, o pai também apresentou sentimentos como tristeza, medo, susto, indicando que passou por processos de adaptação e enfrentamento semelhantes ao de sua companheira. Sendo assim, os autores ressaltam a importância da implementação de práticas profissionais voltadas não apenas para a mãe, mas também para o pai.

Na pesquisa realizada por Baeta (2011), a autora comenta que o pai é fortemente atingido pelo nascimento prematuro do filho e se refere a esse momento como um “encontro faltoso” (p. 158), onde o desamparo da criança não encontra refúgio no seio materno, pois a mãe vê-se impossibilitada de exercer a sua função. A paternidade foi descrita como “choque, surpresa, susto, experiência muito difícil, única, inédita, ímpar, inacreditável ou inexplicável. Custa a cair a ficha!” (p. 160). Os homens entrevistados afirmaram que se sentem sem recursos psíquicos de enfrentamento para tal situação, as expectativas sobre a paternidade são frustradas e, diante da prematuridade e dos incidentes de reanimação, os pais falaram de “baque, choque, turbulência, tensão, cansaço, susto, desespero, arrasamento, desengano, apreensão, desnorteamento, desmoronamento... Um vir abaixo” (p. 160). Além disso, conforme relatos de pais que participaram do trabalho, a função principal que eles desempenham na UTI é a de dar um *apoio* incondicional às suas mulheres, para que elas se sintam amparadas e possam descansar. Eles passam a se ocupar, sobretudo, das esposas, mesmo interessados pela criança, para que ela possa desempenhar o papel principal junto ao filho.

Podemos enfatizar que o trauma para o pai estaria centrado no encontro com o desmanche da função materna –ou uma interferência violenta na mesma–, cedo demais. Diante disso, eles são convocados para o que chamamos uma paternidade prematura que é o que, primeiro, os impacta (p. 166).

Desse modo, frente a este desmanche da função materna, causado pela ferida narcísica que a prematuridade impõe à mãe, segundo Baeta (2011), ao invés da função paterna servir

como um corte no anseio narcísico materno de inteirar-se com o filho, o pai assume a tarefa de “segurar a onda” (p. 166), aparentando tranquilidade, procurando ser paciente e servindo de ponto de equilíbrio para as mães. Desempenhar tal tarefa não é fácil, vez que ele também foi duramente atingido em seu próprio narcisismo causado pelo nascimento prematuro do bebê e tem que aprender a lidar com as novas regras que a situação lhe impõe. Conforme a autora, “eles cuidam para que transpareça o que deve transparecer e não transpareça o que não pode transparecer” (pp. 166-167). Para alguns, esse apoio à mulher, que se sobrepõe aos afetos e aos conflitos pelos quais eles estão passando, pode ser bem elaborado, mas outros podem tomá-lo como um mandato, um imperativo superegoico.

Essa árdua tarefa de se colocar como continente na relação mãe-bebê, protegendo-os de um ambiente ameaçador, pode fazer com que o homem se sinta exercendo um papel de coadjuvante. Na pesquisa realizada por Tafuri et al. (2012) mais da metade dos homens (58%) se colocou nesse lugar, no período gestacional, não encontrando escuta às suas inquietações pessoais. Em alguns casos, o homem se mostrou ansioso e estressado, sem vontade de conversar, irritado, cansado e incompreendido e reclamou da necessidade em ser compreensivo, calmo, flexível e companheiro da mulher. O estudo apontou para uma demanda reprimida dos homens em relação à função paterna, a de serem mais participativos, e à falta de uma rede de escuta individualizada para que possam falar sobre o mal-estar que sentem face à vivência do ser coadjuvante. Nesse sentido, tanto na gestação quanto no pós-parto, o homem pode sentir-se desamparado e excluído do exercício da função paterna.

Para Agman et al. (1999), a complexidade da situação de prematuridade e internação do bebê no ambiente da UTI Neonatal coloca o pai em uma posição muito peculiar, ele deve suportar a ferida narcísica infligida pelo nascimento antecipado; deve fazer face à vivência perturbadora de transplante do ventre materno para o ventre substituto (serviço de neonatologia); à depressão materna e ser o portador de eventuais más notícias, selecionando o

que pode ou não ser dito à mãe. Todas essas demandas o fazem concentrar as suas energias para controlar a situação e, por vezes, ele poderá ter dificuldades de deixar a mãe “retomar a sua posição” (p. 26). As autoras relatam um caso caricatural de um pai dizendo que a criança não tinha sentido a falta da mãe nos primeiros dias de nascimento, porque ele estava presente e que lamentava não ter podido dar-lhe o seio, expressando com raiva o orgulho da esposa em sair da maternidade amamentando o bebê, porém sem ter estado ao seu lado nos primeiros dias de vida, que segundo o pai, eram os mais importantes. Esse caso, assim como outros, mostram as dificuldades com as quais a equipe de saúde se depara e tem que lidar, mesmo tendo grande dificuldade de identificação com o pai.

No próximo item, do capítulo 2, apresentaremos o Método Canguru como uma possibilidade de minimizar os efeitos traumáticos decorrentes do parto prematuro, não só para a mãe, mas também para o pai do bebê prematuro, que assim como ela, foi ferido narcisicamente, quando se depara com uma produção sua, que não foi levada a termo. Falar sobre esse método é fundamental nesse trabalho, uma vez que permite aos pais abandonarem o papel de coadjuvantes no cenário da UTI Neonatal, passando a se reconhecerem como protagonistas, deixando de se sentirem excluídos dos cuidados oferecidos ao bebê (Lamy, 2003).

Capítulo 2 - Um olhar psicanalítico sobre a amamentação de bebês prematuros

“Sim!

Os bebês têm necessidade de leite.

*Mas muito mais de ser amados
e receber carinho”.*

(Frédérick Leboyer)

2.1 Amamentação e Método Canguru: um reencontro do corpo e do cuidado materno¹²

Este item tem como finalidade discutir o Método Canguru como uma possibilidade de aproximação entre a mãe, o pai e o bebê, a fim de minimizar sequelas emocionais negativas decorrentes do nascimento prematuro, que ocorre de modo abrupto e inesperado. O Método adotou o nome dos mamíferos marsupiais originários da Austrália, cujos filhotes nascem antes da gestação ser levada a termo. As fêmeas dos cangurus possuem uma bolsa, onde os filhotes se aquecem e se alimentam, até o tempo de gestação ser completado e eles estarem fortalecidos para sobreviverem. Dentro da bolsa marsupial ficam as tetas da mãe que produzem leite diferenciado para os filhotes. Os recém-nascidos mamam nas tetas inferiores, enquanto os mais velhos mamam nas superiores, encontrando o tipo de leite mais adequado para cada um. Sendo assim, os bebês cangurus nascem prematuros e têm uma gestação extra-uterina, podendo a bolsa marsupial ser considerada como uma incubadora natural (Carvalho & Prochnik, 2001).

Segundo Winnicott (1960/1983b), o desenvolvimento sadio da criança dependerá em grande parte de um ambiente suficientemente bom que possibilite o progresso dos processos de maturação, referentes à evolução do ego e do *self*. Nesse sentido, propomos uma reflexão

¹² Partes desse item da tese foram apresentadas no 13º Congresso Internacional de Psicologia Clínica, em 2020, por Samarcos, A. L., Freitas, A. L. L. P., Lazzarini, E. R., Chatelard, D. S., & Maesso, M., com o título: “O trauma do nascimento prematuro: o método canguru como possibilidade de enfrentamento”. Posteriormente, esse trabalho foi publicado no livro *Avances em Psicología Clínica: investigación y práctica*. 1ª ed. Madrid: Dykinson, S. L., 2020, v. 1, pp. 64-71.

sobre o Método Canguru como facilitador deste ambiente favorável, na medida em que dá suporte à mãe para que ela, através de sua devoção e do contato corporal com o seu filho prematuro, possa proteger o vir-a-ser do seu bebê. Winnicott (1963/1983) explica que o vir-a-ser consiste em uma espécie de plano para a existência e depende da capacidade da mãe em se devotar e se adaptar às necessidades do bebê. Para tanto, é necessário que a mãe consiga regredir ao estado de desamparo no qual o bebê se encontra, assumindo a sua vulnerabilidade e reconhecendo o estágio inicial de dependência do filho.

O bebê tem necessidades que só o contato humano pode satisfazer, como se envolver pelo ritmo respiratório da mãe, ouvir e sentir os batimentos cardíacos de um adulto, sentir o cheiro dos pais e ouvir os sons do meio ambiente, sem que ele seja deixado com seus próprios recursos, em uma fase de imaturidade e dependência absoluta. Tais necessidades refletem o fato de que os bebês estão sujeitos a ansiedades terríveis nos estágios iniciais do desenvolvimento emocional, antes da existência de um ego autônomo, que só o contato humano ou familiar pode pôr fim. Sendo assim, o bebê não deve ser deixado a sós por muito tempo, para que não passe por experiências que, segundo Winnicott (1970/1999) só podem ser descritas através de expressões como: “ser feito em pedaços; cair para sempre; morrer e morrer e morrer; perder todos os vestígios de esperança de renovação de contatos” (p. 76).

Mathelin (1999) afirma que quando o *holding* oferecido pela mãe ou outro cuidador é insuficiente, o temor do desabamento, algo dessa *primitive agony* permanece por toda a vida do indivíduo. No entanto, o Método Canguru promove a assistência satisfatória dos cuidados maternos, possibilitando a satisfação de algumas necessidades básicas do bebê, como a de ser segurado adequadamente. A partir disso, favorece a transformação destes sentimentos terríveis do recém-nascido em experiências positivas, auxiliando na construção da confiança que ele adquire com relação ao mundo e às pessoas. Assim, conforme Winnicott (1970/1999),

Ser feito aos pedaços, por exemplo, passará a ser uma sensação de relaxamento e repouso se o bebê estiver em boas mãos; cair para sempre se transforma na alegria de ser carregado, e no entusiasmo e prazer que decorrem do movimento; morrer e morrer e morrer passa a ser a consciência deliciosa de estar vivo, e, quando a constância vier em auxílio à dependência, a perda de esperança quanto aos relacionamentos se transformará numa sensação de segurança, de que, mesmo quando a sós, o bebê tem alguém que se preocupa com ele (p. 76).

A experiência deste Método poderá auxiliar a criança em seu processo de integração e na construção de um ego corporal, tornando-a assim uma pessoa inteira. Segundo Winnicott (1962/1983), “a integração está intimamente ligada à função ambiental de segurança. A conquista da integração se baseia na unidade” (p. 60). Tanto Winnicott como Esther Bick (1968) conceberam o estado inicial de não-integração do bebê, sendo a presença da mãe (ou substituto) essencial para o estabelecimento de um *self* unitário. Bick (1968) se refere a não integração como uma experiência passiva de total desamparo, com ansiedades catastróficas – cair no espaço, lugar sem saída, liquefazer-se ou deixar a vida esvair. Nas palavras de Winnicott (1945/1978), quando um bebê “não teve qualquer pessoa para juntar seus pedaços começa com uma desvantagem sua própria tarefa de auto-integração e talvez não consiga empreendê-la, ou pelo menos não consiga manter sua integração com confiança” (p. 276).

Em 1967, no 25º Congresso Psicanalítico Internacional, em Copenhague, Bick apresentou um artigo atribuindo à função primária da pele do bebê, estabelecer um limite contensor do *self*, permitindo que as partes da personalidade se mantenham unidas. Na primeira publicação desse artigo, no *International Journal of Psycho-Analysis*, em 1968, Bick afirma que:

Na sua forma mais primitiva, as partes da personalidade são sentidas como não tendo nenhuma força de ligação entre si, e, assim sendo, elas devem ser mantidas unidas de

uma maneira que é experimentada de forma passiva e na qual a pele funciona como limite (p. 484).

Winnicott (1962/1983), por sua vez, afirma que, em condições favoráveis, a pele se torna uma membrana limitante entre o eu e o não-eu, possibilitando o início de uma coesão psicossomática. A esse processo de união entre o ego e o corpo, o autor chamou de *personalização*. Em contrapartida, Bick fala sobre a necessidade de um objeto continente, nesta fase de não-integração, que se caracteriza pela experiência passiva de total desamparo.

Uma luz, uma voz, um cheiro ou outro objeto sensorio –que possa prender a atenção e desta forma ser vivenciado ao menos momentaneamente, como um objeto que mantém unidas as partes da personalidade. O objeto ótimo é o mamilo na boca, juntamente com a mãe que segura a criança, fala com ela e tem um cheiro familiar (Bick, 1968, p. 484).

Winnicott (1960/1983b) considera o cuidado que o bebê recebe de sua mãe como fator preponderante para o fortalecimento do seu ego. Para Winnicott (1964/1999), o bebê tem um ego desde o início, embora frágil. No entanto, devido à adaptação sensível da mãe, ela funciona como um ego auxiliar, capaz de fortalecer o ego do filho. “Dizemos que o apoio do ego materno facilita a organização do ego do bebê” (Winnicott, 1966/1999, p. 9). Entretanto, Bick (1968) relata que caso haja perturbações na função de pele primordial (discutida no capítulo 1, item 1.3), pode haver o desenvolvimento de uma “segunda pele” (p. 484). Falhas na adequação do objeto real contentor, no estágio de dependência do bebê, pode levá-lo a uma pseudo-independência, com o objetivo de criar um substituto para a função de pele continente. Esse conceito de segunda pele assemelha-se ao falso *self* de Winnicott (1960/1983a), que é resultante da inabilidade materna em sentir e responder satisfatoriamente às necessidades do bebê. O gesto espontâneo ou alucinação sensorial do recém-nascido, ao invés de satisfeito, é substituído pelo gesto da mãe, e a submissão a ele corresponde ao estágio inicial do falso *self*.

Em outras palavras, o falso *self* tem a função de ocultar o *self* verdadeiro, pela submissão às exigências do ambiente.

É preciso acrescentar que o estado ao qual estamos nos referindo, de não-integração, é diferente da desintegração, que se caracteriza pela cisão decorrente de operações defensivas ativas a serviço do desenvolvimento (Bick, 1968). Winnicott (1962/1983) usou o termo desintegração para descrever uma defesa sofisticada, “uma defesa que é uma produção ativa do caos contra a não-integração na ausência do auxílio do ego da parte da mãe, isto é, contra a ansiedade inimaginável ou arcaica resultante da falta de segurança no estágio de dependência absoluta” (p. 60).

Podemos ilustrar o processo de desintegração com o caso de um menino psicótico, Robert, de doze anos, que era atendido por Williams (1997) cinco dias na semana. Esse caso pode ser encontrado em *As angústias catastróficas de desintegração, segundo Esther Bick*. Esse texto foi produzido a partir de anotações feitas em uma supervisão com Bick. Williams relatou que o menino estava aterrorizado com a ideia de que pulgas pudessem entrar em sua pele ou por qualquer outro orifício. Os pais tinham dificuldades para tirar a roupa do filho e fazer com que ele tomasse banho. Segundo as palavras da mãe, “era uma catástrofe”, o menino tremia de raiva e terror. Quando Robert se encontrava em uma situação de separação, como por exemplo, a proximidade do final de semana, apresentava estados de angústia extrema. Ele sentia a separação como se fosse uma laceração em sua pele, que o fazia tomar medidas protetoras como fechar o nariz, os ouvidos e a boca, a fim de não se esparramar por esses orifícios. A respeito das observações que foram feitas com Robert, Bick comentou:

O bico da mamadeira que é retirado, a experiência do fim da sessão e do fim da semana mordem Robert como pulgas que fazem buracos em sua pele. Cada buraco de seu corpo é uma boca. Todas essas bocas devem ser, a todo momento preenchidas ou tapadas,

senão ele vai esparramar-se por buracos... é por isso que ele precisa fechar todos os seus orifícios e não pode tirar as roupas (p. 38).

Podemos compreender as reações violentas de Robert, diante de situações de separação, pela não interiorização da função contentora do aparelho psíquico da mãe. Segundo Bick (1968) tal falha deixa sequelas na integração do *self*, que podem se traduzir pela falta de integração a nível somático. Desse modo, as separações podem provocar angústias de tipo catastrófico, ligadas à não integração das diferentes partes do *self*. Tais angústias podem ser acompanhadas de impressões de fragmentação de liquefação ou queda sem fim, assim como de perturbações ao nível do pensamento e da postura, motricidade e função vegetativa.

Dolto (1985/2013) alerta para a potencialidade psicótica dos prematuros que são privados do contato sensorial com os pais, permanecendo isolados em suas incubadoras. A autora afirma que:

O grande perigo para os prematuros vem do estado de privação sensorial, a solidão em que a incubadora os mergulha. Nenhum cheiro de mãe, nenhuma visão, nenhum toque, nenhuma das carícias que delimitam o corpo. Essa vida na incubadora parece-me criar um verdadeiro autismo experimental (p. 100).

O Método Canguru permite que o olhar, a voz da mãe, o toque, o contato com o corpo dos pais, imprescindíveis para a constituição da imagem e do esquema corporal da criança, segundo Dolto (1985/2013), seja oferecido ao bebê, permitindo-o conservar a noção de existir. Ao passo que, para o bebê na incubadora, as relações com o mundo exterior são cortadas, vez que são privados de uma referência afetiva.

Sendo assim, os cuidados oferecidos pela equipe de saúde à mãe e ao bebê prematuro por meio do Método Canguru pode oferecer o ambiente sustentador ao qual Winnicott (1960/1983b) se refere. O contato pele a pele com a mãe permitirá ao bebê ser ao invés de

reagir, afastando as ameaças de aniquilamento, oriundas das ansiedades vividas em um estágio inicial no qual o seu psiquismo ainda não está pronto para suportá-las. Segundo o autor,

A alternativa a ser é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila. Ser e aniquilamento são as duas alternativas. O ambiente tem por isso como principal função a redução ao mínimo de irritações a que o lactente deva reagir com o conseqüente aniquilamento de ser pessoal (p. 47).

A posição canguru consiste em segurar o bebê ligeiramente vestido na posição vertical contra o peito do adulto. Ela provou ser eficaz na redução do estresse e dor, especialmente em recém-nascidos prematuros (Brasil, 2017). O Método Canguru busca atender mães, familiares e bebês com baixo peso ao nascer, incluindo os recém-nascidos prematuros, de forma humanizada e tem como um dos objetivos principais, incentivar o aleitamento materno e a construção do vínculo mãe-bebê. Carvalho e Prochnik (2001) definem o Método Canguru como

um tipo de assistência neonatal que implica o contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado ao seu recém-nascido (p. 35).

Além de haver a preocupação com a relação pais-bebê, o método propõe também o envolvimento da família, para que se possa construir uma rede social de apoio para a mãe, minimizando os efeitos negativos da internação neonatal. Foi iniciado em Bogotá, na Colômbia, na década de 1970, com o intuito de diminuir a superpopulação de bebês prematuros internados nas enfermarias e o número de mortes devido a infecções hospitalares adquiridas. Além disso, funciona como um incentivador do aleitamento materno exclusivo; promove o mais cedo possível, um maior contato entre pais-bebê, fortalecendo o vínculo afetivo e ajuda a

manter o bebê aquecido pelo contato pele a pele com os pais (Waksman et al., 2002). Assim, o Método Canguru visa tanto o aspecto físico do bebê prematuro como o psicológico.

Lamy et al. (2005) afirmam que, a partir da experiência da Colômbia e de sua divulgação, promovida pela UNICEF, diversos países do mundo adotaram o método, que internacionalmente ficou conhecido como *Kangaroo Mother Care* (KMC). No Brasil, como a participação ativa do pai nessa experiência é considerada fundamental, a terminologia utilizada é Método Canguru. Segundo Montagu (1988), a pele é o órgão sensorial primário do bebê e a experiência tátil é fundamental para o desenvolvimento humano e o pai também está destinado a se comunicar com o bebê, através da pele, embora nas sociedades civilizadas, isso ocorra com menos intensidade e frequência do que com a mãe.

Conforme Wilhelm (1997), em 1993, no Recife, o método começou a ser aplicado e com o tempo foi sendo adotado em outros hospitais públicos de todo o país, sendo regulamentado pelo Ministério da Saúde como uma política nacional de saúde pública. É reconhecido em 2000, a partir da publicação da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Sanches et al., 2015). Segundo Lamy (2003), atualmente o método visa atingir não só os bebês prematuros, mas também aqueles que nasceram de nove meses, porém com peso inferior a 2.500 gramas devido a alguma intercorrência durante a gestação.

Na posição canguru, diante de um bebê prematuro em contato pele a pele, percebe-se uma entrega, como se voltasse para um lugar que é seu. A expressão facial, o relaxamento dos membros e a estabilidade da frequência cardíaca traduzem seu conforto. Ao mesmo tempo, os pais experimentam em seu próprio corpo a mudança do tônus do bebê, envolvendo-se num outro processo de comunicação com o mesmo, que torna a ser muito corporal e íntimo, levando-os também ao relaxamento e, com frequência, a dormir abraçados ao filho (pp. 148-149).

Segundo Lamy (2003), o Método Canguru possui três etapas: a primeira delas tem início na UTI Neonatal com a internação do bebê; a segunda começa quando a criança é levada para a Unidade Intermediária e a terceira se dá após a alta hospitalar, no ambulatório de seguimento, não apenas para acompanhar o desenvolvimento maturativo do bebê, como o seu ganho de peso, mas também para avaliar a relação mãe-bebê, como ela se sente cuidando do filho fora do ambiente hospitalar, se permanece amamentando-o exclusivamente ao seio, entre outras questões. O objetivo do Método Canguru é oferecer um suporte de todas as especialidades que atuam na área neonatal às mães de bebês prematuros, em todos os momentos da sua internação até a alta hospitalar, bem como minimizar os efeitos negativos decorrentes da internação do bebê, como por exemplo, o afastamento da família ampliada, o excesso de estimulação e experiências corporais desgastantes. O depoimento de uma mulher, no capítulo *Os primeiros dias na UTI*, de Braga e Morsch (2003), que passou pela experiência do Método Canguru pode ilustrar o quanto ele pode amenizar o trauma da separação precoce entre mãe-filho:

A compensação é que logo depois que me tornei uma mãe-canguru e vivi um dos momentos mais fantásticos da maternidade. Senti minha filha em sua inteireza pela primeira vez. Táí uma coisa que só mãe de prematuro conhece. Pegar seu bebezinho com uma semana de nascido, ou mais, tocar, trocar olhares, sentir sua fragilidade, poder dizer bem perto ‘a mamãe está aqui, logo, logo a gente vai para casa’, ficar horas com ele ali, agarradinho, foi, e continua sendo, ma-ra-vi-lho-so. Lembrar daquela sensação enche minha alma e meu coração. Tanto que me tornei uma das divulgadoras do canguru estimulando outras mães a fazê-lo (p. 66).

A pesquisa de Spehar e Seidl (2013), mostra que os cuidados dispensados pela equipe por meio da prática do Método Canguru nas etapas hospitalares, especialmente na segunda, contribui para o aumento da percepção de autoeficácia materna, na medida em que favorece a

interação e os cuidados com o bebê. Além disso, as autoras afirmam que a participação materna em relação ao Método Canguru na fase hospitalar é essencial para a continuidade da posição canguru, após a alta. Quanto à amamentação, Spehar e Seidl apontam o impacto positivo do Método Canguru para o aleitamento de bebês prematuros. No entanto, a fala de uma das participantes nos chamou a atenção, quando ela questiona o fato de a mulher ter que estar amamentando para que o bebê receba alta. Segundo as palavras de M6: “Às vezes, eu até questiono a condição do hospital ‘será que é isso mesmo? Será que eles não estão muito equivocados de prender a gente?’ Da gente ficar preso aqui por conta da amamentação?” (pp. 653-654).

Vale notar que se o Método Canguru respeita o desejo da mãe e de sua família para colocar ou não o bebê na posição canguru e pelo tempo que entenderem ser suficiente e prazeroso, o desejo materno em amamentar ou não o filho também deve ser levado em consideração. Algumas mães podem se sentir inseguras com esta posição e, talvez, precisem de um tempo maior para desejarem um contato tão íntimo e prolongado com o bebê, que tanto o contato pele a pele quanto a amamentação impõem. O medo ou atitudes fóbicas da mãe merecem respeito e acolhimento, porém, podem impedir tal aproximação com o filho.

No estudo de Paim (2005), a pesquisadora se deparou com a resistência de algumas mães, que se recusaram a colocar o bebê na posição canguru. No discurso de uma delas, podemos destacar o medo de não desempenhar satisfatoriamente a sua função materna, alegando que a máquina (incubadora) faria isso melhor do que ela: “Põe na máquina: ela não falha”. Na fala de outra mãe, o medo e a tensão a impediam de ter um contato mais próximo com o filho, inclusive de amamentá-lo ao seio: “Não posso fazer a posição ‘mãe-canguru’; estou muito tensa, o leite já diminuiu muito de ontem para hoje, acho que vai secar”. “É, tô tensa, tenho medo do nenê se afogar com o leite, tô toda dolorida, principalmente as costas, e o nenê é muito preguiçoso, não se ajuda” (p. 86).

Tais dados apontados pelos estudos de Paim (2005) e Spehar e Seidl (2013) não servem para subestimarmos a importância do Método Canguru em relação à vivência do contato pele a pele e da amamentação, apenas servem de alerta para que os profissionais de saúde estejam atentos aos aspectos físicos, psíquicos, ambientais e interacionais que podem influenciar no desejo e na subjetividade de cada mulher.

No estudo realizado por Lamy Filho, Silva, Lamy, Gomes e Moreira (2008), foram comparadas unidades que adotavam o Método Canguru com outras que não o utilizavam, sendo observados 985 bebês pesando entre 500 e 1.749g. A conclusão do trabalho foi que as unidades canguru tiveram desempenho superior em relação ao aleitamento materno exclusivo na alta, permitindo afirmar que a estratégia de humanização adotada pelo Ministério da Saúde corrobora para a promoção do aleitamento materno. Quando Winnicott (1964/2017c) se refere ao cenário adequado para a amamentação, ele preconiza que tanto a mãe quanto o bebê estejam confortáveis e que este último, tenha a pele livre para poder sentir a pele da mãe, exatamente como ocorre na posição canguru.

Além do desejo da mãe, alguns critérios devem ser obedecidos para que o bebê possa ser retirado da incubadora e seja colocado na posição canguru, entre eles destacam-se: a mãe não deve ser portadora de doenças infectocontagiosas e o bebê deve apresentar estabilidade clínica, ou seja, tenha condições de manter boa oxigenação, boa frequência cardíaca e respiração regular durante o manuseio (Lamy, 2003).

Não podemos deixar de comentar a respeito do atual cenário de pandemia da covid-19, que tem afastado muitas mães e bebês prematuros e com baixo peso. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial de Saúde (OMS) (2021) alerta para os riscos de separá-los, podendo resultar em sofrimento e mortes desnecessárias. Segundo a OPAS/OMS, a interrupção da assistência com o Método Canguru pode gerar grande prejuízo na saúde e no desenvolvimento dessas crianças. Entre os bebês prematuros ou com baixo peso

ao nascer, o Método Canguru demonstrou reduzir a mortalidade infantil em até 40%, a hipotermia em mais de 70% e as infecções graves em 65%. Portanto, é recomendado que mesmo quando houver suspeita ou confirmação de infecções por covid-19, as mães continuem dividindo o quarto com seus bebês desde o nascimento, os amamentem e pratiquem o contato pele a pele. Essa recomendação se deve ao baixo risco de morte neonatal pela doença.

O contato pele a pele restabelece os sentimentos de intimidade da mãe com o bebê, como se estivessem novamente fundidos, tal como acontecia durante a gravidez quando a mãe continha ambos. A pele transforma-se num mediador para o contato físico, para o conforto e amparo, e também para a transmissão do cheiro, do tato, do gosto e do calor, sensações que se podem constituir numa fonte de prazer e intimidade para mãe e filho (Lourenço, 2005, p. 77).

Quando o bebê prematuro nasce, além de não corresponder fisicamente aos desejos e fantasias dos pais, geralmente, ele ainda não está maduro o suficiente para respirar ou ser capaz de sugar para se alimentar. Nos próximos tópicos, discutiremos aspectos históricos relacionados ao aleitamento materno e como a vivência da amamentação pode ocorrer no contexto da prematuridade, dentro do ambiente da UTI Neonatal.

2.2 Amamentação: aspectos históricos e barreiras

Segundo Santos et al. (2001), em vários países após a segunda guerra mundial houve uma diminuição ou quase abandono do aleitamento materno exclusivo. Um dos fatores que contribuíram para isto foi o forte crescimento das indústrias de leite e as propagandas maciças de produtos industrializados. Com o grande número de puérperas que deixaram de amamentar, cresceu a incidência de doenças infecciosas e da mortalidade infantil, especialmente nos países de terceiro mundo. No Brasil, as mulheres saíam da maternidade com amostras de leite artificial e acreditavam que este era o “leite bom”, uma vez que ele era associado pela mídia a um bebê

forte, gordo, lindo e louro (p. 59). A partir disso, o leite materno passou a ser considerado como fraco e salgado.

No Brasil, a valorização da amamentação é recente, iniciando-se na década de 1980, quando amamentar tornou-se sinônimo de ser boa mãe. No Brasil colonial a amamentação pela escrava era comum, tendo a amamentação pela ama de leite perdurado até o final do século XIX (Pamplona, 2010). É a partir do final do século XIX e início do século XX, com a organização da família moderna em torno da figura da mãe e com o fim do sistema de amas de leite, que as crianças, como reis, passam a herdar seu trono como transmissão de uma linhagem, de uma filiação (Levin, 2005).

Em agosto de 1990 na Itália, um grupo de formuladores de políticas de saúde de governos, agências bilaterais e das Nações Unidas assinou a *Declaração de Inocenti*, com o objetivo de tornar o aleitamento materno uma prática universalmente adotada nas maternidades (Santos et al., 2001). Em março de 1992, o Brasil foi um dos 12 países escolhidos para liderar a *Iniciativa Hospital Amigo da Criança* (IHAC), promovida pela UNICEF/OMS, com o objetivo de promover o aleitamento materno, reduzindo o índice de morbimortalidade infantil, mediante a adoção pelos hospitais dos *Dez Passos para o Incentivo do Aleitamento Materno*¹³. O hospital credenciado como Hospital Amigo da Criança além de receber uma menção honrosa, ganha 10% a mais sobre a sua receita, constituindo um forte atrativo para os hospitais públicos que sobrevivem com dificuldades financeiras (Santos et al., 2001). Além do IHAC, o

¹³ Os dez Passos para o Incentivo do Aleitamento Materno consistem em: 1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento, que deveria ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde; 2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma; 3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento; 4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento; 5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos; 6. Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico; 7. Praticar o alojamento conjunto –permitir que mães e bebês permaneçam juntos– 24 horas por dia. 8. Encorajar o aleitamento sob livre demanda; 9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio; 10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas por ocasião da alta, no hospital ou ambulatório.

Ministério da Saúde estabeleceu como meta até o final de 2010, a implantação do programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido - Método Canguru, nos hospitais públicos e privados (Aronis & Atem, 2005).

Tanto no artigo de Santos et al. (2001) quanto no de Aronis e Atem (2005), a crítica que se faz em relação a estes programas é que eles impõem propostas generalizadas, sem levar em consideração o desejo da mãe de amamentar, perdendo-se a dimensão de casos específicos, de mulheres que se sentem impossibilitadas de exercer essa tarefa. A mulher é pressionada a amamentar sem que seja dada a devida importância à sua subjetividade, tornando amamentação um ato mecânico e obrigatório. O próprio fato de o nome “Hospital Amigo da Criança” excluir o nome da mãe e ter como foco exclusivamente a criança é questionado por Santos et al. (2001). Segundo as autoras, o risco de deixar a mulher excluída do processo de amamentação é vê-la apenas como “portadora de um peito, que ela deve aprender a manusear adequadamente para entregá-lo a seu filho, de acordo com as orientações recebidas” (p. 66).

Vasconcellos (2018) também faz uma crítica em relação ao conjunto de regras necessárias para que um hospital receba a certificação Hospital Amigo da Criança, questionando a falta de espaço para a que as mães possam falar sobre o desejo de amamentar, assim como sobre questões subjetivas implicadas na relação mãe-bebê, que podem influenciar a amamentação. Observa que tais aspectos parecem estar na origem de muitos fracassos ou mesmo na recusa do aleitamento materno, tanto por parte do bebê quanto da mãe, demonstrando que a amamentação não se resume a uma questão de técnica.

Na França, o aleitamento mercenário era uma prática corriqueira até o século XVIII: as mulheres das classes abastadas contratavam amas em domicílio e as de classes populares enviavam seus filhos para os campos, para serem amamentados por camponesas (Badinter, 1985). Nos dias atuais, apesar da OMS recomendar e dos médicos incentivarem a amamentação exclusiva até o sexto mês de vida e complementar à alimentação da criança até dois anos ou

mais, Pamplona (2010) questiona as condições sociais concretas que a sociedade brasileira oferece às mães para que consigam realizar esse projeto.

No que se refere às limitações das condições de saúde, algumas doenças como a AIDS e o câncer impedem a mãe de amamentar o filho, assim como, em certos casos, o bebê necessita melhorar o seu estado clínico para conseguir sugar o seio, como muitas vezes ocorre com aqueles que nascem prematuramente. Nessas situações específicas, é fundamental que a mãe saiba que mais importante do que o leite materno é oferecer ao bebê o carinho, aconchego e estimulação, indispensáveis para o seu bom desenvolvimento, como já foi comentado, a partir dos estudos de Winnicott (1968/1999a). Em consonância com o pensamento winnicottiano, Leboyer (1995) afirma que

Ser levados, embalados, acariciados, pegos, massageados constitui para os bebês, alimentos tão indispensáveis, senão mais, do que vitaminas, sais minerais e proteínas.

Se for privada disso tudo e do cheiro, do calor e da voz que ela conhece bem, mesmo cheia de leite, a criança vai-se deixar morrer de fome (p. 18).

Dois estudos podem ser citados para ilustrar esse fato: o primeiro deles é o de Harlow e Suomi (1970), realizado com primatas, onde se verificou, entre outros resultados relevantes, que a alimentação não é tão essencial quanto o contato físico com o corpo da mãe, uma vez que o pesquisador observou que os macacos preferiam a mãe substituta de pano ao invés da de arame, quando foi introduzido um aparelho mecânico como estímulo provocador de medo, mesmo que fosse esta última a oferecer-lhe o leite. O segundo exemplo consiste no caso das mulheres da tribo dos Mundugumor, pesquisada pela antropóloga Margaret Mead (1949), que aleitam seus filhos, porém sem carinho, resultando em pessoas altamente agressivas consigo mesmas e com os outros, além de evidenciar a existência de um alto índice de suicídio entre eles. A autora descreve que quando os Mundugumor se tornam adultos e capturam um inimigo, eles o devoram e contam rindo este acontecimento. Ao passo que quando se sentem irritados,

a fúria volta-se para si próprio, levando-os a pegar a canoa e seguir à deriva, rio abaixo, até serem comidos pela tribo mais próxima (Langer, 1981; Pamplona, 2010). A seguir, a amamentação será abordada no contexto específico do nascimento prematuro.

2.3 Amamentação e nascimento prematuro

A amamentação é uma vivência biopsicossocial do ciclo sexual/reprodutivo da mulher, mais especificamente o puerpério (Pamplona, 2010). Do ponto de vista psicossomático, emoções como medo e ansiedade, bem como fadiga e dor, interferem negativamente na ejeção do leite, através da inibição hipotalâmica da secreção de ocitocina (chamada de “hormônio do amor”) e da liberação da adrenalina. Assim, devemos pensar em como se dá a vivência da amamentação dessas mães que, segundo Mathelin (1999), são narcisicamente feridas pela prematuridade. Miele (2004), que viveu a experiência de ter uma filha internada na UTI, relata o quanto as emoções maternas influenciam na produção do leite: “O leite aumenta ou diminui de acordo com meu estresse e minha ansiedade. Por vezes, quando o medo se funde com a ansiedade, penso que será o fim, que perdi meu leite” (p. 77).

Conforme várias organizações, como a Academia Americana de Pediatria, o UNICEF, o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria, há um consenso de que a recomendação geral para o cuidado com qualquer bebê prematuro requer o aleitamento materno, vez que o leite materno é o melhor alimento para o recém-nascido prematuro. Se para um bebê nascido em tempo normal a amamentação é importante, para um prematuro é fundamental. Havia controvérsias sobre a adequação desse leite para este bebê, contudo, nos últimos anos, cresceu a indicação do leite da própria mãe para o recém-nascido prematuro, por se tratar de um fluido dinâmico, que se adapta às necessidades de crescimento da criança. A composição do leite da mãe de um bebê prematuro muda durante o dia e no curso da amamentação para nutri-lo melhor. Conforme Potenza et al. (2013), ele contém mais proteínas, gorduras, calorias, sódio, potássio, cálcio, fósforo, magnésio e zinco, e menor concentração de

lactose. Além disso, a amamentação estimula o desenvolvimento psicomotor do bebê e o protege contra infecções (Brasil, 2017).

Diante da construção desse discurso científico, parece incontestável o fato de a mulher ter que amamentar o filho, afinal, segundo esse argumento, esta seria a única forma das mães protegerem seus bebês contra infecções e garantirem o seu bom desenvolvimento. No entanto, Szejer (1997) faz uma crítica em relação a essa teoria, uma vez que o bebê já nasce com os anticorpos da mãe, que são passados via corrente sanguínea, e estes se conservarão até que o próprio corpo da criança comece a produzir os seus, a partir dos três meses de vida. Sem querer negar a evidência de que o leite materno contribui para reforçar tais defesas naturais, assim como Szejer, apenas questionamos essa forma de nutrição como única e exclusiva para o bebê se desenvolver de forma saudável e a mãe ser considerada como boa mãe.

Szejer (1997, p. 286) questiona a prevalência do princípio de que a amamentação é algo “natural”, negando as diferenças individuais, que são propriamente humanas. Defender cegamente a ideia da “boa mãe Natureza”, tão impregnada na medicina e no inconsciente das pessoas, pode rebaixar a mulher ao nível de fêmea animal, desconsiderando a sua história de vida, o seu desejo e a sua subjetividade. Segundo a autora,

Em outras palavras, se o aleitamento ao seio pode ser, em certos casos, uma excelente solução, é preciso poder admitir que não é sempre a melhor, e pode, em outros casos, representar para a mãe, e portanto para o bebê, um inferno mais ou menos bem controlado, uma experiência infeliz e dramática, da qual nem uma, nem outro, saem ilesos. Por razões que ela ignora e que a dominam, a mulher que não consegue amamentar (porque ela não suporta isso, ou porque ela não tem leite suficiente, ou, ainda, porque o leite vaza) sente-se fortemente culpada, enquanto a criança, por sua vez, fica extremamente receptiva à angústia e à culpa da mãe, e vive uma relação perturbada que a marcará de uma forma ou de outra (Szejer, 1997, p. 287).

Guttman (2017) quando aborda o tema da lactação não se refere especificamente ao bebê prematuro, mas reforça a ideia de que a amamentação é algo natural e instintivo. Conforme a autora, “dar de mamar é isso. É deixar aflorar nossos recantos ancestralmente esquecidos ou negados, nossos instintos animais que surgem sem que imaginemos que estavam aninhados em nosso âmago” (p. 69). Além disso, estabelece uma relação direta entre amamentação e amor materno. Ela inicia o capítulo sobre lactação com o título *Amamentar: uma forma de amar*, afirmando que “todas as mães, absolutamente todas, podem amamentar seus filhos”. Embora Guttman reconheça que existam mães que tenham dificuldades para alimentar o bebê ao seio, seja por motivos primários, relacionados às experiências da primeira infância, ou pela falta de informação e de apoio, ou pelo estresse, cansaço, ou por situações de violência durante o parto, ou pelo cumprimento de algumas rotinas, como a separação da mãe e do bebê após o nascimento, para que este último possa ser examinado e manipulado, medido e pesado, a sua abordagem está atrelada a um discurso que sobrepõe a natureza e a capacidade fisiológica da mulher amamentar ao contexto cultural, social e econômico sob o qual ela está inserida.

Se a amamentação fosse algo simples e natural, que escapasse a um sistema complexo de fatores que interferem na sua sustentação, não teríamos como resultados os dados divulgados em 2019 pela OPAS/OMS, mostrando que, apesar da ampla evidência sobre os benefícios do aleitamento materno, os países das Américas precisam ultrapassar desafios para a construção de um ambiente que favoreça a amamentação, sem responsabilizar exclusivamente as mulheres pelo sucesso do aleitamento materno.

Apesar de os novos dados da pesquisa *O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019)*, realizada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e encomendada pelo Ministério da Saúde apresentarem uma melhoria em relação aos indicadores de amamentação no Brasil, apenas 45% dos bebês se alimentam de leite materno até os seis

meses (UFRJ, 2020). Em decorrência dos baixos índices estatísticos de Aleitamento Materno Exclusivo (AME), a OMS (2014) pretende elevar as taxas mundiais até o sexto mês do bebê. Mundialmente, somente 38% das crianças de 0 a 6 meses são amamentadas exclusivamente. A meta é atingir o patamar de 50% até 2025, adotando medidas que viabilizem a concretização desse objetivo considerado ambicioso. Limitar as propagandas de substitutos artificiais do leite materno, incentivar a licença maternidade remunerada até o bebê completar seis meses, bem como criar políticas públicas que deem suporte à mulher nos seis primeiros meses de vida da criança são ações recomendadas e vistas como essenciais. Outras medidas como o incentivo ao aleitamento nos locais de trabalho e em lugares públicos também são mencionadas pela OMS, para que a mãe não abandone a amamentação precocemente. Por fim, a Organização sugere o fortalecimento do sistema de saúde, hospitais e maternidades, para aprimorar o suporte oferecido às mulheres em todas as fases, desde antes de a gestação acontecer, durante a gravidez, o parto, até o segmento ambulatorial pediátrico.

Diante dessa realidade mundial apresentada, nos parece claro que para a amamentação ser bem-sucedida, é necessário que vários fatores socioculturais, físicos e psicológicos sejam atendidos. Os profissionais da saúde incentivam o aleitamento materno dos bebês de modo geral, especialmente do recém-nascido prematuro, por conhecerem os benefícios que esse alimento é capaz de proporcionar a eles, porém é possível questionar se a simples transmissão desses conhecimentos para as mães sob a forma de um discurso prescritivo, de caráter moralizante não acaba potencializando o sentimento de culpa na mulher por não ter levado a gestação à termo. Santos et al. (2001) quando se referem à equipe de saúde transcrevem a fala de um pediatra que ilustra o que estamos querendo apontar como discurso moralizante, que tira o direito de a mãe escolher, logo desejar amamentar o filho, conduzindo-a a um grande sentimento de culpa.

Pediatra: ‘Quando a enfermeira vem dizer pra gente que tem uma mãe que não quer amamentar, gera na equipe um sentimento de surpresa: O quê?! Não quer amamentar? Ela está com rachadura? Está com pressão alta? O que ela tem?... O posicionamento da equipe é de incompreensão...’

Pediatra: Como?! Uma mãe não quer amamentar? Se não quer amamentar não devia ser mãe...

Pediatra: A Sra. Não está amamentando o seu filho?... Quer que ele morra? (p. 63).

Segundo Szejer (1997), as palavras das *sages-femmes*¹⁴, das enfermeiras e médicos, apontando o que as mães podem ou não fazer, segundo as normas institucionais e o que eles consideram como correto, podem deixar marcas. Algumas mulheres podem não ter o desejo de amamentar e quando dizem querer amamentar “porque é melhor”, estão apenas sendo subservientes ao raciocínio divulgado no meio médico, pois curvando-se a ele, serão consideradas boas mães. É importante acrescentar que a ausência de desejo de amamentar ao seio vem acompanhada da culpa por não alimentar o filho do modo considerado como o “melhor” (Szejer, 1997, p. 291). A autora atribui a origem de tal sentimento tanto aos modelos culturais quanto às ideologias predominantes, que se inscrevem na linguagem.

Segundo Stern (1997), “a cultura atribui um grande valor ao papel maternal, e a mãe é, em parte, avaliada como pessoa por sua participação e sucesso no papel maternal” (p. 163). Além disso, mesmo que a mãe delegue a outras pessoas a tarefa de cuidar do bebê, à ela é atribuída a responsabilidade básica pelos cuidados infantis. No entanto, o autor ressalta que nem a família, a sociedade e a cultura proporcionam um contexto apoiador no qual a mãe possa desempenhar tal papel maternal esperado.

