

Brenda Garcia Costa

**A vivência de amamentação de mães de neonatos prematuros internados na
UTIN do HCUFU**

Uberlândia

2020

Brenda Garcia Costa

**A vivência de amamentação de mães de neonatos prematuros internados na
UTIN do HCUFU**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.
Orientadora: Profa. Dra. Juçara Clemens.

Uberlândia

2020

Brenda Garcia Costa

**A vivência de amamentação de mães de neonatos prematuros internados na
UTIN do HCUFU**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Juçara Clemens

Banca Examinadora

Uberlândia, 09 de dezembro de 2020

Profa. Dra. Juçara Clemens (Orientadora)
Universidade Federal de Uberlândia – MG

Profa. Dra. Miriam Tachibana (Examinador)
Universidade Federal de Uberlândia – MG

Ma. Marisa Beatriz Leonetti Marantes Sanchez
(Examinador)

Uberlândia
20202

Dedicatória

Cresci numa família matriarcal, com avó, mãe e tias. Tive apenas uma figura masculina, meu avô, já falecido, que fez um ótimo papel paterno pra mim. Fora isso, tive mulheres, inúmeras mulheres, milhares delas, que carrego dentro de mim e que me antecederam, eu agradeço enormemente por terem me proporcionado a liberdade que tenho hoje para ser quem eu quiser. Meu maior legado vai ser viver e fazer tudo com amor – é o maior presente que posso lhes dar. Eu as honro. Honro Zilda, Kate, Kelly, Karina, Juçara, Manuela e todas as outras que não conheci e ainda hei de conhecer. Obrigada.

RESUMO

A amamentação, para além da nutrição, se presentifica para o sujeito desde muito cedo, contribuindo também para a sua constituição psíquica. O contato intenso e muito próximo do bebê com sua mãe, que na maioria das vezes é quem o alimenta, contribui num sentido amplo para seu desenvolvimento. Contudo, nem sempre esse momento tão íntimo entre mãe e filho ocorre como o previsto. Por fatores diversos, alguns bebês precisam ser hospitalizados logo após o nascimento, interferindo diretamente em muitos aspectos na amamentação. Então, essa pesquisa, de caráter qualitativo, inspirada na teoria psicanalítica, teve como objetivo investigar a vivência da amamentação de mães de neonatos prematuros internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, atendidas pelo Banco de Leite Humano, a partir da análise de material de quatro entrevistas semi-dirigidas, no intuito de conhecer os aspectos relacionados à rotina de amamentação dessas mulheres-mães cujos bebês estão hospitalizados. Nessa análise foram evidenciados elegidos seis pontos que se destacaram para serem discutidos, sendo eles: a amamentação; a comunicação da dupla mãe-bebê; a transição domiciliar; a presença da religiosidade e o desamparo; a ausência paterna.

Palavras-chaves: amamentação; relação mãe-bebê; neonatos prematuros.

ABSTRACT

Breastfeeding, in addition to nutrition, presents itself to the subject from an early age, also contributing to their psychic constitution. The intense and very close contact of the baby with his mother, who most often is the one who feeds him, contributes to his development. However, this intimate moment between mother and child does not always occur as expected. For various reasons, some babies need to be hospitalized, when they born, interfering in many aspects of breastfeeding. So, this qualitative research, inspired by psychoanalytic theory, aimed to investigate the breastfeeding experience of mothers of premature newborns admitted to the Neonatal Intensive Care Unit of the Federal University of Uberlandia Clinical Hospital, served by the Human Milk Bank, from the analysis of material from four semi-directed interviews, in order to know the aspects related to the breastfeeding routine of these women-mothers whose babies are hospitalized. In this analysis, six points were highlighted that stood out to be discussed, namely: breastfeeding; the communication of the mother-baby pair; the home transition; the presence of religiosity and helplessness; paternal absence.

Keywords: breast-feeding; mother-baby relationship; premature neonates.

Sumário

1 Introdução	8
2 Método	16
3 Resultados e Discussão	21
4 Conclusões	33
Referências.....	35
Anexo I.....	40

1 Introdução

*“Vamos viver mais hoje,
meu filho...”
Maria Luz (2019)*

A pesquisa “A vivência de amamentação de mães de neonatos internados na UTIN do HCUFU” derivou de um projeto de extensão realizado no Banco de Leite Humano (BLH) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCUFU). O projeto teve início no primeiro semestre de 2019. Nessa ação de extensão foi ofertado o acolhimento psicológico das mães usuárias do serviço, no intuito de que elas pudessem falar/contar sobre suas vivências de amamentação, as quais muitas vezes trazem algum sofrimento psíquico. Chamou nossa atenção que muitas dessas mães recebiam orientações para a ordenha – assim chamada a estimulação das mamas para o aleitamento – oferecidas pelas técnicas do BLH, devido aos bebês estarem internados na UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal). A amamentação nesses casos levava um tempo maior para ocorrer devido à prematuridade de muitos desses bebês.