¹⁴ As *sage-femmes* são as parteiras, em francês, quer dizer mulher sábia (Stern, 1997, p. 166).

O estudo de Ramos e Almeida (2003) corrobora com o que Szejer (1997) apontou em relação ao sentimento de culpa presente nas mulheres que decidem não alimentar o filho ao seio. Os autores acrescentam, por meio dos relatos das entrevistas, a solidão/isolamento da mulher-mãe e a necessidade de obter apoio para conseguirem amamentar, não só por parte do serviço de saúde como também dos familiares e de outros segmentos da sociedade. Nesta perspectiva, Ramos e Almeida fazem um alerta para a necessidade de reformulações do modelo assistencial vigente, uma vez que ele não é capaz de responder de forma universalizada às necessidades das mulheres, devendo, portanto, estar atento às necessidades diferenciadas que se alicerçam na dimensão subjetiva da mulher. Concluem que, a amamentação é um ato que precisa ser aprendido pela mulher e protegido pela sociedade.

Szejer (1997) defende que não existe um único modelo de boa mãe, mas para cada mulher existe uma forma de ser o que Winnicott (1951/1975) chamaria de uma mãe “suficientemente boa” e, a amamentação ao seio não está necessariamente implícita. Diante disso, além de conselhos técnicos oferecidos pelos profissionais, a mulher poderia ser incentivada a tomar consciência sobre o seu próprio desejo e dos possíveis obstáculos que porventura possam comprometê-lo, livres de qualquer pressão ideológica.

Winnicott (1964/2017c) afirma que, após o nascimento do bebê, a mãe encontra-se em um momento em que está inclinada a depender de alguém e sensível às opiniões de qualquer mulher que esteja por perto, seja sua própria mãe, a sogra ou a enfermeira. Neste período pós-natal, especialmente as mães primíparas, que não se sentem seguras em relação a sua capacidade de amamentar, dificilmente serão capazes de reagir contra o discurso intrusivo dessas pessoas. Segundo Winnicott (1957/1999), “é improvável que as mães se ergam por si mesmas num esforço orquestrado para protestar contra as interferências” (p. 121), uma vez que elas se encontram em um estado de dependência. Apesar de o autor reconhecer o valor positivo

da amamentação como uma experiência rica, intensa e poderosa na formação do vínculo entre mãe-bebê, admite a complexidade que circunda essa vivência.

Winnicott (1964/2017a; 1968/1999), embora reconheça a amamentação como algo natural, discorda da obrigatoriedade da mãe amamentar, pois admite a existência de questões subjetivas e pessoais que estão envolvidas. Tais dificuldades podem estar ligadas a conflitos internos ou a experiências pelas quais as mães passaram na infância, que escapam ao controle consciente. É preferível, nesses casos, o uso da alimentação artificial à experiência do bebê ser pego por uma mãe angustiada e deprimida, cuja amamentação será falseada. Insistir na amamentação de um bebê cuja mãe não é capaz de investi-lo narcisicamente e não consegue dirigir um olhar interessado a ele, é colocá-lo em uma situação de risco em relação a sua constituição psíquica, o que se verifica por eventuais distúrbios do sono, atrasos no crescimento e desenvolvimento, síndromes autísticas, entre outros. Nesses casos, a criança se sentirá aliviada com a introdução da mamadeira e a mãe poderá desenvolver outro tipo de intimidade física com o bebê.

Segundo Queiroz (2000), o bebê incorpora não apenas o leite, mas também a voz e o olhar da mãe, sendo alimentada ao mesmo tempo pela boca, pelos ouvidos, pelos olhos e pela pele. Assim, aspectos importantes na amamentação podem estar presentes quando a mãe utiliza a mamadeira para alimentar a criança, como o fato da mãe e o bebê olharem-se nos olhos, algo que não depende do seio (Winnicott, 1968/1999). Apesar de Winnicott reconhecer que o gosto, o cheiro e a experiência sensual da amamentação estejam ausentes quando a alimentação se dá através da mamadeira, ele afirma que o bebê tem outras formas de superar esta desvantagem. Nesse sentido, podemos dizer que Szejer (1997) concorda com Winnicott afirmando que,

conformar-se com princípios, ou com argumentos racionais, não é suficiente para garantir uma amamentação harmoniosa. Partimos da convicção de que alimentar com

mamadeira, de forma serena e com um sorriso, é preferível, tanto para a mãe como para o bebê, a uma amamentação ao seio, oferecida entre lágrimas e tensões (p. 288).

Winnicott (1968/1999a) declara o seu posicionamento ante a imposição feita por alguns profissionais de saúde em relação à amamentação, apontando o sofrimento causado tanto no bebê quanto na mãe que se julga incapaz de desempenhar tal função:

Quero me distanciar daqueles que tentam *obrigar* as mães amamentarem os seus bebês.

Vi um grande número de crianças que passaram por situações muito difíceis, com a mãe lutando para que seu peito desempenhasse suas funções, algo que ela, por natureza, é totalmente incapaz de fazer, uma vez que escapa ao controle consciente. Tanto a mãe quanto o bebê sofrem com isso. Às vezes experimenta-se um grande alívio quando, finalmente, passa-se a fazer a alimentação por mamadeira, e, seja como for, alguma coisa vai bem, no sentido de que as necessidades do bebê estão sendo satisfeitas por ele estar ingerindo a quantidade exata do alimento adequado (p. 21).

Assim como Winnicott (1968/1999a), defendemos que nos casos em que a mãe tem dificuldades de amamentar “será um erro forçar uma situação que deve, até certo ponto, fracassar, podendo até mesmo se transformar em um desastre” (p. 23). Apesar dessa visão já ser defendida desde a década de 1960, por Winnicott, até os dias atuais observamos a predominância do tom dogmático que acompanha boa parte dos discursos de incentivo ao aleitamento materno, sem levar em consideração os aspectos subjetivos implicados nesse processo.

A partir de um levantamento feito na internet, no período de agosto de 2020 a dezembro de 2020, de 32 *blogs*, *sites* publicitários, jornais e revistas eletrônicas que abordam especificamente o tema amamentação de prematuros, constatamos a presença do caráter prescritivo, moralizante e normativo que tais meios de comunicação utilizam para tratar esse assunto, a começar pelos títulos escolhidos nas matérias: “Amamentação do bebê prematuro é

possível e **precisa** ser incentivada”; “10 **dicas** para dar leite materno ao prematuro”; “O que as mães de prematuros **precisam saber para a amamentação dar certo**”; “**Começa sempre com amor**¹⁵”, entre outros. Nessa última reportagem citada, é feita uma associação direta entre amamentação e amor, com frases populares como: “Amamentar é um ato de amor e quem planta amor, colhe amor!”. Isso nos leva a refletir sobre como o discurso pró-aleitamento materno está sendo transmitido e até que ponto ele é benéfico para as mulheres.

Na tese apresentada por Feliciano (2009), a autora fez uma pesquisa em *blogs* e *sites* voltados ao incentivo da amamentação, sem restringir a busca por aqueles direcionados aos bebês prematuros, e chegou à conclusão de que apesar de atualmente a amamentação ser considerada uma prática que precisa ser aprendida tanto pela mãe quanto pelo bebê, e não algo puramente natural e instintivo, o caráter normativo dessas campanhas pode levar a mãe que não amamenta a se sentir como se estivesse cometendo uma infração. No caso dos bebês prematuros, também podemos notar a busca por um modelo educativo, no intuito de ensinar as mães a amamentarem este bebê, que possui características específicas. No entanto, a crítica que fazemos é que esse modelo praticamente não inclui fatores emocionais, sociais e o contexto familiar das mulheres que estão vivenciando o puerpério, e que podem estar relacionados às suas dificuldades. A ênfase é dada a fatores físicos!

O *site* Prematuridade.com, mantido pela Associação Brasileira de Pais, Familiares, Amigos e Cuidadores de Bebês Prematuros, lista 10 dicas¹⁶ para amamentar um bebê

¹⁵ Grifo nosso

¹⁶ A Organização Não Governamental (ONG) Prematuridade.com listou 10 dicas para o aleitamento materno de bebês prematuros:

1 - Apesar de nem tudo correr como planejado, é preciso estar calma e ser perseverante para que o bebê prematuro possa usufruir todos os benefícios da amamentação e se desenvolva com mais saúde.

2 - As mães não podem se esquecer da qualidade de sua alimentação, pois o bebê vai necessitar de gorduras, proteínas e outros componentes do leite. Então, é importante manter uma alimentação saudável. Também não se esqueça de beber muita água, no mínimo 2 litros por dia!

premature. No entanto, apenas a primeira dica se refere ao aspecto emocional envolvido e as demais estão voltadas para questões como a alimentação da mãe, frequência e extração do leite, etc. Mesmo quando aborda a importância de a mãe estar calma e ser perseverante, há uma conotação moralista e prescritiva, uma vez que responsabiliza a mulher que não conseguiu aleitar à sua falta de persistência, paciência ou outros julgamentos que a sociedade de modo geral, determina como norma. Não pretendemos dizer com isso que estas explicações e as técnicas de manejo ensinadas não sejam de grande valia para as mães, porém para que a amamentação se sustente por muitos meses, como uma experiência rica e prazerosa para ambos, mãe e bebê, outros aspectos deveriam ser levados em consideração.

Para que possamos compreender como a amamentação dos bebês prematuros é mais complexa do que a dos bebês a termo saudável e que não depende apenas da paciência e persistência das mães, a enfermeira e consultora em aleitamento materno Bruna Grazi (2020)

3 - Tão logo seja possível, a equipe de profissionais de saúde deve estimular a mama da mãe, extraindo o colostro, de preferência nas primeiras 24 horas após o parto.

4 - A ordenha pode ser feita com as mãos (solicite ajuda de um profissional na primeira ordenha e sempre que necessário) ou com uma bombinha (manual ou elétrica). Não tenha vergonha de procurar ajuda.

5 - Faça a extração do leite com uma frequência aproximada de 3/3 horas, de 6 a 8 vezes por dia. No começo, a quantidade de leite que sai pode parecer pequena, mas não desista. Mantenha a ordenha do leite –quanto mais você ordenhar, mais leite vai produzir!

6 - Tente não ficar mais de 6 horas sem tirar leite. Quanto mais regulares forem as ordenhas, maior será a produção.

7 - Já é possível encontrar bombinhas elétricas para comprar ou alugar, visando facilitar a retirada do leite em casa após a alta. Informe-se no próprio hospital.

8 - Para os prematuros que não têm condições de sugar adequadamente, a equipe de saúde deve orientar sobre qual a melhor forma de oferecer o leite materno por outras vias: sonda, seringa ou copinho.

9 - Com o passar dos dias, à medida que desenvolve os reflexos naturais de sucção e de deglutição, o bebê fica apto a alimentar-se por via oral. Daí cabe à equipe da UTI Neonatal avaliar a viabilidade do início da amamentação.

10 - Já em casa, amamente exclusivamente, evite o uso de mamadeiras e chupetas. Se precisar sair de casa sem o bebê, peça para alguém oferecer seu leite ao bebê utilizando um copinho.

explica sobre as três fases da produção do leite: a primeira, chamada de Lactogênese fase I ocorre durante a gravidez, quando a mama se desenvolve sob a ação, principalmente, dos hormônios estrogênio e progesterônio. A Lactogênese fase II constitui o início da produção láctea. Com o nascimento do bebê, hormônios são liberados, como a prolactina, e a “descida do leite”, conhecida como apojadura, ocorre por volta do 3º ou 4º dia pós-parto, mesmo se não houver a sucção do seio. A fase III da lactogênese ou lactopoiese inicia-se após a apojadura, e consiste na manutenção da produção láctea. Nessa última fase, a sucção do bebê e o esvaziamento adequado da mama são essenciais. A maior parte do leite é produzido enquanto o bebê suga e a tranquilidade e a autoconfiança que a mãe poderá sentir, é influenciada pela visão do rosto do bebê, o seu cheiro, o choro de fome, o contato pele a pele, de poder senti-lo no colo. Assim, podemos notar que apesar de as mulheres poderem passar de modo semelhante pelas duas primeiras fases da produção do leite, que dependem de diferentes hormônios, as mães de bebês prematuros, que não podem amamentá-los diretamente ao seio, terão maior dificuldade na fase 3, uma vez que ela está estreitamente relacionada a sucção do bebê e aos fatores emocionais e psicológicos maternos.

Na pesquisa realizada neste trabalho¹⁷, apenas uma matéria da Revista Crescer não apresentou um discurso prescritivo, moralizante e normativo, ressaltando o fato de que a amamentação envolve fatores físicos e psicológicos, que irão influenciar na capacidade de a mulher amamentar seu bebê. Em 14 meios digitais visitados, o aspecto emocional foi mencionado de modo discreto, sendo a ênfase dada ao aspecto físico, àquilo que é necessário para a extração do leite, para armazená-lo, posição correta para a mãe amamentar, benefícios físicos tanto para a saúde da mãe como para a do bebê, dicas sobre como ser uma doadora de leite materno, etc. Nos outros 17, as vantagens do aleitamento sob o ponto de vista físico, foi o

¹⁷ Consultar o Anexo H para ter acesso a tabela dos *sites*, *blogs*, revistas e jornais eletrônicos consultados nessa pesquisa.

mais valorizado nas matérias. Uma hipótese para a explicação desse fenômeno é que nenhuma dessas reportagens foi escrita por psicólogos ou psicanalistas. Grande parte foi redigida por médicos pediatras e neonatologistas, enfermeiras, fonoaudiólogos ou jornalistas, o que demonstra a prevalência do discurso médico sobre o dos demais profissionais que trabalham com a saúde mental. A única matéria em que o aspecto emocional sobressaiu sobre o físico, foi escrita por uma terapeuta ocupacional infantil, mãe de duas crianças que nasceram prematuras e autora do livro *Prematuridade extrema: olhares e experiências* e do site *Prematuros*. É possível considerar que a sua experiência pessoal tenha lhe possibilitado um novo olhar sobre essa questão.

Um outro ponto que merece reflexão é a relação entre amamentação e sexualidade. Winnicott (1968/1999a) considera a amamentação como uma experiência sensual entre a mãe e o bebê. Maldonado (2017), considera a amamentação para além de um processo fisiológico de alimentar o bebê, mas sobretudo como uma oportunidade de aprofundar o contato mãe-filho e suavizar a separação provocada pelo parto, reconhecendo a dimensão sexual que está implicada no ato do aleitamento.

Ao ser amamentado, o bebê literalmente volta para o corpo da mãe e reelabora aos poucos a separação, quando o desmame não é precoce nem abrupto. Cada mamada é um encontro pele a pele em que o afeto se expressa pelo olhar, pelos movimentos rítmicos do corpo do bebê e pelo prazer sensual estimulado pela sucção, o que inclui a amamentação no espectro da sexualidade da mulher (p. 147).

Queiroz (2000) afirma que o corpo de um está muito próximo ao do outro, proporcionando uma experiência de sensações sexuais, que se apoiam em um reflexo fisiológico. “A sucção do seio provoca a contração do músculo uterino, o que se acompanha de excitação sexual. A erogeneidade dos mamilos também é fonte de sensações sexuais durante

a amamentação” (p. 148). Frente a essas sensações de ordem sexual, a mulher pode ficar perturbada e ter dificuldades para amamentar.

Assim, a inibição da lactação pode ser de origem orgânica, mas na maioria das vezes é de origem inconsciente. Para muitas mães o alcance sexual desse encontro pode ser muito inquietante. Essas sensações são então recalcadas e sobrevêm, em lugar delas, reações de desgosto e de rejeição pela criança. Ouvimos numerosas mães dizerem “não tenho leite”. Helen Deutch explica essa inibição como uma proteção contra os excessos de excitação. Pode acontecer também que, em consequência de um recalque excessivo dessas excitações sexuais, isto se manifeste por uma certa ansiedade da mãe durante as mamadas, o que acaba por provocar na própria criança, uma recusa do seio. Para algumas mães, ainda, a criança desempenha um papel de brinquedo erótico. A maioria delas, no entanto, é capaz de integrar bem essas sensações em sua experiência, a amamentação passando-se de maneira bem mais tranquila (p. 149).

Feliciano e Souza (2011) relacionam a possibilidade de amamentar, bem como a capacidade emocional do pai em dar suporte a essa vivência entre mãe/bebê, às representações psíquicas construídas ao longo da história e pré-história de cada um dos pais, com seus objetos primordiais, cujos traços inconscientes podem atrapalhar ou contribuir nesse momento.

Winnicott (1967/1999) afirma que a maior dificuldade de a mãe amamentar não está relacionada a questões físicas, como infecções, ou ligadas a impropriedades bioquímicas do leite materno, mas sim com a sua incapacidade de se adaptar ao bebê, considerando o aspecto singular e único de cada criança, que irá despertar na mãe um tipo de maternagem diferente ao novo filho. Assim, segundo o autor, o que irá facilitar esse processo não são os livros, enfermeiras ou médicos, mas o que a mãe aprendeu a partir do fato de já ter sido criança, da observação de outros pais com seus filhos, da experiência de ter cuidados dos irmãos, e do aprendizado de suas brincadeiras de pai e mãe, quando ainda era menina.

Langer (1981) também aborda as razões inconscientes que impedem algumas mães de amamentarem os seus filhos, todas relacionadas com a insatisfação oral destas mulheres, que se negam inconscientemente a darem à criança aquilo que elas não receberam. Segundo a autora, os impedimentos mais frequentes ao desenvolvimento normal da amamentação consistem nas tendências agressivas infantis dirigidas para a própria mãe ou a rejeição da maternidade, pelo desejo em permanecer em uma posição receptiva e infantil. No entanto, esta insatisfação oral pode facilitar a amamentação, vez que a mãe consiga identificar-se com o bebê e superar tais frustrações. Outra possibilidade que poderá favorecer o aleitamento é o fato de a mãe ter o desejo de amamentar pela identificação com uma mãe ideal, que alimenta bem. Neste caso, a mulher consegue satisfazer os seus desejos infantis frustrados e dar ao filho o que não teve. Resumindo, a autora conclui:

A mulher que alimenta seu filho está revivendo inconscientemente sua própria lactância. Se esta foi feliz, gozará em repetir a mesma experiência satisfatória com seu próprio filho. Se foi muito conflituada, muito angustiante, pode ocorrer que velhas lembranças, ao ressurgirem no inconsciente, criem obstáculos à lactância e até impeçam-na de todo, desaparecendo a secreção leitosa. Mas pode ocorrer também o contrário: que a mulher consiga sobrepor-se a seus velhos conflitos e encontre na lactância um meio adequado para superar suas frustrações passadas e esquecer antigos ressentimentos e reivindicações, ao identificar-se com seu filho satisfeito e com sua mãe ideal (Langer, 1981, p. 236).

Vale notar que quando Langer (1981) refere-se a frustrações ocorridas na fase oral, isso não quer dizer necessariamente que a criança não foi amamentada ou que a produção de leite da mãe era insuficiente. A autora está se referindo à maneira como a amamentação ocorre e ressalta a importância da proximidade física e do carinho entre mãe-filho neste momento.

Defende que uma mãe que segura o bebê em seus braços e lhe oferece a mamadeira lentamente e com carinho, significará menos frustração oral do que o seio dado friamente.

Retomando o aspecto levantado por Langer (1981) da relação da mulher com a sua própria mãe, Szejer (1997) enfatiza que a história de cada uma, a gestação que tiveram, bem como as palavras que lhe foram ditas, tornará ou não a amamentação possível. A autora conta um caso de uma mulher que ouviu por muito tempo sua mãe, que não amamentou, dizer: “De todo jeito, já que você é minha filha, também não pode amamentar”. Pela identificação inconsciente com a própria mãe, essa mulher poderá repetir esse modelo, sentindo-se impossibilitada de amamentar ao seio. No entanto, como cada interpretação só é válida para casos específicos, tanto Langer quanto Szejer apontam para a possibilidade de outras mulheres, que tenham escutado as mesmas palavras, sentirem-se motivadas para fazerem diferente de suas mães e consigam amamentar. Até porque, para algumas mulheres serem boas mães não significa serem como as suas próprias mães. Vale notar que esse deslocamento da mãe do lugar de boa mãe não é fácil nem para a mulher e tampouco para a avó, podendo esta última reagir com depressão (*mummy's blues*) ou agressividade.

Middlemore (1974) afirma que a atitude das mães para superar as dificuldades impostas pela amamentação é favorável, baseada principalmente em fantasias orais benignas, ao contrário daquelas cujas fantasias sobre a amamentação são muito ríspidas. A maneira pela qual o bebê irá ou não sugar o seio ativará fantasias orais maternas que poderão contribuir para o abandono ou o sucesso da amamentação, na medida em que serão mais ou menos toleráveis para cada mulher. A autora observou que as mães de alguns bebês inertes temiam que eles morressem ao seio durante o sono, enquanto que para outras mães, o manejo de um bebê inquieto e excitado, que pode machucar e morder o seio pode provocar fantasias inconscientes que tornam a amamentação intolerável.

Essa relação parece ser dialética, pois se por um lado existe uma mãe, que terá que fazer todo um ajuste nas suas representações mentais para lidar com a realidade, existe o bebê, que também terá o seu modo próprio de interagir e que facilitará ou não o investimento libidinal materno e a construção do processo da amamentação. Como afirmam Feliciano e Souza (2011), “a dupla amamentar é, portanto, uma unidade e precisa ser pensada como tal e respeitada em suas características e possibilidades” (p. 147).

No artigo de Santos et al. (2001) *Amamentação Obrigatória? Escutando mães e pediatras*, encontramos o relato de uma mãe que expressa a sua incapacidade de amamentar o filho por mais de um mês de vida do bebê, devido a fantasias inconscientes de ser devorada pela criança.

Mãe: ‘amamentei porque na maternidade me disseram que eu devia amamentar, mas eu só amamentei um mês porque passei muita fome na gravidez e dizem que quando a gente passa necessidade o bebê nasce faminto e ele queria comer o meu peito. Não aguentava dar mais...’ (p. 65).

Bydlowski (2002) relata o exemplo de uma mãe que tinha medo de ser devorada pelo bebê durante a amamentação e recordava da grande boca da sua própria mãe, capaz de engolir um ovo de uma só vez! Segundo a autora, a mãe estava projetando sobre o bebê de hoje as ansiedades do bebê de outrora. Este exemplo nos mostra como os fantasmas maternos recalçados e projetados no bebê podem ter um efeito patogênico sobre ele nas interações precoces, podendo causar alterações na esfera do sono, do apego e do desenvolvimento infantil.

No texto *Na teia da ambivalência*, de Maldonado (2011), a autora conta o sentimento de ambivalência que existe em muitas mulheres em relação à maternidade. A personagem da história, chamada Ana Luísa, conta que o leite secou após dois meses de amamentação. Ao mesmo tempo que gostava de ver o filho aninhado, sugando o leite com evidente prazer, sentia como se ele a estivesse esvaziando de energia vital, aprisionando-a dia e noite como um

pequeno tirano. Maldonado (2017) comenta que o fato de a amamentação propiciar um maior envolvimento e aproximação afetiva, faz com que esta vivência seja tão assustadora por muitas mulheres. Nestes casos, a mamadeira simbolizará um objeto intermediário que lhes protegerá deste grande envolvimento. Ana Luísa relata sentir-se “presa” por ter que modificar o seu estilo de vida devido à amamentação. Tal sensação pode ser interpretada pelo medo da mãe em ter um contato íntimo com o filho e se ligar intensamente a ele. Segundo a autora, o envolvimento afetivo e as grandes mudanças trazem o perigo de fusão com o outro e a perda da identidade. Outras mulheres relatam que têm receio de prejudicar a estética dos seios com a amamentação, quando na verdade, o medo mais profundo é de serem mudadas por uma experiência nova, onde terão que enfrentar o desconhecido e assumir o risco de um eventual fracasso. Todas estas questões indicam que o processo do aleitamento será principalmente determinado não por dificuldades orgânicas, mas principalmente por matizes intrapsíquicos.

Segundo Dolto (1950/2007), para a criança ter boa saúde, ela necessita de um clima afetivo harmonioso no momento da alimentação. A criança é capaz de sentir o estado emocional da mãe, se ela está ansiosa, apressada ou tensa, ao invés de estar calma e afetuosamente atenta ao filho, e pode sofrer por contágio o clima nervoso materno. “Ela bebe a angústia com o leite” (p. 69). Para Winnicott (1964/2017b), o prazer que a mãe sente em cuidar do bebê é de vital importância para ele. Se o ato de alimentar, vestir ou dar banho é prazeroso para a mãe, “é algo como o raiar do sol para o bebê” (p. 28). Caso contrário, tudo o que ela fizer lhe parecerá monótono, inútil e mecânico. Portanto, mais importante do que receber a alimentação certa na hora exata é ser alimentado por alguém que sente prazer e ama realizar esta tarefa.

Winnicott (1968/1999a) aponta para a responsabilidade de alguns psicanalistas, que trabalham com a teoria do desenvolvimento emocional do indivíduo, pelo certo exagero em colocar o seio em evidência. Segundo o autor, com o passar do tempo, o uso do jargão “seio

bom” (p. 21) é usado para indicar uma maternidade ou paternidade satisfatórias. Assim como já havia feito em seu texto de 1951/1975, Winnicott (1968/1999a) deixa bem claro que “a palavra seio e a ideia de amamentação abrangem toda uma técnica de ser mãe de um bebê” (p. 21). E acrescenta que tanto o *holding* como o *handling* são mais importantes do que a experiência concreta da amamentação. Há casos onde a amamentação parece ter sido bem-sucedida e, no entanto, ocorreram deficiências no processo de desenvolvimento do bebê, resultado dele ter sido segurado e manipulado de modo insatisfatório. Apesar de a amamentação favorecer a formação do vínculo afetivo entre mãe-bebê, não é possível afirmar que apenas pelo fato da mãe estar amamentando, a criança-terá um bom desenvolvimento, pois segundo Fiori (1981),

O relacionamento com a mãe é primordialmente qualitativo. Não importa apenas dar o seio. O que importa é como o seio é dado, como as solicitações paralelas da criança são atendidas, ou seja, não se está apenas incorporando o leite da mãe, mas também sua voz, seus embalos, suas carícias (p. 38).

Tal como Winnicott (1968/1999a), Green (1988), faz uma crítica quanto a ênfase dada por alguns psicanalistas em relação ao seio, uma vez que “o seio é apenas uma palavra para designar a mãe ...” (p. 246). Segundo o autor, assim como o pênis, o seio é simbólico, uma metáfora. E por mais intenso que seja o prazer da sucção do mamilo, o prazer erógeno não se restringe a isso, mas advém de outros componentes ligados à mãe, como seu cheiro, sua pele e o seu olhar.

De acordo com Iaconelli (2020b), assim como a gestação e o parto, o aleitamento funciona como uma oportunidade, um desafio e um risco para a construção da parentalidade. Para a autora, tais atravessamentos corporais, em si mesmos, são opacos, “incapazes de determinar o desfecho do laço entre o desejo da/do puérpera/o e as premências do bebê” (pp. 81-82). Vale acrescentar que existem outros fatores, além dos psicológicos, que interferem na

capacidade de a mãe conseguir ou não desempenhar esse papel, tais como os socioculturais e físicos, mas pelo fato deles não constituírem o cerne deste trabalho, não serão aprofundados.

2.4 Vivência materna e amamentação de bebês prematuros

Amamentar nem sempre é uma tarefa simples, embora seja muitas vezes considerada como um processo fácil e instintivo. Freud (1893/1996) relata ter sido chamado para ajudar uma jovem mulher com sintomas histéricos e dificuldades de amamentação. Ela apresentava pouca produção de leite e dores quando o bebê era colocado para mamar, além de inapetência e insônia. Esses sintomas já haviam aparecido anteriormente, quando o primeiro filho nasceu e acabou sendo entregue aos cuidados de uma ama-de-leite, após 15 dias do seu nascimento. Com isso, os problemas da mãe desapareceram. Três anos mais tarde, com o nascimento do segundo filho, os sintomas voltaram ainda mais intensos do que os da primeira vez e a mãe não conseguia amamentá-lo. Até que dois médicos renomados da família recomendaram o auxílio da sugestão hipnótica. Após ser submetida a duas sessões de hipnose a mulher pôde amamentar o segundo filho satisfatoriamente por oito meses. Um ano mais tarde, Freud foi chamado novamente, após o nascimento do terceiro filho e o retorno dos sintomas histéricos que a impossibilitavam de amamentar. Após duas sessões de hipnose, os sintomas foram eliminados e a criança foi amamentada sem nenhum problema. O que este caso vem nos mostrar é que muitas vezes, por trás de sintomas físicos, há questões psíquicas que interferem no sucesso ou no fracasso da amamentação, mesmo quando a mulher manifesta a demanda de amamentar.

No caso de bebês prematuros, amamentar é bastante desafiador, por eles não apresentarem um controle adequado da sucção/deglutição/respiração e pela sua aparência geral de extrema fragilidade, fazendo com que as mães cheguem a acreditar que não são capazes de amamentá-los (Soares et al., 2016). A mulher idealiza o nascimento de um bebê apto a mamar diretamente em seu seio, sendo capaz de garantir o crescimento e desenvolvimento do filho. No entanto, quando o nascimento é prematuro, na maioria das vezes não é isso que acontece:

a alimentação desse recém-nascido geralmente é feita através de sondas orogástricas ou nasogástricas. Nesse momento, as mães vivenciam uma prática totalmente diferente do que imaginavam durante a gestação (Gorgulho & Pacheco, 2008).

Na impossibilidade de as mães amamentarem o recém-nascido prematuro assim que ele nasce, a equipe de saúde as encaminha para o banco de leite da maternidade, para que elas façam a ordenha manual do leite, a fim de que este possa ser oferecido ao bebê, seja qual for o método de alimentação que ele esteja recebendo. O banco de leite é um espaço em que as mães compartilham suas frustrações, mas podem receber apoio umas das outras. Miele (2004) relata que “Não era raro entrar uma mãe chorando na sala de coleta. Era o único lugar um pouco mais privado que tínhamos para chorar. E também o único onde todas as pessoas saberiam nos compreender e nos consolar” (p. 78).

Jerusalinsky (2000, p. 58) comenta que além das condições emocionais da mãe, de angústia e ansiedade, interferirem na sustentação da lactação, o estado clínico dos bebês internados na UTI Neonatal impõe que eles sejam alimentados por sondas e o leite materno seja retirado com aparelhos. Segundo a autora, as mães relatam sentir “dor” e “incômodo com a fria temperatura do aparelho”, algumas passam a “ter nojo do leite” acumulado no frasco de extração, acham sua “cor estranha”, “como se estivesse estragado”. A fala de uma mãe, retirada do texto da autora, retrata tais sentimentos: “Cada vez que sento neste aparelho me sinto como uma vaca leiteira”. O seio deixa de ser investido libidinalmente e passa a ser regulado exclusivamente pelo anonimato institucional da extração de “x” mililitros de leite pela mãe e ministração de “x” mililitros ao bebê. Esta cena parece-nos muito distante da cena prazerosa da amamentação que foi imaginada.

No texto *Oralidade e transdisciplina na clínica com o bebê*, da fonoaudióloga Ethel Aronis e da psicanalista Lou Atem, de 2005, as autoras debatem o tema da amamentação de forma ampla e transdisciplinar, admitindo a existência de diferentes aspectos, como o político,

cultural, social, psíquico, fonoaudiológico, nutricional, sem que um se sobreponha ao outro. Ambas as autoras coordenam o “Projeto Hospitalar”, desenvolvido pelo INFANS (ONG que realiza atendimentos em ambulatório e desenvolve projetos em creches e hospitais). Um dos itens abordados é a alimentação na UTI Neonatal, onde muitos bebês são alimentados por sonda e não exercitam a sucção. Aronis comenta sobre as diversas técnicas utilizadas pelo profissional da fonoaudiologia, como a ordenha, sucção não-nutritiva, sucção nutritiva, e a relactação ou translactação, mas o fator relevante é a importância que é dada à sucção para o psiquismo do bebê, admitindo a sua função calmante, relaxante e diminuidora de tensões em momentos de intervenção que causam dor. Esse saber parece ser importante na medida em que permite uma intervenção que não seja puramente mecânica, centrada apenas na musculatura oral do bebê, mas interessada na sua constituição psíquica. Além disso, a equipe de profissionais deve estar atenta para ouvir as queixas da mãe e diferenciar o que consiste em uma questão subjetiva, referente à história pessoal da mulher de uma dificuldade real, relativa ao manejo técnico do aleitamento. Ademais, por sua vez, coloca em debate a questão sobre como trabalhar a pulsão oral no bebê que é alimentado por sonda e não pode experimentar a boca como primeira zona erógena, fonte de prazer e de contato corporal com o outro.

Quiniou (1999), afirma que para o bebê prematuro que tem a necessidade de uma alimentação por meio de sonda gástrica ou por qualquer outro tipo de administração do alimento que exclua a boca, a noção de prazer pode ser eliminada. O bebê recebe o alimento dissociado do erotismo bucal e de forma passiva, sem ser parte implicada no fato de ser alimentado. Desse modo, o bebê está mais nutrido do que alimentado, em um momento no qual deveria estar no ventre da mãe, sendo alimentado pelo cordão umbilical. Jerusalinsky (2000) alerta para o fato de que se nas primeiras experiências de vida a boca não se instaura como um lugar privilegiado de prazer na relação com a mãe, poderá ocorrer o apagamento da sucção

prazerosa e, nesse caso, dificuldades após a alta do bebê podem ocorrer, como a recusa do seio materno.

No entanto, Quiniou (1999) ressalta que apesar deste cenário repleto de adversidades no ambiente da UTI Neonatal, o bebê, que desde cedo se apresenta como um indivíduo original, mostra a capacidade para lidar com a maneira particular de ser alimentado e de mostrar possibilidades de autoerotismo bucal, como a sucção da sonda, da língua, do dedo que é oferecido pelos profissionais, da busca de contato, através da pele e do olhar que se abre, esboçando uma comunicação com aquele que está à sua escuta. Todos esses indícios, que apontam para o início de uma vida psíquica no bebê, podem sustentar o desejo dos pais de investirem nesse filho, e o dos profissionais, de apostarem nesta criança. Somente a partir desse contato que humaniza e personifica o bebê, os profissionais poderão se relacionar com cada um, de maneira individualizada, sem se aterem a padrões fixos de prescrição dos meios para oferecer a alimentação.

Nos *Três Ensaios para a Teoria da Sexualidade*, Freud (1905/2016) já dizia que mamar, no original *saugen*, que significa tanto “mamar” como “sugar, chupar”, no peito da mãe (ou de seus substitutos) vai além da busca de satisfação nutricional, uma vez que está ligado à busca de prazer. O sugar com deleite é apresentado como uma reação motora da natureza de um orgasmo e os lábios da criança se comportam como uma zona erógena. Assim, a primeira fase do desenvolvimento da sexualidade infantil é inaugurada, a fase oral, tendo suas origens nas primeiras sensações prazerosas da amamentação associadas ao afluxo de leite quente. O autor afirma que “quem vê uma criança largar satisfeita o peito da mãe e adormecer, com faces rosadas e um sorriso feliz, tem que dizer que essa imagem é exemplar para a expressão de satisfação sexual na vida posterior” (p. 86).

A alimentação, no caso do nascimento prematuro, pode assumir uma importância significativa na relação mãe-filho, já que o que está em jogo são tanto questões da ordem do

real, ligadas à sobrevivência do bebê (como ganho de peso), quanto da ordem do simbólico, que irão demandar da mulher uma ressignificação da sua relação com uma criança tão diferente do que ela esperava. Para isso, ela terá que fazer um luto do filho idealizado como perfeito e se tornar uma mãe suficientemente boa para esse bebê real.

O conceito de *mãe suficientemente boa* para Winnicott (1960/1983b) consiste em uma mãe que é capaz de se adaptar aos gestos e necessidades do bebê, complementando a sua ilusão de onipotência. Essa capacidade é importante na medida em que contribui para o nascimento de um *self* verdadeiro. Ao contrário, a mãe que não é suficientemente boa falha repetidamente em satisfazer o gesto do bebê. Winnicott (1951/1975) descreve esse conceito da seguinte forma:

A mãe suficientemente boa (não necessariamente a própria mãe do bebê) é aquela que efetua uma adaptação ativa às necessidades do bebê, uma adaptação que diminui gradativamente, segundo a crescente capacidade deste em aquilatar o fracasso da adaptação e em tolerar os resultados da frustração. ... A mãe suficientemente boa, como afirmei, começa com uma adaptação quase completa às necessidades de seu bebê, e, à medida que o tempo passa, adapta-se cada vez menos completamente, de modo gradativo, segundo a capacidade do bebê em lidar com o fracasso dela (p. 23).

Conforme Lebovici (1987), o bebê deixou de ser visto como um ser passivo a partir do final da década de 1960, antes disso ele podia ser metaforicamente comparado a um pedaço de argila onde os pais imprimiam facilmente a sua marca. Com o novo paradigma sobre quem é o bebê e a sua capacidade de influenciar as atitudes e os comportamentos dos pais, passamos a reconhecer a relação entre as características pessoais de cada bebê e os diferentes tipos de maternagem oferecidos pela mãe.

Esse fato não seria diferente com o bebê prematuro, pois cada um reage de um modo peculiar. Alguns são apáticos, sonolentos, quase não reagem às tentativas dos pais de

comunicação com eles. Outros são hiper-reativos, mesmo que sob o mínimo manuseio. Nesses casos, mudanças um pouco mais bruscas de posição do bebê ou estímulos sonoros poderão ter um efeito desorganizador no bebê prematuro. Existem, ainda, aqueles que se encontram entre esses dois extremos, mostrando capacidades de regulação de seus estados de vigilância e de interação com os pais, orientando-se por suas vozes ou mantendo uma certa duração de olhares mútuos (Lebovici, 1987; Mazet & Stoleru, 1990).

De acordo com Gorgulho e Pacheco (2008), mesmo os bebês prematuros estáveis clinicamente e liberados para mamar no seio costumam apresentar uma sucção hipoativa, podendo cansar e engasgar com facilidade, sendo necessário que as mães tenham paciência e compreendam as limitações de seus filhos, além de receberem todo o esclarecimento e apoio da equipe de saúde. Desse modo, se por um lado há aspectos subjetivos ligados ao inconsciente da mãe, por outro, há o bebê real que irá interagir com ela de maneira única, sendo capaz de reativar vivências infantis prazerosas ou conturbadas que poderão favorecer ou dificultar a amamentação.

Baltazar, Gomes e Cardoso (2010) discutem a importância da participação ativa das mães no aleitamento de seus bebês, independentemente do método pelo qual a alimentação está sendo oferecida. Mesmo que, no início, a amamentação ao seio não seja possível, as mães não devem ser privadas de nutri-los. Segundo Quiniou (1999), apesar da presença física dos pais perto do bebê, é comum eles serem momentaneamente excluídos da relação com a alimentação. O cuidado e a orientação oferecidos pelos profissionais de saúde irão favorecer o processo da amamentação, que está atrelado ao aspecto emocional. Uma mãe calma, confiante e tranquila terá melhores condições de produzir leite do que aquela triste e angustiada.

Assim, é recomendado à equipe de saúde:

dialogar com a mulher sobre seus desejos, fantasias e planos quanto à amamentação, e sobre suas circunstâncias familiares e sociais para realização desses planos,

compreendendo e **apoiando**, sem cair no discurso moralizante de que ‘tem que amamentar porque é melhor para a criança e porque é um direito do bebê’ (Pamplona, 2010, p. 175) [grifo da autora].

Além de apoio, orientação e cuidados, Cabassu (1997) faz um alerta em relação ao que é dito pelo profissional de saúde, uma vez que o seu discurso poderá repercutir na representação do bebê no psiquismo da mãe. A autora sublinha “... a importância da posição subjetiva do profissional que escuta e enuncia, pois em seu discurso haverá um impacto sobre a representação da criança no inconsciente materno, peça mestra na construção do psiquismo do sujeito” (p. 31).

A partir do desejo materno em relação à amamentação e das condições sociais, físicas e psicológicas da mulher, acreditamos que os profissionais de saúde possam encorajá-la e apoiá-la a aleitar seu filho. Reconhecemos a importância da amamentação como uma experiência íntima e primordial na formação do vínculo mãe-bebê, no entanto, apenas não concordamos que ela deva ser imposta à mulher e, que os bebês que não são amamentados terão o seu desenvolvimento emocional e físico comprometido. Conforme afirma Winnicott (1968/1999),

Não há a menor dúvida de que, atualmente um número enorme de pessoas se desenvolveu satisfatoriamente sem que tenha passado pela experiência da amamentação. Isso significa que existem outras formas através das quais um bebê pode experimentar um contato físico íntimo com a mãe (p. 19).

Capítulo 3 - Método¹⁸

“Eu sei de muito pouco. Mas tenho a meu favor tudo o que não sei e –por ser um campo virgem– está livre de preconceitos. Tudo o que não sei é a minha parte maior e melhor: é minha largueza. É com ela que eu compreenderia tudo. Tudo o que eu não sei é que constitui a minha verdade”.

(Clarisse Lispector)

3.1 Tipo de pesquisa

O método escolhido para a realização da pesquisa foi o psicanalítico, sob a forma de estudo de caso, que visa a colaborar para a compreensão de problemas sociais complexos. É uma ferramenta válida para estudos que levantam um problema do tipo “como” ou “por que” (Yin, 2005). A vantagem de utilizar o estudo de caso qualitativo é que esse método permite a compreensão em profundidade do(s) caso(s) em questão e oferece diversas possibilidades do pesquisador coletar dados, variando desde entrevistas, observações e documentos até materiais audiovisuais. A utilização de apenas uma fonte de dados não é suficiente para desenvolver esta compreensão em profundidade (Creswell, 2014). Vale notar, como nos alerta Castro (2010), que para a psicanálise, o que sustenta o estudo de caso é a teoria que está por trás dos procedimentos utilizados (questionários, entrevistas, fragmentos de sessões, diário de campo, etc). Portanto, “não há empiria desconexa da teoria” (p. 30).

O estudo de caso é um procedimento metodológico que surgiu no campo da antropologia e posteriormente foi importado para outros campos das ciências humanas, como

¹⁸ Partes desse capítulo foram publicadas em 2021, por Freitas, A. L. L. P., Lazzarini, E. R., & Monteiro, R. A., no livro *Estratégias Metodológicas de Pesquisa em Psicologia Clínica: possibilidades e avanços*, da Coleção Psicologia Clínica e Cultura, v. 6, com o título: “Observação da relação mãe-bebê: método Bick e sua contribuição”.

a sociologia, a medicina e a psicologia. Ele não tem inclinação para a completude, por sustentar-se em fragmentos do caso articulados com a escrita do pesquisador. Portanto, ele não pretende esgotar a história do sujeito, nem as explicações acerca do caso clínico (Castro, 2010).

No caso específico deste trabalho, os estudos de caso foram provenientes da aplicação do método Bick de observação e das entrevistas que foram feitas com três mães de bebês prematuros. O método psicanalítico de observação de bebês (O.B) foi criado por Esther Bick, em 1948, na clínica Tavistock, em Londres (Bick, 1964). No Brasil, o método é conhecido como “Observação da relação mãe-bebê”, considerando o caráter relacional da observação. Esse método permite compreender as primeiras experiências e interações infantis, através do comportamento não verbal e do brincar da criança, assim como através da conduta daquele bebê que não fala e não brinca. Além disso, constitui um instrumento de desenvolvimento para o analista lidar com as ansiedades desencadeadas pelo trabalho com o emocional primitivo (Caron & Lopes, 2014).

No artigo *Análise de crianças hoje*, Bick (1961) chama atenção para as tensões externas e internas que o analista de crianças enfrenta. Embora neste artigo a autora esteja se referindo às ansiedades e problemas emocionais inerentes à prática da análise de crianças, com que o analista terá que lidar, podemos pensar que na observação de bebês tais dificuldades podem ser parecidas, ainda mais no contexto da hospitalização do bebê prematuro. Tal situação pode suscitar identificações inconscientes, com o bebê ou com os pais, que podem interferir na construção interpretativa das observações em questão. Bick destaca que “o sofrimento da criança tende a evocar os sentimentos parentais do analista, que devem ser controlados para que o papel analítico apropriado possa ser mantido” (p. 189).

No que diz respeito à metodologia observacional, Houzel (1997a) faz uma distinção epistemológica relevante. A observação realizada no método Bick não pode ser confundida com a observação experimental, uma vez que existem diferenças entre elas. A observação

experimental tem como objetivo colocar em análise um fenômeno previsto por uma hipótese teórica que serve de referência ao estudo. Procura-se estabelecer uma relação de causa e efeito entre o fenômeno observado e as variáveis controladas no contexto experimental, tendo a preocupação da mensuração quantitativa para a comprovação da significância das relações testadas (Cozby, 2003). Algumas condições que parecem não interferir no fenômeno observado são negligenciadas, como os estados psíquicos internos do sujeito observado, bem como os do observador.

Já na pesquisa psicanalítica, na qual o método Bick está inserido, o impacto emocional da experiência de observação possui grande valor para a compreensão da situação analisada (Houzel, 1997b). A afetação do observador é um aspecto central do método, uma vez que a sua mera presença produz efeitos no campo observacional (CO) (Camarotti & Sampaio, 2017). Além disso, embora reconheça-se que o observador tem concepções e expectativas acerca da realidade observada, não há a intencionalidade de se comprovar uma hipótese teórica formulada *a priori*, ou seja, a observação não pode ser substituída por teorias e conceitos.

Figueiredo e Minerbo (2006) afirmam que o método psicanalítico não é adequado para descobrir relações de causa e efeito, nem para transpor descobertas feitas num campo para outro. No que concerne ao objeto de investigação da psicanálise, Herrmann (2004) afirma que:

A ciência da psique, a Psicanálise, irmã das ciências do espírito, prima das ciências humanas, contraparente da medicina, ocupa-se em investigar o sentido humano, nas pessoas –nos pacientes em particular–, nos grupos e organizações dos homens, na sociedade e em suas produções culturais (p. 61).

Este estudo pretendeu compreender como se dá a vivência de mães de bebês prematuros em relação à amamentação em uma UTI Neonatal adotando a teoria psicanalítica, na qual o método da associação livre deve ser preservado tanto na clínica, pelo trabalho de transferência, quanto no estudo de caso, como fonte empírica privilegiada (Castro, 2010). Portanto, durante

as entrevistas, as mães foram incentivadas a falar livremente sobre a experiência de parir e amamentar um filho prematuro. Para Freud (1912/2010) o método da associação livre consiste em uma regra fundamental da psicanálise, onde é exigido do analisando que ele relate tudo o que lhe ocorre, sem crítica ou seleção. “Este deve comunicar tudo o que sua auto-observação capta, suspendendo toda objeção lógica e afetiva que procure induzi-lo a fazer uma seleção ...” (p. 155).

O pesquisador bem como o analista, coloca o sujeito em posição de palavra e se recusa a assumir uma postura de dominação, destacando-se da conduta médica típica, na qual é dado ao paciente o diagnóstico, prognóstico e prescrição (Diniz, 2018). Apesar de tanto o analista quanto o pesquisador ocuparem o lugar de agente do discurso, exercerão sua ação na posição de objeto, enquanto o pesquisado ou analisante ocuparão a posição de sujeito na relação.

Rosa (2016) critica a desqualificação do discurso do sujeito, que aliado ao desamparo social, o leva ao silenciamento, afeta seu narcisismo e o remete à angústia. Apesar da autora se referir a outros grupos sociais excluídos, não podemos deixar de pensar que a escuta das mães de bebês prematuros pode fazer surgir um sujeito desejante e vivo, que está vivenciando uma condição traumática, que é o nascimento prematuro. Vale lembrar que a dimensão traumática em Freud (1933[1932]/1990) refere-se àquela experimentada quando o ego enfrenta uma exigência libidinal excessivamente grande, aliado a uma falta de recurso do sujeito para responder a tal excesso. No entanto, Rosa afirma que mesmo nas situações mais adversas, é possível vislumbrar o efeito estruturante e organizador da escuta psicanalítica.

Segundo Dunker (2011), a psicanálise rompe com o modelo clássico de clínica privilegiando a escuta ao olhar. Desse modo, a escuta torna-se a essência dessa abordagem. Não se trata de qualquer escuta, mas uma “escuta metódica, atenta ao detalhe, à pequena incongruência, ao deslize, à repetição ou à ruptura da fala. Flutuante e aberta a interrupções, insistências e silêncios do discurso” (p. 439). Tratando especificamente do método Bick de

observação psicanalítica que utilizamos neste trabalho, Lourenço (2005) afirma que a postura do observador é caracterizada por uma escuta ativa, permeada de disponibilidade e receptividade.

3.2 Instrumentos, procedimentos metodológicos e conceitos essenciais

Os dados da pesquisa foram obtidos através da observação participante da relação mãe-bebê, utilizando o método Bick, e da entrevista semiestruturada ou semi-dirigida com perguntas abertas, com o objetivo de compreender como a amamentação é vivida pelas mães de bebês prematuros no contexto da UTI Neonatal.

Apesar de inicialmente ter sido criado para auxiliar na formação de psicoterapeutas infantis e ser aplicado na clínica contemporânea desde a avaliação a terapêutica (Sampaio et al., 2019), o método Bick tem sido aplicado na pesquisa psicanalítica devido ao seu potencial de gerar novos conhecimentos teóricos sobre o desenvolvimento infantil e a relação do bebê com seus cuidadores, dialogando com os campos da Psicologia do Desenvolvimento e da Psicanálise (Costa, 2017; Lopes et al., 2007; Oliveira-Menegotto et al., 2006). A idealizadora do método desenvolveu a teoria sobre a função primordial da pele no bebê, defendendo o desenvolvimento de uma “segunda pele” em situações psicopatológicas, em seu artigo *The experience of the skin in early object relations* (Bick, 1968).

No que se refere à aplicação do método Esther Bick em instituição hospitalar, podemos citar o relevante trabalho de Druon (1997) no instituto de puericultura da maternidade de *Cochin Port Royal*, em Paris, que utiliza a observação psicanalítica com recém-nascidos prematuros em UTI Neonatal. Diferentemente do que é preconizado no método tradicional, por se tratar de um ambiente hospitalar, as observações eram realizadas todos os dias, no mesmo horário. Após a observação, era feito um relato, posteriormente supervisionado por Druon. A conclusão do estudo foi que os bebês se beneficiam de ter um observador que apenas os olha, sem fazer nenhum procedimento doloroso. Além disso, o método se destaca pelo potencial

preventivo dos riscos de distúrbios psicológicos nos bebês, na medida em que demonstra que as informações sobre as observações que circulam pela equipe têm a função de facilitar a elaboração de medidas interventivas que abreviam o sofrimento da criança, causado por procedimentos dolorosos. Desse modo, tal método teria proporcionado aos profissionais de saúde a possibilidade de um novo olhar para o bebê prematuro, levando-os a buscar meios capazes de reduzir riscos para o seu desenvolvimento psíquico.

A pesquisa de Cresti e Lapi (1997), assim como a de Druon (1997), permitiu constatar que as observações possibilitaram à equipe tornar-se mais atenta aos aspectos mentais e relacionais de sua intervenção. Wirth (2000), desenvolveu um trabalho na UTI Neonatal no hospital São Rafael, em Novo Hamburgo - RS, com a aplicação do método de observação de bebês, segundo o método Bick. O trabalho de Wirth baseou-se na proposta de Druon, cujo objetivo era ajudar na comunicação mãe-bebê, pais-equipe e equipe-bebê. Mais recentemente, o estudo de Donelli (2005) também é um exemplo da aplicação do método Bick em instituição hospitalar, no acompanhamento de 112 parturientes na sala de parto e a equipe de assistência (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, estagiários e pessoal de apoio), durante o período de dezenove meses, em um centro de obstetrícia (tomado como estudo de caso único). O uso do método permitiu descortinar a vivência feminina do parto, bem como contribuiu para a reflexão de questões relacionadas à assistência prestada em um momento de intensa mobilização psíquica.

O procedimento metodológico proposto é dividido em três tempos: a observação, o relato da observação e a supervisão em grupo. O primeiro consiste na observação da relação mãe-bebê ancorada em um *setting* demarcado, ou seja, as observações são realizadas no mesmo local e na mesma hora da semana. À princípio, o método foi pensado para observar, semanalmente, com horário e local definidos, o desenvolvimento de bebês, desde o nascimento até o segundo ano de vida, em seu ambiente doméstico e como as relações familiares se

desenvolvem (Bick, 1964). Segundo Camarotti e Sampaio (2017), tradicionalmente o método Bick “é desenvolvido no lar de uma família comum (*‘ordinary’*), cujo bebê não apresenta problemas clínicos, com pais podendo desenvolver uma ‘parentalidade suficientemente boa’ ” (p. 221).

No caso específico desta pesquisa, o método nos moldes originais foi adaptado e tais observações ocorreram na UTI Neonatal do Hospital Regional de Taguatinga (HRT-DF). Oliveira-Menegotto et al. (2006), destacam a possibilidade do método Bick de observação ser aplicado em contextos institucionais de saúde e educação, como em hospitais e creches, por exemplo, envolvendo outro tipo de *setting*, com características distintas das que eram concebidas originalmente, e com mudanças na frequência e na duração das observações.

Em pesquisas realizadas em hospitais, por exemplo, é comum que o número de observações seja maior do que uma visita semanal, como preconizado no modelo clássico, uma vez que o tempo de internação, e conseqüentemente, de observação do paciente, não corresponde a um período muito longo. Ao mesmo tempo, vale ressaltar a importância do estabelecimento e da manutenção do *setting*. A possibilidade de observar a emergência do psiquismo infantil em interação com seus cuidadores é ancorada em um *setting*. Segundo Caron e Lopes (2014),

Este mostra o estreito vínculo com a psicanálise, ou seja, mesma frequência e tempo de duração das sessões, no mesmo lugar, atenção aos mínimos detalhes e ao todo, observação do contexto, tipo de contrato de trabalho, supervisão continuada –de preferência com analista experiente– compreensão dos conflitos e sentimentos com seus dinamismos (p. 18).

O *setting*, entretanto, vai muito além do nível manifesto (tempo, espaço e frequência), “o *setting* condensa uma polissemia de sentidos metapsicológicos” (Lisondo, 2019, p. 37). Cabe questionar quando a família manifesta o desejo de mudar o dia da observação, ou cancelá-

la ou até abandonar a experiência de ser observada, assim como quando deseja alterar o local dos encontros. Da mesma maneira, devemos questionar quando tais modificações no *setting* são propostas pelo observador, uma vez que “a alteração no campo observacional pode provocar tremores no relacionamento” (Lisondo, 2019, p. 37).

No primeiro tempo de observação, é importante que o observador mantenha uma atitude não intrusiva para não interferir na escuta baseada na atenção flutuante. Assim como o analista, o observador não realiza anotações durante as observações, nem trabalha com hipóteses ou categorias *a priori*. Segundo França e Grunspun (2019), no método psicanalítico não se busca a comprovação de uma ideia, mas a partir de elementos observados ao longo da experiência, constrói-se o que as autoras chamam de “conjecturas psicanalíticas” (p. 165), que poderão ou não ser confirmadas. Lisondo (2019) nos alerta sobre os perigos das predeterminações, das posições rígidas, dogmáticas, unívocas e das certezas que colocam limites aos princípios psicanalíticos.

O método parte da premissa do não-saber, sendo fundamental que o observador, deixe-se impregnar pela realidade a ele apresentada, sendo capaz de tolerar o desconhecido e a não-compreensão (Oliveira-Menegotto et al., 2006). Segundo Bick (1964), o que irá sustentar a descoberta são as sucessivas observações de situações semelhantes, que permitirão o delineamento de padrões de conduta ou invariâncias.

O conceito de atenção flutuante é importante no método Bick de observação. Beividas (2014) afirma que:

... a atenção flutuante não permite *deduções* sistematizantes, nem *induçãoes* fortemente coercitivas. Exige, ao invés conjecturas hipotéticas numerosas, um tanto vagas, certamente frágeis. E tal fragilidade, longe de apontar qualquer defeito de método, indica antes sua virtude: a de não se deixar aprisionar por qualquer ‘verdade’ egóica, do ego do analista, mesmo se atento e precavido (p. 165).

No texto *Recomendações ao médico que pratica a psicanálise*, a primeira tarefa que Freud (1912/2010) recomenda ao analista é a de que ele não anote nada e ofereça a tudo que ouve a mesma “atenção flutuante” (p. 149). Esta expressão refere-se à regra de manter longe da observação do analista toda a influência consciente, entregando-se à sua “memória inconsciente” (p. 150). Nas palavras do autor, o analista deve “escutar e não se preocupar em notar alguma coisa” (p. 150), pois, caso contrário, corre-se o risco de falsear o que é possível perceber, fixando-se em alguns pontos, em detrimento de outros. Esta seleção do que é dito é prejudicial nessa etapa do trabalho, sendo recomendada por Freud apenas na interpretação do material. Assim como Freud, Bick (1964), destacou a importância de o observador não fazer anotações, para evitar que a atenção flutuante sofra interferências, e ele possa responder mais facilmente às demandas emocionais da mãe.

Outros conceitos relevantes para o método são o da transferência e da contratransferência (Costa, 2017). Enquanto o primeiro refere-se a uma repetição e reatualização de protótipos de relacionamentos infantis na figura do observador, o segundo diz respeito aos conflitos inconscientes que podem surgir na relação do observador com os pais do bebê e que tornam difícil a contenção. Neste sentido, através das supervisões, o observador poderá reconhecer e conter os sentimentos contratransferenciais (Lisondo et al., 2012). Um dos desafios nesta etapa de observação, segundo Caron e Lopes (2014), é a grande mobilização interna suscitada pela experiência da dupla mãe-bebê:

O observador é arremessado para um mundo de sensações, emoções e ansiedades primitivas que o atingem de diferentes graus e maneiras, conforme sua estrutura pessoal. Por sua postura não intervencionista, encontra-se numa posição privilegiada para captar as comunicações não verbais da mãe e do bebê, por intermédio de seu próprio corpo e de sua mente. O observador entra em contato com estados primitivos

de desamparo, solidão, dependência, usualmente vivenciados como alheios ou estranhos (p. 19).

A função do observador é a de observar a interação familiar e, concomitantemente, observar os seus próprios sentimentos. De acordo com Lopes et al. (2007), ele “adquire uma visão binocular: observa o que se passa no exterior e se observa desde o interior” (p. 75). E o maior risco que o observador corre, segundo os autores, é o de se impermeabilizar na tentativa de se proteger dos sentimentos despertados na observação, através de reações fóbicas ou paranoides.

É a partir do inconsciente do observador que um sentido será dado ao que se observa na interação mãe-bebê (Costa, 2017). No método Bick, o observador é convidado a despir-se de suas teorias e interpretações e somente observar, assim como recomendava Freud (1914/1969) “aprendi a controlar as tendências especulativas e a seguir o conselho não esquecido de meu mestre, Charcot: olhar as mesmas coisas repetidas vezes até que elas comecem a falar por si mesmas” (p. 13). Segundo Lisondo (2019), as teorias guiam e saturam a observação e são más companheiras quando clamam por comprovação. Conforme as palavras da autora:

A teoria pode ser usada como um refúgio defensivo para evitar o verdadeiro encontro com o fogo explosivo do objeto analítico. Quando usada como uma ideologia, às vezes perto do fanatismo, forma, na mente do analista, uma esclerose que torna impossível a pesquisa e a descoberta do novo no paciente e no candidato (p. 53).

O observador é chamado a viver uma experiência junto com a mãe e o bebê como um observador participante e, portanto, privilegiado, interferindo o mínimo possível para captar o inesperado (Bick, 1964; Caron & Lopes, 2014; Lopes et al., 2007). Para esse estudo, elaboramos um roteiro para a observação das mães de bebês prematuros na UTI Neonatal, que serviu apenas como um eixo norteador para a pesquisadora (ver Anexo B).

De acordo com Houzel (1997a), para que o observador possa captar aquilo que lhe é comunicado, ele deve criar em si um espaço psíquico livre de *a priori*, despojando-se de preconceitos teóricos e pré-julgamentos morais. O método Bick convoca o observador a olhar os detalhes, as trocas, os gestos, as sensações dos encontros e desencontros da dupla mãe-bebê, sem que haja aconselhamentos, interpretações e interferências (Lopes et al., 2007). Para Lisondo (2019), tal postura analítica “encoraja a receptividade emocional, a continência e a empatia” (p. 43).

Segundo Mélega e Tupinambá (2008), no contexto de observação, o observador não assume papéis sociais, como o de amigo, mãe, médico, etc, e isso deve ser explicado logo de início para a família observada. As autoras afirmam que:

Observador não dá conselhos, não é autoridade. Nem mesmo sabe o que fazer muitas vezes. Além disso, ele quer ver como a mãe ‘vai fazer’ com o bebê. Se o observador não abandona uma postura de que sabe mais do que a mãe ou entende mais de bebês, fica condenado a dar conselho ou a manter sua postura rígida evitando a todo custo conversar com a mãe (p. 50).

De acordo com Lisondo (2019), “o observador psicanalítico é convocado a exercer a regra da abstinência no fogo das paixões” (p. 43). Ele deve ser discreto, atento, receptivo, delicado e não crítico, para que depois ele relate as suas observações detalhadamente, que é o próximo tempo do método (Camarotti & Sampaio, 2017; Lopes et al., 2007; Mélega, 2008; Oliveira-Menegotto et al., 2006).

Mélega (2008) assinala que a atitude de comparar a relação observada com um modelo ideal na relação mãe-bebê, pode dificultar a manutenção de um estado de mente favorável para que o observador possa apresentar tais características. A autora relata que, em sua experiência, tem encontrado nos observadores uma postura hostil em relação à mãe, e tal atitude parece ter como origem o uso, por parte do observador, de um modelo idealizado mãe-bebê, mediante a

situação observada. “E isso leva o observador tanto a querer ‘*melhorar*’ o desempenho materno como a *identificar-se* com os aspectos de descontentamento do B, ambas situações que podem fazê-lo desempenhar papéis inadequados à função que se propôs ter” (Mélega, 2008, p. 44). Neste sentido, Houzel (1997b) afirma que para praticar o método Bick é preciso que o observador renuncie as suas fantasias de genitor ideal e faça o luto de suas identificações com pais idealizados.

No capítulo 1, falamos sobre a capacidade de *rêverie* da mãe em conter as angústias do filho, devolvendo para ele tais sentimentos ressignificados. Aqui, é o observador quem deve arcar com as identificações projetivas da mãe sem atuá-las, reconhecendo os aspectos latentes de suas atitudes. Mélega e Tupinambá (2008) afirmam que o observador pode, por exemplo, se sentir invadido por emoções despertadas pela mãe, como hostilidade, dificultando a manutenção de um estado de mente no qual ele possa observar sem críticas nem desejos de mudança. Mélega (2008) relata que “a maior dificuldade é de estar no campo emocional onde se dá a relação M-B, mas sozinho, tendo que contar consigo mesmo, com sua própria mente, capaz de ser continente das emoções despertadas pela dupla” (p. 40). Segundo a autora, caso esse estado de mente não possa ser atingido, é provável que o observador atue com seus aspectos infantis, fazendo dupla ou com a mãe ou com o bebê, deixando de observar a relação da díade.

O observador precisa permanecer só. Ele é o terceiro quando observa a dupla. Estar só –estado de mente favorável à observação da relação mãe-bebê, é difícil de ser alcançado... A tendência é de observar a mãe, ou observar o bebê... Portanto formando dupla com um, e deixando o outro de ‘fora’. Mas quem tem que ‘ficar de fora’ é o observador, para olhar a dupla mãe-bebê. Espera-se que o observador vá sendo capaz de conter suas próprias emoções despertadas pela observação, e que se sinta responsável por elas, pensando a respeito (Mélega & Tupinambá, 2008, p. 51).

O tempo seguinte é o do relato escrito. Ele permite uma distância temporal e espacial com o primeiro tempo (Lisondo, 2019). É importante para que o observador possa compartilhar posteriormente com o grupo, através de uma linguagem simples, os detalhes de suas observações. Nesse momento, o observador não deve se concentrar em encontrar significados para a sua vivência, e sim relatar principalmente os afetos por ele experimentados, através de sensações corporais, sons, cheiros e imagens. Segundo Mélega (2008), “os relatos escritos são uma seleção do observador, mas que têm valor na medida em que são utilizados juntamente com o relato dos próprios sentimentos a cada visita e apresentados nos seminários” (p. 45).

O valor dado aos relatos de observação fortalece a importância da aplicação do método Bick no contexto de pesquisa em psicanálise. Para Lopes et al. (2007), “são descrições valiosas de sequências de comportamento do bebê, da mãe, do pai e da relação do bebê com seus familiares” (p. 85). Sendo assim, o estudo de caso, proveniente da observação, é considerado uma ferramenta de pesquisa, pelo seu potencial de gerar novas ideias e contribuir para a clínica psicanalítica.

Torna-se um desafio, no entanto, colocar em palavras as lembranças de intensas vivências que ficaram registradas na memória. Frente à impossibilidade de fazer anotações na frente do paciente, Freud (1905/2016) destaca a importância de escrever logo após a sessão, proporcionando um ponto de apoio seguro para as interpretações e lembranças decorrentes. Nesse momento da escrita, há uma tendência de o observador, antes de apresentar o seu texto para o grupo de supervisão, tentar lapidá-lo, porém isso não é recomendado, uma vez que dificulta o acesso de seus lapsos de memória e de linguagem, inerentes ao seu inconsciente.

Para Lisondo (2019), a experiência da escrita na observação de bebês é semelhante à escrita da sessão analítica, e a riqueza desse registro é que ele constitui uma narrativa elaborada pelo autor sobre a sua experiência no campo observacional (CO). Portanto, consiste em uma

criação, uma obra sempre imperfeita em sua essência, e nunca uma fotocópia exata daquilo que foi vivido.

Esse tempo, de escrita, se faz necessário não apenas para o observador relatar ao grupo de supervisão a sua experiência, mas evidencia um caráter evacuativo e criativo importante, “é como uma experiência de parto, de dar à luz. Produzir um relato traz alívio, funciona como descarga, põe fim à angústia de não saber, de ficar no caos para sempre” (Caron & Lopes, 2014, p. 22). Nesse momento, o observador deixa o seu lugar de receptor das projeções advindas da observação para ser um agente ativo, colocando-as para fora em seu relato, o qual se tornará o receptor dessas vivências. E no contexto da pesquisa clínica essa etapa é fundamental, apesar de todos os desafios e riscos que o observador corre ao expor, no registro de sua observação, sua implicação enquanto pesquisador (Sampaio et al., 2019).

Segundo Lisondo (2019), a escrita “é um antídoto para a possível contaminação da mente do observador, pelas fortes emoções vivenciadas durante a observação” (p. 41). Desse modo, a folha em branco ou a tela do computador se tornam continentes potenciais da experiência. Além disso, conforme a autora, através da narrativa escrita, novas ideias e conjecturas podem emergir, uma vez que esse momento possibilita ao observador ordenar e dar inteligibilidade à experiência observada. Nos casos em que o observador não consegue escrever, isso pode indicar dificuldades para metabolizar e narrar aquilo que foi experienciado no campo observacional. Tal impedimento poderá ser apontado pelos membros do seminário/supervisão, para que o observador, em sua análise pessoal, possa entrar em contato com dimensões desconhecidas da sua mente, que estão desviando a sua capacidade de observação.

Freud (1912/2010), assim como Bick (1961/1990), ressaltam a importância da análise pessoal do analista. No caso da pesquisa científica, podemos pensar que a análise pessoal pode ajudar o observador a tomar conhecimento sobre as suas próprias resistências, que são capazes

de introduzir na observação uma seleção ou distorção daquilo que está sendo observado. Para Lisondo (2019), a análise pessoal, durante a observação de bebês, pode configurar um trabalho promissor, na medida em que auxilia o observador a alcançar estados primitivos da mente. No caso dos observadores que são pais, a análise pessoal pode auxiliá-los a identificar e conter intensas emoções despertadas pela experiência da observação. A mobilização emocional pode evocar nos observadores uma revisão das suas funções parentais, reavivando emoções que dificultem o seu trabalho, a partir da atenção flutuante.

O terceiro tempo do método Bick é marcado pela supervisão ou seminário. Ele tem como objetivo revelar o trabalho árduo e solitário do observador, auxiliando-o a aprofundar o conhecimento sobre a relação mãe-bebê, através da compreensão do material escrito. Lopes et al. (2007) afirmam que a supervisão irá ajudar o observador a colocar em palavras as “experiências cruas e concretas” (p. 84) vividas durante a observação, além de ser feito um trabalho de decodificação das comunicações primitivas do texto.

Bick (1964) afirma que na supervisão ou seminário muitos conflitos internos tanto por parte do observador como da família poderão ser decodificados. Apesar de tais conflitos possam ser trabalhados na análise pessoal do observador, a supervisão “pode pelo menos desvendar algumas projeções pessoais que estão a ocorrer e as quais intensificam os seus próprios conflitos internos” (p. 560).

Segundo Caron e Lopes (2014), “este movimento ajuda o observador emergir, depois de ter submergido nas profundezas da observação. ... A compreensão dos conteúdos deixa o observador novamente livre, ‘vazio’, e receptivo para voltar ao seu campo de observação” (p. 23). Esse processo permite que surja um novo sentido.

O trabalho do grupo no seminário serve de continente para que o observador possa compartilhar a sua experiência emocional e permanecer em sua função analítica. Além disso, “é um espaço privilegiado e aberto para indagação, investigação, formulação de conjecturas,

validação ou o abandono de tendências vislumbradas nas invariâncias” (Lisondo, 2019, p. 43).

A psicóloga e psicanalista, Maria do Carmo Camarotti, mestra em Saúde Materno Infantil, especialista e formadora em Intervenção Precoce Pais-Bebês, com larga experiência no método Bick, se dispôs a me auxiliar nessa tarefa.

Apesar de o método Bick preconizar os três tempos discutidos anteriormente, Caron, Lopes, Steibel e Donelli (2012) sugerem um quarto momento, de suma relevância para a pesquisa no campo da clínica: a publicação científica do material de observação. Ao mesmo tempo em que compartilhar fragmentos de lembranças de fortes sentimentos vividos no campo observacional pode trazer satisfação, devido ao caráter criativo inerente na construção do caso clínico, por outro lado, pode provocar muitas resistências, dificultando o registro e a tradução de tais emoções. Segundo as autoras, o grande desafio da escrita é a tradução de uma experiência baseada em sensações, com uma linguagem não-verbal, para uma linguagem verbal.

No segundo tempo proposto pelo método, o observador/pesquisador também se depara com o desafio de transmitir a sua experiência clínica de forma escrita para o grupo de supervisão, porém, neste quarto tempo, ele irá aprofundar alguns aspectos, dando contornos teóricos naquilo que ele considera mais relevante. O observador/pesquisador assumirá o compromisso de conduzir o leitor a experimentar parte das suas vivências emocionais, assim como compartilhar algumas considerações teórico-práticas.

O quarto tempo, portanto, consiste na construção pessoal do observador/pesquisador de um texto, com suas potencialidades e limitações. Tal tarefa desafia o autor a se expor e receber possíveis críticas dos seus pares/leitores. No entanto, apesar das dificuldades e desafios que este tempo impõe ao observador/pesquisador, ele é primordial para o avanço da teoria e da técnica psicanalítica. Sendo assim, após a conclusão desta pesquisa, pretendemos divulgar os seus resultados, para que este estudo possa contribuir para a produção do conhecimento

científico sobre o tema, bem como provocar nos profissionais da saúde uma reflexão sobre novas maneiras de olhar e se relacionar com as mães de bebês prematuros, que precisam receber uma assistência humanizada.

Ao final do período de observação, um outro instrumento foi utilizado, a entrevista semiestruturada. Essa escolha deu-se pelo fato de ela permitir ao pesquisador compreender o fenômeno sem impor a sua visão sobre o mesmo. Cabe ao trabalho do pesquisador lidar com a técnica de escuta durante as entrevistas, evitando deixar-se levar pelas significações imediatas do discurso do sujeito pesquisado ou impor-lhe alguma direção. Vale lembrar que este exercício de escuta, que não tem como finalidade a intervenção, já estava sendo realizado desde o momento das observações.

Durante a entrevista, utilizamos um roteiro de perguntas (ver Anexo A), que serviu de guia para responder aos objetivos da pesquisa, mas ao mesmo tempo permitiu ao sujeito expressar-se com liberdade. Allouch (1997), afirma que para estabelecermos a história vivida pelo sujeito, faz-se necessário um tipo de entrevista onde o indagador deixa um pouco livre a fala do questionado, para que esta seja reveladora de um vivido inesperado, porém, o estabelecimento dos acontecimentos históricos exige do inquiridor que ele formule algumas perguntas precisas, que obtenha respostas exatas a essas perguntas, as quais irão suscitar outras perguntas.

3.3 Participantes

Participaram dessa pesquisa três mães de bebês prematuros que estavam vivenciando o processo de amamentação dentro da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN). Por se tratar de uma pesquisa com método psicanalítico, que não segue nenhum critério quantitativo e não tem como finalidade fazer inferências generalizadoras, observar e entrevistar três mães foi suficiente para a elaboração e compreensão da questão investigada, através dos estudos de caso que serão relatados no próximo capítulo. Como critério de exclusão para a seleção dos

sujeitos pesquisados, menores de idade não puderam participar, por não terem capacidade legal para darem consentimento à sua participação.

Vale notar que “o primeiro e principal participante de uma pesquisa psicanalítica é o seu próprio autor” (Irribarri, 2003, p. 124). Isso significa que ele está implicado em todo o processo, desde a escolha do tema até as análises que ele fará no decorrer do estudo. Esse é um dos motivos essenciais para que as observações e as entrevistas fossem realizadas pela própria pesquisadora, já que o conhecimento científico foi construído a partir dos elementos inconscientes que atravessaram a relação pesquisadora-pesquisado. O mecanismo de transferência, que necessariamente ocorre no tratamento psicanalítico, apresenta-se também no âmbito da pesquisa, uma vez que em ambos os casos ela permite ver a atualização de sentimentos e atitudes inconscientes do sujeito (Diniz, 2018). Por isso, a atuação de estudantes de graduação do curso de Psicologia ao longo da pesquisa de campo se limitou a realização das transcrições das entrevistas realizadas com as mães dos bebês prematuros.

3.4 Funções terapêuticas do Método Bick para os participantes da pesquisa

Segundo Camarotti e Sampaio (2017), apesar de o método Bick não ter sido criado com a intenção de se tornar um instrumento de intervenção preventiva e terapêutica, pôde-se notar que por meio da presença, do olhar e da escuta do observador, era possível oferecer aos pais um suporte psíquico, que trazia benefícios ao bebê. A própria Bick (1964) admite que o método criado por ela, traz benefícios para as mães e seus bebês. Conforme a autora, “muitas mães demonstraram explícita e implicitamente que estavam contentes de receber regularmente uma pessoa para poder falar sobre o bebê e seu desenvolvimento e sobre seus próprios sentimentos para com ele” (p. 559). Entretanto, ao contrário da clínica, cuja meta é terapêutica, na OB o observador é chamado a renunciar ao *furor curandi* (Lisondo, 2007, p. 325).

No que concerne à implicação do método Bick com as mães, o observador desempenha um papel de sustentação da relação do bebê com seus cuidadores, parecido com a função de

holding, desempenhada pela mãe suficientemente boa, conforme Winnicott (1960/1983b). Segundo Oliveira-Menegotto et al. (2006), “a observação abre um espaço no qual a mãe tem a possibilidade de se aliviar e descarregar, já que conta com um observador empático e não intrusivo” (p. 82).

Como mencionado no capítulo 1, semelhante à função de *holding*, Bion se refere à função continente exercida tanto pela mãe quanto pelo analista. No caso do método de observação Bick, o observador desempenha uma função continente importante. Segundo Lopes et al. (2007), ele “ajuda a conter as angústias da mãe, o seu desamparo, à medida que acompanha o processo de separação e vinculação mãe-bebê. A simples presença empática do observador, que olha sem julgar, parece exercer uma função tranquilizadora ou continente de angústias” (p. 83). Assim, através da empatia e da identificação, o observador como terceiro participante faz continência a desorganização familiar, podendo servir de matriz de apoio favorecendo a sua reorganização.

Apesar de as mães dos bebês prematuros serem os sujeitos principais da pesquisa, esse método de observação psicanalítico pôde trazer benefícios tanto para as mães, como para a própria equipe de saúde, na medida em que o observador/pesquisador se tornou cúmplice das emoções despertadas na situação de prematuridade. Quanto aos benefícios para o bebê, tanto no contexto privado como no institucional, o método de observação de bebês pode ser utilizado como modelo preventivo de saúde mental, na medida em que o psicólogo se oferece na relação de ajuda terapêutica com figuras significativas para o seu desenvolvimento psíquico, pai, mãe, entre outros (Lourenço, 2005).

No artigo de Lisondo et al. (2012), apresentado no Primeiro Encontro de Psicanálise de Crianças e Adolescentes da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP), o caráter preventivo de saúde mental se torna explícito, quando o método de observação de bebês é utilizado. As autoras consideram que tal método pode servir como instrumento para o

diagnóstico precoce de Transtornos Globais do Desenvolvimento. Neste trabalho, foram comparados dois casos de bebês, chamados de Jéssica e Mariana. Um deles apontava para o desenvolvimento suficientemente saudável (Jéssica), e o outro sugeria possíveis perturbações emocionais em seu desenvolvimento (Mariana), com indícios de dificuldades de interação e contato. As autoras propuseram nas discussões dos seminários/supervisões a interrupção da observação de Mariana, após 01 ano, ao se constatar a presença de invariâncias patológicas no seu desenvolvimento. Uma nova proposta, de intervenção psicanalítica, foi oferecida aos pais para oportunizar estratégias terapêuticas favoráveis ao desenvolvimento desse bebê.

Retomando o efeito terapêutico que a observação pode causar na mãe, Mélega (2008) afirma que

à medida que o observador psicanalítico possa ficar livre de estabelecer críticas ou interferências, e permanecer receptivo e atento à relação que está observando, verá muitas vezes que a M se sente agradecida por ter sido ouvida, pela atenção e interesse em ser visitada, ou por manter a presença contínua e discreta fazendo-lhe notar a importância da relação dela com seu B (p. 40).

Houzel (1997b) identificou quatro funções terapêuticas da aplicação desse método em relação aos pais do bebê: a primeira é a *função de receptáculo do sofrimento parental*. O terapeuta/observador que escuta as angústias e as dúvidas dos pais da criança, contém o sofrimento de quem fala. Para o autor, “um sofrimento expresso e compartilhado perde grande parte de sua toxicidade psíquica” (p. 202). Além disso, na falta desse terceiro para receber o sofrimento parental, é a criança quem poderá ocupar esse lugar, com todos os riscos que isso comporta para o seu desenvolvimento mental.

A segunda é a *função de requalificação dos pais*, que ocorre quando a mãe consegue recuperar a confiança em si mesma, sendo capaz de seguir a sua intuição para responder às necessidades e demandas do bebê. Isso ocorrerá dependendo do tipo de relação que será

estabelecida com o observador, que deverá conter as projeções maternas endereçadas a ele. Caso ele se identifique com a instância desqualificante projetada, o observador irá agir inadequadamente, dando conselhos e opiniões sobre como a mãe deve agir com o filho. Neste sentido, Mélega (2008) enfatiza a importância de o observador permitir que a mãe se mantenha “sozinha” na sua função materna (p. 40), ou seja, deve garantir a privacidade e autonomia da mãe, através da sua postura de abstenção.

A terceira consiste na *função de triagem das confusões de gerações*. Houzel (1997b) chama de *confusão de gerações* quando um genitor se sente como uma criança em rivalidade com o filho. Nesse movimento regressivo, ele pode se identificar com as suas próprias partes infantis e entrar em rivalidade com o bebê, dificultando o relacionamento entre eles. Contudo, a função do observador de receptáculo do sofrimento dos pais, permite que eles encontrem, no papel do observador, um continente psíquico que pode reduzir tal regressão parental, diminuindo o risco de confusão de gerações. Por fim, a quarta e última função a qual Houzel comenta é a *identificação com a função observante*, onde os pais desenvolvem a função de observadores e demonstram cada vez mais interesse pelo desenvolvimento da vida psíquica do filho.

Além do método de observação da relação mãe-bebê, participar da entrevista também teve um efeito benéfico para as mães, uma vez que além de oferecer a palavra, pressupondo um saber naquele que fala, possibilitou que elas se apropriassem das suas histórias e experiências, permitindo que estas se renovassem no ato da enunciação.

3.5 Procedimento de coleta de dados

A pesquisa de campo foi realizada no Hospital Regional de Taguatinga (HRT-DF), que conta com uma estrutura de Unidade Materno-infantil (UTI Neonatal, Maternidade, Emergência do Centro Obstétrico e Banco de Leite Humano). A relevância da coleta de dados ser feita nos *settings* da maternidade, consistiu em observar os sujeitos investigados em seu

ambiente natural, ou seja, em locais propícios para encontrar as informações válidas para o estudo.

A escolha dessa instituição deu-se pelo fato dela ter como objetivo além de cuidar de pessoas em um contexto humanizado e interdisciplinar, desenvolver ensino e pesquisa em harmonia com o Sistema Único de Saúde. O Método Canguru teve início no HRT na década de 1990 e, por isso, ele é um dos 14 hospitais de referência no Brasil. Além de contar com uma UTI Neonatal, há uma enfermagem para as “mães canguru” e um ambulatório de acompanhamento após a alta hospitalar.

Em um primeiro momento, a pesquisadora passou por um período de ambientação e aculturação. Turato (2010) faz a distinção entre esses dois termos: o primeiro refere-se ao processo necessário para a adaptação do pesquisador ao espaço institucional, adequando-se às atividades rotineiras do local, conhecendo as pessoas que trabalham nesse lugar, bem como a distribuição das tarefas que ali são desenvolvidas; o segundo consiste em um conceito mais abrangente que pressupõe um processo de assimilar as ideias e costumes das pessoas cujo pesquisador deseja investigar. Esse período inicial de idas e vindas ao local de pesquisa foi necessário para afastar possíveis barreiras entre o pesquisador e o pesquisado, porém ocorreu de forma breve. Já no primeiro mês da pesquisa de campo, em agosto, comecei a observar uma das mães selecionadas para o estudo de caso.

As observações tiveram início no mês de agosto e terminaram em outubro de 2021. Aconteceram duas vezes na semana, às segundas e quintas-feiras, no período vespertino, das 15h às 16:30 e das 17:30 às 18:30, com 1 hora de intervalo entre uma observação e outra. As entrevistas foram realizadas na residência das participantes da pesquisa, após a alta hospitalar dos bebês, em dias e horários combinados previamente, a fim de não comprometer nenhuma atividade da rotina diária das mães. A escolha de entrevistá-las fora do ambiente hospitalar se

deu com o intuito de oportunizar um local mais tranquilo, com menos barulho e circulação de pessoas. Vale notar que o tempo das entrevistas não foi pré-determinado.

3.6 Procedimento de análise de dados

Para realizar a análise dos dados, fizemos a interpretação de todo o material coletado, através das observações psicanalíticas, realizadas a partir do método Esther Bick, e das entrevistas realizadas com as mães de bebês prematuros, que estavam amamentando-os.

Para realizar a análise das observações, o tempo da supervisão foi essencial para a organização, compreensão e elaboração das experiências vividas entre a dupla mãe-bebê e o observador, permitindo a construção do sentido latente ao observado. Como já detalhamos anteriormente o método que foi utilizado durante as observações e a sua análise, falaremos, neste momento, sobre a análise das entrevistas.

Para realizar tal análise, primeiramente, fizemos as transcrições das entrevistas com as mães, que consistiu em um registro detalhado do discurso a ser analisado. Vale ressaltar que as participantes assinaram o termo de autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa (ver Anexo D).

Segundo Silva (2013), as entrevistas podem ser consideradas como narrativas e analisadas a partir dos pressupostos teóricos da teoria psicanalítica, para discutir e problematizar discursos e/ou fragmentos de discursos que, de forma articulada, permitam que as mães de bebês prematuros (re)signifiquem esse momento do nascimento do filho. Depois de transcritas literalmente, as entrevistas foram interpretadas seguindo os mesmos procedimentos usados na clínica psicanalítica. O texto produzido foi lido mediante uma escuta flutuante, isto é, descentrada do tema central. Depois, fizemos um recorte do texto privilegiando temas, expressões, silêncios, atos falhos e, por fim, uma reconstrução deste texto foi realizada, para que se pudesse produzir sentido analítico, a partir de sua confusão fragmentada e contraditória. Isso permitiu ao pesquisador criar um sentido novo e inesperado, produzindo uma outra

verdade sobre o texto, denominada por Soler (2012) de verdade de cada sujeito, que só é válida para um ou alguns.

Segundo Silva (2013), a pesquisa psicanalítica, por levar em consideração o inconsciente, propõe não a busca de uma verdade absoluta, mas a investigação de verdades contextuais, relativas e individualizadas. Com relação à verdade da interpretação, Figueiredo e Minerbo (2006) afirmam que ela é sempre relativa ao processo que a produziu e este processo é irreproduzível e singular. Não obstante, Beividas (2014) alerta para o fato de o pesquisador ser cauteloso quando estiver diante da passagem à interpretação, para que não caia em um redemoinho inferencial de construção que o leve tão somente a corroborar as suas hipóteses iniciais.

Para que o pesquisador fuja desta armadilha, Freud (1912/2010) recomenda que o analista utilize tudo o que lhe é comunicado, através da associação livre do analisando, para os propósitos da interpretação, sem selecionar ou distorcer o que fora falado, em virtude de suas próprias resistências, que afastam de sua consciência o que foi percebido. Dito de outra maneira, o analista “deve voltar seu inconsciente, como órgão receptor, para o inconsciente emissor do doente ...” (p. 156). Por isso, o autor ressalta a importância da análise pessoal do analista, a fim de que ele tome conhecimento de seus complexos que possam vir a perturbar a apreensão do que é oferecido pelo analisando. Do mesmo modo, na pesquisa científica em psicanálise, o pesquisador também deverá estar atento para não ofuscar a sua percepção do que lhe fora comunicado. Neste sentido, o trabalho de supervisão clínica (3º tempo do método Bick), o de orientação acadêmica e a análise pessoal, durante o processo de construção do caso clínico, foram indispensáveis.

No que se refere à história contada tanto pelo analisante quanto pelo sujeito pesquisado, ela não necessariamente segue uma lógica, pode ser relatada de forma incoerente e obscura, como Freud (1905/2016) aponta no Caso Dora, que as narrativas das pacientes não são faladas

de modo claro e organizado. No entanto, espera-se que próximo ao fim do tratamento uma história clínica coerente e compreensível seja construída ou reconstruída. Conforme Silva (2013), tanto o analista quanto o pesquisador produzem uma transfiguração das narrativas do paciente/participante da pesquisa, possibilitando a compreensão do caso pelos leitores. A construção realizada, portanto, proporciona a inteligibilidade da trama.

Sendo assim, a partir da análise de todo o material clínico observado e escutado durante a pesquisa, e da sua escrita, o pesquisador pôde construir os casos. Segundo Silva (2013, p. 41), o “caso” é construído através da conjunção das experiências de vida dos entrevistados, num trabalho metodológico que se propõe a contemplar a singularidade dos participantes da pesquisa. Para a autora, o caso é composto enquanto uma história vai sendo construída, à medida que é escrita pelo pesquisador.

Apesar da psicanálise coincidir pesquisa e tratamento, Freud (1912/2010) não recomenda trabalhar cientificamente um caso enquanto seu tratamento não for concluído. Segundo uma das recomendações do autor, o analista/pesquisador deve submeter o material reunido ao trabalho sintético do pensamento apenas depois que a análise/pesquisa terminar, evitando-se especulações durante o processo. Por essa razão, os estudos de caso só foram elaborados e interpretados, após o período da pesquisa de campo ter sido concluído.

3.7 Cuidados Éticos

A Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde aponta que toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco (Brasil, 2012a). Assim, como previsto pelo art. 16 do Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005) e pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa seguiu as recomendações éticas previstas nesses documentos. Apesar desta investigação não oferecer riscos de ocorrer nenhum dano aos seus participantes, poderia ter havido algum desconforto mínimo causado pelo fato das entrevistadas estarem falando sobre um momento delicado em suas vidas. Por isso, a pesquisadora

disponibilizou no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ver Anexo C), seus telefones e e-mail de contato, para que as participantes pudessem solicitar atendimento psicológico gratuito em algum centro universitário, como o Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos da Universidade de Brasília (CAEP) ou o seu afastamento da pesquisa em qualquer etapa que ela se encontrasse.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília e pelo Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), conforme Anexos F e G. Assim, pode-se pressupor que o presente trabalho está em conformidade com as exigências éticas e metodológicas esperadas de uma pesquisa com seres humanos. A coleta de dados só teve início, após a aprovação de ambos comitês. Em todas as fases do estudo, desde a redação do projeto bem como a pesquisa de campo e a descrição/interpretação dos estudos de caso, os cuidados éticos foram rigorosamente pensados, para evitar qualquer dano físico, psíquico ou social às participantes deste trabalho.