O Banco de Leite Humano do Hospital das Clínicas de Uberlândia (BLH-HCUFU) foi criado em 1988, no setor de lactário, com o objetivo de apoiar e promover o aleitamento materno, além de incentivar a doação de leite humano para bebês que se encontravam internados nas UTINs da cidade de Uberlândia e, posteriormente, na região. O leite materno doado passa por um processo rigoroso de coleta, processamento e controle de qualidade.

As mães podem também procurar o BLH para esclarecer dúvidas sobre o amamentar. Atualmente, há um serviço de informações, chamado Disque Amamentação, no qual extensionistas, alunos de diversos cursos da área de saúde, esclarecem as dúvidas via telefone, além de contar com programas de estágios e residências para estudantes e profissionais de diferentes áreas, tais como: nutrição, psicologia, odontologia, fonoaudiologia, entre outros.

Diversas áreas do conhecimento se mostram interessadas pelo aleitamento materno, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde do Brasil (MS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), os quais, de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), destacam que o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade do bebê é de suma importância para seu crescimento saudável. A partir dessa idade pode ocorrer a complementação com outros alimentos, mas mantendo o aleitamento materno até o segundo ano de vida da criança. (Brasil, 2002; OPAS, 2003).

Segundo a OPAS (2018), quando a amamentação é iniciada durante a primeira hora de vida, ela auxilia na redução da mortalidade neonatal e protege o recém-nascido contra infecções e desnutrição, sendo o leite materno uma importante fonte de energia e nutrientes para crianças de zero a 24 meses.

Blencowe et al. (2012) apontam que as principais causas das mortes neonatais e por outras morbidades (paralisia cerebral, deficiências cognitiva, auditiva e de aprendizagem) são ocasionadas pelo nascimento prematuro. Contudo, o avanço tecnológico implementado nas UTINs repercutiu numa maior sobrevivência dos recém-nascidos prematuros, reduzindo a morbimortalidade em seus crescimentos e desenvolvimentos.

Junto ao avanço tecnológico implementado nas UTINs, há a presença de dois importantes aliados na sobrevivência dos bebês prematuros que associam duas intervenções de baixo custo muito eficientes: o aleitamento materno exclusivo (AME) e o método canguru. A estimativa é de que essas ações chegam a salvar cerca de 450.000 crianças por ano (WHO, 2012).

Porém, Costa, Chagas e Souza (2009) trazem que o processo de internação dos bebês prematuros pode, por um lado, cuidar de modo específico dos aspectos maturacionais ainda não disponíveis ao bebê pela sua prematuridade; por outro, pode ocasionar múltiplos sentimentos em suas mães, tais como: alegria, tristeza, confusão e desespero. Essa multiplicidade advém de

alguns fatores como: a condição do bebê, a saúde emocional da mãe, a relação entre os pais com a equipe de saúde e a rede de apoio social que perpassa essa família. Os autores citados também afirmam que os bebês que ficam nas UTINs são aqueles que apresentam baixo peso, patologias, pré-termos, malformações ou outras situações clínicas que fazem com que o neonato necessite de algum auxílio para sobreviver.

Essas condições adversas, nas quais o bebê não vai diretamente para casa e/ou pode sofrer algum risco de morte, podem ampliar o confronto com as idealizações feitas sobre o bebê, durante a gravidez, pela mãe, contrastando com os primeiros contatos reais dela com seu(sua) filho(a). Cypriano e Pinto (2011) apontam que, independentemente do contexto em que vive, da história da gestante e de seus afetos pelo bebê, é comum a mulher ter expectativas sobre como será seu bebê após o nascimento. Para os autores, essas expectativas são embasadas em projeções, nas quais a mulher fantasia seu bebê, o idealiza, o imagina. Por ocasião do nascimento, essas expectativas são confrontadas com a realidade e com esse bebê idealizado. Assim, nos sentimentos da mãe para com seu(sua) filho(a), pode haver um embate maior ou menor entre esses “dois bebês”, aquele idealizado e aquele real, que acaba de nascer:

É esse bebê imaginário, portador de uma história transgeracional, que vai “receber” o bebê real. Os pais constroem um lugar para seu filho a partir do bebê imaginário, ou seja, projetam nessa criança as suas fantasias e expectativas e a recebem, na maioria das vezes, num lugar desejado. Esse “preenchimento” dado pelo desejo é muito importante para a construção do narcisismo primário, é fundamental para que a criança, ao ser cuidada, possa reconhecer a imagem de um bebê amado pelos pais, em especial pela mãe (Cypriano & Pinto, 2011, p. 6).