Capítulo 4 – Casos clínicos

“Ao mesmo tempo, a teoria precisa ser flexível, de tal forma que qualquer fato clínico possa, se necessário, modificar a afirmação teórica”.

(Donald W. Winnicott)

4.1 Breve panorama da minha entrada no campo observacional

Dias antes da minha entrada no hospital, me sentia ansiosa em relação ao que poderia acontecer. Me questionava sobre como a equipe de saúde iria me receber, se as mães permitiriam ser observadas, qual seria a minha reação frente aos bebês prematuros... Há um longo caminho da minha casa para o hospital. Nesse caminho, pude perceber a presença desse sentimento que, ao mesmo tempo em que gerava um “frio na barriga”, aumentava o meu desejo por conhecer a realidade de diversas mães de bebês prematuros.

Esse dia foi muito esperado! A minha pesquisa foi aprovada no final de 2019 e, no início de 2020, quando me preparava para entrar em campo, veio a pandemia da covid-19. Aguardei mais de um ano para iniciar a parte prática do trabalho. Esperei ansiosamente pela vacinação.... Finalmente, no dia 31 de julho de 2021, tomei a segunda dose da vacina. Esperei 15 dias para o meu corpo criar anticorpos contra o vírus para, enfim, iniciar esta pesquisa. Durante esse período de espera, pude aprofundar questões teóricas e elaborar a metodologia do estudo. Entretanto, a angústia de não saber se eu teria tempo hábil para realizar a coleta de dados, analisar e concluir o trabalho até o prazo final continuava presente.

O primeiro contato que eu tive no hospital foi com uma das psicólogas, Patrícia, que já tinha sido informada sobre a minha visita. Expliquei-lhe sobre a minha pesquisa e o meu papel enquanto pesquisadora. Disse, ainda, que gostaria de conhecer a equipe da UTI Neonatal, uma vez que iria observar mães que estivessem amamentando bebês prematuros neste local. Mostrei os documentos de aprovação dos dois Comitês de Ética, o aceite institucional e disse que uma

cópia do meu projeto de pesquisa foi entregue, previamente, para a coordenadora do setor de Psicologia.

Fui apresentada à chefe da UTI Neonatal, que me encaminhou à médica neonatologista que conhece em detalhes todas as mães e bebês que estão internados. Para preservar o anonimato, irei chamá-la de Dra. Raquel. Então, fui até a sua sala. É um lugar pequeno, com uma mesinha e duas cadeiras. Sentei em uma delas e a médica me disse que, naquele momento, havia bebês muito pequenos na UTIN que não estavam sendo amamentados.

Dra. Raquel, então, me explicou como é o funcionamento da unidade, dizendo que é mais fácil encontrar mães amamentando na UCIN já que, para irem para o peito, os bebês precisam coordenar a respiração com a sucção e a deglutição. Com essa idade, geralmente, os bebês já saíram da UTIN e foram para a UCIN. Segundo Potenza et al. (2013), é esperado que o bebê, por volta da 34ª semana de idade gestacional corrigida, apresente uma maturação neurológica que o permita sugar com segurança.

Os bebês prematuros extremos, que necessitam de ventilação mecânica, ficam na UTIN, que possui 8 leitos. Conforme eles vão melhorando, são transferidos para a UCIN interna, que tem 4 leitos e fica ao lado da UTIN. Além da UCIN interna, há também uma UCIN externa, com mais 6 leitos.

A Dra. Raquel é responsável pela UTIN e UCIN interna. Ela visita, diariamente, 12 bebês e suas mães. Segundo a médica, a demanda por uma vaga na UTIN é muito grande, e os leitos estão sempre ocupados. Por esse motivo, assim que as condições clínicas do bebê se tornem estáveis, o leito é liberado para outra criança. No entanto, a médica esclareceu que essa separação existe em razão da estrutura física da unidade. Em outro hospital, os bebês tanto da UTIN quanto das UCINs estariam juntos.

Após conhecer o espaço físico da UTIN e UCIN interna, eu voltei para a sala da Psicologia, onde a psicóloga me mostrou, pelo computador, os prontuários dos bebês

internados que ficam registrados no sistema. A visita médica ocorre pela manhã e, à tarde, a Dra. Raquel repassa para as mães as informações sobre o estado de saúde dos bebês avaliados naquele dia. É uma espécie de devolutiva da avaliação médica feita pela equipe.

Às 16 horas eu voltei à sala da Dra. Raquel para acompanhar a visita com as mães. Ela lembrou que, às segundas-feiras, a visita é realizada às 17 horas. Então, sugeri que eu conversasse com a terapeuta ocupacional e a fonoaudióloga. Fui até o local onde as mães ficam internadas para acompanhar os filhos, chamado de “Mãe Nutriz”. É um quarto grande com várias camas. Havia uma mesa grande no centro do quarto. Eu e as duas profissionais nos sentamos para o início de uma conversa.

Falei sobre o meu trabalho e elas disseram que o HRT é referência no Método Canguru, tendo recebido, inclusive, o título de “Hospital Amigo da Criança”. A terapeuta ocupacional falou sobre algumas mudanças em relação às condutas terapêuticas que ocorreram com o passar do tempo, como o fato de evitarem ao máximo, atualmente, a intubação de um bebê. Ela sugeriu que eu conseguisse um crachá no setor de pesquisa e que eu fosse sem brinco, colar, relógio ou outros acessórios. O hospital aderiu à campanha “Adorno Zero” para evitar o aumento de infecção entre os profissionais da saúde e os pacientes. Além da Mãe Nutriz, conheci a enfermaria canguru, local em que a mãe é autorizada a cuidar do filho e estar com ele durante as 24 horas do dia.

No horário da visita, a médica visitou todos os leitos para falar com as mães sobre o estado clínico dos seus bebês. Ela anota, em um pequeno caderno, todas as informações importantes sobre os procedimentos que estão sendo adotados com cada criança, como o dia em que o antibiótico foi iniciado, o resultado do exame realizado, etc. Ela chamou as mães pelos nomes, assim como os bebês. A apreensão, a ansiedade e o medo era nítido no olhar e nas palavras daquelas mulheres.

Saí do hospital depois das 18 horas, exausta e com muitas informações para elaborar dessa tarde tão agitada. Não tive tempo para comer nem beber água. Saí angustiada por não saber qual das mães eu iria observar e por ainda não saber me localizar sozinha dentro do hospital, tendo a sensação de que teria muito trabalho pela frente. Ao mesmo tempo, fiquei feliz por ter sido bem recepcionada, desde o primeiro dia, pelas profissionais com quem eu tive contato.

Nos dias seguintes de observação, a psicóloga foi o meu contato para a entrada na instituição. Ela era a profissional que avisava para os funcionários da portaria sobre a minha visita. Apesar de ter solicitado ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) um crachá de identificação, como sugerido pela terapeuta ocupacional, o meu pedido não foi atendido. Assim, eu levava comigo os documentos de autorização da pesquisa, bem como ia vestida com um jaleco gravado com o meu nome e profissão.

Dentro da UTIN e UCIN, percebi que a Dra. Raquel seria a profissional de referência não só para as mães, mas também para mim. Cada vez que eu ia conhecer uma nova dupla, eu recorria às devolutivas que ela fazia diariamente. Ela transmitia, por meio de sua fala e postura, segurança, sinceridade e firmeza durante as conversas com as mulheres e com a equipe da unidade. Ela parecia estar sempre atenta ao que estava acontecendo ao seu redor, zelando pelo respeito ao silêncio e pelo bem-estar do bebê e da mãe no ambiente intensivista. Presenciei, algumas vezes, a médica reclamando do barulho das conversas entre as enfermeiras. Ela se mostrava preocupada com o choro de bebês, que pareciam se sentir desconfortáveis, e com a preservação da privacidade das mães, especialmente daquelas que eram novatas na UTIN, chamando-as para conversar em sua sala individualmente.

A sensação de cansaço físico e mental persistiu após as observações subsequentes, e a escrita dos relatos continuaram sendo realizadas no dia seguinte. Entretanto, o sentimento de

não pertencimento e insegurança em relação ao ambiente físico e à equipe foi aos poucos dando lugar a sentimentos de confiança e familiaridade.

No artigo de Mélega (2008), a autora comenta que, dentre os questionamentos frequentes levantados pelo observador psicanalítico, podemos destacar o receio em ser invasivo-persecutório; o de não retribuir à colaboração dada pela mãe; o de tentar permanecer em uma postura mais reflexiva do que ativa; o de sentir-se exposto e invadido por emoções ao estar em contato com a dupla mãe-bebê e ter que enfrentar uma situação nova, construindo uma relação de observador, diferente de uma relação profissional tradicional. Acredito ter enfrentado todos esses questionamentos abordados pela autora. Eles foram discutidos e trabalhados durante as supervisões em grupo e as sessões de análise pessoal para que eu pudesse reestabelecer a função de observadora ao longo do trabalho de campo.

Antes de começar a descrever os estudos de caso, vale lembrar que todos os nomes são fictícios, a fim de preservar o anonimato das participantes da pesquisa. Nos três casos clínicos, as observações tiveram como base o Método de Observação da Relação Mãe-Bebê, de Esther Bick, no contexto hospitalar. No primeiro caso, porém, irei abordar não apenas a díade mãe-bebê, mas a equipe profissional como um terceiro elemento que, conforme Cresti e Lapi (1997), pode favorecer ou dificultar a relação que se estabelecerá entre a dupla mãe-filho.

O caso de Alessandra e Alice teve como objetivo ilustrar como a tarefa de conter e proteger a mãe e o bebê pode ser árdua para a equipe, uma vez que intensas emoções são difíceis de lidar e estão em jogo nesta relação. Ademais, considere relevante apresentar este caso pelo fato de ter abordado o trabalho da equipe de saúde junto aos pais e o bebê prematuro na Unidade Neonatal, no item 1.3 desta tese.

A intenção em relatar este estudo de caso não consistiu em culpar a equipe pelos intensos sentimentos de angústia e ansiedade que Alessandra vivenciou durante o período de internação da filha, mas refletir sobre o quanto é difícil lidar com a implicação emocional que

o relacionamento com os pais do bebê prematuro impõe à equipe do serviço de neonatologia. Além disso, a sobrecarga de trabalho que ela enfrenta diariamente dificulta a atenção e disponibilidade esperada para cuidar da díade mãe-bebê. Esta mulher, que precisa de ajuda para simbolizar aquilo que permanece sem palavra –o trauma do nascimento prematuro– após receber alta da maternidade, deixa de ser vista como paciente, e o centro das atenções da equipe passa a ser o bebê. Foram realizadas 6 observações no contexto hospitalar e 1 entrevista na casa da avó de Alessandra.

O caso clínico de Beatriz e Bruno abordou a complexidade da amamentação de um bebê prematuro e sonolento, tornando esse processo desafiador para a mãe. Assim como Solis-Ponton (2004) afirma, o bebê não é um receptáculo passivo dos cuidados maternos, havendo “trocas entre a mãe e o bebê em que os dois participam ativamente da díade e em que cada um exerce influência sobre as respostas do outro” (p. 31). Além disso, este caso deflagrou o quanto o corpo do bebê prematuro pode ser atacado, assim que ele nasce, por inúmeras intervenções médicas que, apesar de extremamente necessárias, podem fazer com que os pais se sintam impedidos de se aproximar física e psiquicamente do filho. Sentimentos maternos, como o medo da morte do bebê e do risco de sequelas neurológicas, bem como a intensa culpa que Beatriz sentia por não ter, inicialmente, desejado a gravidez de Bruno, também foram levantados. Assim como o primeiro caso, foram feitas 6 observações no ambiente hospitalar e 1 entrevista na casa da irmã de Beatriz.

O terceiro caso clínico apontou para os entraves inconscientes que podem permear a relação mãe-bebê, interferindo no processo da amamentação. Admitir o não desejo de amamentar pareceu ser tão difícil para Cecília, ainda mais estando em um “Hospital Amigo da Criança”, que o silenciamento daquilo que parecia ser indizível se tornou a sua única opção enquanto estava com o a filha hospitalizada. No caso de Cecília e Carla, foram realizadas 8 observações e 1 entrevista em seu próprio domicílio.

Além das três mães observadas e entrevistadas, Alessandra, Beatriz e Cecília, tive a oportunidade de conhecer outras duas mulheres, Daniela e Eva, que, apesar de estarem passando por experiências semelhantes, se recusaram a participar da pesquisa. Não abordei, em profundidade, as suas histórias por uma questão ética, mas creio ser relevante comentar como um evento potencialmente traumático, como o nascimento de um bebê prematuro, pode provocar reações tão diferentes.

4.2 Estudo de Caso I - Alessandra, uma mãe “difícil” para a equipe de saúde

Alessandra tem 22 anos, é casada, mãe primípara de uma menina, Alice, que nasceu prematura com 32 semanas de idade gestacional. A mãe é procedente de Brasília - DF, possui o 2º grau completo e é técnica de enfermagem. Segundo Alessandra, sua gestação foi tranquila e sem intercorrências. A gravidez não foi planejada. Quando engravidou, apenas namorava com o atual marido. Após receberem a notícia de que se tornariam pais, resolveram morar juntos e se casaram quando ela estava no sexto mês de gestação. De acordo com Alessandra, tanto a gravidez quanto o nascimento prematuro da filha os surpreenderam.

Ele levou um susto porque ele também não tava esperando. Na verdade, ninguém tava né, esperando assim... é... ela vim, ninguém tava esperando. Na verdade, eu não tava esperando ela vim, não tava esperando ela nascer antes da hora, nada disso.

Após o nascimento, Alice foi levada imediatamente para a UTIN. Conheci Alessandra e a filha no meu primeiro dia no hospital, durante a devolutiva que a médica faz com as mães. Alice estava na incubadora e recebia suporte de oxigênio para respirar por meio do CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*, que pode ser traduzida como “pressão de distensão contínua das vias aéreas”). Apesar de saber que esse dispositivo é indispensável para auxiliar na respiração regular de alguns bebês, a imagem de um recém-nascido tão pequeno e frágil pode causar um grande impacto em quem o observa. Os olhos grandes e azuis de Alessandra me chamaram atenção desde o primeiro momento em que a conheci. Eram olhos arregalados,

pareciam assustados. O uso da máscara parecia ressaltar ainda mais aquele olhar, de alguém que estava vivendo uma situação devastadora.

Durante a entrevista, Alessandra afirma que a experiência inesperada de ter uma filha internada na UTIN foi permeada de intensas emoções de insegurança, medo e tristeza. Nas palavras da mãe,

... foram dias de luta viu, porque ela foi uma montanha russa, ao mesmo tempo que ela tava bem, ela não tava, e ao mesmo tempo que ela tava respirando, ela já tava no respirador, ao mesmo tempo que ela tava boa, ela já tava entubada, e toda hora que cê entrava lá era uma coisa diferente, era um medo diferente, uma sensação diferente, uma... uma... uma notícia diferente, lá dentro é uma montanha russa de... de coisa.

Eu fiquei em choque, que eu nunca ia imaginar que isso ia acontecer comigo. Eu entrei em pânico né, porque minha primeira filha, morria de medo de acontecer alguma coisa pior com ela, graças a Deus não aconteceu nada... mas eu morria de medo, toda vez que eu entrava lá eu passei assim, tipo eu passei quinze dias chorando, eu só chorava, chorava, chorava, chorava o tempo todo, eu vim começar a melhorar de ontem pra hoje assim né, psicológico, porque até então eu não tava muito bem não...

Ao longo do período de internação de Alice, Alessandra conversou com Patrícia, uma das psicólogas da instituição, a pedido da médica. O relato da mãe sobre o atendimento psicológico parecia reproduzir o que haviam lido sobre o modo adequado de ela reagir e se comportar diante do nascimento antecipado da filha. Mathelin (1999) questiona o fato de que os médicos esperam que a presença dos *psi* sirva para “fazer calar o sintoma”, colocando de lado a dimensão do inconsciente. Acolher a culpa, a ambivalência e o desejo de destruição que a mãe do prematuro pode sentir é difícil para o médico, uma vez que ele estudou “para salvar a vida de bebês, para ‘restaurar’ a criança e devolver às mães o que eles pensam ser enfim o bebê facilitado de seus sonhos” (p. 19).

Alessandra dizia que estava muito nervosa e precisava ficar mais calma. No entanto, apesar do atendimento parecer se aproximar mais de um aconselhamento psicológico no intuito de responder à demanda médica do que propriamente de um atendimento de cunho psicanalítico, a mãe reconheceu a importância de ser escutada por um profissional *psi*. Segundo Alessandra,

... foi a Dra. Patrícia que me ajudou muito também, né, a segurar, já não tava aguentando não, porque toda vez que entrava lá era uma coisa diferente, toda vez eu entrava tinha um aparelho diferente nela, e eu entrava tinha uma coisa diferente, e quando falaram que ia intubar ela pela segunda vez aí eu entrei em desespero, porque eu falei: meu Deus, vai entubar a bichinha de novo, ela vai sofrer tudo de novo, aquele sofrimento daquele monte de coisa na boca dela de novo, na garganta dela, e ela é tão pequena e vai acontecer isso de novo com a bichinha... Que graças a Deus ela não precisou, ela reagiu bem.

O atendimento realizado pelo psicólogo ou psicanalista se diferencia dos demais profissionais, uma vez que pressupõe uma escuta que permite a manifestação de emoções e sentimentos pelo sujeito sem que haja a emissão de um julgamento valorativo sobre eles, bem como oferece a possibilidade de a mãe dar voz àquilo que foi silenciado pela situação traumática. Segundo Mathelin (1999), “o analista terá de trabalhar a questão da perda, a simbolização desse nascimento que justamente na urgência, no drama e na insustentável presença da morte não pôde ser falado” (p. 19).

No primeiro contato com a díade, observei que a mãe acariciava levemente, com a ponta dos dedos, o pé da filha. Esse gesto também foi notado pela Dra. Raquel, que orientou Alessandra a tocar na bebê com mais firmeza, uma vez que esse estímulo seria mais agradável para ela. No entanto, a mãe continuou acariciando delicadamente o pé da filha. A médica

chamou novamente a sua atenção. Alessandra respondeu que achava Alice “tão molinha” que tinha medo de segurá-la mais forte.

Klaus et al. (2000) afirmam que as mães de bebês prematuros, quando são autorizadas a tocar nos filhos, geralmente “começam andando em volta da incubadora e tocando as extremidades do bebê com a ponta de seus dedos” (p. 131), ao contrário das mães de bebês nascidos a termo, que os tocam com a palma da mão e, com maior frequência, alinham a sua cabeça com a de seus bebês na posição “face a face”.

Para que a estimulação traga benefícios ao desenvolvimento do bebê, ela deve ser adequada de acordo com as suas exigências individuais. Deve-se ter o cuidado para que não ocorra uma superestimulação do sistema nervoso imaturo do prematuro (Klaus et al., 2000). Moreira, Rodrigues, Braga e Morsch (2003) relatam que, para um prematuro mais velho, como é o caso de Alice, o toque gentil, mas feito com segurança, pode ajudá-lo a ganhar peso mais rápido. No entanto, passar a ponta dos dedos em suas costas, braços ou pernas pode trazer desconforto, uma vez que oferece muito estímulo para que o bebê consiga organizá-lo, ou pode fazer cócegas, acarretando a não aceitação desse contato. As autoras ressaltam que a posição canguru é muito usada no cuidado com os bebês de baixo peso, pois “oferece contenção, toque organizado e global ao corpo da criança” (p. 39).

Uma semana depois de tê-las conhecido, presenciei a primeira vez que Alice mamou no seio da mãe. Neste dia, eu estava na UTIN acompanhada de uma das fonoaudiólogas da instituição. Fiquei surpresa com a rápida evolução clínica da bebê, além de não esperar presenciar este momento naquele local, uma vez que a médica havia me dito que os bebês prematuros costumam ser amamentados na UCIN.

Alice começou a ser estimulada pela voz da fonoaudióloga, que explicava para a bebê o que iria acontecer. Wilhelm (1997) comenta sobre a importância de os profissionais chamarem os recém-nascidos sempre pelo nome e falarem com eles antes ou durante qualquer

procedimento, doloroso ou não, explicando-lhes o que será feito e os motivos do procedimento, uma vez que “o bebê –desde o nascimento– é um ser humano destinado a falar e a que se fale com ele” (p. 88).

O estímulo auditivo foi o primeiro a ser utilizado para despertar a criança. Depois, a profissional começou a tocar as palmas das mãos e a planta dos pés de Alice, um toque firme e seguro. Este estímulo tátil tem a finalidade de estimular a produção de saliva, fazendo com que o bebê a engula. É uma espécie de preparação para o que ele fará posteriormente com o leite. Em seguida, mergulhou a ponta do dedo, com a luva, dentro do recipiente de leite materno e o colocou no canto da boca da bebê.

Alice começou a abrir a boca e foi levada ao seio da mãe, que estava sentada em uma cadeira ao lado da incubadora da filha. A fonoaudióloga passou várias vezes o mamilo de Alessandra na boca e em volta dessa região de Alice, até que ela conseguisse fazer a pega correta e sugá-lo. Vale notar que Potenza et al. (2013) afirmam que a conduta realizada pela profissional estimula o reflexo de procura, auxiliando o bebê prematuro a abocanhar o mamilo. Orientam também que o seio da mãe seja levemente pressionado para que algumas gotas de leite possam ser retiradas antes da mamada, uma vez que tanto o cheiro quanto o sabor do leite despertam o interesse do bebê para mamar.

A bebê mamou por aproximadamente 3 minutos, cansou e foi para a posição canguru para receber o restante da dieta pela sonda. Antes de terminar o atendimento, a fonoaudióloga teve a sensibilidade de perguntar para a mãe como ela estava se sentindo e como tinha sido esta primeira experiência. Alessandra respondeu que tinha sentido a filha sugar com força e que tinha gostado de amamentá-la. Porém, percebi que a mãe não conseguia expressar sinais de alegria.

Antes de realizar a segunda observação do dia, fui surpreendida com a reação da médica ao entrar na sala das fonoaudiólogas na qual eu estava presente. Ela chegou dizendo que

precisava desabafar! Ela tinha acabado de fazer a visita com as mães. A médica estava agitada e aflita com o comportamento da Alessandra. Afirmou ter liberado Alice para a amamentação e que a mãe deveria estar feliz e grata! Falou que ela estava dando o seu melhor, que a menina está evoluindo bem e a mãe estava preocupada com a medicação e com quando elas iriam sair da UTIN! Ela disse que respondeu para Alessandra: “eu não sei quando, não tem como eu dar essa previsão!”. A Dra. Raquel relatou que ouviu e respondeu tudo o que a mãe havia perguntado durante a visita, e no final disse para ela: “eu estou muito decepcionada com você!”. Em seguida, afirmou para nós: “essa menina não aprendeu o que é ser mãe, não demonstra emoção!”. Disse para Alessandra que não iria mais falar com ela! Ao sair da sala, pediu para a fonoaudióloga avaliar a mãe. Ao mesmo tempo em que a médica não queria mais falar com Alessandra, ela demonstrou se importar pedindo a ajuda da outra profissional.

Cresti e Lapi (1997) afirmam que o hospital pode exercer a função winnicottiana de *holding*, ou uma função de continência em uma linguagem bioniana, oferecendo tanto à mãe quanto ao bebê um apoio físico e psicológico comparável ao que a mãe deve oferecer ao filho para que ele se desenvolva. Para que Alessandra tivesse condições de se ocupar da bebê, ela precisava utilizar de “cuidados do ambiente” (p. 155) que a sustentasse e a protegesse.

Quando a equipe dá atenção e é sensível às emoções da mãe, ela está facilitando o início da *rêverie* materna. A mãe conseguirá estar receptiva para acolher os sentimentos do filho, dando a eles um significado. No entanto, desenvolver a função de se tornar depositário das projeções maternas não é uma tarefa simples. Lidar com emoções intensas e conflitivas que a mãe sente em relação ao nascimento prematuro, como a ameaça de morte que circunda o ambiente intensivista, assim como exercer os procedimentos de cuidado necessários para a sobrevivência do bebê ativam, no cuidador, emoções internas primitivas que podem se manifestar sob a forma de agressividade.

Segundo Cresti e Lapi (1997), quando a instituição não é capaz de suportar a intensidade das emoções implicadas na relação com a díade mãe-bebê, ela recorre a mecanismos de defesa tais como evitamento, negação, clivagem e deslocamento, reduzindo “a assistência ao nível puramente físico das necessidades corporais, sem qualquer consideração pelos aspectos psicológicos, exatamente como o faria uma mãe incapaz de rêverie” (p. 159).

Durante as observações na UTIN, Alessandra parecia ainda não poder contar com a sua capacidade de identificação com as manifestações somático-comportamentais de Alice, buscando reconhecê-las pelo olhar dirigido ao monitor. Uma das técnicas de enfermagem chamou a atenção da mãe, dizendo-lhe que era para ela olhar para a filha e não para o monitor, sem compreender que, naquele momento, Alessandra talvez estivesse em um momento de transição entre o que Agman et al. (1999) chamaram de preocupação médica-primária e o que Winnicott (1956/1978) denominou de preocupação materna-primária. Além disso, apesar de o foco principal ser o bebê, os barulhos que os equipamentos emitem chamam a atenção da mãe.

Segundo Szejer (1999), as mães que estão separadas de seus bebês prematuros pelo fato de eles precisarem de uma assistência permanente, que só pode ser oferecida pela UTIN, são “destituídas de sua *preocupação materna primária* por força da técnica médica” (p. 58). Elas imaginam os cuidados específicos que o filho precisa receber, mas, por se sentirem incapazes de ofertá-los, desistem e ficam deprimidas.

Em seguida, acompanhei o horário seguinte da alimentação dos bebês, que ocorre por volta das 18 horas. Antes de a fonoaudióloga auxiliar Alessandra a amamentar a filha, ela deu suporte a outra mãe, cujo filho estava no leito em frente ao de Alice. Enquanto a profissional realizava esse atendimento, solicitou à Alessandra que começasse a estimular a filha, assim como ela tinha lhe ensinado no horário anterior. Me chamou a atenção o fato de que a mãe não conseguia manter um diálogo com a bebê, verbalizava pouco durante a interação com Alice e não fazia uso do *motherese* (manhês), parecendo insegura ao tocá-la. O ambiente hostil e pouco

amigável da UTIN parecia inibir os comportamentos espontâneos de Alessandra e dificultar a construção do vínculo afetivo entre ela e a filha.

Segundo Pierotti, Levy e Zornig (2010), o manhês é uma forma de comunicação que se caracteriza pelo investimento afetivo e costura os laços entre a mãe e o bebê ao mesmo tempo em que o ajuda a se diferenciar por meio do reconhecimento da sua alteridade. Este modo particular de comunicação deixa entrever o investimento realizado na criança em um momento muito precoce de seu desenvolvimento.

Para Ferreira (2001), “o diálogo ‘mãe-bebê’, construído com o ‘manhês’, a partir de significados que a mãe atribui aos sinais produzidos pela criança, se faz com base na função materna” (p. 97). Por meio do olhar e da voz da mãe, o bebê deixa de ser puro organismo e é elevado à categoria simbólica, colocado na posição de “interlocutor” (p. 100).

Pierotti, Levy e Zornig (2010) afirmam que um dos elementos constitutivos da função materna é a voz do adulto, o primeiro elemento sensorial ao qual o bebê tem acesso. A fala materna vai propiciar a tentativa da mãe, ou daquele que exerce a função materna, de oferecer representações às pulsões do bebê. Essas palavras dirigidas à criança, ao mesmo tempo em que dão sentido às suas manifestações e expressam sua demanda, ajudam em seu movimento de diferenciação. Em contraposição, as autoras observam que o silêncio em torno do bebê e a ausência de representações que deem sentido ao que sentem provoca intensa ansiedade e esvaziamento afetivo.

A fonoaudióloga começou o trabalho de estimulação com Alice, colocou o leite no canto da sua boca e a bebê fez vários barulhos, como se estivesse degustando prazerosamente aquele alimento. A menina conseguiu sugar o seio da mãe por mais tempo do que na primeira vez. A fonoaudióloga colocou um aparelho para auscultar a sucção e perguntou se eu já havia auscultado. Respondi que não e ela me deu o aparelho. Mesmo tendo ouvido por pouco tempo, gostei da sensação de ter participado daquele momento.

A fonoaudióloga colocou a bebê para translactar, isto é, introduziu a ponta de uma sonda na boca da bebê e a outra no pote com leite materno para ver o quanto Alice estava conseguindo sugar. A dieta da bebê estava em aproximadamente 30ml de leite. Ela mamou no seio por volta de 07 minutos e translactou 10ml. A fonoaudióloga disse para a mãe que elas “estavam de parabéns”. Perguntou novamente como Alessandra estava se sentindo. Ela respondeu que achava que a filha tinha se saído muito bem e que estava disposta a amamentá-la em todos os horários. A fonoaudióloga disse que ia liberá-la para mamar durante o dia, até às 21 horas. A mãe concordou. Antes de sair da UTIN, a fonoaudióloga conversou com a equipe e foi até a sala da médica para dar um retorno sobre a Alessandra. A fonoaudióloga falou sobre a evolução da Alice e a disponibilidade de a mãe amamentá-la. A médica apenas respondeu: “Que bom!”.

Conforme o manual técnico de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido - Método Canguru, do Ministério da Saúde (Brasil, 2017), existem vários métodos para alimentar o bebê. A sucção é considerada a melhor forma de um recém-nascido ser alimentado, assim que as suas condições clínicas e fisiológicas permitirem. A alimentação por sucção acelera a retirada da sonda e o desenvolvimento da habilidade de sugar. No entanto, pelo fato de a alimentação do bebê prematuro ser um processo complexo que envolve aspectos físicos, neurológicos, cognitivos e emocionais, é preciso que haja a preocupação não apenas com a adequação de nutrientes, mas com a interação família-bebê e família-equipe de saúde e a formação do vínculo afetivo entre eles. O trabalho de acolhimento dentro da UTIN, bem como o incentivo à participação ativa da família, poderá facilitar a construção e o fortalecimento desse vínculo.

Vale esclarecer que a amamentação começa antes de o bebê ser levado ao seio. Ela inicia a partir da criação de condições propícias para que a mãe permaneça junto ao filho, inicie o contato pele a pele precoce, ofereça os cuidados, realize a ordenha do leite e a alimentação do bebê. A aproximação entre mãe-filho e a permissão do exercício da função materna

aumentará seu sentimento de segurança, contribuindo para o estabelecimento e o progresso da amamentação (Brasil, 2017).

Na semana seguinte, conheci outra médica, Dra. Rita, que estava de plantão na UTIN/UCIN interna. Fui apresentada por uma das psicólogas da instituição, que explicou sobre a minha pesquisa. Falei que gostaria de observar a Alessandra e a Alice. A médica disse que achava ótimo, pois Alessandra é considerada “difícil”. Segundo ela, parece que tudo o que é dito para a mãe não é compreendido, que é necessário repetir várias vezes as mesmas informações. Eu já tinha ouvido essa mesma queixa da outra médica. Tanto a dificuldade de Alessandra para assimilar o que era dito pelos profissionais, no período em que a filha estava internada na UTIN, como a falta de compreensão por parte destes é reconhecida por ela.

porque seu psicológico já não é muito bom ali dentro, né, depois de tanta coisa que você passa ali dentro daquela UTI, e as pessoas ainda não... às vezes não entende que você já passou por milhões de coisas ali dentro, que sua cabeça não tá boa, que às vezes demora pra você processar as coisas que eles falam, às vezes demora pra você entender algo, às vezes demora pra você assim, né... ou às vezes você só quer saber uma explicação ou algo do tipo e as pessoas num... num sabem falar com você.

Segundo Maldonado e Canella (2009), é comum que as pessoas que estão sob forte impacto emocional não registrem as informações que lhes são transmitidas. Elas apresentam dificuldades para escutar o que lhes é dito, bem como podem esquecer logo em seguida as informações dadas. Para os autores, é necessário que, em um momento de menor tensão, o profissional possa repetir tudo novamente. Sendo assim, torna-se mais eficaz ele informar apenas o indispensável e demonstrar disponibilidade para ouvir o sujeito. No entanto, essa atitude de o profissional se colocar no lugar de escuta desencadeia uma intensa mobilização emocional, levando-o a sugerir soluções e a “orientar” a pessoa com o intuito de fazê-la sair rapidamente daquela situação de angústia.

Brazelton (1998) afirma que um dos sinais da ansiedade e angústia que os pais estão vivendo pode ser identificado por meio da “alienação auditiva”. Na verdade, eles estão ouvindo o que lhes é dito, mas agem como se não estivessem para protegerem a si mesmos. Apesar de a negação ser um mecanismo de defesa efetivo e muito utilizado, ela pode interferir na capacidade do sujeito assimilar informações necessárias ou na sua capacidade de reação. Conforme o autor, não adianta o profissional se irritar ou acusar os pais que fazem uso da negação. A conduta adequada seria permitir que eles falem sobre os seus medos, assegurando-os de que outros pais sentem as mesmas sensações para depois dar o mínimo de instruções necessárias. Brazelton sugere que o médico escreva tais orientações para que elas possam ser digeridas e assimiladas posteriormente, em um momento de menor tensão emocional.

Dra. Rita relatou saber que todas as pessoas têm uma história de vida que interfere em seu comportamento, mas confessou não ter estudado sobre isso, além de não ter muita paciência. Por este motivo, achava ótimo que nós pudéssemos ajudá-la. Disse que admira muito a nossa profissão e que, um dia, quando ela tiver tempo, fará terapia. A psicóloga comentou que está acompanhando de perto o caso da Alessandra e concordou que ela é mesmo “difícil”. Essa parece ser uma opinião unânime em relação àquela mãe. Durante a conversa com a médica, fui informada que Alice recebeu alta da UTIN e estava na UCIN externa.

A psicóloga me levou até a UCIN externa. Alessandra estava sentada em uma cadeira ao lado do berço da filha. A profissional perguntou como ela estava se sentindo e disse ter ficado sabendo que ela teria interesse em conversar. Alessandra afirmou que havia procurado a psicóloga por dois dias devido a uma crise de ansiedade que sofreu no hospital. Começou a chorar, teve falta de ar e afirmou nunca ter sentido isso antes. Disse que uma médica receitou um remédio para ela ficar mais calma. A medicação é indicada para tratar depressão, inclusive com sintomas de ansiedade (Sertralina). Alessandra falou que ela e a filha iriam naquele mesmo dia para um quarto no alojamento conjunto.

Podemos pensar nesta crise de ansiedade que Alessandra sofreu como resultado de uma falha do hospital e da equipe em servir como um objeto externo capaz de ajudá-la a superar sentimentos de angústia e desintegração, comumente vividos no período do pós-parto. A falta de cuidados contínuos oferecidos à mãe, aliado ao estado regressivo no qual ela se encontrava, parece ter despertado uma angústia muito primitiva que poderia transformar-se em um distanciamento com o bebê. A experiência de Alessandra no ambiente hospitalar parece ter sido carregada de vivências persecutórias.

Ai, teve uma vez que eu fui falar com a médica... perguntar se a Alice tinha previsão de sair e essa médica foi super ignorante, super arrogante, não vou falar o nome da pessoa né, e... me tratou assim de uma forma que eu fiquei... falei: nossa, ela trata todas as mães dessa forma? Porque o que ela falou pra mim foi tipo... foi uma coisa... terrível. Ela falou como se eu não fosse, como se eu não soubesse ser mãe da Alice, e não era isso, é porque você fica tanto tempo ali dentro que você quer resposta ué, você quer saber como é que sua filha tá, você quer saber o que aconteceu durante o dia, porque eu não tinha condições de ficar dentro daqueles lugares o tempo todo, entendeu? E a responsabilidade era deles de ficar com a minha filha, então se qualquer coisa acontecesse eles tinham que me falar, e às vezes 'não, tá tudo bem, não, tá tudo ótimo, não, tá tudo tranquilo' ou então quando acontecia alguma coisa com ela, eles nem me falavam. Tipo, ah, a gente não precisa falar tudo que acontece aqui dentro. Uái, claro que precisa, se acontecer alguma coisa com ela eu sou a primeira a ter que saber porque eu sou mãe dela, eu sou responsável por ela, e às vezes eles não falavam né, tipo, não dava a mínima, tipo ah...

Quando saímos da UCIN externa, a psicóloga foi me mostrar o alojamento conjunto. Vimos o Arthur, marido de Alessandra, colocando os objetos da esposa e da filha no leito em que elas iriam ocupar. Quando Arthur saiu do quarto, nós falamos com ele. O pai estava muito

ansioso com chegada das duas. Ele andava de um lado para o outro, disse que estava feliz e nervoso, com as mãos suadas. No quarto 312, que é chamado de enfermaria patológica, a mulher tem direito a um acompanhante.

Assim como a mãe, o pai é ferido em seu narcisismo com o nascimento inesperado de uma criança com aspecto frágil, que necessita de cuidados técnicos e especializados para sobreviver que nem ele nem a esposa podem oferecer. O pai, então, assume a tarefa de proteger e cuidar da mulher para que ela possa exercer a função materna, essencial para o desenvolvimento físico e psíquico do bebê.

Desse modo, no caso do nascimento prematuro, a função paterna não consiste em separar a díade, mas facilitar o restabelecimento do vínculo mãe-bebê rompido pela hospitalização. Na pandemia, o pai se deparou com um desafio ainda maior para exercer a função paterna, uma vez que apenas a mãe tinha livre acesso ao filho internado na UTIN. As visitas do pai foram restritas aos domingos, por apenas 1 hora, das 16 às 17 horas, e ele não era autorizado a tocar no bebê a fim de evitar a contaminação pelo vírus SARS-CoV-2. Além disso, as visitas dos avós e irmãos foram proibidas neste período de calamidade sanitária.

Já no quarto, Alessandra quis trocar a fralda e colocar a roupa da Alice. Ela estava apenas de fralda. Ia ser a primeira vez que a mãe iria vestir a filha, pois na UTIN e UCIN as crianças ficam sem roupa. Alice chorou muito durante a troca de fralda. A mãe disse: “não sai uma lágrima!”. Arthur estava presente o tempo todo ao lado das duas. A mãe pedia que ele não deixasse a menina puxar a sonda. Nesta cena, Alessandra parece não estar apenas vestindo uma roupa na filha, mas ofertando aquilo que Camarotti (2001) chamou de “roupagem psíquica” (p. 55), que consiste na capacidade de a mãe refletir os estados emocionais do bebê, nomeando seus afetos, isto é, reconhecendo a sua alteridade.

Pude perceber o pai como uma espécie de “capa protetora” (p. 30), mencionada por Dethiville (2014), que assegurava Alessandra a permanecer em uma posição psíquica diferente

da dele, responsável pelo *holding* oferecido à Alice. Com o suporte do pai e a filha ao seu lado, sob seus cuidados maternos, Alessandra podia, enfim, ocupar o lugar da mãe dedicada comum.

Segundo Winnicott (1966/1999c, p. 7), o valor positivo do fator “mãe dedicada comum” é o fato de a mãe ser capaz de facilitar os estágios iniciais dos processos de desenvolvimento psicológico ou psicossomático do bebê, permitindo-lhe *ser* ou existir. Em outras palavras, inicialmente, para que o bebê passe do estado de não integração para o de integração, ele necessita ser “juntamente com outro ser humano que ainda não foi diferenciado” (p. 9). Portanto, para Winnicott, apenas em um estágio posterior haverá o *eu sou* e a instauração de um *self* verdadeiro, mas isso dependerá da capacidade de adaptação da mãe ao bebê, que irá facilitar a organização do seu ego imaturo.

Como Alice tinha recebido o leite há pouco tempo e estava sendo manipulada e chorando muito, ela vomitou. Os pais limpavam a boca da menina e, minutos depois, tentaram terminar de vesti-la. Acredito que, para as mães de um bebê prematuro, vestir a roupa do filho tem um valor simbólico, que é o de poderem se apropriar da imagem de um bebê imaginado durante a gravidez. No entanto, tal bebê idealizado é confrontado com o bebê da realidade. Alessandra falou: “ê minha filha, essa roupa está grande em você!”. As roupas compradas durante o enxoval não foram pensadas para vestir um bebê tão pequeno. Portanto, há de se fazer um luto dessa criança que fora imaginada e idealizada para restaurar o narcisismo dos pais. Alice vomitou novamente. Alessandra a colocou no colo e a bebê puxou a sonda. Eu falei para a mãe: “ela puxou a sonda!”. Alessandra a ajeitou.

Pouco tempo depois desse episódio, eu comecei a me sentir mal. Acho que tive uma queda de pressão. Tive vontade de sentar, mas só havia uma poltrona grande ao lado do leito, que é do acompanhante. Me retirei do quarto por alguns instantes até me recuperar. Sentei em um dos bancos da recepção da maternidade. Toquei no meu pescoço e estava suando, bebi água, abaixei a cabeça e comecei a melhorar. Penso que o meu mal-estar pode ter ocorrido pelo

fato de eu ter ficado apreensiva com o mal-estar da Alice. Este episódio é um exemplo que evidencia o quanto é difícil e desafiador para o observador desempenhar uma função continente, que ajuda a conter o desamparo da mãe e do bebê, e o quanto estas fortes emoções podem ser sentidas no corpo.

Voltei para o quarto e Alice estava dormindo. Alessandra não parava de falar sobre o vômito da filha. Justificava esse episódio pelo fato da menina ter recebido o leite há pouco tempo. Ela repetiu para mim, para as mães que estavam no leito ao lado, para um familiar que ligou querendo falar com ela e ver a bebê. Quando a técnica de enfermagem entrou no quarto, ela contou o que havia acontecido. A técnica orientou colocar a Alice para arrotar após a mamada para evitar que isso se repita, mas disse ser normal o bebê regurgitar.

A preocupação de Alessandra é que esse episódio pudesse fazer com que a filha voltasse para a UTIN. A profissional afirmou que isso só ocorre em casos graves. Quando Alessandra falou para uma das mães que tinha medo que a filha perdesse peso e fosse para UTIN, ouviu que ela deveria trabalhar o “psicológico”. Alessandra respondeu que ela demorou muito tempo para ficar com a Alice, e só quem tem um filho na UTIN sabe como é difícil.

O pai comentou que ela gosta de ficar na posição vertical. A mãe disse que ela gosta, porque era assim que Alice ficava na UTIN. Explicou para ele que a filha ficava dentro da sua roupa, na posição canguru. O pai sorriu e disse que ela ficava, literalmente, como um canguru. Na entrevista, Alessandra contou que pôde segurar a filha no colo, na posição canguru, após 9 dias do seu nascimento. Nos primeiros dias, podia apenas falar com Alice e tocá-la pelos orifícios da incubadora. Sobre a sensação que sentiu em segurar a filha no colo, a mãe relatou que

foi maravilhoso, porque eu achei que ia demorar milhões de anos, porque todos os médicos falavam a mesma coisa, que ele ia demorar muito pra sair lá de dentro, que ela não tinha previsão, que ela ainda era um bebê... que não tinha previsão de sair lá

de dentro, e tudo, e eles não tavam esperando isso ali dentro, eu falava: meu Deus eu vou ficar aqui quanto tempo ainda? E aí quando ela veio, eu falei: não, tá evoluindo, porque se já tá me entregando ela é porque ela até tá evoluindo bem. E aí, graças a Deus, ela saiu de lá rápido, ela conseguiu se recuperar rápido.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2017), a posição canguru acarreta diversos benefícios tanto para a mãe quanto para o bebê. Reduz o tempo de separação mãe/pai-filho; facilita o vínculo afetivo mãe/pai-filho; possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho, inclusive após a alta hospitalar; estimula o aleitamento materno, permitindo maior frequência, precocidade e duração; possibilita ao recém-nascido adequado controle térmico pela troca de calor pele a pele; contribui para a redução do risco de infecção hospitalar; reduz o estresse e a dor, preservando o cérebro do bebê; propicia melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; favorece ao recém-nascido uma estimulação sensorial protetora em relação ao seu desenvolvimento integral e melhora a qualidade do desenvolvimento neuropsicomotor.

Pedi autorização aos pais e registrei, por meio de fotos, o primeiro dia em que a família estava reunida. Pai, mãe e filha. Neste dia, acompanhei a mãe sendo auxiliada na amamentação pela técnica de enfermagem do banco de leite. Alice estava sonolenta e mamou pouco. A profissional orientou os pais a passarem um algodão úmido no corpo da menina para ela voltar a sugar o seio. Além disso, disse para a mãe amamentá-la sem roupa, só de fralda. Assegurou a mãe que tal procedimento não a deixaria resfriada e evitaria que ela dormisse no peito. Lembrei que o pediatra da minha filha também fazia essa recomendação, pois quando comecei a amamentá-la ela não ganhava peso porque dormia no seio.

O pai da Alice a segurou no colo para arrotar. Alessandra disse que foi orientada a colocar a filha no berço, após alguns minutos, para dar o restante do leite pela sonda. Cheguei em casa muito cansada e, nessa noite, sonhei que estava grávida e sentindo contrações para dar

à luz. Ao meu lado, estava a doula que acompanhou os meus partos. Na minha análise pessoal, conversamos sobre o caso da Alessandra e da Alice, o meu mal-estar no alojamento conjunto e sobre o meu sonho com a doula. Chegamos à conclusão de que, apesar de ter havido uma identificação minha com a bebê, com relação ao episódio da sonda, houve, principalmente, uma identificação com a mãe.

Alessandra estava no hospital sentindo-se desamparada, com saudades do ambiente doméstico, do seu lar. Ela não queria apenas um acompanhante, mas ser cuidada pela família. Quando sonhei com a minha doula, que simboliza o cuidado oferecido à mulher na situação do parto, foi como se estivesse identificada com a falta de suporte psíquico sentida pela mãe.

Podemos notar por meio das observações realizadas e de diversos estudos mencionados nesta tese que há uma relação direta entre a evolução clínica do bebê prematuro e a participação mais ativa da mãe em seus cuidados, restituindo-lhe a possibilidade de exercer a função materna (Jerusalinsky, 2000; Mathelin 1999; Souza et al., 2009; Vasconcellos, 2018). A proximidade física que ocorre, gradativamente, entre mãe e filho, permite-lhe realizar tarefas que antes só eram desempenhadas pelos profissionais, como trocar a fralda e administrar a dieta pela sonda. A sensação de ser apenas uma expectadora ou ajudante da equipe de saúde dá lugar ao sentimento de ser reconhecida como a principal responsável pelos cuidados dirigidos ao bebê. Tal mudança poderá facilitar o reconhecimento e a inscrição da criança no processo de filiação, bem como aumentar o sentimento de autoconfiança materno. Alessandra relatou como foi angustiante o período em que estava separada fisicamente da Alice e não podia cuidar da filha.

Esse período de afastamento entre mãe-filha, enquanto Alice estava na UTIN, foi traumático para Alessandra e pode ter sido agravado pelo fato dela ter ficado em um quarto na maternidade ao lado de mães que estavam com os seus bebês. Segundo a psicóloga, essa situação ocorreu com o consentimento da Alessandra, no intuito de atender a sua necessidade

de ser acompanhada por um familiar durante o período de internação da filha, já que ela não tinha condições emocionais de permanecer na “Mãe Nutriz”. Na enfermaria “Mãe Nutriz”, as mulheres não têm direito a acompanhante, pois estão de alta médica e são consideradas acompanhantes dos bebês que estão internados na UTIN ou UCIN. Neste trecho da entrevista, podemos notar o quão significativo foi para a mãe a passagem da Alice da UTIN e UCIN externa para o alojamento conjunto:

... é estranho porque é um turbilhão de sentimentos ali dentro, ao mesmo tempo que você tá tranquila, seu coração fica apertado, ao mesmo tempo que você ri, você chora, ao mesmo tempo que você tá tranquila, você desespera, e você passa ali dentro e os dias não passam e não passam e não passam, e você vai fazendo amizade, você vai se apegando com as pessoas que ficam dentro dos quartos com você, e quando você vai vendo aquelas pessoas indo embora e você ficando, o desespero vai batendo mais forte, a angústia, a ansiedade vai batendo mais forte e quando você vê aquelas mães todas com as suas crianças e você vê que a sua não tá ali dormindo com você, não tá do seu lado e você não tá podendo pegar, que era o meu caso, aí você fica pior ainda, porque você fala assim: nossa, todas as mães que entram aqui, entram com seus nenéns no colo, amamentam, trocam e tudo e eu fico aqui só olhando, esperando a hora de ir lá ver a minha filha... porque outras pessoas estão cuidando dela, então assim, quando ela passou pro quarto que eu pude cuidar dela, foi uma sensação de alívio, né, porque eu tô falando: pronto, eu estou cuidando dela, eu tô vendo que minha filha tá aqui, que ela tá bem, que se acontecer alguma coisa ela tá aqui na minha frente, entendeu? só que assim... é... no começo assim pra você começar a entender assim é... já quando você já tá... no final do processo assim e, mesmo assim, você não entende tudo que acontece ali dentro. Eu ainda tô meio assim ainda... é... tentando entender, avaliar, o que se

passou ali dentro nesses 20 dias, porque... foi muita coisa que eu e a Alice passou ali dentro.

Acredito que a equipe de saúde, de um modo geral, tentou desenvolver uma função continente, capaz de tolerar as projeções maternas carregadas de culpa e angústia. Afinal, foi oferecido à mãe um suporte psicológico, houve a preocupação de não a deixar sem acompanhante. Além disso, as enfermeiras compartilharam fotos da Alice enquanto ela estava internada na UTIN, conduta rara no período de pandemia. Porém, apesar disso, Alessandra parecia estar sempre insatisfeita, alheia a tais atitudes das médicas e demais profissionais, exigindo algo além daquilo que a equipe era capaz de oferecer para ela. É como se a mãe, identificada com o suposto desamparo da filha, necessitasse da atenção e carinho da equipe. Segundo Góes (1999), Alessandra esperava receber uma “maternagem” (p. 90) restauradora da ferida narcísica provocada pela ameaça de separação definitiva que pode ser vivida durante a internação de um filho em uma UTIN.

Me pergunto se Alessandra talvez estivesse vivendo um estado de depressão puerperal, conhecido como *baby blues*, ou se realmente o seu quadro poderia ser considerado de fato uma depressão. Seja como for, parece que o caso de Alessandra merecia uma investigação mais profunda antes da escolha em medicá-la ter sido tomada. Aqui, mais uma vez, considero o questionamento de Mathelin (1999) pertinente: será que o desejo do médico não era “fazer calar o sintoma” (p. 19), pondo de lado a dimensão do inconsciente, para que a equipe pudesse suportar essa mãe, considerada tão “difícil”? Além disso, como se dará o processo de subjetivação da bebê? A constituição psíquica de Alice será afetada pela situação traumática vivida pela sua mãe?

Apesar de não ter respostas para estas perguntas, aposto na possibilidade de Alessandra conseguir simbolizar e elaborar a experiência do nascimento da filha e investi-la

libidinalmente, dando continuidade a uma história relacional que fora interrompida abruptamente pela prematuridade. O que me fez acreditar nisso foram vários fatores.

O primeiro deles é o fato de que, apesar da sua prematuridade, Alice demonstrou rapidamente, após o nascimento, a emergência de diversas competências e uma evolução clínica satisfatória, como respirar em ar ambiente, interagir com a mãe, respondendo aos seus estímulos e habilidade para respirar, sugar e deglutir o leite materno desde a primeira vez em que foi levada ao seio. Segundo Golse (2019), assim como o funcionamento psíquico dos pais é capaz de influenciar o filho, o inverso também é verdadeiro. O autor defende que o estilo interativo do bebê não corresponde a uma simples ativação linear das representações maternas, mas pode modificar, remanejar e transformar tais representações, desencadeando o que ele chamou de processo de “transmissão intergeracional ascendente” (p. 15). Essa transmissão psíquica intergeracional é bidirecional, mesmo que ocorre de forma assimétrica. Portanto, por meio do temperamento de Alice, do seu estilo de ajustamento afetivo e da natureza das suas projeções, acredito no seu potencial de facilitar uma co-construção relacional com Alessandra, tornando-a uma mãe segura, apesar da sua dinâmica fantasmática inconsciente.

Outro fator que me marcou foi a presença de uma rede de apoio sociofamiliar próxima à Alessandra. Segundo o manual técnico de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido - Método Canguru (Brasil, 2017), este apoio pode servir de sustentação para a construção de novas representações psíquicas. Stern (1997) afirma que, quando a mulher se torna mãe, um dos temas centrais é a matriz de apoio. Ela se constitui a partir das figuras de referência da mãe (companheiro, mãe, parentes, vizinhos), com a função de protegê-la fisicamente, prover suas necessidades vitais, afastá-la da realidade externa para que ela possa se ocupar de seu filho.

No dia em que eu entrevistei Alessandra, ela estava na casa da avó materna, rodeada de familiares. A família pareceu numerosa e unida. A sensação que eu tive é de que, finalmente, Alessandra estava sentindo-se protegida e amparada. Durante o período de internação da Alice,

no qual Alessandra vivenciou intensas angústias e ansiedades, ela demonstrou dificuldade para desenvolver uma comunicação afetiva e simbólica com a filha. No entanto, com o apoio do esposo e da família ampliada, a mãe parece estar, gradativamente, retomando esse diálogo precoce, fundamental para a estruturação do psiquismo do bebê e o seu desenvolvimento saudável.

Após o término das observações e da entrevista, Alessandra solicitou a minha ajuda para conseguir uma nova receita do antidepressivo que havia acabado e a indicação de uma clínica de Psicologia para iniciar um atendimento psicoterápico. No meu último encontro com Alessandra, no hospital, ela me mostrou, orgulhosa, uma foto de Alice, que estava crescendo e ganhando peso desde a sua alta. Aos poucos, parece que a mãe estava conseguindo “descolar o filho do horror do real e projetar sobre ele um futuro possível” (Mathelin, 1999, p. 25).

4.3 Estudo de Caso II - Beatriz e Bruno “O bebê como parceiro ativo no processo de amamentação”

Beatriz tem 42 anos, mãe de três filhos, é pedagoga e cantora, natural de Remanso, interior da Bahia. É divorciada do primeiro marido com quem teve duas meninas, nascidas a termo. Uma das filhas tem 23 e a outra 22 anos. O atual companheiro não tinha filhos, até nascer Bruno, seu primogênito, que nasceu prematuro com 32 semanas de idade gestacional. Beatriz descobriu que estava grávida após dois meses de gestação. Como fez uso de pílula anticoncepcional por muitos anos e já tinha mais de 40 anos, não imaginava que iria ficar grávida com tanta facilidade. A gravidez não foi inicialmente desejada. Ela pensou em interromper a gestação e isso gerou um intenso sentimento de culpa pelo fato de Bruno ter nascido prematuro. Na entrevista, Beatriz afirmou que sentia estar sendo castigada por Deus pelos seus pensamentos.

E eu estou sendo castigada por conta dos meus pensamentos. Porque... eu pensei coisas ruins, e eu pensei, isso é fato, e Deus sabe.

Esse é um pensamento que eu não tenho como fugir de Deus. Eu posso negar pra qualquer um, mas pra Ele... não tem como. Então, eu tinha a convicção, na minha cabeça, que eu estava pagando por um pensamento ruim porque eu não era assim, mas naquele momento eu engravidei duas vezes, bem nova, e em nenhum momento passou pela minha cabeça tirar nenhum dos meus filhos. E nessa idade, já uma mulher independente, madura, passou um negócio desses, só podia ser castigo... então eu tava... é como se eu tivesse pagado pra ver e eu estou recebendo aquilo que eu provoquei.

A fase inicial da gravidez foi turbulenta devido às idas e vindas para o hospital com a mãe de Beatriz, que, frequentemente, se sentia mal, mas ninguém sabia o motivo. Mãe e filha vieram para Brasília em busca de um tratamento médico e um diagnóstico. Ao chegarem, foram morar com a irmã de Beatriz, que já residia na cidade. Essa irmã propôs que ela trouxesse a família para morar em Brasília e se tornasse sua sócia na venda de lingerie para pessoas que moram na França. Na Bahia, Beatriz trabalhava fazendo lingerie, cantava em bares e casas noturnas, fazia faculdade de pedagogia e tinha um contrato temporário em uma creche da prefeitura. Como o contrato havia terminado e ela não tinha como pagar o curso superior, aceitou a proposta da irmã. Desse modo, ficou responsável por conseguir uma moradia para que a família pudesse vir morar com ela. Entretanto, segundo Beatriz, “Deus tinha outros planos”. Quando ela pensou que tivesse vindo para Brasília cuidar da saúde de sua mãe, na verdade, o propósito era dar à luz ao Bruno.

Após a mãe de Beatriz se submeter a vários exames, descobriram que ela sofria de ansiedade, mas não tinha nenhum comprometimento físico que a impedisse de retornar para a Bahia. Para cuidar de sua mãe neste período, mesmo sabendo que estava grávida, Beatriz não havia iniciado o pré-natal. Um dia, notou que estava perdendo muito sangue e sentindo muita cólica. Após dois dias de sangramento, procurou um médico, que solicitou exames de sangue

e uma ultrassonografia. Ouviu ele dizer que “provavelmente eram gêmeos e você perdeu um, porque, pela quantidade de sangue e todo o histórico que você me contou, com certeza não era um, eram dois. O que ficou tá de três meses e é homem, já dá pra ver o sexo”. Após este episódio, Beatriz viajou para a Bahia com a mãe e voltou sozinha para Brasília.

Quando Beatriz estava com 24 semanas de idade gestacional, passou mal e foi para o hospital. Fizeram uma ultrassonografia e perceberam que ela estava perdendo muito líquido amniótico. Resolveram transferi-la para o Hospital Regional de Taguatinga (HRT-DF). Beatriz ficou internada durante 46 dias, com o objetivo de evitar um parto prematuro. Ela tomou diversos medicamentos para não entrar em trabalho de parto, mas não adiantou, e na 32ª semana de gestação, Bruno nasceu prematuro.

Segundo Beatriz, os profissionais do hospital diziam que o que ela estava sentindo era cólica. Porém, como ela já havia passado por duas gravidezes, sabia que eram contrações. Após passar um dia com muita dor e sentindo fortes contrações, um médico, que ela considera “um anjo enviado por Deus”, falou que era para a equipe realizar uma cesárea de urgência, pois o bebê estava na posição pélvica. Beatriz disse que sabia que seria cesárea, uma vez que, na hora da contração, não sentia a pressão da cabeça do bebê na região pélvica.

Beatriz não viu o filho após o nascimento, pois ele foi levado diretamente para a UTIN. Ela também teve complicações durante o parto, um sangramento que quase acarretou a retirada do seu útero. No entanto, os médicos conseguiram contornar a hemorragia e preservar o órgão. Após a cesárea, a irmã de Beatriz ficou no hospital como sua acompanhante apenas nos três primeiros dias. Beatriz afirmou ter liberado a irmã para voltar para casa por dois motivos: primeiro, porque não se sentia bem sabendo que ela era a responsável pelo afastamento da irmã do seu lar e da família, e, em segundo lugar, por não achar que a irmã tivesse condições de lhe oferecer o suporte emocional de que precisava.

Beatriz só foi conhecer o filho no dia seguinte, de manhã. Colocaram uma pulseira de identificação no braço dela e a outra no pé do bebê. Foi vê-lo de cadeira de rodas, acompanhada pela irmã. Ela afirmou que a primeira visita na UTIN foi um “choque!”. Bruno estava entubado, com vários fios pelo corpo. Segundo Rossi (2017), distúrbios respiratórios e distúrbios no sistema nervoso central são comuns em bebês prematuros. Pelo fato do sistema nervoso ainda estar em formação e ser extremamente frágil, ele apresenta estruturas propensas à lesões hemorrágicas (sangramentos) e de isquemia (oferta sanguínea inadequada). Bruno teve problemas no pulmão e hemorragia cerebral. O seu estado clínico era crítico. Nesse momento, Beatriz disse que não conseguiu tocar nem falar com o filho, tamanho foi o impacto de se deparar com um bebê tão diferente daquele ao qual ela, provavelmente, havia imaginado durante a gravidez.

... eu não fazia ideia de como era meu filho, e quando eu cheguei lá que eu vi ele, um pedacinho de gente, enfiado dentro de uma incubadora, entubado, sedado, com válvula no umbigo, com sonda no nariz, um dreno no peito e sonda urinária. É algo assim que você olha e você nem assusta, você se apavora. É algo que você diz assim, naquela hora é como se a sua esperança já não tivesse mais, se você não tinha nenhuma, ela simplesmente não volta, e se você tinha alguma, você estremece. E foi o que aconteceu comigo. Eu olhei, não consegui falar, não consegui pegar, não dava pra ver a criança direito porque era muita coisa ligada nele, então não demorei muito. A minha entrada lá não durou dez minutos. Voltei pra trás com o coração desalentado.

Na fala de Beatriz, fica claro o conceito de terror (*Furcht*) que Freud (1920/2010) aborda e a diferença entre ele e o de medo (*Scheck*). O autor afirma que o “medo requer um determinado objeto, ante o qual nos amedrontamos; mas terror se denomina o estado em que ficamos ao correr um perigo sem estarmos preparados, enfatiza o fator da surpresa” (p. 169). A mãe não estava preparada para ver o filho real, extremamente frágil e dependente de todo o

aparato tecnológico para sobreviver. O primeiro encontro da mãe com o bebê foi marcado pelo terror da vivência traumática do nascimento prematuro.

Mais tarde, Beatriz foi ver o Bruno novamente. Desta vez, não conseguiu falar com ele, mas colocou as suas mãos dentro da incubadora e o tocou. Se sentiu envergonhada por estar desistindo de investir libidinalmente o filho enquanto ele estava lutando pela vida. Ela esperou a visita médica a fim de se informar sobre o estado de saúde do bebê, e o prognóstico não foi promissor.

... a médica ela não economizou nas palavras, ela disse a real. Ela disse: 'deixa eu te explicar quem é Bruno hoje, Bruno é uma criança extremamente grave, é um quadro crítico, ele tem um sangramento na cabeça de terceiro grau que é grave...', que é o terceiro e quarto grau ele deixa sequelas. Ela fala não é microcefalia, ela fala outro nome, que deixa a criança praticamente uma criança retardada, ela não usa essas palavras porque... mas a gente... pra um bom entendedor, você sabe que é isso, a criança fica com déficit de atenção, incapacitado de assimilar as coisas, é dependente de outro, né... é... Não tem a capacidade de concentração, né, e ela falou: 'se ele continuar com esse sangramento, vai ser preciso transferir ele para o Hospital da Criança ainda essa semana para fazer uma cirurgia na cabeça, mas ele tá tão debilitado, que eu não sei se ele é capaz de resistir', e isso me acabou. Naquela hora, o meu mundo caiu. Ela falou assim: 'os pulmões dele têm coágulos, -não sei bem se era água ou se era ar- e... por isso, o dreno no pulmão. Ele tá com uma válvula enfiada embaixo do peito, para poder drenar. Ele é muito pequeno. O estado do seu filho é muito crítico'.

Após esse primeiro encontro com a médica, Beatriz voltou para o quarto chorando, acreditando que Bruno não iria sobreviver. A sobreposição entre vida e morte parecia interromper a continuidade do vínculo afetivo entre a mãe e o bebê, colocando-o em uma

situação de risco para além do orgânico. A construção da vida psíquica de Bruno, naquele momento, parecia ameaçada pelo travamento na circulação do investimento materno, causado pelo medo de sequelas na vida do bebê ou até mesmo a sua morte. Zen e Motta (2008) afirmam que a presença materna é imprescindível enquanto presença desejante, que aposta na vida do filho. No entanto, era preciso suscitar um trabalho psíquico em que a mãe fosse capaz de suportar a violência desse nascimento traumático. Somente por meio da simbolização desse acontecimento seria possível a criação de um vínculo entre mãe-bebê e o reconhecimento de Bruno enquanto sujeito.

... e aí eu sei que quando ela me falou tudo isso e eu tomei aquilo ali... se já estava ruim, ficou pior. E eu saí de lá que nem uma sirene ligada naquele corredor. Eu não consegui... o que eu chorei em silêncio sentindo as contrações, eu não consegui conter com a dor que tomou conta de mim. Uma dor que ela é interna, é algo que você não consegue... é... é inexplicável. É a dor da perda de um filho que você sabe, que você tem quase certeza de que ele vai morrer. Ele tá ali, mas é como se ele estivesse emprestado e, que você tem a certeza de que ele pode morrer ou hoje, ou amanhã. Isso lhe traz um desespero que você não tem noção. É algo que é... por mais que a gente fale, só quem viveu, quem passou, consegue distinguir o que eu tô sentindo. E eu saí que nem uma sirene, com a boca aberta, naquele corredor, chorando mesmo. É... eu chorava mesmo, como se fosse uma sirene. Não tem negócio de chorar baixinho, nem para dentro, não. Eu chorava para fora, que eu soluçava. Minha irmã 'minha irmã, pelo amor de Deus' e eu disse 'deixa eu desabafar, porque... Eu não consigo mais guardar, não'. E aí, chorei, chorei, chorei...

Na manhã seguinte, Beatriz foi ver o filho, que não estava mais entubado nem sedado. A enfermeira disse que Bruno era capaz de ouvi-la e, então, a mãe conseguiu cantar uma música que ele costumava ouvir quando ainda estava na barriga. Viu o menino abrir os olhos e olhar

para ela. Naquele momento, parece que se deu um “clique” em Beatriz. Ela afirmou ter sentido vergonha por estar tão desesperançosa. Os médicos diziam que o estado de saúde do menino era grave, principalmente pela questão respiratória, mas Beatriz passou a acreditar na cura de Bruno. Dias depois, o pulmão dele melhorou.

... quando eu entrei na... no que eu cheguei lá de manhã, ele tava sem o tubo e não estava mais sedado. E já via ele se mexendo. Aí ela falou assim ‘ele não tá mais sedado. Se antes ele te ouvia, ele te ouve melhor’. Aí me senti naquela hora de cantar pra ele. Vou cantar a música que eu cantava pra ele: ‘Remove a minha pedra... Chama pelo nome... Muda a nossa história...’ e eu cantava ‘em nós’. Quando eu cantei, ele abriu os olhos, olhou pra mim... Naquela hora, eu senti algo mágico, excepcional. ... E quando ele abriu os olhos e olhou pra mim, é como se ele me dissesse assim: ‘Eu estou aqui. Se você não fraquejar, eu não fraquejo’. Naquela hora, é como se eu tivesse me ligado na tomada 220 e botado a minha bateria lá em cima. Naquela hora, eu me senti envergonhada por ter desistido, estar chorando, sofrendo por uma coisa... e o pensamento era ‘onde tem um coração batendo, existe esperança’. Por que é que você está sofrendo, se lamentando, se é ele que está nesse sofrimento todo e ele tá lutando? Que mãe seria você? A hora que ele precisa de você é agora. Antes ele não precisava de você, ele precisa é agora. E, naquela hora, eu mudei totalmente, cem por cento. A mulher que estava no chão aqueles dois dias depois que Bruno nasceu, já não era mais a mesma. A convicção que veio dentro de mim, a certeza que eu tinha era que Bruno ia sair dali e que em menos de duas semanas Bruno não ia ter mais nada em pulmão, nada na cabeça... Era assim, sabe, era como se Deus estivesse falando comigo –como se estivesse, não. Estava. –Aí eu... eu fiquei naquela... sabe aquela... aquela emoção no meu coração... com isso, eu virei a mãe leoa. Aquela que ouviu os médicos, porque os médicos... Deus usa os médicos pra salvar vidas, né?! Dá inteligência pra eles pra

isso. Mas... a maioria das coisas que eles falavam, eu repreendia. Porque eles trabalham com a lógica, né?! E eu... estava trabalhando com algo que poucas pessoas acreditam até vivenciar, né... porque hoje a gente acredita no que vê e não no que sente. E eu mudei tudo.

O olhar de Bruno em direção à sua mãe, demonstrando competência em reconhecer e responder à sua voz, foi primordial para essa mudança a qual Beatriz se refere. A partir dessa interação mãe-bebê, mesmo diante da possibilidade dele não sobreviver ou ficar com alguma seqüela neurológica, Beatriz pôde vê-lo enquanto sujeito, para além do seu quadro clínico, possibilitando o registro simbólico da sua existência.

Apesar de não ter acompanhado esses primeiros momentos da internação de Bruno, Beatriz os relatou detalhadamente durante a entrevista. O primeiro contato que eu tive com a mãe e o bebê foi durante uma visita da Dra. Raquel na UTIN. Bruno ainda precisava de suporte de oxigênio para respirar. No dia em que eu os conheci, Beatriz relatou para a médica o episódio em que o filho teve uma apneia em seus braços. No entanto, ao invés de utilizar o termo técnico correto, a mãe afirmou que o filho sofreu “paradas respiratórias” e precisou ser “reanimado”. Após ouvi-la, a médica a corrigiu dizendo que o bebê fez apenas “pausas respiratórias” devido à imaturidade do seu cérebro, que ainda não conseguia regular várias funções ao mesmo tempo.

Independentemente do termo médico utilizado pela mãe, o que ela queria expressar era, na realidade, o quão terrível e assustadora tinha sido aquela experiência. Na verdade, Beatriz estava relatando os fantasmas que a perseguiram naquele momento, como o medo de o filho morrer em seus braços, a culpa que sentia por ter desejado a sua morte quando descobriu que estava grávida e o desamparo de estar sozinha no hospital.

No segundo dia em que os vi, eu estava acompanhada da fonoaudióloga e a criança ainda estava internada na UTIN, fazendo uso de oxigênio. Bruno, apesar de não poder ser amamentado ao seio, era colocado na posição canguru, no momento da alimentação, para

receber o leite pela sonda. A mãe participava ativamente desse processo, segurando a seringa onde é colocado o seu leite, com o bebê em contato pele a pele. A profissional falou sobre a importância de a mãe conversar com o filho enquanto ele estava sendo alimentado, e que Beatriz poderia considerar que estava amamentando Bruno pelo fato dela estar ordenhando e oferecendo o seu próprio leite para o menino. Beatriz disse que, além de conversar, cantava para Bruno. Mesmo tendo tido pouco contato com a mãe até aquele momento, a impressão que ela me causou era de uma mulher madura e tranquila, embora estivesse vivendo uma situação inesperada, desconhecida e diferente do que havia imaginado até então.

No terceiro encontro com Beatriz, ela estava sentada, ordenhando, na sala de coleta do banco de leite, que fica próxima à UTIN/UCIN interna. Ela me contou que Bruno, além de ter recebido alta da UTIN para a UCIN interna, estava mamando no seio. Fiquei surpresa com a notícia, uma vez que, na semana anterior, Bruno estava na UTIN com suporte de oxigênio. Perguntei como havia sido a primeira vez em que ele foi amamentado ao seio. A mãe contou orgulhosa que o filho tinha dado “um show” na frente da fonoaudióloga, que tinha sugado bem e não houve intercorrências. Após Beatriz ter ordenhado os 40ml de leite que o filho recebia, acompanhei-a até a UCIN interna. O bebê estava dormindo. Assim que o vi, Beatriz começou a conversar com ele e o tocar, com o intuito de despertá-lo. Retirou as meias dos seus pés pequenos e me mostrou o “pontinho” que ela tinha feito para que elas não caíssem. Utilizava o manhês para se comunicar com o bebê e perguntou para a enfermeira se poderia retirá-lo da incubadora para amamentá-lo. Após a autorização, Beatriz abriu a parte de cima da roupa do hospital, uma espécie de bata, ajustou a sonda do filho e o segurou cuidadosamente. Sentou-se na poltrona e tentou estimulá-lo passando o mamilo na boca do Bruno, mas ele estava sonolento.

Segundo a mãe, o filho estava intercalando as mamadas. Ele tinha mamado às 6 da manhã e recusado às 9h, mamado ao meio-dia e recusado às 15h. É bom lembrar que meia hora

antes desses horários, as mães retiram o leite ou próximo ao leito dos bebês ou na sala do banco de leite. Beatriz preferia retirar na sala do banco de leite, pois considerava um ambiente tranquilo e reservado, com menos pessoas circulando no local.

A técnica de enfermagem explicou que, como eles estavam colocando vitamina no leite e a quantidade oferecida pela sonda ainda era grande, era normal que Bruno não estivesse com fome em todos os horários. Assim que ele fosse transferido para a enfermaria canguru, essa situação mudaria. Mesmo com a recusa de Bruno em mamar, Beatriz insistiu bastante, demonstrando calma, paciência e carinho. O bebê sugava e largava rapidamente o seio. A mãe repetia: “eu vou guardar o mamá!”. O menino fazia “biquinho” com a boca e a mãe ria. Mostrava a boca dele e dizia que quando ele fazia esse “bico” é porque não quer mamar! Beatriz já conseguia devolver ao bebê o seu próprio eu (*self*), refletindo seus estados emocionais e nomeando seus afetos.

Notei que o clima na UCIN interna era tranquilo e descontraído. Beatriz parecia ter um bom relacionamento com a técnica que estava cuidando das crianças nesse dia. Ela observou Bruno mamar, mas a maior parte do tempo perguntava para a mãe como ele estava. A técnica parecia confiar nos cuidados que Beatriz dispensava ao filho. Quando a mãe viu que o filho não iria mais mamar, colocou-o na posição vertical e depois no berço, para ele receber o leite pela sonda. Beatriz parecia saber o quanto era importante ela falar para a técnica se o filho tinha mamado bem ou não, pois a quantidade de leite que seria oferecida posteriormente dependia disso. Se Bruno mamasse bem, ele receberia 25ml da dieta, caso contrário, seriam 35ml de leite. Essa quantidade era administrada em três etapas, duas de 12ml e uma de 11ml. Segundo Rossi (2017), devido à imaturidade do trato digestório do bebê prematuro, a dieta precisa ser administrada paulatinamente para que não haja uma intolerância ao volume do alimento ofertado.

Antes de sair da UCIN, Beatriz embrulhou o filho em um lençol do hospital, fazendo um “charutinho”, e disse que voltaria mais tarde. Eu também falei com Bruno, dizendo que voltaria para vê-lo. Beatriz falou que iria terminar o crochê que estava fazendo na barra da fralda de pano. Perguntei se ela podia me mostrar e fomos à enfermaria Mãe Nutriz, que é o alojamento onde as mães dos bebês que estão internados ficam. Cumprimentei as outras mães que estavam no quarto. Beatriz me mostrou os bordados das fraldas e um par de sapatinhos brancos que ela havia feito para o filho. Um pé ficou maior do que o outro e nós rimos. Sentei-me com ela ao redor de uma mesa grande, que havia no meio do quarto, e ela começou a me contar a sua história. Ela disse que sabia costurar, mas não fazia crochê. Aprendeu nos dias de internação do filho na UTIN. Conforme Beatriz, o tempo dentro do hospital é diferente, demora a passar. Encontrou nessa atividade manual uma maneira de se ocupar, uma vez que a maioria dos cuidados oferecidos ao Bruno era responsabilidade da equipe de profissionais.

Beatriz relatou que na cidade pequena onde ela morava, Remanso, quando um bebê nasce prematuro, ou ele consegue respirar sozinho ou ele morre. Nessa cidade do interior do estado da Bahia, não existe um hospital com a estrutura do HRT. Disse que, se o Bruno não tivesse nascido em Brasília, ela não estaria me contando essa história. Descobriu um mundo que ela nunca sonhou existir. E depois de o conhecer, afirmou ser importante que as pessoas saibam que esse mundo –o das mães e o dos bebês prematuros– existe!

Acompanhei Beatriz durante a visita da Dra. Rita. A médica disse para a mãe que Bruno estava bem, mamando no peito e que, em breve, poderia ir para a enfermaria canguru. Na verdade, disse que a sua transferência dependia unicamente da disponibilidade de vaga. Após a visita, Beatriz foi retirar o leite na sala do banco de leite. Havia outras mães ordenhando e conversando. Uma delas estava contando uma história em que o peito estava duro (ingurgitado), com muito leite, e uma pessoa que trabalhava no banco de leite tinha ajudado a retirá-lo. Beatriz perguntou: “deu pra ver estrelas?”, e elas começaram a rir! Apesar de o clima

nesse espaço parecer descontraído, não passou despercebido o sofrimento de algumas mães apertando o seio e conseguindo retirar apenas algumas gotas de leite. Este não era o caso de Beatriz, uma das mães que estava melhor adaptada a essa rotina e parecia dominar a técnica da ordenha manual, conseguindo retirar 40ml de leite com rapidez e facilidade.

Quando voltou para UCIN interna, Beatriz falou com o filho, tirou o lençol que o cobria, e Bruno começou a chorar. A mãe brincou, dizendo que ele era o que chorava mais baixo na UCIN. Ao lado do Bruno estava a Sofia, uma bebê que chorava bastante. Eu sempre encontrava a sua mãe retirando o leite ao lado do leito da filha. A técnica de enfermagem brincou dizendo que “as mulheres são mais escandalosas do que os homens”. Tal comentário machista me incomodou, mas o mesmo parece não ter acontecido com as mães, que riram da “piada”. A profissional disse que já iria trocar a fralda do Bruno. Enquanto Beatriz a esperava, não parou de falar com o bebê: “que braveza é essa? Não precisa ficar bravo...”, em um tom carinhoso. A técnica colocou Bruno sentado para ajudá-lo a evacuar, empurrou a sua barriga, mas quando tirou a fralda, só havia um pouco de fezes. Limpou o bumbum do menino com um algodão molhado, retirou a fralda suja e fechou a limpa. Aproveitou para limpar os olhos do menino, e ele chorou mais intensamente. Quando terminou esse momento de tensão e desconforto, ele foi para o peito. Vale notar que tais emoções pareciam não ser sentidas apenas pelo bebê, mas pela mãe e por mim, enquanto observadora daquela cena.

Bruno demorou para sugar efetivamente. No início, sugava e largava o peito, mas depois conseguiu mamar com ritmicidade. Beatriz não parava de conversar com o filho, dizia que tinha muito leite para ele, que gostava de amamentá-lo e que ele precisava mamar para ir logo para casa, sempre com um tom de voz carinhoso. Quando a técnica de enfermagem foi observá-lo, a mãe disse que Bruno estava ofegante de tanto mamar. Nesse horário que eu o observei, de fato, ele estava mais desperto e com vontade de mamar. Quando o menino parou

de sugar, Beatriz tentou insistir um pouco mais, mas ele estava satisfeito. Ela o colocou para arrotar e Bruno dormiu em seu colo.

Segundo Warth et al. (2013), a sonolência caracteriza o prematuro. Cerca de 60% de seu dia é destinado ao sono, e em apenas 25% do tempo o bebê fica acordado, ou seja, em estado de vigília. Essa realidade pode dificultar que a amamentação aconteça com a frequência necessária para o ganho de peso da criança, e pode gerar ansiedade na mãe, uma vez que ela sabe que esta é uma condição necessária para a alta hospitalar.

Beatriz colocou o filho no berço, o enrolou no lençol e saímos da UCIN interna. No caminho para a enfermaria Mãe Nutriz, ela me contou que iria voltar às 21 horas e só depois iria dormir. Disse não ser fácil essa rotina de ter que tirar leite de 3 em 3 horas. Contou que os horários mais difíceis eram o de meia-noite e o de três da manhã. As mães colocavam o despertador para acordá-las. Ela disse que tinham umas que acordavam, mas voltavam a dormir, cansadas. No entanto, segundo Beatriz, “nenhuma fica para trás, a gente não deixa!”.

Morsch et al. (2012) abordam a importância da rede de apoio para a construção da interação pais-bebê, que tanto pode ser compreendida pela família ampliada em função dos laços consanguíneos e do compartilhar da história transgeracional, como pela presença de uma “rede interna” (p. 64), constituída de forma espontânea pelos pais que vivenciam a experiência da hospitalização de seus bebês. Essa rede surge em decorrência de uma intensa identificação estabelecida entre os pais durante a internação dos filhos, podendo perdurar após a alta hospitalar. No período pandêmico, no qual as observações deste caso clínico foram realizadas, acredito que essa rede interna ganhou uma dimensão ainda maior para as mães, uma vez que a presença do pai foi restrita e a da família ampliada proibida.

Beatriz dava forças para o filho, para as outras mães que estavam passando pela mesma situação e, quando eu perguntei quem lhe dava forças, ela respondeu: “Deus! Deus me dá forças”. Enquanto eu conversava com Beatriz na enfermaria Mãe Nutriz, uma outra mãe disse

que, às vezes, a amiga cantava no quarto para todas as mães. A impressão que eu tinha era de que a vivência de ter um filho prematuro para Beatriz, assim como foi para Ruas (2017), era marcada pela dor e pela espiritualidade. A fé parecia ocupar o vazio e a incompletude de ser uma mãe de UTIN, que não teve a oportunidade de vivenciar todo o ciclo de transformações corporais e afetivas que fazem parte de uma gestação normal.

O nosso encontro subsequente foi na enfermaria canguru. O menino havia sido transferido para este local. Quando eu entrei no quarto, a mãe estava amamentando o bebê. Perguntei como eles estavam e Beatriz me contou que iriam receber alta no dia seguinte. Bruno estava recebendo apenas 5ml de leite, pela sonda. Quando o menino parou de sugar, a mãe o colocou na posição canguru e ele logo arrotou. Depois, o colocou no berço, ordenhou o leite e fez a gavagem sozinha. Até a semana anterior, quem administrava a dieta, na UCIN interna, era a técnica de enfermagem. Apenas no final da internação de Bruno que Beatriz pôde assumir parte dos cuidados com o filho. Ela relatou que, na unidade canguru, estava podendo ser “mãe de verdade”, uma vez que era ela quem amamentava e trocava a fralda e a roupa do filho.

No entanto, embora Beatriz estivesse participando mais ativamente dos cuidados com o bebê, parecia que a proximidade da alta hospitalar a deixava insegura e angustiada. Mesmo a mãe o amamentando quase que exclusivamente, uma vez que a quantidade de leite ministrada pela sonda era pequena (somente 5ml), ela não queria que a retirassem. A enfermeira sugeriu que Beatriz tentasse a translactação¹⁹. Explicou que a sonda seria colocada junto ao seio, na boca do bebê, mas como a mãe estava com medo de o filho e ela não se adaptarem à nova técnica, a sonda não foi retirada naquele momento.

Além do medo de amamentar o bebê exclusivamente ao seio, Beatriz também manifestou insegurança em relação ao banho. Afirmou que o filho só tomou um banho rápido

¹⁹ A translactação é uma das técnicas utilizadas na transição da alimentação por gavagem para a sucção no seio (Brasil, 2017).

na UCIN e que ela só iria dar outro duas semanas depois que ele chegasse em casa. A técnica de enfermagem disse que, como ele estava pesando 2kg, Beatriz poderia banhá-lo diariamente. No entanto, não insistiu no assunto, respeitando o medo da mãe em levar para casa um bebê que nasceu prematuro, e que não podia perder peso.

Ao mesmo tempo em que o desafio de levar o bebê prematuro para casa pode ser motivo de muita alegria para os pais, este momento também pode gerar temor, principalmente em relação aos cuidados que deverão ser dispensados à criança a fim de garantir o seu bem-estar físico e mental. Segundo Brazelton (1998), é comum os pais sentirem-se ansiosos com a proximidade da alta hospitalar. As responsabilidades com os cuidados do bebê se intensificam e isso pode deixá-los angustiados e assustados. Este aumento de responsabilidades pode fazê-los reviver antigas ansiedades não resolvidas, como o sentimento de tristeza e culpa por terem produzido um bebê “incompleto”. Além disso, o medo de fazerem algum mal ao bebê e o desejo de deixá-lo em um lugar que eles consideram seguro pode estar presente.

Neste caso clínico, como o pai de Bruno não estava presente no hospital devido à pandemia e pelo fato de ainda estar morando em outra cidade, tais sentimentos puderam ser observados com clareza apenas na mãe. Tanto o medo em relação à amamentação exclusiva quanto ao banho são exemplos do quanto Beatriz estava ansiosa e ambivalente no que concerne à ida do filho para casa.

Apesar de a retomada da função materna ocorrer ao longo do processo de internação do bebê, permitindo que aos poucos a mãe se sentisse “mãe de verdade”, durante o período de hospitalização do Bruno ela parecia não se considerar como a protagonista da história que estava sendo construída com o filho. Ela sabia que podia contar com o suporte da equipe caso fosse necessário. Em casa, o filho dependeria apenas dos seus cuidados, aumentando a sua responsabilidade e, conseqüentemente, o medo de que algo catastrófico pudesse acontecer. No relato de Beatriz, é nítido que o tornar-se mãe só foi possível após a alta hospitalar e o quanto

à ida para casa com o filho a deixou insegura em relação a desempenhar a função materna. Ansiedades e angústias antigas foram reativadas, como o medo da morte do bebê, que poderia dormir e não acordar.

Lá dentro eu era mãe observadora... eu não era mãe ativa. Aqui fora, eu era a mãe ativa. Ou seja, Bruno nasceu pra mim quando saiu pra fora comigo.

... Todas as mães que têm filhos prematuros que tão dentro do hospital, ela cria isso, eu tenho pra quem me socorrer, você é uma mãe quase que meio substituta, por enquanto ali você ainda não é mãe, você só é mãe quando você sai de dentro do hospital e vem pra casa... aí você se torna mãe, e como se a criança tivesse nascido pra você naquela hora, porque você vai passar a noite em claro. Eu passei três dias sem dormir, literalmente.

Quando eu vim com ele.... eu passava praticamente vinte e quatro horas sentada olhando do lado do berço pra ele, pra saber se ele tava respirando.

... quando eu saí de lá, passei três dias em claro sem dormir. Eu já não durmo durante o dia e durante a noite eu não dormi durante três dias, observando pra ver se ele não parava, não dava alguma apneia, porque eu fiquei com esse medo, entendeu?

Beatriz relatou a diferença entre como se sentia quando o bebê estava internado e quando ele foi para casa. Parece que aquilo que Jerusalinsky (2000, p. 56) afirmou ocorrer com algumas mães que são separadas de seus filhos se aplica ao caso de Beatriz. Segundo a autora, frente a separação mãe-bebê, podem se instaurar *fraturas* no exercício da função materna, ou seja, a mulher fica deslocada do “saber fazer ali” com o seu filho.

... tinha gente vinte e quatro horas fazendo isso por mim, e eram todas profissionais da saúde, e isso lhe deixa muito tranquila, muito confiante, e quando você sai de lá a sua confiança ela acaba. Em algum momento você acha que você não tá fazendo direito, você não tá sabendo fazer, vem a insegurança, os medos, aí você começa... entendeu?

Porque você tem na sua cabeça tudo que eles te falam, você cria um certo trauma, é um bebê grave, não é um bebê igual aos outros, a atenção é dobrada, nada neles é igual aos outros ...

Foram quase três meses de internação, incluindo os 46 dias os quais Beatriz ficou internada antes de Bruno nascer. Ela dizia que, quando Bruno recebesse alta, só voltaria ao hospital para as consultas ambulatoriais. No entanto, três dias após ter ido com o filho para casa, Bruno precisou ser reinternado devido à perda de peso. Apesar de Beatriz ter desejado amamentar, ser capaz de produzir um grande volume de leite, relatar não sentir dificuldades no manejo clínico da amamentação e ter uma história pregressa e familiar favorável a esta prática –tendo sido ela própria amamentada até os 6 anos de idade e tendo amamentado as duas filhas (sendo que a mais nova mamou até os 4 anos), a amamentação de um bebê prematuro pode ser bastante desafiadora. Ela envolve a díade mãe-bebê, e o seu sucesso não dependerá apenas de um, mas da relação e do modo próprio da interação que se estabelecerá entre eles. O bebê é, portanto, um parceiro ativo que, de modo singular, irá influenciar neste processo complexo, permeado por aspectos biopsicossociais.

Segundo Beatriz, Bruno era sonolento e ela tinha dificuldades para acordá-lo para mamar de 3 em 3 horas. Além disso, durante o período em que o bebê ficou internado, Beatriz não havia compreendido a orientação de que a amamentação deveria ser iniciada pelo seio que foi ordenado, possibilitando ao bebê ingerir o leite posterior, rico em gordura. A Fiocruz (2018) discute a questão do leite posterior no processo de transição da sonda para o peito, momento em que Bruno se encontrava. De acordo com esta instituição, todo leite é importante para o bebê, sendo o leite anterior rico em imunoglobulinas, o intermediário rico em proteínas e o posterior rico em gordura. Desse modo, apesar de o foco não poder ser apenas no ganho ponderal, deve haver o cuidado em ofertar o leite posterior para o bebê que precisa ganhar peso. Neste caso, parece que tanto a nova rotina adotada com a chegada do bebê em casa, bem como

a aparente incompreensão de Beatriz no que diz respeito ao procedimento adequado para amamentar o filho intensificaram o seu sentimento de culpa pela perda de peso do Bruno e pelo seu retorno ao hospital.

... molhava ele, passava algodãozinho molhado, tirava a roupa e deixava ele nuzinho para ver se ele sentia frio... Mesmo assim, muito sonolento e é tanto que elas foram testemunhas no dia que eu estava lá e ela disse: 'Mas ele precisa comer'. Tiraram a roupa dele e eu disse: 'Eu fiz tudo isso, porque se tem alguém que zela pelo cuidado e que ama meu filho e que quer ver ele bem, essa pessoa sou eu. Tenha certeza que ninguém aqui quer mais isso do que eu. Que a última coisa que eu queria estar aqui era de volta' E é tanto que eu tinha a oportunidade... eu tinha como recusar, não estar aqui, não ficar internada, mas eu resolvi ficar, por conta de quê? Porque eu quero o bem-estar de meu filho. Eu poderia ter ido pra casa, comprado uma mamadeira e ter tacado nele. Mas eu não fiz. É por isso que eu tô aqui. Ele perdeu 40 gramas em 3 dias. Aí... E tinha coisas que elas não me explicaram direito. E, se me explicaram, eu perdi. Em algum momento, eu não prestei atenção na parte da amamentação porque eu tirava o leite, eu tirava o leite como faz o costume, você tira e depois você põe... você troca o bebê... você ordenha primeiro, em seguida você vai trocar o bebê, depois você amamenta ele... pra depois você fazer a dieta. Aí, o que aconteceu... O peito que eu tirava eu não dava pra ele, eu dava o outro. O erro estava aí, porque eu precisava dar o peito que eu tinha tirado porque era aqui onde estava o leite gordo atrás das glândulas, que é o que só sai quando ele suga, e eu não fazia isso. E aí... E também... Ele perdia uma mamada, duas mamadas no dia porque eu não conseguia acordar ele... E elas fizeram o mesmo procedimento que eu fiz, molharam ele, e ele acorda ali... desperta um pouquinho, mas quando botava no peito, ele dava umas sugadas, dormia de novo... E aí não tinha como fluir... Eu digo 'não tem condições, não mama'.

Brazelton (1998) alerta sobre o risco de o bebê prematuro receber alta sem que os pais tenham assimilado todas as informações necessárias. Por mais que a dificuldade em encontrar leite disponível na rede pública hospitalar seja uma realidade brasileira, os profissionais de saúde devem ter cautela a fim de que a pressa para dar alta para o bebê não prejudique a compreensão dos pais em relação às orientações relevantes.

Segundo a mãe, ela ficou com o filho na unidade canguru durante 5 dias. Porém, foram apenas 24 horas sem Bruno estar com a sonda. O protocolo correto seria o bebê ter permanecido em observação, naquele local, por três dias, sendo amamentado exclusivamente ao seio. No entanto, a alta ocorreu precocemente, sem que a mãe e o filho estivessem preparados para isso. Como Beatriz estava sentindo-se insegura em casa, sem contar com o apoio da equipe de saúde, aceitou reinterná-lo, atendendo a um pedido dos profissionais do banco de leite.

O banco de leite tem um poder incrível dentro daquele hospital, você não tem noção. Não é o médico que interna, é o banco de leite, se o banco de leite entendeu que o seu bebê perdeu peso, você vai ser internado, entendeu? E eu não fiz muita questão não porque naquele momento eu achei que fosse o melhor, mesmo porque eu ainda na minha cabeça, eu achei que não tava preparado. O Bruno tinha que ter ficado os três dias de observação que nem os outros. Eu sei que teve alguma médica que ficou chateada comigo porque ela deu a alta e ela sentiu quando me perguntaram quem era que tinha dado a alta, e eu não tinha como mentir. Eu digo: 'Eu não tinha como mentir, mas em nenhum momento eu disse que a sra. foi culpada, eu só disse pra elas lá o seguinte, que o Bruno não estava pronto ainda e que eu tinha indagado isso –será que é seguro eu ir pra casa, tirando a sonda num dia e ter que ir embora no outro? –mas assim como vocês e eu acreditamos por ele tá mamando bem, só que ele ainda tava com o que, translactação e com o copinho ...'.

Ao retornarem para o hospital, a equipe decidiu colocar, novamente, a sonda nasogástrica em Bruno. Entretanto, Beatriz não aceitou. Tinha receio que a situação anterior se repetisse, ou seja, que o bebê voltasse a ganhar peso enquanto estivesse internado e, quando recebesse alta, perdesse peso com a retirada da sonda.

... falaram pra mim 'Beatriz, vamo botar a sonda nele'. Eu digo: 'Não, não acho interessante colocar sonda, se eu já voltei pra cá justamente porque ele não sabe comer sem sonda, vocês vão botar sonda? Vai fazer a mesma coisa, vocês vão botar a sonda, ele vai pegar peso, quando eu sair daqui de novo ele vai perder peso de novo. Eu quero que ele aprenda a comer é sem sonda', que era o que eu queria que fizesse, ficasse os três dias pra ver como é que ele se saia. Aí me manteve os três dias lá sem fazerem nada assim de diferente. Aí, de um dia pro outro que eu cheguei, aí ele ganhou cinco gramas, tava só no peito sem botar nada... e do outro dia, do segundo dia pro terceiro dia, ele ganhou trinta e cinco porque eu comecei a dar no copo.

Eu aprendi a ordenhar no copo e dava o peito que eu tinha tirado, que eu tinha esvaziado, que era o que eu não fazia em casa.

Após três dias no hospital, mãe e filho foram para casa, e Beatriz continuou seguindo a orientação de ordenhar o leite anterior e oferecê-lo apenas após a mamada. Quando percebeu que o bebê estava mamando os dois seios, passou a utilizar o leite do copinho somente para misturá-lo à medicação que deveria ser ministrada. Nas consultas seguintes, pôde constatar o ganho de peso do filho. Bruno conseguiu recuperar o peso do seu nascimento (2.740g), e as consultas no banco de leite deixaram de ser semanais, passando a ser quinzenais. No dia da entrevista, percebi que Beatriz, apesar de estar se sentindo segura em relação à amamentação, ainda se encontrava em uma fase difícil, morando na casa da irmã, desempregada, tendo que vender alguns de seus bens na Bahia para manter-se financeiramente em Brasília, estando longe das filhas mais velhas e da mãe, com o marido recém-empregado. Além desses fatores externos,

uma ameaça circundava a sua mente. O fantasma parecia não ser mais o medo da morte de Bruno, mas as possíveis sequelas e deficiências que ele poderia apresentar ao longo do seu desenvolvimento.

... meu maior medo, ainda é, é que meu filho ficasse uma criança especial, dependente de mim pro resto da vida, esse ainda é um dos meus maiores medos, temores, porque querendo ou não, Bruno ainda... não sabe como Bruno é. A gente sabe que Bruno ouve, que ele enxerga, mas a gente não sabe do resto, e isso vai ser uma descoberta com o tempo. ... o sangramento da cabeça do Bruno era geral, com duas semanas Bruno... do lado direito acabou, o corpo absorveu e não ficou coágulo. Porque tem umas crianças que o corpo absorve, mas cria uma bolsa de água, que precisa botar um dreno na cabeça.

... E aí ficou do lado esquerdo... a quantidade era grande, agora já bem menos.... Ainda está, mas continua absorvendo, ou seja, não estacionou, mas ainda é algo que você precisa... vigiar. E os pulmões dele rompeu um pedaço, mas com uma semana também todos os coágulos que tinham desapareceram, como que um milagre, elas dizem. Ela fala assim: 'Você é uma mulher de muita fé'. Eu digo: Nem sou, mas quando você quer alguma coisa, que você vai pra Deus e você pede... mas quando você pede mesmo, com o joelho no chão, de coração e que você se arrepende, e você mostra pra Ele que aquele é o seu maior desejo e que não importa mais nada e nem ninguém, Ele vai lá e faz a obra, é o que ele fez e continua fazendo.

Nesse relato, além do medo das sequelas neurológicas que o filho possa vir a ter, aparece novamente o sentimento de culpa que Beatriz possui por não ter, inicialmente, desejado este bebê. Este caso clínico procurou ilustrar o longo e doloroso percurso que a mãe prematura pode enfrentar em direção à parentalidade, envolvendo níveis conscientes e inconsciente do seu psiquismo, e o quanto o bebê é ativo neste processo. A amamentação e o ganho de peso de

Bruno foram desafiadores para a díade, levando à reinternação da criança. No entanto, o desejo de Beatriz em amamentá-lo e a sua história pregressa permitiram que ela transpusesse as dificuldades inerentes à sua interação com um bebê prematuro e sonolento.

Beatriz pareceu conseguir alimentar o bebê, física e psiquicamente, tornando a amamentação uma experiência simbólica, de reconhecimento, “onde ela está ao mesmo tempo alimentando seu filho, reconhecendo-o como filho e sendo reconhecida nessa sua nova função, nesse novo lugar que ela está ocupando na vida, que é o lugar de mãe dele” (Bernardino, 2008, p. 61). Neste caso, porém, parece que o mais desafiador seja a reparação da culpa que Beatriz sentia por ter desejado interromper a gravidez e ter dado à luz a um bebê tão frágil, que, de fato, poderia ter morrido, concretizando o seu desejo de outrora.

4.4 Estudo de Caso III - Cecília e Carla “Entre o desejo da mãe em amamentar e o desejo do bebê prematuro e o da equipe de saúde”

Cecília tem 36 anos, é dona de casa e mãe de três filhas, Clarissa, 20 anos, Camila, 4 anos, e Carla, com quase 1 mês de vida. Possui Ensino Médio completo e vive em união estável com o pai das duas filhas mais novas. A filha mais velha nasceu a termo quando Cecília tinha 16 anos. As filhas menores nasceram prematuras. Após o nascimento da segunda filha, o médico disse que Cecília não poderia mais engravidar devido ao risco de ter eclâmpsia. Cecília é hipertensa e, no período gestacional, o risco de um agravamento desta condição clínica é acentuado. A gravidez de Carla não foi planejada. Apesar de o companheiro ter usado preservativo, este furou durante a relação sexual. Cecília tomou a pílula do dia seguinte, porém, a gravidez seguiu o seu curso.

Foi uma gestação de risco devido ao seu quadro de hipertensão arterial. Além disso, Cecília ganhou muito peso e se sentia constantemente cansada e com muitas dores pelo corpo. Ela tomou diversos medicamentos e tinha uma rotina exaustiva entre idas e vindas ao hospital e ao posto de saúde para fazer exames periódicos. Fazia o trajeto de ônibus muitas vezes em

pé, quando as pessoas não lhe ofereciam um lugar para se sentar. Apesar de toda assistência médica que recebeu durante o pré-natal, Carla nasceu com 33 semanas e 4 dias, pesando 2.240g.

Cecília não imaginava passar pela experiência de ter um bebê prematuro novamente. Certa vez, foi para o hospital acompanhada da filha de 4 anos e do marido para realizar uma consulta, quando a médica decidiu interná-la e fazer uma cesárea de emergência. Cecília sentiu muito medo naquele momento. A equipe tentou acalmá-la e permitiu que o esposo acompanhasse o parto. Os pais puderam ver a filha após o nascimento. O médico colocou o rosto da menina junto à face da mãe, mostrou a bebê para o pai e realizou os primeiros cuidados na própria sala de parto.

Cecília acreditava que Carla estava bem, mas foi informada que a filha teve dificuldade respiratória e precisou ser internada na UTIN. A bebê nasceu em uma quinta-feira e a mãe só a viu no sábado seguinte. Naquele dia, o pai não pôde entrar na UTIN, mas a acompanhou até a porta da unidade. A médica disse para Cecília que a menina estava com uma infecção cuja causa era desconhecida, e que precisava ser tratada. A mãe relatou ter ficado desesperada ao ouvir o que a médica estava lhe dizendo sobre o estado de saúde da filha. Além da infecção, Carla estava com icterícia²⁰ e precisou fazer fototerapia²¹. Sobre a primeira conversa com a médica, Cecília relatou que:

... ela não tava muito assim, vendo muita luz no fundo do túnel pra ela. No momento eu fiquei desesperada, né? Com só 3 dias de cirurgia, tava sentindo muita dor, muita dor mesmo naquele momento. Fiquei mais ainda desesperada na hora que ela falou aquilo,

²⁰ Icterícia ou hiperbilirrubinemia é caracterizada pelo acúmulo de bilirrubina no sangue, que causa uma cor amarelada na pele e em mucosas (Warth et al., 2013).

²¹ A fototerapia consiste em um equipamento com lâmpadas que tem como objetivo a exposição do recém-nascido à luz para tratamento da icterícia/hiperbilirrubinemia (Warth et al., 2013).

e imaginei só o pior, foi só isso que eu imaginei, que ela não ia resistir, com uma criança de 33 semanas, né? A tudo isso... E que ela ia ter que fazer exames pra ver qual infecção era aquela, e que de 7 a 10 dias ela ia tomar o medicamento, né? Tava vendo... tentou colocar na veia mas não tava achando... Aí colocou... tentou o acesso pelo braço, não conseguiu. Aí, colocou pela cabecinha, que ia ser o mais fácil e onde ela não ia tirar né? Que ela tava tentando puxar, devido a ela se mexer muito... Que ela é muito agoniada. Eles falaram que ela era muito nervosa. Aí, eles conseguiram colocar. Aí, ela disse que eu ia ficar mais ou menos de 1 mês e meio a 2 meses no hospital, onde me desesperou muito também, que eu pensei na minha outra filha que tava aqui fora. Eu falei 'eu nunca fiquei 1 dia sem a Camila, agora ficar 2 meses sem ela, meu Deus, que que vai acontecer', eu fiquei desesperada...

Segundo o manual técnico de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido - Método Canguru (Brasil, 2017), mesmo que os pais tenham visto o bebê na sala de parto, vê-lo na Unidade Neonatal (UTIN e UCIN) é diferente. Aliado à visão de um ambiente estranho e assustador, os pais enfrentam um momento psíquico de maior vulnerabilidade familiar, sentimento de culpa pelo nascimento prematuro do filho ou pela presença de questões clínicas e sua aparente fragilidade, o que pode dar lugar a uma experiência de desamparo.

O intenso sentimento de culpa de Cecília por não ter desejado a gravidez, narrando pensamentos de que a filha não deveria ter nascido mesmo ela já estando em casa, ficou claro durante a entrevista realizada após a alta hospitalar de Carla. Neste caso, a bebê parece ser percebida como uma ameaça ao psiquismo materno, que encontra dificuldades para se reorganizar e aceitar que as mudanças ocorridas com o nascimento da menina são irreversíveis.

... eu não queria ter um filho. Eu não queria mais ter filho de jeito nenhum, né? ... a gravidez da Camila foi muito difícil, o parto foi muito difícil, depois do decorrer dos 4 anos também foi muito difícil, falta de desemprego pro pai, pra mim, o crescimento

dela... A gente não morava aqui, a gente morava em Formosa. Foi muito difícil. Aí, eu falei: 'Não quero mais ter filho, meu Deus, não quero passar por isso de novo!' Aí, como eu tive... No começo da gravidez eu pensei em tirar, meu esposo também pens... optou por tirar também, devido nós duas correr risco e por eu não querer mais. Só que aí a gente chegou a conclusão e falamos: 'nós vamos ter!' E tivemos, né? Graças a Deus tivemos, mas ainda vem esse pensamento na minha cabeça: 'não..., era pra eu tá trabalhando, era pra eu tá saindo com a Camila, comprando as coisa aqui pra Camila, passeando com a Camila...' E volta e meia tá vindo, e eu não quero que venha esses pensamento, mas infelizmente ainda tá vindo ainda na minha mente, que de certa forma eu acho que passa pra Carla meus pensamento, ou o que eu sinto, né? Algum sentimento, eu acho que ela pode sentir, que é o que eles falam né, que os neném sente, né? No hospital mesmo geralmente eles falavam isso, você sente, a criança sente o que você tá sentindo, você chora, cê fica depressiva e a criança vai sentir, e eu tô tentando fazer com que eu não sinta isso, não tenha esses pensamento, esses sentimento, porque é muito ruim. Pra mim é muito ruim, eu me sinto péssima...

No dia em que conheci Carla, o seu tamanho me chamou a atenção. Tive a impressão de que a criança era enorme perto dos outros bebês prematuros que estavam internados na UTIN. Quando cheguei próximo à incubadora, Carla estava chorando, e uma técnica de enfermagem segurava um algodão em sua boca. À princípio, achei que ela era fonoaudióloga e estava estimulando a sucção da bebê, mas, na verdade, estava apenas tentando acalmá-la. Ela tinha acabado de trocar a fralda de Carla. A fralda suja ainda estava em cima da incubadora, com algodões sujos de fezes. Depois, a técnica colocou o leite na seringa, que estava pendurada dentro da incubadora, e se retirou. Quando o leite terminou, a bebê começou a chorar. A mãe disse que a filha estava chorando porque o leite tinha acabado e ela estava com fome. Percebi que, mesmo Carla tendo apenas 5 dias de vida, Cecília demonstrava estar em um estado de

preocupação materna primária (Winnicott, 1956/1978), sendo capaz de colocar-se no lugar da bebê, identificando suas necessidades básicas e nomeando seus comportamentos e emoções.

Carla estava com um acesso na cabeça²² por onde recebia o antibiótico, e estava com um protetor ocular para proteger os olhos da fototerapia. Notei que a mãe estava andando com dificuldades devido aos pontos da cesárea. Cecília me disse que a filha do meio, Camila, também nasceu prematura, menor do que Carla, pesando 1.500g, mas não precisou ser internada na UTIN, tendo ficado no hospital por aproximadamente 10 dias no alojamento conjunto. A mãe a colocava na posição canguru e, quando atingiu o peso de 1700g, foi liberada para ir para casa. Cecília disse ter amamentado as duas primeiras filhas. Uma delas até o 8º e a outra até o 6º mês de vida. Apesar de a mãe já ter passado pela vivência de ter um bebê prematuro, ela parece ter medo de que a história bem-sucedida da Camila não se repita. Cada criança expressa de modo único e singular competências e capacidades, tanto físicas quanto psíquicas, que lhes permitem sobreviver e interagir com seu entorno. Neste momento, a mãe poderia estar se questionando se o desenvolvimento de Carla ocorreria de modo adequado como o da irmã, e com dificuldades em investir emocionalmente em um bebê que ela não tinha certeza se iria sobreviver.

Uma das técnicas de enfermagem explicou que Cecília poderia sair do quarto da maternidade e ir para a Mãe Nutriz, que fica mais perto da UTIN. Explicou-lhe que Mãe Nutriz é um alojamento no qual as mães permanecem como acompanhantes do bebê enquanto ele está internado. É um quarto com banheiro onde elas tomam banho e fazem todas as refeições. Cecília saiu para fazer a sua transferência.

²² O acesso do Cateter Central de Inserção Periférica, conhecido pela sigla PICC, consiste em um cateter, que é inserido através de uma veia periférica (do braço, da perna ou da cabeça), para a administração de terapia medicamentosa e nutricional, reduzindo a frequência de punções intravenosas, e, conseqüentemente, minimizando o estresse e o desconforto do bebê (Gannan & Ruas, 2017).

Quando retornei à UTIN para realizar a segunda observação do dia, Carla estava chorando alto. A técnica de enfermagem a tinha mudado de posição, a colocou de barriga para baixo, e Carla pareceu não ter reagido bem à mudança. A profissional estava tentando acalmá-la, dando “batidinhas” na fralda e fazendo barulho com a boca “xi xi xi xi”. A mãe chegou e a técnica disse que ela estava brava! Cecília parece ter gostado do cuidado que a profissional estava prestando à filha e comentou: “assim, ela já vai sair do hospital com manha!”. Cecília ficou pouco tempo na UTIN, pois iria encontrar o marido, Caio, que havia trazido roupas limpas para ela. Perguntei se eu podia acompanhá-la, e ela permitiu. No corredor, nos encontramos com ele. Eu disse que iria esperar Cecília falar com o esposo. Ela disse que isso não era necessário, e entrou no quarto para deixar seus pertences e voltou chorando. Ela havia visto a filha Camila, de 4 anos, pela janela do quarto. O marido disse que a esposa era “chorona”. Cecília chorava e colocava as mãos sobre os pontos da cesárea. Perguntei se ela gostaria de se sentar... Ela disse que estava bem. Fiquei muito sensibilizada com essa cena. Ao mesmo tempo em que a mãe se sentia responsável pelo nascimento prematuro de Carla, culpava-se por ser obrigada a se separar e não poder cuidar da outra filha. Desde o primeiro contato com a díade, me senti fisgada tanto por Cecília quanto por Carla, uma bebê tão grande e brava, capaz de expressar com tanta intensidade as suas emoções!

No que se refere aos dois episódios mencionados acima, tanto o da troca de fralda quanto o da mudança de posição na incubadora, pude notar o quanto é penoso para o bebê prematuro autorregular-se após um procedimento, seja ele doloroso ou não. Moreira, Rodrigues, Braga e Morsch (2003) afirmam que o manuseio dos prematuros, como nas trocas de fralda e alimentação, pode ser estressante, “pois exige deles uma reação muito grande, e demanda muito esforço para conseguirem retornar ao equilíbrio no qual encontravam-se antes do manuseio” (p. 33). Além disso, as invasões que ele vivencia no ambiente intensivista são constantes (aspiração de secreções, coleta de sangue para exames, punção venosa, radiografias

e ultrassons, por exemplo) e o sono é constantemente interrompido, dificultando o que Winnicott (1960/1983) chamou de continuidade do ser, fundamental para o seu bem-estar psíquico. Segundo o autor, o bebê tem um limiar para reagir às intrusões ambientais sem que isso tenha como consequência o aniquilamento do ser pessoal. Apesar de em ambas as situações a profissional ter tentado consolar a criança, com o algodão em sua boca, com o som de sua voz ou dando “tapinhas” em sua fralda, talvez Carla se sentisse menos angustiada se a mãe a tivesse segurado no colo, afastando a ansiedade da ameaça de aniquilamento por meio do contato pele a pele, que exerce uma função contentora.

Em outro dia de observação, Cecília me contou que, pela primeira vez, Carla tinha mamado no peito. Perguntei como tinha sido a experiência. Ela respondeu que as duas ficaram felizes! Me disse que a bebê já estava de alta para a UCIN, e apenas estavam aguardando por um leito. Acompanhei a mamada do horário seguinte. Carla demorou para conseguir sugar o seio, mas depois mamou até ficar satisfeita. Só parava para respirar e logo voltava a sugar. A técnica de enfermagem ajudou na pega correta e no posicionamento da bebê. Além disso, abaixou um dos ombros da Cecília, que estava mais elevado do que o outro. Percebi que, geralmente, a postura corporal da mulher que está começando a amamentar se apresenta de maneira tensa e rígida. Talvez essa rigidez expressa no corpo seja um reflexo da tensão emocional que a mãe vivencia durante esse processo complexo e sensível.

Percebi que até durante a amamentação a bebê era ativa, olhava para a mãe com os olhos bem abertos e conseguia sugar por muito tempo. Depois do esforço para mamar, Carla adormeceu. A técnica a colocou na posição vertical para arrotar. Ficou alguns minutos no colo da mãe e foi colocada de volta na incubadora. Quando a bebê saiu do colo, reclamou um pouco, mas logo se calou. Ela parecia estar se sentindo tão bem em contato pele a pele com a mãe que a separação física entre a dupla causava desconforto também em mim, que estava ali como observadora. Uma observação da mãe me chamou a atenção: Carla parecia estar mais calma

após o processo da amamentação ter sido iniciado, uma vez que ela estava chorando menos do que de costume. Eu também havia percebido a mesma mudança no comportamento da bebê e concordei com o comentário de Cecília.

Na segunda observação do dia, a bebê já havia sido transferida para a UCIN. Ela estava sonolenta, apresentando pouca disponibilidade para interagir, em contraste ao horário anterior. Sugou pouco o seio da mãe e precisou receber a dieta (20ml) pela sonda. Percebi que Cecília fez o máximo que pôde para a filha mamar, mas não adiantou. Um dos ombros da mãe estava mais alto do que o outro, em uma postura tensa, como aquela que eu havia presenciado na UTIN. No entanto, dessa vez, Cecília não pôde contar com o toque de uma profissional em seu ombro, indicando que ela deveria relaxá-lo. Apesar disso, a profissional da UCIN tentou estimular a bebê a mamar. Entretanto, suas tentativas não foram bem-sucedidas. Naquele momento, Carla parecia querer dormir e não se alimentar. Então, a técnica de enfermagem a colocou na incubadora e a mãe foi buscar os copinhos no quarto para fazer a ordenha e a alimentação poder ser complementada. Embora a mãe tivesse a opção de retirar o leite ao lado da incubadora da filha, preferiu fazer isso na sala do banco de leite. Não havia ninguém naquele horário, somente eu e Cecília. Assim como ela, outras mães preferiam retirar o leite neste ambiente por ele ser mais silencioso, com menos circulação de profissionais, garantindo a privacidade da mulher em um momento íntimo e pessoal.

Até esse momento, a amamentação de Carla não havia sido estabelecida completamente. O processo não ocorre de modo linear, sendo permeado de avanços e retrocessos, o que pode gerar ansiedade na mãe nos momentos em que a criança recusa o seio. Mesmo Carla não sendo uma prematura extrema, ela necessita de intervalos mais longos do que aqueles determinados pela rotina hospitalar para que consiga mamar novamente. No entanto, pela necessidade de ganho de peso do bebê prematuro, este recebe a dieta de 3 em 3 horas, nem que seja de forma passiva, através da sonda. Além disso, por mais que a equipe de

saúde esclareça para a mãe as limitações do bebê e lhe peça compreensão e paciência, essa situação pode ser frustrante.

Parece claro que a amamentação ao seio, a proximidade física de Carla com a sua mãe, a possibilidade de ficar em contato pele a pele com o seu corpo, sentindo o seu cheiro, a sua respiração e os seus batimentos cardíacos, ouvindo a sua voz, trouxeram apaziguamento às angústias primitivas às quais a bebê estava submetida. Bick (1968) ressalta que, na fase inicial da vida, de não-integração entre as partes da personalidade, é importante a presença de um objeto continente que, idealmente, pode ser representado pelo mamilo na boca do bebê, juntamente com uma mãe que o segura, fala com ele e tem um cheiro familiar. Assim, penso que a mudança de comportamento de Carla, percebida por mim e pela mãe, não foi uma mera coincidência com início da amamentação.

Do mesmo modo, as intervenções realizadas pela equipe, auxiliando Cecília a amamentar, corrigindo a pega da bebê e a postura da mãe, foram expressivas durante as observações. No entanto, me questiono sobre o lugar do desejo materno no que se refere à amamentação. Ele realmente existia ou foi submetido ao desejo da bebê e da equipe de saúde? A amamentação por si só é um fenômeno que envolve múltiplos fatores, abarcando aspectos físicos, neurológicos, psíquicos, econômicos, políticos e socioculturais. Entretanto, amamentar um bebê prematuro dentro de uma instituição de saúde significa, além de lidar com todos os aspectos mencionados acima, estar submetida a um sistema que tem como objetivo garantir a amamentação exclusiva na alta hospitalar do bebê.

Apesar de não ter percebido um discurso impositivo no sentido de “obrigar” a mulher a amamentar, havia um trabalho realizado pela equipe de profissionais (fonoaudiólogos, médicos, técnicos de enfermagem, entre outros) para que a meta do aleitamento exclusivo fosse alcançada. Por outro lado, penso que, no caso específico da prematuridade, conseguir amamentar o bebê pode representar para a mulher o resgate da função materna, uma vez que

somente ela pode exercer tal tarefa. Nutrir e amamentar o filho pode auxiliar a mãe na restauração do seu narcisismo, ferido com o nascimento antecipado.

Durante a entrevista, Cecília falou que, no hospital, antes de ir para casa com Carla, sentia vergonha ao amamentá-la. Disse ter vivenciado o mesmo sentimento enquanto amamentava a filha do meio, Camila, e desconhecia a causa de tal constrangimento.

... me sinto constrangida também, comentei isso com a minha mãe também, me sinto muito constrangida. Do outro parto também eu senti a mesma coisa. Eu não sei explicar o que é, mas os pensamento foge da mente da gente, a gente sente...parece que tá todo mundo olhando pra gente ao mesmo tempo. Eu sinto que comecei a sentir isso no hospital, parece que tá todo mundo olhando pra gente ao nosso redor, sinto vergonha de alguma coisa que eu não sei de quê, mas sinto vergonha, me sinto constrangida às vezes de amamentar ela se tiver alguma pessoa perto. Não sei explicar, é umas coisas que eu não sei, eu não consigo explicar o porquê. ... é uma coisa ruim, assim, não é uma coisa boa. É uma coisa ruim que eu sinto... Não sei..., realmente eu não sei explicar o que que é..., de jeito nenhum.

Quando questionei Cecília sobre a origem dessa sensação desconfortável que ela sentiu no pós-parto das duas filhas, ela a relacionou a uma causa orgânica, justificando que poderia ser uma sequela da pré-eclâmpsia. No entanto, de acordo com diversos autores, tais como Maldonado (2017), Queiroz (2000) e Winnicott (1968/1999a), a amamentação pode servir como um “gatilho” para a eclosão de conteúdos psíquicos latentes na mulher, como, por exemplo, questões relacionadas à sua sexualidade, e/ou conflitos inconscientes decorrentes da relação com a sua própria mãe (Langer, 1981; Middlemore, 1974; Szejer, 1997).

No caso de Cecília, embora não tenha sido realizado um trabalho analítico que pudesse desvendar aquilo que de fato fez com que a amamentação não fosse percebida por ela como um ato prazeroso, mas sim vergonhoso, é possível questionar se o desejo dessa mãe foi ouvido

pela equipe de saúde. Em um colóquio sobre “O lugar da psicanálise na medicina”, Lacan (1966/2001) esclarece a diferença entre demanda e desejo. Afirma que, quando o sujeito demanda algo, “isto não é absolutamente idêntico e mesmo por vezes é diametralmente oposto àquilo que ele deseja” (p. 10). Por mais que Cecília expressasse a demanda em amamentar a filha, parece que o seu desejo (algo que está além da consciência e que escapa ao seu domínio) era justamente o contrário. No entanto, será que, assim como Cecília, mães de bebês prematuros encontram espaço para expressar livremente o desejo de não amamentar os filhos dentro de um hospital intitulado “Amigo da Criança”?

Tal desejo subversivo parece não ter lugar no ambiente intensivista, onde questões técnicas parecem se sobrepôr aos aspectos subjetivos que envolvem a relação mãe-bebê. O caso de Cecília parece se assemelhar ao que Freud (1893/1996) descreveu a respeito de uma paciente histérica que apresentava dificuldades em amamentar os filhos, apesar da sua vontade em fazê-lo. No caso do autor, que, naquela época, ainda utilizava a hipnose para tratar seus pacientes, o problema foi solucionado, mas em relação a Cecília e tantas outras mães que não têm acesso ao atendimento psicoterápico/analítico, talvez o que ocorra seja o desmame precoce dessas crianças, como indicam algumas pesquisas, como o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019), divulgado recentemente, em 2020 (UFRJ, 2020).

Quando perguntei para Cecília sobre como os profissionais do hospital a orientavam em relação à amamentação, apesar de ela ter dito que não se sentia pressionada por eles, o caráter prescritivo, normativo e persuasivo do discurso médico pode ser notado através da seguinte fala:

Elas falava que era importante né, a amamentação pra criança, que o leite da gente que é o que engorda a criança, que é o mais saudável pra elas, que os outros também são saudáveis, mas que o mais importante é o da mãe. Que é o que engorda mais a criança, que a criança precisa mesmo é o do leite da mãe, não o do leite de banco. Tá

ali, se precisar tá ali a toda disposição das criança, mas o certo é o da mãe. Aí é onde a gente se esforça a madrugada que for pra poder tirar a última gotinha, seja o ml que for, a gente tenta tirar pra dar pros filhos da gente lá né, na hora que eles tão precisando.

Nos últimos dias da internação de Carla na UCIN, ela passou da incubadora para um berço aberto. Logo em seguida, foi transferida para a unidade canguru, onde lhe retiraram a sonda e a amamentação passou a ser exclusiva no seio materno. No dia em que fui visitá-la, o médico a tinha liberado para ir para casa devido ao seu rápido ganho de peso. No total, foram 15 dias de hospitalização! A evolução de Carla foi surpreendente. Inicialmente, o tempo que a Dra. Raquel tinha estimado para a internação da bebê foi de aproximadamente 2 meses.

Na unidade canguru, a rotina era bem diferente de quando Carla estava na UTIN/UCIN. A amamentação não acontecia mais de 3 em 3 horas, mas sempre que a bebê manifestava o desejo de mamar, por livre demanda (sem restrições de horários e de tempo de permanência no peito). Desse modo, Cecília relatou que o processo de amamentação estava mais cansativo do que antes, e durava em torno de 40 minutos a 1 hora. Carla iniciava a sucção, mas precisava de um intervalo até retomá-la e ficar completamente satisfeita. Eu tive a oportunidade de presenciar algumas mamadas antes da alta hospitalar e, de fato, o processo pareceu muito desgastante para a mãe. A mulher, quando chega nesta fase final da internação do bebê, geralmente se sente esgotada, tanto física quanto emocionalmente. Ela passou por vários momentos de angústia e tensão, aliados a uma mudança brusca na sua rotina diária, ambiente físico, alimentação e convivência social.

... a gente quase não tem resguardo pode se dizer no hospital né? 15 dias, igual eu fiquei daquele jeito. Praticamente não é um resguardo, alimentação não é boa, muito barulho na cabeça da gente... A gente não pode ter muito barulho quando tá de resguardo! Tinha muito barulho, aquela pressão toda de tá ali... tira sangue, é... coloca

remédio, tem que tirar sangue, estoura o... põe o acesso, o acesso não dá certo, põe outro... Então, aqui dali tudo a gente vai ficando com a cabeça meia confusa, meia preocupada, com medo de ficar internada e a criança precisar de mim e eu não tá ali pra ajudar, né, se ficar internada...

A médica que entregou o documento de alta para Cecília prescreveu uma medicação que estava sendo manipulada. A mãe esperou o remédio ficar pronto para não ter que retornar ao hospital. Deixei-a descansar enquanto a menina havia adormecido e, quando voltei para o quarto, Carla já estava pronta para ir para casa. A bebê estava linda, com uma touca e um macacão cor-de-rosa escolhido pela mãe. Tiramos fotos deste momento tão esperado em que Carla estava de alta hospitalar e, finalmente, iria conhecer a sua casa, as suas irmãs e familiares. A mãe comentou que tanto a touca quanto o macacão estavam grandes: “dão umas duas cabeças aqui dentro dessa touca!”. Por mais que Carla tivesse sem sonda e ganhado peso naqueles dias, ela ainda tinha a aparência de um bebê pequeno caso fosse comparado a um recém-nascido a termo. Segundo Camarotti (2000), no caso das mães de bebês prematuros, o luto pelo bebê imaginário pode ser mais difícil, uma vez que o bebê da realidade possui menos recursos para responder aos chamados e devaneios maternos e, portanto, gratificá-la em seu narcisismo.

Cecília recebeu as medicações que a bebê iria precisar tomar em casa e aguardou os familiares virem buscá-las. A bebê começou a chorar e a mãe amamentou-a rapidamente. Consegui registrar a última mamada de Carla antes de ir para casa. Ajudei o cunhado de Cecília a entrar no hospital. Como a irmã estava sem um documento com foto, o marido foi quem buscou Cecília e Carla. Ajudei-os a carregar as malas e os documentos da Cecília. No estacionamento, encontrei a filha do meio, Camila, de 4 anos, o marido, Caio, a irmã e o cunhado.

Tirei uma foto da família reunida! Me despedi, desejando felicidades, e me senti feliz por ter participado daquele momento tão especial! Mande todas as fotos que eu havia tirado

para o *WhatsApp* de Cecília. Ela me agradeceu e disse ter gostado muito de me conhecer. Parece que, neste caso, houve uma transferência positiva. Mesmo após o término da entrevista e da pesquisa, Cecília continuou me mandando notícias e fotos da filha. Antes de completar 6 meses de vida, Carla não estava mais sendo amamentada exclusivamente ao seio. O processo de desmame havia sido iniciado com a complementação de leite artificial em sua dieta. Parece que, finalmente, o desejo de Cecília, que escapava ao seu domínio consciente, pôde ser expresso longe do ambiente hospitalar.

4.5 Duas mães que não aceitaram participar da pesquisa

Além das três mães observadas e entrevistadas, Alessandra, Beatriz e Cecília, tive a oportunidade de conhecer outras duas mulheres que, apesar de estarem passando por experiências semelhantes, se recusaram a participar da pesquisa. Não abordarei, em profundidade, as suas histórias por uma questão ética, mas creio ser relevante comentar como um evento potencialmente traumático, como o nascimento de um bebê prematuro, pode provocar reações tão diferentes.

Vou chamar essas mães de Daniela e Eva. A primeira mãe teve uma filha, Dayse, que nasceu prematura, de 29 semanas, pesando 1280g. Daniela teve 3 gestações e tem dois filhos. Um menino de 7 anos e a caçula Dayse. Ela perdeu uma gestação gemelar com 8 semanas. A internação da bebê Dayse foi complicada, pois, inicialmente, ela regurgitava o leite que lhe era oferecido. Angustuada com essa situação, Daniela não conseguia ordenhar a quantidade suficiente de leite materno para suprir as necessidades da filha. Portanto, precisava do complemento doado pelo banco de leite. Como a menina não melhorava, Dra. Raquel solicitou a suspensão de leite doado e prescreveu uma fórmula que não tinha origem animal, bem como solicitou à mãe que retirasse o leite e derivados da sua dieta. Diante deste contexto, com a filha internada na UTI Neonatal, conheci Daniela, uma mãe que estava sofrendo pelo estado clínico

da filha, pela separação do filho mais velho, pelo cansaço da rotina hospitalar e ainda com uma alimentação restritiva.

Presenciei diversas vezes Daniela segurando a seringa com o complemento nutricional enquanto a filha o recebia na posição canguru. O processo da alimentação era lento e cansativo, dividido em até 4 etapas, para que Dayse não regurgitasse. Conforme Potenza et al. (2013), o leite contido na seringa é adaptado à sonda e administrado lentamente por ação da gravidade, uma vez que a infusão rápida da dieta pode provocar distensão abdominal e vômitos.

A mãe passava mais de 1 hora com ela na posição vertical, sentada em uma cadeira de plástico, mais de uma vez por dia, muitas vezes vendo outras mães amamentarem seus bebês nos leitos próximos ao da filha. Eu as acompanhei desde a UTIN até a unidade canguru e, apesar de Daniela aceitar a minha presença e conversar comigo, tinha dúvidas se ela realmente desejava participar da pesquisa. Ela sinalizava sutilmente que não estava aberta e disponível para manter uma relação com outro profissional além daqueles com os quais ela não podia evitar o contato (médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos etc.).

Até que um dia fui visitá-las na unidade canguru. Daniela estava mais animada do que costumava aparentar. Dayse tinha acabado de completar 1 mês de vida, ganhado peso e permanecia em estado de vigília por mais tempo do que conseguia anteriormente. Afirmei que estava feliz em vê-las, mãe e filha, tão bem. Após isso, perguntei diretamente se Daniela queria fazer parte da pesquisa. Ela pediu para eu explicar melhor sobre o trabalho. Disse que, além do momento das observações, precisaria entrevistá-la após a alta hospitalar para que ela pudesse me contar como tinha sido a sua vivência nesse período de internação da Dayse. Daniela me pediu desculpas, mas disse que, quando saísse do hospital, gostaria de esquecer o que ela viveu ali dentro. Não iria querer falar sobre isso. Falei que ela não precisava pedir desculpas, que a compreendia e respeitava a sua vontade. Afirmei que o desejo que algumas mães sentem em falar sobre o que aconteceu não é válido para todas, e que se ela mudasse de ideia e sentisse

necessidade de contar para alguém a sua experiência futuramente, ela poderia procurar a ajuda de um psicólogo.

A segunda mãe, Eva, teve Elisa que nasceu muito pequena, com 28 semanas de idade gestacional (IG), pesando, aproximadamente, 680g. Conheci a Eva quando Elisa estava internada na UTIN durante uma visita da Dra. Raquel, médica que estava acompanhando o caso da bebê. Elisa necessitava de suporte de oxigênio para sobreviver, e a equipe profissional estava tentando fazer o “desmame”, isto é, a retirada do aparelho. Dra. Raquel comentou, surpresa, que recebeu um telefonema do hospital, em uma tarde de folga, avisando que Eva estava chorando, sem reconhecer a própria filha, que estava sem a touca na cabeça e o respirador acoplado ao seu corpo. Achei interessante esse estranhamento da mãe quando viu a filha com uma aparência diferente daquela a qual ela estava acostumada desde o seu nascimento. Penso que, além do luto do bebê imaginário, Eva teria que elaborar um novo luto. Para ela, a máquina já fazia parte do corpo e da imagem que havia construído sobre a filha.

Acompanhei o primeiro dia da amamentação de Elisa na UCIN. Eva contou com a ajuda da fonoaudióloga, mas estava insegura se conseguiria amamentar a filha. Anteriormente, ela havia sido orientada a parar de ordenhar pelo fato de seus seios estarem machucados e sangrando. Disse para a Dra. Raquel que ninguém da sua família havia conseguido amamentar, nem a irmã, nem a mãe, nem ela própria com os outros filhos. Apesar de a médica ter explicado que o histórico familiar não tem relação com a capacidade de Eva amamentar, ela reconhece que há uma cultura que pode dificultar tal prática.

Dra. Raquel contou uma história de uma mulher, usuária de drogas, que teve um filho prematuro, mais novo do que a Elisa, e o abandonou no hospital. Nesses casos de abandono, antes de ser adotado, o bebê é levado para o abrigo. Segundo a médica, “parte o coração ver o bebê, cheirosinho, ir embora com aqueles homens fedorentos”. Na situação específica deste bebê, o juiz teve a sensibilidade de permitir que ele fosse direto para a família adotiva, sem

passar pelo abrigo. A mãe adotiva, quando veio buscar o menino, perguntou o que aconteceria se ele permanecesse no hospital. A médica respondeu que se o bebê tivesse mãe biológica, ele iria para a enfermagem canguru com o objetivo de ganhar peso. A mãe adotiva disse que ela iria ficar internada com a criança. Segundo a Dra. Raquel, “a mãe foi para casa, pegou o robe, o chinelinho e veio toda bonitinha para o hospital”. Certa vez, disse que queria tentar amamentá-lo. No primeiro dia em que ela o colocou no seio a médica disse: “não vou mentir pra vocês, não saiu nada. Até que teve um dia em que a mãe chamou a enfermeira para ver aquilo e perguntou se era normal. A mãe começou a produzir leite, sem ter gestado, tido filho, sem hormônio no corpo, mas a vontade dela era tão grande que ela conseguiu”.

A médica afirmou que estava contando essa história para Eva perceber o quanto a “cabeça” pode influenciar na amamentação. Conforme a Dra. Raquel, não é que não exista outra forma de alimentar o bebê, mas ela incentiva a amamentação porque “o leite materno é importante para a criança. Se a mãe não conseguiu ou não quer amamentar, tudo bem também”. Ela perguntou se Eva quer amamentar. A mãe respondeu que sim. Eva perguntou para a Dra. Raquel sobre um remédio para aumentar a sua produção de leite. A médica disse que ainda era muito cedo para pensar em medicação. Era o primeiro dia que Elisa tinha sido amamentada ao seio, e que, portanto, ela iria esperar de 48 a 72 horas para avaliar a produção láctea materna. Sem contar que Eva tem um histórico de depressão e o remédio mexe com os hormônios femininos, podendo desencadear uma crise.

Apesar de ter considerado a postura da médica prudente e cautelosa em relação à medicação, me pergunto sobre quais repercussões a história que ela nos contou sobre a mãe que conseguiu amamentar o filho adotivo exerceu no psiquismo materno. Compreendo que o aspecto afetivo e emocional envolvido na amamentação foi levado em conta no discurso médico, porém, o fato de existirem conteúdos inconscientes que escapam à volição e ao controle materno foi desconsiderado. Conscientemente, a mãe quer amamentar a filha, como

ela afirmou para a médica, entretanto, parece haver algo recalcado ao qual a mãe tenta se defender, mas que interfere em seu desejo de amamentar Elisa. Tanto é assim que Eva não ordenou o leite no horário seguinte, justificando que, devido a visita médica ter demorado, ela não teria tempo suficiente para retirá-lo.

Não pude acompanhar o desfecho desse caso, pois recebi a seguinte mensagem de Eva quando havia perguntado se ela e a bebê já tinham ido para a enfermaria canguru: “*Vou de agradecer por tudo mais vou preferir não ser acompanhada*”. Respondi que não tinha problema, mas gostaria de saber o motivo dela não querer participar da pesquisa. Eva relatou: “*Eu não quero ficar lembrando disso aqui quero esquecer isso*”.

Lembrei da mãe da Dayse que, pelo mesmo motivo, não quis participar do estudo. Refleti sobre o meu papel enquanto observadora, se poderia ter falado ou feito algo que pudesse ter desagradado essas mães... Conversei sobre o que aconteceu com uma das psicólogas do HRT, que afirmou ter atendido Eva algumas vezes. Achava que ela era a mãe que estava há mais tempo no hospital. A filha estava internada há mais de 40 dias, Eva estava extremamente cansada, viveu situações difíceis, teve que lidar com a incerteza se a filha sobreviveria à UTIN... Levei ambos os casos para a minha análise pessoal a fim de tentar elaborar o luto pelo investimento emocional e de tempo que eu tinha feito nestas mães e nas bebês.

No texto *A história como trauma*, de Seligmann-Silva (1991), o autor discute teoricamente como o evento da *Shoah* é impossível de ser reduzido meramente ao discurso, uma vez que escapa à representação de signos ou imagens devido ao seu “excesso” que não pode ser definido. Esse evento transbordante, que caracteriza o conceito freudiano de trauma, advém de uma quebra do *Reizschutz* (para-excitação) provocada por um susto (*Schreck*) que não foi amparado pela nossa *Angstbereitschaft* (estado de prevenção à angústia). Sendo assim, se não há símbolo possível para a dor causada pelo evento traumático, como lidar com ele?

No item 1.4 desta tese, mencionei autores como Ana Costa (2018), Altounian (2008), Druon (1999), Kehl (1991), Ocariz et al. (2014), Rosa (2016) e Seligmann-Silva, (1991; 2005), que discutem a necessidade de o sujeito falar sobre o evento traumático por meio da literatura e da escrita, da poesia ou em um grupo de pais, por exemplo, como acontece no trabalho desenvolvido em hospitais com pais de bebês prematuros. De fato, poder testemunhar/narrar aquilo que é irrepresentável, que transborda a capacidade de pensamento do sujeito e é, portanto, indizível, permite ao sujeito incorporá-lo em uma memória que não o aprisiona ao passado. Por isso, o “trabalho do trauma” tem como objetivo integrar, de modo articulado e não patológico, a cena traumática à vida das pessoas (Seligmann-Silva, 1991).

No entanto, a maneira com que cada sujeito irá lidar para que a recordação da cena traumática deixe de ser extremamente nítida, precisa e realista, e o sujeito consiga se libertar dessa violenta literalidade, pode se manifestar de modos diferentes. Enquanto para alguns é preciso testemunhar/narrar o evento ocorrido em direção à palavra, como uma forma de esquecimento e seguir em frente, para outros, o silêncio pode ser a única via possível para a sua sobrevivência. Segundo Ocariz et al. (2014), muitos se sentem ameaçados, entristecidos e fechados, apresentando intensa resistência a recordar e reconstruir a sua história. Assim, o silenciamento para Daniela e Eva parece ser uma tentativa de defenderem o seu aparato psíquico do trauma –ferida na memória– causado pelo nascimento prematuro de suas bebês. Para essas mães, rememorar e falar sobre as suas vivências em um momento tão próximo à internação das filhas, ao invés de possibilitar a integração da cena traumática às suas vidas, poderia representar a cisão do Eu.

Após as mensagens trocadas com Eva, resolvi não ir para o hospital observar outra mãe. Eu precisava de um tempo para me esvaziar dessas histórias e do impacto emocional que elas me causaram. Apesar de ter observado Eva e Elisa apenas por um dia, eu já as conhecia da

UTIN e gostaria de ter tido a oportunidade de conhecer com mais profundidade os sentimentos que a mãe vivenciou durante a internação da bebê.

Poderia ter feito a escolha de não comentar esses dois casos, mas creio que pensar sobre eles é relevante para este trabalho por dois motivos. Primeiro, porque se trata de um estudo psicanalítico, que tem como pressuposto básico epistemológico reconhecer a singularidade de cada caso, sem a intenção de fazer generalizações nem esconder ou negligenciar os sentimentos e emoções do pesquisador (contratransferência) durante o processo de investigação. Além disso, acredito que seja a partir das comparações entre os diferentes casos que o pesquisador poderá levantar novas conjecturas sobre o tema em questão.

Tanto Dayse quanto Elisa nasceram muito prematuras, ou seja, com idade gestacional entre 28 e 31 semanas, diferentemente de Alice, Bruno e Carla, prematuros moderados, nascidos entre 32 a 36 semanas. Esse fato sugere que quanto menor for o bebê, maior o risco do evento se constituir como traumático para a díade mãe-bebê. O tempo de internação de Dayse e Elisa foi maior, expondo as mães por um período mais prolongado a intensos sentimentos como culpa, medo, tristeza e ansiedade.

Apesar de compreender o desejo de Daniela e Eva em sobreviverem e se protegerem da experiência inesperada e avassaladora do nascimento prematuro de suas bebês, utilizando o silêncio como recurso, acredito que a libertação/esquecimento da cena traumática só seja possível por meio do testemunho/narrativa, que exerce uma função simbolizadora. Isso não significa que ambas tenham que testemunhar/narrar as suas histórias apenas pela via oral, uma vez que existem outras formas de isso acontecer, como por manifestações artísticas e literárias. Entretanto, caso elas não consigam simbolizar a dor que sentiram, Dayse e Elisa poderão se tornar porta-vozes, tradutoras, das dores esquecidas de suas mães, pois aquilo que não é dito pode retornar na passagem das gerações. Michelet (citado por Altounian, 2008, p. 38) afirma

que “as dores de nossos pais vibram ainda em nós pelas dores esquecidas, mais ou menos como o ferido sofre da mão que ele não tem mais”.

Segundo a teoria freudiana, o recalco procura retornar ao presente sob a forma de sonhos, de sintomas, de atuação: “... o que permaneceu incompreendido retorna; como uma alma penada, não tem repouso até que seja encontrada solução e alívio” (Laplanche & Pontalis, 2000, p. 84). Quem sabe um dia estas mães possam compreender que “não há possibilidade de cuidar da dor sem fazer contato com ela” (Ocariz et al., 2014, p. 169), e que, por meio do testemunho das suas histórias, elas consigam cicatrizar as suas feridas. Como disse Ana Costa (2018), “a fratura não tem resolução, mas ela pode ser propulsora de um fazer algo com o que insiste” (p. 65).

Considerações Finais

“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher.”

(Cora Coralina)

O nascimento de um filho prematuro causa um profundo impacto no psiquismo da mãe, gerando tensão e diversos sentimentos, como medo, insegurança, ansiedade, tristeza, impotência e culpa, podendo afetar negativamente a capacidade da mãe de amamentá-lo. Além do trauma da separação no nascimento, a mãe passa pela dolorosa experiência de internação do bebê na UTI Neonatal, cujo ambiente muitas vezes não é percebido como acolhedor.

A prematuridade confronta tanto o ideal da maternidade quanto o da paternidade, especialmente o ideal do laço mãe-bebê, pelo fato da cultura em que vivemos atribuir à mulher o exercício da função materna, embora ela possa ser desempenhada por outra pessoa, inclusive pelo pai. A prematuridade atinge o narcisismo dos pais, colocando em risco a formação de vínculos afetivos entre eles e o filho, vez que ao invés de um investimento maciço no bebê, vital para a sua constituição psíquica e que deveria ocorrer após o nascimento, a mãe pode se ausentar física e/ou psiquicamente dos cuidados maternos dispensados ao filho. Por trás deste desinteresse da mãe, a DPP pode estar presente, extraviando o desejo da mulher em se ocupar com as enormes exigências implicadas nos cuidados com o bebê prematuro.

No primeiro estudo de caso apresentado, apesar de questionarmos o diagnóstico de depressão dirigido à Alessandra, reconhecemos que ela estava vivenciando um estado de intensa angústia pelo nascimento prematuro da filha. As suas atitudes e o seu sentimento de descontentamento foram tomados pela equipe de saúde como um ataque pessoal, dificultando o acesso ao psiquismo materno. Como afirma Catão (2002), devemos escutar a tristeza da mãe, ao invés de medicalizá-la, para que ela possa dar sentido, no contexto de sua história, àquele

nascimento particular. O trabalho de escuta se faz indispensável no contexto de urgência, em que mãe-bebê são separados precocemente. Para Dias (2004), “escolher e recolher as marcas que localizam o bebê no projeto do Outro pode representar a possibilidade de êxito ou fracasso do trabalho de reanimação” (p. 202). No entanto, neste caso específico, esse espaço de escuta parece não ter sido possível enquanto mãe e filha permaneceram no ambiente hospitalar. O caminho medicamentoso escolhido para tratar Alessandra foi tomado como uma tentativa de tamponar a projeção de intensas emoções, de difícil contenção pelos profissionais de saúde.

Diante de fatores psíquicos, socioculturais e físicos implicados na amamentação, a experiência de ter a gravidez interrompida de modo inesperado devido ao parto prematuro pode influenciar negativamente no aleitamento materno. Uma diversidade de fatores interfere no sucesso ou fracasso da amamentação, inexistindo causa unívoca que determine o resultado desse fenômeno complexo. Antes de atribuir à mãe a responsabilidade pelo desmame precoce, devem ser observados os fatores físicos, sociais, culturais e psíquicos que fazem parte do contexto de vida dessa mulher.

No estudo de caso de Beatriz, percebemos que o bebê prematuro é um parceiro ativo e capaz de influenciar o processo da amamentação. Apesar de a mãe ter o desejo de amamentar o filho e um histórico familiar favorável ao aleitamento, ela passou por momentos difíceis até que essa prática fosse totalmente estabelecida. O bebê era sonolento e perdeu peso após a alta hospitalar, exigindo a sua reinternação e mudanças no manejo clínico da amamentação.

Nesta árdua trajetória, identificamos a presença do sentimento de culpa da mãe em relação a não ter compreendido a orientação correta sobre como deveria proceder no período de transição da sonda nasogástrica para o seio, o que acabou ocasionando a perda de peso do bebê. Sabendo que a mulher pode estar vivenciando intensos sentimentos neste período puerperal, é importante que o profissional de saúde não julgue a mulher que esteja com dificuldades em amamentar. Ao contrário, ele deve apoiá-la para que a amamentação não

signifique uma sentença dolorosa a ser cumprida pela mãe, mas uma possibilidade de estabelecer com o bebê uma relação única de intimidade, que contribuirá para o fortalecimento de laços afetivos que são construídos desde o nascimento e se desenvolverão ao longo da vida. No caso específico de Beatriz, as dificuldades em relação à amamentação foram superadas, embora a culpa por ter dado à luz a um bebê prematuro e o medo de que ele apresente sequelas neurológicas futuramente estivessem latentes para além dos muros da internação.

O profissional que tem uma noção pré-concebida daquilo que deve ser feito pela mãe no que diz respeito à amamentação pode gerar consequências desastrosas para ambos, mãe e bebê, o que implicaria na imposição do discurso médico sobre o sujeito e a eliminação da sua subjetividade. O local onde esta pesquisa foi realizada tem o título de “Hospital Amigo da Criança”, sendo o aleitamento materno exclusivo bastante estimulado, tanto pela equipe de saúde quanto pelos profissionais do banco de leite. O incentivo, o apoio e a orientação em relação à amamentação são essenciais para as mulheres que desejam amamentar, como vimos no caso de Beatriz. No entanto, aquelas que não possuem tal desejo ou têm dificuldades em desempenhar o papel de nutriz, devido a fatores psíquicos inconscientes, podem apresentar sentimentos de inadequação, culpa e vergonha por não corresponderem a um ideal construído socialmente.

No terceiro estudo de caso apresentado, apesar de Cecília não ter conseguido verbalizar para a equipe de saúde a sua dificuldade em amamentar a filha, ela relatou para a pesquisadora a sua não compreensão dos motivos que a faziam perceber este ato como algo constrangedor ao invés de prazeroso. Sabemos que aspectos subjetivos podem interferir na amamentação, e que, apesar da atual valorização que se tem dado ao aleitamento materno, a mãe deve ter o direito de expressar o seu desejo de cumprir ou não a função de mãe-nutriz sem ser julgada pela equipe, pelos familiares e pela sociedade.

Caso a amamentação seja feita sem que a mulher se sinta confortável nesta tarefa, isso pode ser prejudicial, em termos psíquicos, tanto para ela quanto para o bebê. Winnicott (1968/1999a) criticou aquilo que chamou de propaganda a favor da amamentação, enfatizando a importância de a mãe oferecer ao filho mais do que o seio, mas também o alento necessário para o apaziguamento da angústia do bebê em razão de sua separação do corpo materno no nascimento. Assim, o não desejo de uma mulher amamentar ou as dificuldades emocionais que dificultam o exercício de tal tarefa não a impede de ser uma mãe amorosa e cuidadosa.

Desse modo, ressalta-se o cuidado que os profissionais devem ter em não culpar as mães que não querem ou não conseguem aleitar, evitando discursos fundamentados em explicações científicas que foquem apenas na transmissão objetiva de informações sobre as vantagens da alimentação ao seio, pois o sentimento de culpa só dificultará a relação da mãe com o bebê. É importante que a equipe atenda a díade mãe-bebê, compreendendo as peculiaridades decorrentes do nascimento prematuro, para que não sejam levantados pré-julgamentos acerca do modo considerado adequado de ser mãe pela cultura e sociedade em que vivemos.

O Método Canguru, estimulado pela equipe do Hospital Regional de Taguatinga (HRT-DF), foi percebido neste estudo como uma importante estratégia de intervenção que pode auxiliar a mulher a se reaproximar do bebê, fortalecendo o vínculo afetivo entre eles. O contato pele a pele entre pais-filho os ajuda a se sentirem mais confiantes, diminui o estresse do bebê e incentiva o aleitamento materno, além de possibilitar as funções de *holding* e *handling*. Assim, os processos de integração e personalização, de extrema importância para o desenvolvimento emocional saudável do bebê, são favorecidos.

O olhar atencioso e empático e a escuta psicanalítica, esvaziada de julgamentos morais e pressuposições teóricas, dirigidos às mães que participaram desse estudo durante a fase de observação e da entrevista permitiram a criação de uma via que as conduziu “à passagem do

crônico à crônica” (Maesso, 2017, p. 339). Nesse sentido, acreditamos que este trabalho, embora não tenha tido um caráter intervencionista e terapêutico, pôde contribuir para o deslizamento da narrativa materna, a fim de que os sentimentos advindos do nascimento prematuro não se cronificassem, o que poderia causar dificuldades na formação de laços afetivos entre a dupla.

Jerusalinsky (2000, p. 51) aponta que durante o “tempo de internação” o que importa é o resgate do “tempo subjetivo” de elaboração dos pais no que se refere à inscrição do bebê no discurso parental, que comumente fica silenciado em função do risco de morte do filho, dos procedimentos que são realizados e dos comunicados médicos que se impõem no período de internação na UTI Neonatal. Assim como a autora, acreditamos que, através da observação e da escuta psicanalítica das três mães de bebês prematuros no contexto da Unidade Neonatal, possibilitamos que o evento do nascimento prematuro fosse bordejado simbolicamente, favorecendo a elaboração do luto pelo filho imaginado durante a gravidez e a construção do vínculo com o bebê da realidade.

O trabalho de escuta oferecido às mães e a relação transferencial que foi estabelecida com a pesquisadora sobre esse acontecimento traumático, que é o nascimento prematuro, possibilitou torná-las livres de uma cena que poderia aprisioná-las em um passado atemporal de dor e solidão. Com relação às duas mães que não aceitaram participar da pesquisa, consideramos que o trauma ocasionado pelo nascimento prematuro tenha sido tão avassalador que elas não conseguiram endereçar os seus discursos a um outro. Zygouris (1995) aponta que “... para sair de uma cena traumática não se pode estar sozinho. É preciso que haja um outro aparelho psíquico, um semelhante, para poder juntar as pulsões, os afetos e palavras, por seu intermédio e aposta” (p. 246).

O nascimento prematuro faz os pais vivenciarem a situação de desamparo do filho, o que faz ressurgir sua própria experiência de bebê desamparado (*Hilflosigkeit*-desamparo

primário). Para tanto, é primordial que exista uma rede de cuidados no espaço da Unidade Neonatal que busque proporcionar alívio, sustentação e qualidade de vida para todos que estão inseridos nesse ambiente. A escuta analítica permitirá que o desejo do sujeito seja escutado, para além de medidas protocolares e da cultura institucional (Krodi, 2008).

Como sugestão para novas pesquisas, a figura paterna deveria ser melhor estudada, embora seja reconhecida como essencial para favorecer a amamentação e dar suporte emocional à mulher. No contexto pandêmico da covid-19 no qual esta pesquisa ocorreu, o pai parece ter sido colocado em segundo plano, reforçando o lugar de coadjuvante delegado a ele. Apesar da sua entrada na UTI Neonatal não ter sido proibida, ela foi restringida a apenas um dia da semana, durante 1 hora. No decorrer do período de observação, tivemos contato com apenas um pai, após a transferência da bebê da UTI Neonatal para o alojamento conjunto. Esperamos que, com o avanço da vacinação contra o coronavírus e, conseqüentemente, com a queda do número de pessoas infectadas, a presença paterna e da família ampliada possa voltar a ser uma realidade nas maternidades públicas e privadas do Brasil, a fim de que mãe e filho possam se sentir amparados não apenas por uma rede de apoio criada internamente pelas mães dos prematuros, mas pela rede de apoio familiar, incluindo a presença do pai, dos avós e irmãos do bebê.

Referências

- Agman, M., Druon, C., & Frichet, A. (1999). Intervenções psicológicas em neonatologia. In D. B. Wanderley (Ed.), *Agora eu era o rei: Os entraves da prematuridade* (pp. 17-34). Ágalma.
- Allouch, J. (1997). Sobre a escrita do “caso Aimée”. In J. Allouch (Ed.), *Marguerite ou a “Aimée” de Lacan* (pp. 15-36). Companhia de Freud.
- Almeida, R. P., & Pedutti, S. (2018). *Linha de cuidado da criança: Manual de neonatologia* (2a ed.). Secretaria de Estado da Saúde. https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/atencao-basica/linha-de-cuidado-ses-sp/crianca/manual_de_neonatologia_linha_cuidado.pdf
- Altounian, J. (2008). Terror e esquecimento: A literatura como resgate da figura do pai. In A. Jacques & C. Chabert (Orgs.), *O esquecimento do pai* (pp. 27-41). Edusp.
- Andrade, M. A. G. (2002). Considerações sobre o desenvolvimento psicoafetivo do bebê pré-termo. In L. C. Filho, M. E. G. Corrêa & P. S. França (Orgs.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê* (pp. 438-457). L.G.E.
- Anzieu, D. (2006). Tornar-se psicanalista hoje. In D. Anzieu (Ed.), *Psicanalisar* (pp. 281-318). Editora Ideias & Letras.
- Arias, M. I. (2018). A escuta do indizível. In A. Jerusalinsky (Ed.), *Psicanálise e desenvolvimento infantil: Um enfoque transdisciplinar* (6a ed., pp. 294-298). Artes e Ofícios.
- Aronis, E. A., & Atem, L. M. (2005). Oralidade e transdisciplina na clínica com o bebê em UTI Neonatal. In L. M. Sales (Org.), *Pra que essa boca tão grande?: Questões acerca da oralidade* (pp. 145-158). Álgama.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: O mito do amor materno*. Nova Fronteira.

- Baeta, M. L. M. (2011). Função paterna na UTI Neonatal: O empuxo à mãe diante do encontro traumático com o mais além do pai. In G. Batista, M. D. Moura & S. B. Carvalho (Orgs.), *Psicanálise e hospital: A responsabilidade da Psicanálise diante da ciência médica* (pp. 157-170). Wak Editora.
- Baltazar, D. V. S., Gomes, R. F. S., & Cardoso, T. B. D. (2010). Atuação do psicólogo em Unidade Neonatal: Construindo rotinas e protocolos para uma prática humanizada. *Revista da SBPH*, 13(1), 1-18.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100002
- Bandim, J. M. (2001). Depressão em bebês e pré-escolares. In M. C. Camarotti (Org.), *Atendimento ao bebê: Uma abordagem interdisciplinar* (pp. 169-177). Casa do Psicólogo.
- Barros, S. M. M., Menandro, P. R. M., & Trindade, Z. A. (2006). Vivências paternas em UTI Neonatal. *Psicologia Hospitalar*, 4(2), 1-18.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092006000200003
- Battikha, E. C. (2001). Intervenção precoce no vínculo mãe-bebê especial em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. In M. C. Camarotti (Org.), *Atendimento ao bebê: Uma abordagem interdisciplinar* (pp. 43-48). Casa do Psicólogo.
- Battikha, E. C. (2008). A inscrição do estranho no familiar. In M. C. M. Kupfer & D. Teperman (Orgs.), *O que os bebês provocam nos psicanalistas?* (pp. 135-146). Escuta.
- Beividas, W. (2014). A escuta clínica em psicanálise: Abdução e catálise. In W. Beividas, *Inconsciente e sentido: Ensaio de interface entre psicanálise, lingüística e semiótica* (2a ed., pp. 163-177). Annablume.

- Bernardino, L. M. F. (2008). Aspectos psíquicos do desenvolvimento infantil. In D. B. Wanderley (Org.), *O cravo e a rosa: A psicanálise e a pediatria: Um diálogo possível?* (pp. 54-66). Ágalma.
- Bick, E. (1964). Notes on infant observation in psychoanalytic training. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 558-566.
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 484-486.
- Bick, E. (1990). Análise de crianças hoje. In E. Spillius, *Melanie Klein Hoje: Desenvolvimento da teoria e da técnica* (Vol. 2, pp. 186-195). Imago. (Trabalho original publicado em 1961)
- Bick, E. (1991). A experiência da pele em relações de objeto arcaicas. In E. Spillius, *Melanie Klein Hoje: Desenvolvimento da teoria e da técnica* (Vol. 1, pp. 194-198). Imago. (Trabalho original publicado em 1967)
- Bion, W. (1991). *O aprender com a experiência*. Imago. (Trabalho original publicado em 1962)
- Bion, W. (1994). Uma teoria sobre o pensar. In W. Bion, *Estudos Psicanalíticos Revisados* (pp. 127-137). Imago. (Trabalho original publicado em 1967)
- Braga, N. A., & Morsch D. S. (2003). Os primeiros dias na UTI. In M. E. L. Moreira (Org.), *Quando a Vida começa Diferente: O bebê e sua família na UTI Neonatal* (pp. 51-68). Fiocruz.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Pré-natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada* (3a ed.). Ministério da Saúde.
https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012a). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução CFP nº 466/2012 sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2012b). *Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012*.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). *Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana*.
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt/arquivos/2016/atencao-a-gestante-a-operacao-cesariana-diretriz.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de baixo peso: Método-Canguru*. Ministério da Saúde.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_m_anual_3ed.pdf
- Brazelton, T. B. (1994). *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil*. Martins Fontes.
- Brazelton, T. B. (1998). *O Desenvolvimento do Apego: Uma família em formação*. Artes Médicas.
- Bruschweiler-Stern, N. (1997). *Mère à terme et mère prématuré*. In M. Dugnat (Org.), *Le monde relationnel du bébé* (pp. 19-24). Érès.
- Bydlowski, M. (2002). O olhar interior da mulher grávida: Transparência psíquica e representação do objeto interno. In L. C. Filho, M. E. G. Corrêa & P. S. França (Orgs.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê* (pp. 205-214). L.G.E.
- Bydlowski, M., & Golse, B. (2002). Da transparência psíquica à preocupação materno-primária: Uma via de objetualização. In L. C. Filho, M. E. G. Corrêa & P. S. França (Orgs.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê* (pp. 215-220). L.G.E.
- Cabassu, G. (1997). Palavras em torno do berço. In D. B. Wanderley (Org.), *Palavras em torno do berço* (pp. 21-32). Ágalma.

- Camarotti, M. C. (2000). De braços vazios: Uma separação precoce. In C. M. F. R. Rohenkohl (Org.), *A clínica com o bebê* (pp. 49-62). Casa do Psicólogo.
- Camarotti, M. C. (2001). “Que olhar tão triste o de mamãe”: O bebê diante da depressão materna. In M. C. Camarotti (Org.), *Atendimento ao bebê: Uma abordagem interdisciplinar* (pp. 49-57). Casa do Psicólogo.
- Camarotti, M. C., & Sampaio, M. (2017). Observação Bick: Do setting clássico a uma observação terapêutica de um bebê de pais psicóticos In E. Parlato-Oliveira & D. Cohen (Orgs.), *O Bebê e o Outro: Seu entorno e suas interações* (pp. 219-231). Langage.
- Caron, N. A., & Lopes, R. C. S. (2014). *Aprendendo com as mães e os bebês sobre a natureza humana e a técnica analítica*. Dublinense.
- Caron, N. A., Lopes, R. C. S., Steibel, D., & Donelli, T. S. (2012). Writing as a challenge in the observer's journey through the Bick method of infant observation. *Infant Observation: International Journal of Infant Observation and Its Applications*, 15(3), 221-230. <https://doi.org/10.1080/13698036.2012.726519>
- Carvalho, M. R., & Prochnik, M. (2001). *Método Mãe-Canguru de Atenção ao Prematuro*. BNDES. <https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/handle/1408/15862>
- Castro, J. E. (2010). O método psicanalítico e o estudo de caso. In F. K. Neto & J. O. Moreira (Orgs.), *Pesquisa em psicanálise: Transmissão na universidade* (pp. 24-35). EdEMG.
- Catão, I. (2002). Um lugar também de palavras. In L. M. F. Bernardino & C. M. F. Rohenkohl (Orgs.), *O bebê e a modernidade: Abordagens teórico-clínicas* (pp. 179-191). Casa do Psicólogo.
- Costa, A. (2018). Considerações sobre transmissão e posição clínica no discurso. In M. D. Rosa, A. M. M. Costa & S. Prudente (Orgs.), *As escritas do ódio: Psicanálise e política* (pp. 53-66). Escuta.

- Costa, M. V. (2017). As aplicações do método Esther Bick. In M. V. Costa, *Método de observação de bebês modelo Esther Bick: O ensino da contratransferência para psicanalistas e psicólogos* (pp. 71-102). Juruá.
- Couronne, M. (1997). O prematuro: Um bebê inteiro à parte. In M. C. Busnel (Org.), *A linguagem dos bebês: Sabemos escutá-los?* (pp. 136-145). Escuta.
- Cozby, P. C. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. Atlas.
- Cresti, L., & Lapi, I. (1997). O esboço da relação mãe/bebê e a instituição hospitalar: Díade ou tríade? In M. B. Lacroix & M. Monmayrant (Orgs.), *Observação de bebês: Laços do encantamento* (pp. 149-162). Artes Médicas.
- Creswell, J. W. (2014). *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: Escolhendo entre cinco abordagens*. Penso.
- Cunha, I. (2004). A mãe, o recém-nascido de muito baixo peso e a interação: Uma nova perspectiva para os cuidadores da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. In R. O. Aragão (Org.), *O bebê, o corpo e a linguagem* (pp. 211-23). Casa do Psicólogo.
- De la Puente, M. (2005). A teoria freudiana do trauma revisitada. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 39(1), 141 a 153.
- Dethiville, L. (2014). O pai suficientemente simbólico? *Revista internacional de psicanálise Winnicottiana*, 9(1), 27-39. <http://revistas.dwwe.com.br/index.php/We-Prints/article/view/54>
- Dias, M. M. (2004). A aventura do vir a ser: Uma experiência em UTI Neonatal. In R. O. Aragão (Org.), *O bebê, o corpo e a linguagem* (pp. 201-210). Casa do Psicólogo.
- Diniz, M. (2018). O(a) pesquisador(a), o método clínico e sua utilização na pesquisa. In T. Ferreira & A. Vorcaro (Orgs), *Pesquisa e psicanálise: Do campo à escrita* (pp. 111-128). Autêntica Editora.

- Dolto, F. (2007). A alimentação dos pequeninos e o desmame. In F. Dolto, *As etapas decisivas da infância* (2a ed., pp. 67-74). Martins Fontes. (Original publicado em 1950)
- Dolto, F. (2013). A incubadora, um autismo experimental. In F. Dolto, *Seminário de Psicanálise de Crianças* (1a ed., pp. 99-107). Martins Fontes. (Original publicado em 1985)
- Donelli, T. M. S. (2005). O parto e o tornar-se mãe: Aplicação do método Bick de observação da relação mãe-bebê (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Druon, C. (1997). Como o espírito vêm ao corpo das crianças em UTI Neonatal. In M. B. Lacroix & M. Monmayrant (Orgs.), *Observação de bebês: Laços do encantamento* (pp. 139-147). Artes Médicas.
- Druon, C. (1999). Ajuda ao bebê e aos seus pais em Terapia Intensiva Neonatal. In D. B. Wanderley (Org.), *Agora eu era o rei: Os entraves da prematuridade* (pp. 35-54). Ágalma.
- Dunker, C. I. L. (2011). O nascimento da clínica. In C. I. L. Dunker (Ed.), *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: Uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento* (pp. 389-481). Annablume.
- Dunker, C. I. L. (2020). Economia libidinal da parentalidade. In D. Teperman, T. Garrafa & V. Iaconelli (Orgs.), *Parentalidade* (pp. 39-54). Autêntica.
- Fabre-Grenet, M. (1997). Os meios de comunicação do prematuro. In M. C. Busnel (Org.), *A linguagem dos bebês: Sabemos escutá-los?* (pp. 111-123). Escuta.
- Falceto, O. G., Fernandes, C. L., & Kerber, S. R. Alerta sobre a depressão pós-parto paterna. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 34(7), 293-295.
<https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000700001>

- Feliciano, D. S. (2009). *Para além do seio: Uma proposta de intervenção psicanalítica pais-bebê, a partir da escuta dos sentidos ocultos nas dificuldades de amamentação, como auxiliar no desenvolvimento* (Tese de doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Feliciano, D. S., & Souza, A. S. L. (2011). Para além do seio: Uma proposta de intervenção psicanalítica pais-bebê a partir de dificuldades na amamentação. *Jornal de Psicanálise*, 44(81), 145-161. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352011000200012
- Ferreira, S. S. (2001). Por que falar ao bebê se ele não compreende? In M. C. Camarotti (Org.), *Atendimento ao bebê: Uma abordagem interdisciplinar* (pp. 97-104). Casa do Psicólogo.
- Figueiredo, L. C., & Minerbo, M. (2006). Pesquisa em psicanálise: Algumas ideias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 257-278. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100017
- Fink, B. (2018). *Introdução clínica à psicanálise lacaniana*. Zahar.
- Fiocruz. (2018). *Principais questões sobre leite ideal e a transição da sonda para o peito*. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/principais-questoes-sobre-leite-ideal-e-a-transicao-da-sonda-para-o-peito/>
- Fiori, W. R. (1981). Organização afetiva inicial: Fase oral e amamentação. In C. R. Rappaport, W. R. Fiori & E. Herzberg, *Psicologia do Desenvolvimento* (Vol. 2, pp. 29-43). EPU.
- França, N. R. A. F., & Grunspun, S. (2019). Observação de bebês (método Bick) como instrumento de formação. In N. R. A. F. França (Org.), *Observação de bebês: Método e aplicações* (pp. 163-174). Blucher.

- Freitas, A. L. L. P., & Gutierrez, D. M. D. (2010). Possibilidades de intervenção do psicólogo em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINS) com bebês pré-termos e seus familiares. *Revista Amazônica*, 5(2), 182-196.
<https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/4028544.pdf>
- Freud, S. (1969). A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos. In S. Freud, *Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 12-82). Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1914)
- Freud, S. (1990). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Freud* (Vol. 22, pp. 55-75). Imago. (Trabalho original publicado em 1933[1932])
<https://www.cefas.com.br/download/1130/>
- Freud, S. (1990). Projeto para uma psicologia científica. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Freud* (Vol. 1, pp. 212-305). Imago. (Trabalho original publicado em 1895) <https://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-01-1886-1889.pdf>
- Freud, S. (1996). Um caso de cura pelo hipnotismo, com algumas observações sobre a origem dos sintomas histéricos através da “contravontade” (caso XXI). In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Freud* (Vol. 3, p. 141). Imago. (Trabalho original publicado em 1893) <https://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-03-1893-1899.pdf>
- Freud, S. (2010). Além do princípio do prazer. In S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 14-, pp. 162-239). Companhia das Letras. (Original publicado em 1920)

- Freud, S. (2010). Introdução ao narcisismo. In S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 12, pp. 13-50). Companhia das Letras. (Original publicado em 1914)
- Freud, S. (2010). Recomendações ao médico que pratica a psicanálise. In S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 10, pp. 147-162). Companhia das Letras. (Original publicado em 1912)
- Freud, S. (2014). Inibição, sintoma e angústia. In S. Freud, *Inibição, Sintoma e Angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos* (Vol. 17, pp. 13-123). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1926)
- Freud, S. (2016). Análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”, 1905 [1901]). In S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 6, pp. 173-320). Companhia das Letras. (Original publicado em 1905)
- Freud, S. (2019). A interpretação dos sonhos. In S. Freud, *O trabalho dos sonhos* (Vol. 4, pp. 318-557). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1900)
- Gandra, M. I. S. (1998). A Psicologia na Unidade de Neonatologia. In V. A. Angerami-Camon (Org.), *Urgências psicológicas no hospital* (pp. 81-99). Pioneira.
- Gannan, F. F., & Ruas, T. C. B. (2017). A enfermagem e o fortalecimento do vínculo afetivo entre pais e filho prematuro durante o período de internação. In T. C. B. Ruas (Org.), *Prematuridade extrema: Olhares e experiências* (pp. 98-108). Minha Editora.
- Garrafa, T. Primeiros tempos da parentalidade. In D. Teperman, T. Garrafa & V. Iaconelli (Orgs.), *Parentalidade* (pp. 55-69). Autêntica.
- Góes, A. D. C. (1999). Avaliação de questões relacionadas ao atendimento da equipe em uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais sob a perspectiva dos pais após a alta. In D. B. Wanderley (Ed.), *Agora eu era o rei: Os entraves da prematuridade* (pp. 83-104). Ágalma.

- Golse, B. (2002). Depressão do bebê, depressão da mãe e conceito de psiquiatria perinatal. In L. C. Filho, M. E. G. Corrêa & P. S. França (Orgs.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê* (pp. 232-248). L.G.E.
- Golse, B. (2003). *Sobre a psicoterapia pais-bebê: Narratividade, filiação e transmissão*. Casa do Psicólogo.
- Golse, B. (2019). O que o bebê transmite aos adultos (O conceito de transmissão psíquica ascendente). *Cadernos de Psicanálise*, 41(41), 11-20.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-62952019000200001
- Gorgulho, F. R., & Pacheco, S. T. A. (2008). Alimentação de prematuros em uma Unidade Neonatal. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(1), 19-24.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000100003
- Grazi, B. (2020, 19 jun). Fisiologia da lactação [blog]. <https://www.brunagrazi.com/fisiologia-da-um-lactacao/#:~:text=A%20produ%C3%A7%C3%A3o%20de%20leite%20logo,crian%C3%A7a%20n%C3%A3o%20sugar%20o%20seio.&text=Grande%20parte%20do%20leite%20da,sob%20o%20est%C3%ADmulo%20da%20prolactina>
- Green, A. (1988). A mãe morta. In A. Green, *Narcisismo de vida, narcisismo de morte* (pp. 239-273). Escuta.
- Greenberg, M., & Morris, N. (1974). Engrossment: The newborn's impact upon the father. *Amer. J. Orthopsychiat*, 44(4), 520-531.
- Guédeney, N., Fermanian, J., Guelfi, J. D., & Delours, M. Tradução e validação da escala de Edimburgo para depressão materna pós-natal em população parisiense. In L. C. Filho, M. E. G. Corrêa & P. S. França (Orgs.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança*

até os 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê (pp. 263-285).

L.G.E.

- Guttman, L. (2017). *A maternidade e o encontro com a própria sombra* (12a ed.). BestSeller.
- Harlow, H. F., & Suomi, S. J. (1970). The nature of love - simplified. *American Psychologist* 2, 161-168.
- Herrmann, F. (2004). Pesquisando com o método psicanalítico. In F. Herrmann & T. Lowenkron (Orgs.), *Pesquisando com o método psicanalítico* (pp. 43-115). Casa do Psicólogo.
- Houzel, D. (1997a). Observação de bebês e psicanálise, ponto de vista epistemológico. In M. B. Lacroix & M. Monmayrant (Orgs.), *Os laços do encantamento: A observação de bebês, segundo Esther Bick e suas aplicações* (pp. 87-94). Artes Médicas.
- Houzel, D. (1997b). Uma aplicação terapêutica da observação dos lactentes. In M. B. Lacroix & M. Monmayrant (Orgs.), *Os laços do encantamento: A observação de bebês, segundo Esther Bick e suas aplicações* (pp. 193-207). Artes Médicas.
- Houzel, D. (2004). As implicações da parentalidade. In L. Solis-Ponton (Org.), *Ser pai, ser mãe: Parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio* (pp. 47-51). Casa do Psicólogo.
- Iaconelli, V. (2020a). Sobre as origens: Muito além da mãe. In D. Teperman, T. Garrafa & V. Iaconelli (Orgs.), *Parentalidade* (pp. 11-20). Autêntica.
- Iaconelli, V. (2020b). Reprodução de corpos e de sujeitos. In D. Teperman, T. Garrafa & V. Iaconelli (Orgs.), *Parentalidade* (pp. 71-86). Autêntica.
- Iribarry, I. N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica? *Ágora*, 6(1), 115-138.
- Jerusalinsky, J. (2000). Do neonato ao bebê: A estimulação precoce vai à UTI Neonatal. *Estilos da Clínica*, 5(8), 49-63. Instituto de Psicologia da USP.

- Jerusalinsky, J. (2002). Crônica de um bebê com morte anunciada - intervindo com a instauração do sujeito na iminência de morte. In L. M. F. Bernardino & C. M. F. Rohenkohl (Orgs.), *O bebê e a modernidade: Abordagens teórico-clínicas* (pp. 169-178). Casa do Psicólogo.
- Kehl, M. R. (1991). O sexo, a morte, a mãe e o mal. In A. Nestrovski & M. Seligmann-Silva (Orgs.), *Catástrofe e Representação* (pp. 137-148). Editora Escuta.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1992). *Pais/Bebês - A formação do apego*. Artes Médicas.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H., & Klaus, P. H. (2000). *Vínculo - Construindo as Bases para um Apego Seguro e para a Independência*. Artes Médicas.
- Krodi, P. (2008). Cuidados paliativos em neonatologia: À escuta do indizível. In M. C. M. Kupfer & D. Teperman (Orgs.), *O que os bebês provocam nos psicanalistas?* (pp. 115-134). Escuta.
- Lacan (1999). A metáfora do pai. In J. Lacan. *O Seminário, Livro 5* (pp. 166-184). Jorge Zahar. (Original publicado em 1957-1958)
- Lacan, J. (1998). O estágio do espelho como formador da função do eu. In J Lacan, *Escritos* (pp. 97-103). Jorge Zahar. (Original publicado em 1966)
- Lacan, J. (2001). O lugar da psicanálise na medicina. *Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, 32, 8-14. Eolia. (Original publicado em 1966)
- Lamy Filho, F., Silva, A. A. M., Lamy, Z. C., Gomes, M. A. S. M., & Moreira, M. E. L. (2008). Avaliação dos resultados neonatais do método canguru no Brasil. *Jornal de Pediatria*, 84 (5), 428-435. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572008000600009>
- Lamy, Z. C. (2003). Metodologia Canguru: Facilitando o encontro entre o bebê e sua família na UTI Neonatal. In M. E. L. Moreira (Org.), *Quando a Vida começa Diferente: O bebê e sua família na UTI Neonatal* (pp. 141-156). Fiocruz.

- Lamy, Z. C., Gomes, M. A. S. M., Gianini, N. O. M., & Hennig, M. A. S. (2005). Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso-Método Canguru: A proposta brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 659-668. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300022>
- Langer, M. (1981). *Maternidade e sexo: Estudo psicanalítico e psicossomático*. Artes Médicas.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2000). *Vocabulário de psicanálise*. Livraria Martins Fontes.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Artes Médicas.
- Levin, E. (2005). Cenas e cenários no ato de amamentar. In L. M. Sales (Org.), *Pra que essa boca tão grande?: Questões acerca da oralidade* (pp. 87-114). Álgama.
- Lima, L. A. (2008). Intervenção precoce em neonatologia. In E. S. N. Lange (Org.), *Contribuições à psicologia hospitalar: Desafios e paradigmas* (pp. 129-44). Vetor.
- Lisondo, A. B. D. (2007). O método de observação de bebês Esther Bick, a psicanálise de crianças e adolescentes: Ateliê privilegiado para a psicanálise contemporânea. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*, 9(2), 321-340. <https://doczz.com.br/doc/336829/revista---sociedade-brasileira-de-psican%C3%A1lise-de-porto-al>
- Lisondo, A. B. D. (2019). A observação psicanalítica: Instrumento privilegiado na construção da identidade analítica. Os vértices de Bick, Bion e Meltzer. In N. R. A. F. França (Org.), *Observação de bebês: Método e aplicações* (pp. 33-61). Blucher.
- Lisondo, A. B. D., Spessoto, L. B., & Mattos, L. T. L. (2012). O método de observação de bebês de Esther Bick: Seu potencial diagnóstico e preventivo. *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, 19(3), 543-563. <https://revista.sppa.org.br/RPdaSPPA/article/view/6>
- Lopes, R. C. S., Vivian, A. G., Oliveira-Menegotto, L. M., Donelli, T. S., & Caron, N. A. (2007). A observação da relação mãe-bebê através do método Bick. In C. A. Piccinini

- & M. L. S. Moura (Orgs.), *Observando a interação pais-bebê-criança: Diferentes abordagens teóricas e metodológicas* (pp. 73-101). Casa do Psicólogo.
- Lourenço, L. (2005). Esther Bick: O método de observação de bebês. In L. Lourenço, *O bebê no divã: Desenvolvimento emocional precoce: Amar e pensar com o bebê e seus pais* (pp. 69-82). Almedina.
- Lungano, E. M., Tosta, R. M. (2009). A realização da função materna em casos de adoecimento da criança. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, ano XXIX, (01/09), 100-119. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2009000100009
- Maesso, M. C. (1999). A criança especial na psicanálise. *Impulso: Revista de Ciências Sociais e Humanas*, 1(26), 139-150. <https://docplayer.com.br/7092442-A-crianca-especial-na-psicanalise.html>
- Maesso, M. C. (2017). Outro lugar para o corpo e a dor. In V. L. Besset & S. V. Zanotti (Orgs.), *A face crônica da dor* (pp. 319-349). EDUFAL.
- Maldonado, M. T. (2011). *Teias*. Lafonte.
- Maldonado, M. T. (2017). O significado psicológico da amamentação e da alimentação artificial. In M. T. Maldonado, *Psicologia da gravidez: Gestando pessoas para uma sociedade melhor* (pp. 136-150). Ideias & Letras.
- Maldonado, M. T., & Canella, P. (2009). Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: A boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais. Novo Conceito.
- Mandel, P. *Mãe de UTI: Relato de um parto prematuro*. Giostri.
- Manual de Neonatologia (2015). Secretaria de Estado da Saúde. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3905402/mod_resource/content/1/manual_de_neonatologia.pdf

- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. DSM-V. (2014). Artmed.
<https://www.pdfdrive.com/manual-diagn%C3%B3stico-e-estat%C3%ADstico-de-transtornos-mentais-dsm-5-d158156643.html>
- Mathelin, C. (1997). Prática analítica em neonatologia. In D. B. Wanderley (Org.), *Palavras em torno do berço* (pp. 129-142). Ágalma.
- Mathelin, C. (1999). *O sorriso da Gioconda: Clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Companhia de Freud.
- Maury, M. (1999). Intervenções psicoterápicas nos bebês e seus pais no hospital. In A. Guedeney & S. Lebovici, *Intervenções psicoterápicas pais/bebê* (pp. 119-133). Artes Médicas Sul.
- Mazet, P., & Stoleru, S. (1990). *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Artes Médicas.
- Mead, M. (1949). *Male and female: A study of the sexes in a changing world*. William Morrow & Company.
- Mélega, M. P. (2008). Metodologia da observação da relação mãe-bebê na família. In M. P. Mélega & M. C. Sonzogno (Orgs.), *O olhar e a escuta para compreender a primeira infância* (pp. 39-45). Casa do Psicólogo.
- Mélega, M. P., & Tupinambá, B. (2008). A prática da observação da relação mãe-bebê e sua contribuição à formação analítica. In M. P. Mélega & M. C. Sonzogno (Orgs.), *O olhar e a escuta para compreender a primeira infância* (pp. 47-51). Casa do Psicólogo.
- Middlemore, M. P. (1974). *Mãe e filho na amamentação: Uma analista observa a dupla amamentar*. Ibrex.
- Miele, M. J. (2004). *Mãe de UTI: Amor incondicional*. Terceiro Nome.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (12a ed.). Hucitec.

- Missonnier, S. (2004). O início da parentalidade, tornar-se mãe, tornar-se pai. As interações dos pais e da criança antes do nascimento. In L. Solis-Ponton (Org.), *Ser pai, ser mãe: Parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio* (pp. 115-122). Casa do Psicólogo.
- Montagu, A. (1988). *Tocar: O significado humano da pele* (6a ed.). Summus.
- Moreira, M. E. L., Rodrigues, M. A. (2003). O bebê na UTI: Intercorrências e exames mais frequentes. In M. E. L. Moreira (Org.), *Quando a Vida começa Diferente: O bebê e sua família na UTI Neonatal* (pp. 43-50). Fiocruz.
- Moreira, M. E. L., Rodrigues, M. A., Braga, N. A., & Morsch, D. S. (2003). Conhecendo uma UTI Neonatal. In M. E. L. Moreira (Org.), *Quando a Vida começa Diferente: O bebê e sua família na UTI Neonatal* (pp. 29-42). Fiocruz.
- Morsch, D. S., & Braga, M. C. N. A. (2007). À procura de um encontro perdido: O papel da “preocupação médico-primária” em UTI Neonatal. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4), 624-636. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142007000400005>
- Morsch, D. S., Braga, N. A., Borges, J. S. S., Kislanov, S., & Cupolillo, S. (2012). Redes de suporte à parentalidade em UTI Neonatal: Um relato de experiência. In C. A. Piccinini & P. Alvarenga (Orgs.), *Maternidade e Paternidade: A parentalidade em diferentes contextos* (pp. 59-82). Casa do Psicólogo.
- Ocariz, M. C., Rudge, L. L. T., Sciulli, M. C. G., Pereira, M. L. I. E. M., Navarro, N. C., Trindade, P. S., & Gonçalves, T. C. (2014). O trauma, a palavra e a memória na Clínica do Testemunho. *Revista Percurso*. 52, 149-171.
- Oberman, A. (1994). La relación Padre-Bebe: Una revisión bibliográfica. *Rev. Hosp.Mat. Inf. Ramón Sardá*, XVIII, (2), 66-72. <https://www.sarda.org.ar/images/1994/66-72.pdf>

- Oliveira- Menegotto, L. M., Menezes, C. C., Caron, N. A., & Lopes, R. C. S. (2006). O método Bick de observação de bebês como método de pesquisa. *Psicologia Clínica, 18*(2), 77-96. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652006000200007>
- Organização Mundial da Saúde. (2001). *Evidências científicas dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*. Organização Pan-Americana da Saúde. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/evidencias%20cientificas_dez_passos_sucesso_aleitamento_materno.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2012). *Born too soon: The Global Report on Preterm Birth*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44864/9789241503433_eng.pdf;jsessionid=6D9A6B7BA625FD3170F0E76F71BCEE45?sequence=1
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *WHA Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding Policy Brief*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149022/WHO_NMH_NHD_14.7_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organização Mundial da Saúde. (2018). *OMS: cerca de 30 milhões de bebês nascem prematuros por ano no mundo*. <https://brasil.un.org/pt-br/81878-oms-cerca-de-30-milhoes-de-bebes-nascem-prematuros-por-ano-no-mundo>
- Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). (2019). *Semana Mundial de Aleitamento Materno: “Sucesso da amamentação não é responsabilidade exclusiva da mãe, mas de todos nós”, afirma representante da OPAS/OMS no Brasil*. <https://www.paho.org/pt/noticias/31-7-2019-semana-mundial-aleitamento-materno-sucesso-da-amamentacao-nao-e-responsabilidade>
- Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). (2021). *Nova pesquisa destaca riscos de separar recém-nascidos de suas mães durante*

pandemia de COVID-19. <https://www.paho.org/pt/noticias/16-3-2021-nova-pesquisa-destaca-riscos-separar-recem-nascidos-suas-maes-durante-pandemia>

- Paim, B. J. P. (2005). *Vínculo pais-bebê em UTI Neonatal: A educação de pais e a posição mãe-canguru*. ULBRA.
- Pamplona, V. (2010). Aspectos psicológicos na lactação. In M. R. Carvalho & L. A. M. Tavares, *Amamentação: Bases científicas* (3a ed., pp. 166-176). Guanabara Koogan.
- Pheulpin, M. C. (2019). Quando falta a respiração: a escuta do corpo pulsional. In D. S. Chatelard & M. C. Maesso (Orgs.), *O corpo no discurso psicanalítico* (pp. 71-79). Appris Editora.
- Pierotti, M. M. S., Levy, L., & Zornig, S. A. Z. (2010). O manhês: Costurando laços. *Estilos da Clínica*, 15(2), 420-433.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282010000200009
- Pizzoglio, Y. Q. (1999). Presença de um psicanalista em reanimação neonatal como auxiliar da vida psíquica. In A. Guédeney & S. Lebovici, *Intervenções psicoterápicas pais/bebê* (pp. 111-117). Artes Médicas Sul.
- Posternack, L. Da necessidade à demanda: A alimentação do bebê. In L. M. F. Bernardino & C. M. F. Rohenkohl (Orgs.), *O bebê e a modernidade: Abordagens teórico-clínicas* (pp. 137-142). Casa do Psicólogo.
- Potenza, A. L. S., Mendes, A. P. D., Rüegg, D., Sá, F. A. S., Dornaus, M. F. P. S., Andrade, R. A., Piovacari, S. M. F., & Silva, S. M. O. C. (2013). A alimentação do bebê prematuro. In A. D. Deutsch, M. F. P. S. Dornaus & R. D. Waksman (Orgs.), *O bebê prematuro: Tudo o que os pais precisam saber* (pp. 91-118). Manole.

- Quayle, J. *Óbito fetal e anomalias fetais: Repercussões emocionais maternas*.
https://www.academia.edu/26387174/%C3%93bito_Fetal_e_Anomalias_Fetais_Repercuss%C3%B5es_Emocionais_Maternas
- Queiroz, T. (2000). Amamentação e desmame. In C. M. FR. Rohenkohl (Org.), *A clínica com o bebê* (pp. 141-156). Casa do Psicólogo.
- Quiniou, Y. (1999). Alimentar, ser alimentado em UTI Neonatal - prescrição ou alimentação? In D. B. Wanderley (Ed.), *Agora eu era o rei: Os entraves da prematuridade* (pp. 55-60). Ágalma.
- Rabello, A. (2004). A função simbólica da UTI Neonatal. In R. O. Aragão (Org.), *O bebê, o corpo e a linguagem* (pp. 177-189). Casa do Psicólogo.
- Ramos, C. V., Almeida, J. A. G. (2003). Alegações maternas para o desmame: Estudo qualitativo. *Jornal de Pediatria*, 79(5), 385-90. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572003000500004>
- Rohenkohl, C. M. F. (1997). O lugar do pai e o trabalho psicanalítico com bebês, ou três dimensões da exclusão. In D. B. Wanderley (Org.), *Palavras em torno do berço* (pp. 119-126). Ágalma.
- Rosa, M. D. (2016). *A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*. Escuta.
- Rossi, F. S. (2017). Relatos de um pediatra neonatologista: Algumas especificidades da prematuridade. In T. C. B. Ruas (Org.), *Prematuridade extrema: Olhares e experiências* (pp. 66-83). Minha Editora.
- Ruas, T. (2017). O que significou a prematuridade extrema e a longa permanência em uma UTI Neonatal: Relatos da minha experiência como mãe. In T. C. B. Ruas (Org.), *Prematuridade extrema: Olhares e experiências* (pp. 23-53). Minha Editora.

- Sampaio, M. A., Amazonas, M. C. L. A., & Queiroz, E. F. (2019). Aplicações do método Bick de observação: Revisão sistemática da produção científica brasileira. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35(2), 1-11. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35414>
- Sanches, M. T. C., Costa, R., Azevedo, V. M. G. O., Morsch, D. S., & Lamy, Z. C. (Orgs.). (2015). *Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública*. Instituto de Saúde.
- Santos, A., Sampaio, J., Toscano, M. E., Lima, A. M. C., Amorim, M. S., & Leal, T. M. (2001). Amamentação obrigatória? Escutando mães e pediatras. In M. C. Camarotti (Org.), *Atendimento ao bebê: Uma abordagem interdisciplinar* (pp. 58-68). Casa do Psicólogo.
- Schermann, L. B., & Brum, E. H. M. (2012). Parentalidade no contexto do nascimento pré-termo: A importância das intervenções pais-bebê. In C. A. Piccinini & P. Alvarenga (Orgs.), *Maternidade e Paternidade: A parentalidade em diferentes contextos* (pp. 35-58). Casa do Psicólogo.
- Seligmann-Silva, M. (1991). A história como trauma. In A. Nestrovski & M. Seligmann-Silva (Orgs.), *Catástrofe e Representação* (pp. 73-98). Escuta.
- Seligmann-Silva, M. (2005). Literatura e trauma: Um novo paradigma. In M. Seligmann-Silva, *O local da diferença* (pp. 103-118). Editora 34.
- Silva, D. Q. (2013). A pesquisa em psicanálise: O método de construção do caso psicanalítico. *Estudos de Psicanálise* 39, 37-46. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0100-34372013000100004&script=sci_abstract
- Soares, J. P. O., Novaes, L. F. G., Araújo, C. M. T., & Vieira, A. C. C. (2016). Amamentação natural de recém-nascidos pré-termo sob a ótica materna: Uma revisão integrativa. *Revista CEFAC*, 18(1), 232-241. <https://doi.org/10.1590/1982-02162016181>
- Soler, C. (2012). *O inconsciente: O que é isso?* Annablume.

- Solis-Ponton, L. (2004). A construção da parentalidade. In L. Solis-Ponton (Org.), *Ser pai, ser mãe: Parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio* (pp. 28-40). Casa do Psicólogo.
- Soulé, M. (1987). O filho da cabeça, o filho imaginário. In T. B. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Schäppi & M. Soulé, *A dinâmica do bebê* (pp. 132-170). Artes Médicas.
- Souza, N. L., Araújo, A. C. P. F., Costa, I. C. C., Carvalho, J. B. L., & Silva, M. L. C. (2009). Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 729-33. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/13.pdf>
- Spehar, M. C., & Seidl, E. M. F. (2013). Percepções maternas no método canguru: Contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. *Psicologia em Estudo*, 18(4), 647-656. <https://www.scielo.br/j/pe/a/VtdgYXBtbyJfCmqGYBZrc7q/?format=pdf&lang=pt>
- Stern, D. N. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê*. Artes Médicas.
- Symington, J. (1997). A observação do lactente. In M. B. Lacroix & M. Monmayrant (Orgs.), *Os laços do encantamento: A observação de bebês, segundo Esther Bick e suas aplicações* (pp. 17-32). Artes Médicas.
- Szejer, M. (1997). *Nove meses na vida da mulher: Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. Casa do Psicólogo.
- Szejer, M. (1999). *Palavras para nascer: A escuta psicanalítica na maternidade*. Casa do Psicólogo.
- Tafari, M. I., Zavaroni, D. L., Varela, M. R. D., Ribas, M. C. C., Schauder, C., & França, J. (2012). Prevenção em perinatalidade: Uma pesquisa internacional. In T. C. Viana, G. S. Diniz, L. F. Costa & V. Zanello (Orgs.), *Psicologia clínica e cultura contemporânea* (pp. 366-379). Liber Livros. <http://www.psicc.unb.br/images/livros/psicologia-clinica-e-cultura-contemporanea.pdf>

- Teperman, D. (2020). Parentalidade para todos, não sem a família de cada um. In D. Teperman, T. Garrafa & V. Iaconelli (Orgs.), *Parentalidade* (pp. 89-105). Autêntica.
- Turato, E. R. (2010). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Vozes.
- UFRJ. Universidade Federal do Rio de Janeiro. (2020). *Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil - ENANI-2019: Resultados preliminares - Indicadores de aleitamento materno no Brasil*. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
<https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>
- Unicef Brasil. (2017). *Quem Espera, Espera*.
https://www.unicef.org/brazil/media/3751/file/Quem_espera_espera.pdf
- Vasconcellos, A. (2018). *O bebê, o psicanalista e a UTI Neonatal: Intervenção e transmissão em psicanálise*. Causa.
- Waksman, R. D., Schvartsman, C., & Troster, E. J. (2002). *A saúde de nossos filhos*. Publifolha.
- Warth, A. N., Bonfim, E. C. T., Reis, L.L., Abreu, M. G. B., & Matsuoka, O. T. (2013). O bebê prematuro. In A. D. Deutsch, M. F. P. S. Dornaus & R. D. Waksman (Orgs.), *O bebê prematuro: Tudo o que os pais precisam saber* (pp. 29-48). Manole.
- Wilheim, J. (1997). O prematuro na UTI Neonatal. In J. Wilheim, *O que é psicologia pré-natal?* (pp. 87-91). Casa do Psicólogo.
- Williams, G. As angústias catastróficas de desintegração, segundo Esther Bick. In M. B. Lacroix & M. Monmayrant (Orgs.), *Observação de bebês: Laços do encantamento* (pp. 37-39). Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1975). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 175-186). Imago. (Originalmente publicado em 1967)

- Winnicott, D. W. (1975). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 13-44). Imago. (Originalmente publicado em 1951)
- Winnicott, D. W. (1978). Desenvolvimento emocional primitivo. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 269-285). Francisco Alves. (Originalmente publicado em 1945)
- Winnicott, D. W. (1978). Preocupação materna primária. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 491-498). Francisco Alves. (Originalmente publicado em 1956)
- Winnicott, D. W. (1983). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 55-61). Artmed. (Originalmente publicado em 1962)
- Winnicott, D. W. (1983). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 79-87). Artmed. (Originalmente publicado em 1963)
- Winnicott, D. W. (1983a). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “self”. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 128-139). Artmed. (Originalmente publicado em 1960)
- Winnicott, D. W. (1983b). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 38-54). Artmed. (Originalmente publicado em 1960)
- Winnicott, D. W. (1990). A experiência do nascimento. In D. W. Winnicott, *Natureza humana* (pp. 165-172). Imago. (Trabalho original publicado em 1949)

- Winnicott, D. W. (1994). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In D. W. Winnicott, R. Shepherd & M. Davis (Orgs.), *Explorações psicanalíticas* (pp. 102-115). Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965)
- Winnicott, D. W. (1999). A contribuição da mãe para a sociedade. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 117-122). Martins Fontes. (Palestra proferida à rádio BBC em 1957).
- Winnicott, D. W. (1999). O aprendizado infantil. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 137-144). Martins Fontes. (Conferência sobre Evangelismo Familiar sob os auspícios do Christian Teamwork Institute of Education, no Kigswood College for Further Education em 5 de junho de 1968).
- Winnicott, D. W. (1999). O conceito de indivíduo saudável. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 03-22). Martins Fontes. (Palestra proferida na Royal Medico-Psychological Association, Psychotherapy and Social Psychiatry Section, em 8 de março de 1967).
- Winnicott, D. W. (1999). O preço de desconsiderar a pesquisa psicanalítica. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 171-182). Martins Fontes. (Palestra proferida na Conferência Anual da National Association for Mental Health, intitulada “O preço da saúde mental”, em 25 de fevereiro de 1965).
- Winnicott, D. W. (1999). O recém-nascido e sua mãe. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 29-42). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1964)
- Winnicott, D. W. (1999). Vivendo de modo criativo. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 23-51). Martins Fontes. (Palestra preparada para a Progressive League, 1970).
- Winnicott, D. W. (1978). Recordações do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 313-339). Imago. (Trabalho original publicado em 1949)

- Winnicott, D. W. (1997). Necessidades ambientais; os estágios iniciais; dependência total e independência essencial. In R. Shepherd, J. Johns & H. T. Robinson (Orgs.), *D. W. Winnicott - Pensando sobre crianças* (pp. 51-56). Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1948)
- Winnicott, D. W. (2017a). Amamentação. In D. W Winnicott, *A criança e o seu mundo* (6a ed., pp. 55-63). LTC. (Originalmente publicado em 1964)
- Winnicott, D. W. (2017b). O bebê como organização em marcha. In D. W. Winnicott, *A criança e o seu mundo* (6a ed., pp. 26-30). LTC. (Originalmente publicado em 1964)
- Winnicott, D. W. (2017c). Pormenores da Alimentação do Bebê pela Mãe. In D. W. Winnicott, *A criança e o seu mundo* (6a ed., pp. 49-54). LTC. (Originalmente publicado em 1964)
- Winnicott, D. W. (2017d). Um homem encara a maternidade. In D. W. Winnicott, *A criança e o seu mundo* (6a ed., pp. 15-18). LTC. (Originalmente publicado em 1964)
- Winnicott, D. W. (2017e). O mundo em pequenas doses. In D. W. Winnicott, *A criança e o seu mundo* (6a ed., pp. 76-82). LTC. (Originalmente publicado em 1964)
- Winnicott, D.W. (1999). A contribuição da psicanálise à obstetrícia. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 61-71). Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1957)
- Winnicott, D.W. (1999). A dependência nos cuidados infantis. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 73-78). Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1970)
- Winnicott, D.W. (1999). O ambiente saudável na infância. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 51-59). Martins Fontes. (Conferência apresentada em 1967).
- Winnicott, D.W. (1999). Saber e aprender. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 13-18). Martins Fontes. (Programa de rádio apresentado na BBC em 1950).
- Winnicott, D.W. (1999a). A amamentação como forma de comunicação. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 19-27) Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1968)

- Winnicott, D.W. (1999b). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: Convergências e divergências. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 79-92) Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1968)
- Winnicott, D.W. (1999c). A mãe dedicada comum. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 1-11) Martins Fontes. (Palestra apresentada em 1966).
- Winnicott, D.W. (1999d). A criança no grupo familiar. In D. W. Winnicott. *Tudo começa em casa* (pp. 123-144). Martins Fontes. (Palestra proferida na conferência da Associação das Escolas de Enfermagem, sobre “Progressos na educação primária-Oxford”, em 26 de julho de 1966).
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: Planejamento e método*. Bookman.
- Zen, E. T., & Motta, S. P. P. (2008). Intervenções precoces com recém-nascidos de risco. In D. B. Wanderley (Org.), *O cravo e a rosa: A psicanálise e a pediatria: Um diálogo possível?* (pp. 101-123). Ágalma.
- Zimerman, D. E. (2008). *Bion: Da teoria à prática: Uma leitura didática* (2a ed.). Artmed.
- Zornig, S. A. Z. (2012). Construção da parentalidade: Da infância dos pais ao nascimento do filho. In C. A. Piccinini & P. Alvarenga (Orgs.), *Maternidade e Paternidade: A parentalidade em diferentes contextos* (pp. 17-34). Casa do Psicólogo.
- Zornig, S. M. A. J., Morsch, D. S. M., & Braga, N. A. (2004). Parto Prematuro: Antecipação e Descontinuidade Temporal? In R. O. Aragão (Org.), *O bebê, o corpo e a linguagem* (pp.165-174). Casa do Psicólogo.
- Zygouris, R. (1995). Sortilégios da cena traumática. In R. Zygouris, *Ah! As belas lições!* (pp. 229-250). Escuta.

ANEXO A - Roteiro de entrevista com as mães**a) Dados Pessoais:**

Nome:

Idade:

Profissão:

Escolaridade:

Estado civil:

Procedência:

Número de filhos:

Idade e sexo do filho(a):

Data da entrevista:

b) Tópicos a serem investigados:

1. Me fale sobre a sua gravidez.
2. Como foi o nascimento do seu filho(a)?
3. Me conte sobre como está sendo a sua experiência em relação à amamentação do seu filho(a).
4. Como você percebe a intervenção dos profissionais de saúde da maternidade em relação à amamentação?

ANEXO B - Roteiro para observação na Unidade Neonatal

- Como é o ambiente físico nesse local?
- Posturas, gestos, atitudes, aparência física e comportamentos das mães nesse ambiente
- Como a mãe interage com o bebê prematuro nesse espaço? Ela olha para o bebê, segura-o no colo, conversa com ele, acaricia-o, sorri para ele, participa ativamente dos cuidados como troca de fraldas, amamenta-o ou ajuda na administração da alimentação artificial?
- Como é o “clima” das interações, especialmente no que se refere ao momento da amamentação?
- A mãe recebe auxílio da equipe para amamentar o bebê? Como isso acontece?
- O desejo em não amamentar a criança é expresso pelas mães? De que maneira a equipe de saúde lida com essa realidade?

ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - (TCLE) (Mães)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “O trauma do nascimento prematuro: uma visão psicanalítica sobre os desafios na amamentação de bebês internados em uma unidade neonatal”, de responsabilidade de Andréa Leão Leonardo-Pereira de Freitas, estudante de doutorado da Universidade de Brasília. O objetivo principal desta pesquisa é investigar as vivências das mães de bebês prematuros em relação à amamentação no contexto da UTI Neonatal. Assim, gostaria de consultá-lo/a sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-la. Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas, fitas de gravação ou filmagem, ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de observações, registros de imagens e entrevistas semi-estruturadas, que serão gravadas para posterior análise. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco. No entanto, pode haver algum desconforto mínimo causado pelo fato de você estar falando sobre um momento delicado em sua vida. Caso isso ocorra, a pesquisadora disponibiliza neste documento, seu telefone e e-mail de contato, para que você possa solicitar atendimento psicológico, oferecido por ela ou outro profissional de uma instituição, gratuitamente.

Espera-se com esta pesquisa produzir conhecimento científico acerca da temática proposta e divulgar os resultados do estudo.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone (061) 99993-0402 ou pelo e-mail leao.freitas@uol.com.br.

A pesquisadora garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de um encontro com local e horário definidos previamente, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília e pelo Comitê de Ética em Pesquisa- FEPECS/SES - DF. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/CHS: cep_chs@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com você.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO D - Termo de autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa

Eu, _____, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistada no projeto de pesquisa intitulado “O trauma do nascimento prematuro: uma visão psicanalítica sobre os desafios na amamentação de bebês internados em uma Unidade Neonatal”, sob responsabilidade de Andréa Leão Leonardo-Pereira de Freitas vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPG PsiCC), da Universidade de Brasília.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para análise por parte da pesquisadora, apresentações em conferências profissionais e/ou acadêmicas, atividades educacionais, etc. Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam eles televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e à pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e som de voz são de responsabilidade da pesquisadora responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com a participante.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO E - Aceite Institucional



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

O Dr. Wendel Antônio Alves Moreira, diretor do Hospital Regional de Taguatinga e a Dra. Ana Karla de Lira responsável pela UTI neonatal estão de acordo com a realização, nesta instituição, da pesquisa Amamentação e Prematuridade: um olhar psicanalítico sobre a vivência das mães de bebês prematuros, de responsabilidade da pesquisadora Andréa Leão Leonardo-Pereira de Freitas com a finalidade de investigar as vivências das mães de bebês prematuros em relação à amamentação no contexto hospitalar, em mães de pacientes da SES/DF, com previsão de início somente após a APRESENTAÇÃO do PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO emitido pelo CEP/FEPECS aos responsáveis pela pesquisa nesta instituição.

O estudo envolve:

- (X) realização de entrevista/questionário () administração de medicamentos;
() procedimentos clínicos ou cirúrgico () realização de exames laboratoriais ou de imagem;
(X) pesquisa em prontuários (X) outro: Observações, gravação de voz e imagem

O pesquisador responsável informa que o projeto de pesquisa está sendo analisado pelo CEP/FEPECS e **está ciente que as etapas do estudo (coleta de dados) envolvendo a SES-DF ou Entidades Vinculadas, somente poderão ser iniciadas** após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/FEPECS-DF e executadas conforme foi aprovado no projeto.

Brasília, 30 de outubro de 2019.

Pesquisador Responsável: _____

Andréa Leão de Freitas

Assinatura por extenso e/ou carimbo (legível)

Responsável da SES-DF ou Entidade Vinculada: _____

Assinatura e carimbo (legível)

Dra. Ana Karla de Lira
Pediatra - Neonatologia
CRM-DF 10914

Chefia responsável pela Unidade: _____

Assinatura e carimbo (legível)

Wendel A. A. Moreira
Médico
CRM-DF 19633
Diretor - HRT

**ANEXO F - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais
(CEP/CHS) da Universidade de Brasília**

UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Amamentação e Prematuridade: um olhar psicanalítico sobre a vivência das mães de bebês prematuros

Pesquisador: Andréa Leão Leonardo Pereira de Freitas

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18258919.5.0000.5540

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.795.238

Apresentação do Projeto:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado emitido em 02 de Outubro de 2019.

Objetivo da Pesquisa:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado emitido em 02 de Outubro de 2019.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado emitido em 02 de Outubro de 2019.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado emitido em 02 de Outubro de 2019.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado emitido em 02 de Outubro de 2019.

A pesquisadora ainda anexou a documentação exigida por Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS com aceite institucional para a realização da pesquisa em Hospital vinculado.

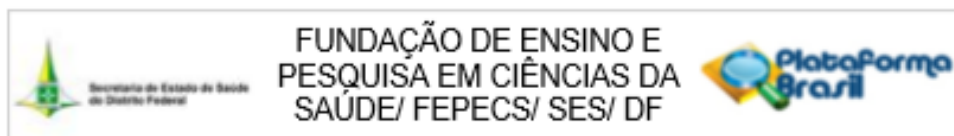
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa está aprovada pelo CEP/CHS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

ANEXO G - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa-FEPECS/SES - DF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Amamentação e Prematuridade: um olhar psicanalítico sobre a vivência das mães de bebês prematuros

Pesquisador: Andréa Leão Leonardo Pereira de Freitas

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18258919.5.3001.5553

Instituição Proponente: HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.921.385

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa de tese apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de doutora.

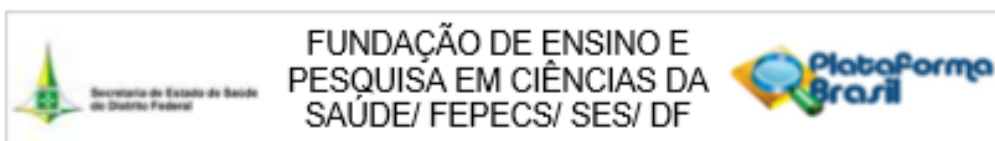
"A hipótese de trabalho é que independentemente de questões subjetivas e pessoais que escapam a consciência das mães e que são anteriores ao nascimento prematuro, esse acontecimento na vida da mulher constitui-se em um trauma que poderá repercutir negativamente na sua capacidade em amamentar o seu bebê. (...) Quando a criança nasce prematura, não há tempo para ocorrer a necessária transformação das representações maternas, que geralmente acontece no último trimestre de gestação, o que protege a mãe (e, conseqüentemente, o bebê) de possíveis conflitos entre o bebê real e o bebê imaginado na mente da mãe."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar a vivência das mães de bebês prematuros em relação à amamentação no contexto

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-2127 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Protocolo: 3.921.385

hospitalar

Objetivo Secundário:

- Contextualizar a amamentação no nascimento prematuro sob o olhar materno, identificando

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

*Riscos:

A Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde aponta que toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco (Brasil, 2012). Assim, como previsto pelo art. 16 do Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005) e pela Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa seguirá as recomendações éticas previstas nesses documentos. Apesar desta investigação não oferecer riscos de ocorrer nenhum dano aos seus participantes, pode haver algum desconforto mínimo causado pelo fato das entrevistadas estarem falando sobre um momento delicado em suas vidas. Caso isso ocorra, a pesquisadora disponibilizará no TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido seus telefones e e-mail de contato, para que elas possam solicitar atendimento psicológico gratuito em algum centro universitário, como o CAEP (Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos da Universidade de Brasília) ou o seu afastamento da pesquisa em qualquer etapa que ela se encontre. O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília e ao Comitê de Ética da FEPECS (Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde). A coleta de dados só terá início, após a aprovação de ambos. Em todas as fases do estudo, desde a redação do projeto bem como a pesquisa de campo e a descrição/interpretação dos estudos de caso, os cuidados éticos serão rigorosamente pensados, para evitar qualquer dano físico, psíquico ou social às participantes deste trabalho.

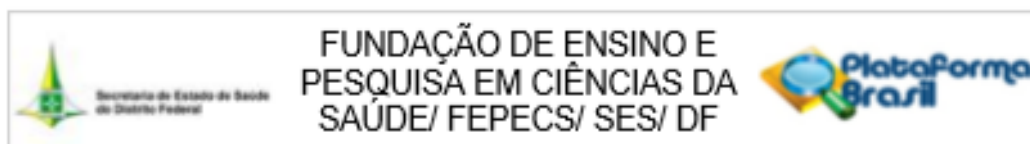
Benefícios:

Os benefícios consistem em produzir conhecimento científico acerca da temática proposta e divulgar os resultados do estudo. No que se refere às mães, acreditamos que o método de pesquisa psicanalítico, que vai além de oferecer a palavra, pressupondo um saber naquele que fala, possibilitará que as participantes se apropriem das suas histórias e experiências, permitindo que estas se renovem no ato da enunciação.*

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O método escolhido para a realização da pesquisa foi o psicanalítico, sob a forma de estudo de caso, com duas participantes mães não primíparas de bebês prematuros. Local: Hospital Regional

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS	CEP: 70.710-904
Bairro: ASA NORTE	
UF: DF	Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-2127	E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.921.385

de Taguatinga. A primeira etapa consiste na transcrição do discurso, neste caso deste estudo serão feitas as transcrições das entrevistas com as mães de bebês prematuros, que estejam amamentando-os. As próximas etapas são a codificação e a busca de um padrão nos dados, procurando produzir sentido analítico dos textos. A análise dos dados é pela análise de discurso.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de apresentação obrigatória foram apresentados adequadamente.

Recomendações:

—

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Equipe de pesquisa respondeu adequadamente às pendências apontadas em último parecer do CEP-FEPECS.

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1495959.pdf	16/02/2020 21:15:30		Aceito
Outros	10ModCartaRespostaPendenciasCEPF EPECS2.doc	16/02/2020 21:08:18	Andréa Leão Leonardo Pereira de Freitas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodelofepecs2.doc	06/02/2020 14:21:51	Andréa Leão Leonardo Pereira de Freitas	Aceito
Outros	CurriculumVitaeElianaFepecs.doc	18/11/2019 21:32:46	Andréa Leão Leonardo Pereira de Freitas	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

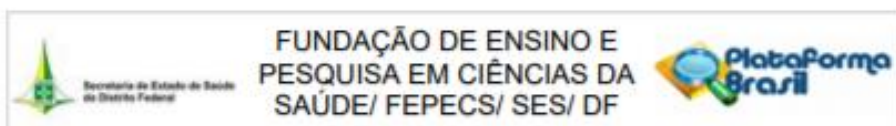
CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comfedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.021.385

Outros	curriculumvitaeeAndreamodelofepecs.doc	18/11/2019 21:32:04	Andréa Leão Leonardo Pereira de Freitas	Aceito
Outros	termodecompromissofepecsdigitalizada.j peg	18/11/2019 21:30:42	Andréa Leão Leonardo Pereira de Freitas	Aceito
Outros	aceiteinstitucionalfepecsdigitalizado.jpeg	18/11/2019 21:21:46	Andréa Leão Leonardo Pereira de Freitas	Aceito
Outros	termodeconcordanciaparticipantepepe cs.docx	18/11/2019 20:59:04	Andréa Leão Leonardo Pereira de Freitas	Aceito
Outros	cartadeencaminhamentofepecs.jpeg	18/11/2019 20:55:48	Andréa Leão Leonardo Pereira de Freitas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodelofepecs.doc	18/11/2019 20:49:50	Andréa Leão Leonardo Pereira de Freitas	Aceito
Outros	instrumentos.docx	30/07/2019 00:21:31	Andréa Leão Leonardo Pereira de Freitas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetcomitedeetica.docx	24/07/2019 21:27:22	Andréa Leão Leonardo Pereira de Freitas	Aceito
Outros	cep_CHS_rotreiro_relatorios.doc	24/07/2019 21:25:53	Andréa Leão Leonardo Pereira de Freitas	Aceito
Outros	CartadeRevisaoEtica.docx	24/07/2019 21:04:06	Andréa Leão Leonardo Pereira de Freitas	Aceito
Outros	cep_CHS_modelo_carta_de_encaminha mento.doc	24/07/2019 19:47:15	Andréa Leão Leonardo Pereira de Freitas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	cep_CHS_modelo_tcle.doc	24/07/2019 19:34:13	Andréa Leão Leonardo Pereira de Freitas	Aceito
Outros	AceiteInstitucionalAssinado.jpeg	24/07/2019 19:32:33	Andréa Leão Leonardo Pereira de Freitas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)2017-2127 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

APÊNDICE A - Planilha dos meios eletrônicos pesquisados

Nome	Tipo	Aspectos abordados	Inclui dificuldades relacionada à amamentação?	Mensagem prescritiva, normativa e impositiva?	Viés	Menciona Psicólogo?	Link
Prematuridade	Site - ONG	Como é a amamentação do bebê prematuro/ Dicas para amamentar	Sim	Sim	Físico	Não	https://www.prematuridade.com/index.php/interna-post/nutricao-6007?gclid=CjwKCAjwjqT5BRAP EiwAJlBuBfjqKtRMWLM-BFAKp9xSwXAD13vAbl IN-h0UG1dcqf27LwuOUoBoCg-4QAvD_BwE
Bebê - Abril	Site - Revista	Rotina intensa, benefícios da amamentação para prematuros, perfil do prematuro no país, como é feita a amamentação do bebê prematuro, dicas para conseguir amamentar	Sim	Sim	Ambos	Não	https://bebe.abril.com.br/amamentacao/amamentacao-do-bebe-prematuro-e-desafio-mas-beneficio-compensa-o-esforco/
Blog da Saúde - Ministério da Saúde	Blog - Ministério da Saúde	Benefícios do leite materno para a saúde do bebê, incentivo à doação de leite materno, benefícios físicos do aleitamento materno para a mãe	Sim	Sim	Físico	Não	http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53881-doar-leite-salva-vidas
Rede Nacional Primeira Infância	Site	Importância do incentivo da amamentação do bebê prematuro, benefícios multifuncionais, fortalecimento do vínculo mãe-filho, importância de uma rede de apoio para a mãe e o bebê prematuro	Sim	Sim	Ambos	Não	http://primeirainfancia.org.br/amamentacao-do-bebe-prematuro-e-possivel-e-precisa-ser-incentivada/
Aleitamento.com	Site/Portal	Dicas para amamentar o bebê prematuro, método Canguru, importância do leite materno para os bebês prematuros, diferentes tipos de aleitamento para bebês prematuros	Sim	Sim	Físico	Não	http://www.aleitamento.com/mae-canguru/conteudo.asp?cod=1064
Crescer	Site/Revista	Dificuldades para o aleitamento materno de prematuros, interação entre mãe-bebê, fases do aleitamento, características/rotina da UTI Neonatal	Sim	Não	Ambos	Não	https://revistacrescer.globo.com/Colunistas/Teresa-Ruas-Vida-de-Prematuro/noticia/2019/08/maes-de-uti-nao-basta-ter-amor-para-amamentar-diz-mae-de-dois-prematuros.html
Medela	Site/Loja Online	Importância do leite materno, dicas de amamentação e extração do leite, método canguru	Sim	Sim	Físico	Não	https://www.medela.com.br/amamentacao/jornada-da-mae/alimentacao-do-bebe-prematuro
IFF - Fiocruz	Site	Importância do leite materno, dicas para amamentação, indicação de livre demanda, interação dos pais, cuidados para utilizar o copinho, doação de leite materno.	Sim	Sim	Físico	Não	http://www.iff.fiocruz.br/index.php/8-noticias/381-amamentacao-prematuros
Pediatria para famílias - Sociedade Brasileira de Pediatria	Site	Como amamentar o bebê, aumento da produção de leite materno, importância da qualidade da alimentação da mãe.	Não	Sim	Físico	Não	https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/nutricao/amamentacao-de-prematuros/
Instituto PENSI - Saúde infantil	Site - Blog	Aborda o leite materno como continuidade de amor incondicional da mãe, incentivo a	Sim	Sim	Físico	Não	https://institutopensi.org.br/blog-saude-infantil/amamentacao-e-prematuridade/

		amamentação através do tema da Semana Mundial do Aleitamento Materno.					
Aleitamento Materno e Prematuridade - Sociedade de Pediatria de São Paulo	Site	Benefícios do leite materno, manutenção da lactação, prescrição adequada do leite.	Sim	Sim	Físico	Não	https://www.spsp.org.br/2011/09/15/aleitamento-materno-e-prematuridade/
Tetê nosso de cada dia	Site	Benefícios do leite materno, estratégias de amamentação de bebês prematuros	Sim	Sim	Ambos	Não	http://www.tetenossodecadadia.com.br/prematuridade-e-os-desafios-da-amamentacao/
Correio Brasileiro - Blog da Primeira Infância	Blog	Importância do leite materno para a saúde de prematuros, diferenças do leite de mães de prematuros, dicas de aleitamento de bebês prematuros	Sim	Sim	Físico	Não	https://blogs.correiobrasileiro.com.br/primeirainfancia/2019/08/07/bebe-prematuro-tambem-deve-ser-amamentado-confira-orientacoes/
Diário de Pernambuco	Jornal Online	Dificuldades emocionais e físicas no aleitamento de prematuros, importância do vínculo afetivo mãe-bebê, importância do leite materno para o desenvolvimento do bebê	Sim	Sim	Ambos	Não	https://www.diariodepernambuco.com.br/noticia/vidaurbana/2015/09/a-importancia-do-leite-materno-para-o-desenvolvimento-dos-bebes-prematuros.html
Notícias R7	Portal de notícias	Promoção da doação do leite materno para bebês prematuros, benefícios do leite materno para bebês prematuros, benefícios do aleitamento para a mulher	Sim	Sim	Físico	Não	https://noticias.r7.com/saude/ministerio-lanca-campanha-de-doacao-de-leite-materno-para-bebes-prematuros-20052015
A Crítica	Site/Portal	Importância da doação do leite materno para bebês prematuros cujas mães tiveram dificuldades em amamentar, benefícios do leite materno, importância da conscientização às parturientes	Sim	Sim	Físico	Não	https://www.acritica.com/channels/cotidiano/new/s/leite-materno-doador-ajuda-na-recuperao-de-bebes-prematuros-em-uti
Mães de peito por Giovanna Balogh	Site	Dicas de amamentação, benefícios do método canguru, técnica do leite posterior	Sim	Sim	Ambos	Não	https://www.maesdepeito.com.br/o-que-as-maes-de-prematuros-precisam-saber-para-amamentacao-dar-certo/
Folha - MT - Agroindústria	Site	Eficácia do leite materno para o desenvolvimento cerebral de bebês prematuros, benefícios do contato pele a pele entre mãe-bebê.	Sim	Sim	Físico	Não	http://www.folhamt.com.br/artigo/353327/AMAZONA-S--Prematuros-alimentados-com-leite-materno-apresentam-melhor-desenvolvimento-cerebral
Governo do Estado do Ceará	Site	Importância do acompanhamento fonoaudiológico, amamentação através da sonda.	Sim	Sim	Físico	Não	https://www.ceara.gov.br/2020/08/31/bebes-prematuros-recebem-acompanhamento-fonoaudiologico-durante-amamentacao/
Paranashop	Site - Portal	Benefícios do leite materno para prematuros, vínculo mãe-bebê, método canguru, importância da disponibilidade e suporte da família e dos profissionais de saúde, dicas para o aleitamento.	Sim	Sim	Ambos	Não	https://paranashop.com.br/2019/07/amamentacao-do-bebe-prematuro-e-possivel-e-precisa-ser-incentivada/
Minha vida	Site	Importância da qualidade da alimentação da mãe, como deve ser feita a ordenha, como oferecer o leite materno.	Não	Sim	Ambos	Não	https://www.minhavidacom.br/familia/listas/35031-10-dicas-para-dar-leite-materno-ao-prematuro
Portal UTI Infantil	Site - Portal	Incentivo do aleitamento materno, destaque dos prejuízos dos bebês pré-termo que não são	Não	Sim	Físico	Não	http://utiinfantil.com.br/artigos/titulo/comeca-sempre-com-amor-22

		amamentados com leite materno, culpabilização de mães que não amamentam.					
Governo do Estado do Ceará	Site	Relato de uma mãe de prematuro, cuidados com a Covid-19, importância da equipe multidisciplinar na UTI Neonatal	Sim	Sim	Ambos	Sim	https://www.ceara.gov.br/2020/07/08/atendimento-especializado-e-estimulos-afetivos-ajudam-na-recuperacao-de-bebes-prematuros/
Vacina Center	Site	Incentivo da amamentação, benefícios do leite materno, diferenças do leite de mães de bebês pré-termo e a termo	Sim	Sim	Ambos	Não	https://vacinacenter.com.br/site/amamentacao-do-prematuro-precisa-ser-incentivada/
Eu Apoio Leite Materno	Site	Benefício do aleitamento materno para a estrutura e função do coração de bebês prematuros	Não	Sim	Físico	Não	https://euapoioteletematerno.wordpress.com/2017/04/17/aleitamento-materno-e-o-melhor-para-o-coracao-dos-bebes-prematuros/
Elsevier - Revista Paulista de Pediatria	Revista	Importância do leite materno, suporte nutricional e da assistência hospitalar para bebês pré-termo. Necessidade de acompanhamento da equipe de saúde para manutenção do aleitamento após a alta hospitalar da mãe e bebê.	Não	Sim	Físico	Não	https://www.elsevier.es/es-revista-revista-paulista-pediatria-209-articulo-aleitamento-materno-em-prematuros-politica-S0103058216000277
Pediatra Orienta	Site	Propriedades e benefícios do leite materno, cuidados necessários com bebês prematuros, benefícios da amamentação direta no seio materno, importância de redes de apoio para as mães	Sim	Sim	Ambos	Não	https://www.pediatraorienta.org.br/marco-lilas-prematuridade-e-aleitamento-materno/
Banco da Saúde	Site	Desafios de bebês prematuros e de mães de bebês prematuros no processo de amamentação, benefícios do leite materno	Sim	Sim	Ambos	Não	https://www.bancodasaude.com/noticias/como-superar-os-desafios-que-apresenta-um-parto-prematuro-no-aleitamento-materno/
Blog da Saúde - Ministério da Saúde	Blog	Benefícios do leite materno, incentivo à amamentação.	Não	Sim	Ambos	Não	http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/52830-amamentacao-e-vida-a-importancia-do-leite-materno-no-cuidado-de-bebes-prematuros
UFSC- Serviço de Apoio à Amamentação	Site - Portal	Novembro Roxo, importância dos profissionais de saúde na assistência neonatal, dicas de ordenha.	Não	Sim	Ambos	Não	https://saam.paginas.ufsc.br/novembro-roxo/
Biocodex - Microbiota Institute	Site	Benefícios do aleitamento materno na microbiota intestinal e oral de bebês prematuros	Não	Sim	Físico	Não	https://www.biocodexmicrobiotainstitute.com/pt-pt/publica%20A7oes/prematuridade-amamentacao-pode-fazer-diferenca
Projeto Sempre Materna	Site	Dicas para o aleitamento materno em bebês prematuros, importância da qualidade da alimentação da mãe, como deve ser feita a ordenha e como oferecer o leite materno.	Não	Sim	Ambos	Não	http://www.semprematerna.com.br/10-dicas-para-amamentacao-de-prematuros/

Fonte: elaborada pela autora.