Os autores destacam não ser esse um movimento afetivo apenas das mães, mas de ambos os pais. Porém a mãe é solicitada, neste momento do encontro com o bebê, não apenas nos seus afetos, mas também com seu corpo em todo o trabalho de parto, no momento do parto e ainda depois dele. A mãe de um bebê a termo, que nasce com o tempo de gestação entre 38 e 41 semanas, já tem uma tarefa que é a de acolher o bebê real, aquele que nasceu e que não corresponderá a todas as suas fantasias e expectativas. Essa tarefa pode ser tanto ou mais trabalhosa de acordo com a distância entre o imaginário da mãe e o bebê que ela tem em seus

braços. O bebê prematuro e que, pela não maturação de suas condições para o viver, necessita ficar internado na UTIN, afastado da rotina da vida da mãe, a qual terá que se adaptar às necessidades daquele momento do bebê, solicita um trabalho psíquico e físico bem maior da mãe.

Segundo Brazelton e Cramer (1992), durante os nove meses de gestação, a mãe pode alimentar dúvidas, ambivalências e receios a respeito do filho, assim como também fantasiar a vinda de uma criança perfeita. Quando nasce um bebê a termo, o vínculo, que foi se estabelecendo à medida que o feto se desenvolvia ainda no útero da mãe, pode se fortalecer a cada dia que passa. Já quando há alguma intercorrência, seja por prematuridade, por algum tipo de doença grave ou malformação congênita, e esse bebê tem que ficar sob os cuidados de uma UTIN, é como se, para a mãe, se confirmassem todos os temores presentes no período de gestação. Nesse momento, é preciso que a mãe trabalhe o luto pela perda do filho idealizado (Debray, 1988; Soulé, 1987). Assim, Souza e Barros (1999), apontam que:

De repente, o primeiro colo desse bebê é a incubadora. Esse bebê que esperavam estar acariciando, mostrando aos familiares e amigos, está cheio de fios, picado por agulhas, sob luzes, aparelhos sofisticados e correndo risco de morrer (p.132).

A imagem linda de uma mãe com seu bebê no colo, tão imaginada, sonhada e também divulgada com intensidade em qualquer meio midiático e nas redes sociais, é confrontada com a imagem do seu bebê no cenário da UTIN e que pode ainda estar em risco de vida. Então, Fleck e Piccinini (2013) enfocam a importância de a mãe se dedicar ao bebê real para que, gradativamente, se desfaçam suas fantasias sobre seu bebê imaginário, bem como ela possa se vincular ao bebê tal como ele é. Caso isso ocorra de maneira gradual, com menor interferência possível, a mãe conseguirá introjetar no bebê real seus sentimentos e anseios.

Holanda (2004) aborda esse afastamento entre mãe e bebê, fruto dessa internação precoce, mesmo que necessário para a saúde física da criança, será elaborado de modo singular por cada mulher-mãe, a partir das condições das respostas do bebê ao tratamento médico, das

fantasias da mãe em relação ao seu bebê e dos seus enfrentamentos em relação à maternidade e ao feminino.

Barros e Trindade (2007) relatam sobre a rotina de mães com bebês em UTINs e o sofrimento causado pelo distanciamento da casa, caso essas mulheres tenham mais filhos. As mães que fazem total questão de permanecerem na UTIN carregam consigo a ideia de que a presença delas ali é imprescindível para a recuperação do bebê. A esse fato que podemos atrelar a construção social, a qual pode ser reforçada pela equipe médica. É uma construção que, além de ser perigosa – já que a mãe adquire uma responsabilidade na recuperação do recém-nascido, abrindo espaço para o sentimento de culpa e angústia caso esse bebê venha a ter sequelas ou falecer – também afasta a figura paterna no processo de recuperação da criança, reforçando ainda mais a figura da mãe como única e exclusiva, como se somente ela tivesse o poder de cuidar daquele filho.

No ambiente de UTIN, conforme Santos (2009), a angústia aparece diante das faltas de garantia de vida e de morte, e isso dificulta aos pais nomear o que sentem. Barros e Trindade (2007) abordam o despreparo da equipe de saúde no que diz respeito ao atendimento da família, principalmente da mãe. Quando a equipe se dirige à mãe, é apenas para orientá-la a respeito de como se comportar na UTIN: o que fazer, como fazer e quando fazer. Como a prioridade é do recém-nascido, as mães perdem seu espaço e não conseguem dialogar ou expressar seus sentimentos, que podem ser de frustração, cansaço, raiva, medo, entre outros. Assim, se faz importante que a equipe hospitalar consiga acolher e cuidar desses pais, que se encontram indefesos e atemorizados (Caron, 2000; Guedeny & Lebovici, 1999). A partir do momento em que o bebê é percebido fora da mãe, é necessário que os pais atualizem suas expectativas sobre ele, sejam elas boas ou ruins, mas levando em conta aquele bebê real. Considerando isso – e não somente isso –, é necessária uma atenção para os aspectos que influenciam na construção

da maternidade e da paternidade, de modo que seja possível incluir o bebê na história familiar dos pais.

A situação da permanência do recém-nascido na UTIN traz interferências no relacionamento direto entre os pais e o bebê. Anteriormente a criança estava unida à mãe, e, repentinamente, além do rompimento corporal, há também momentos raros de contato físico, tornando a realidade muito diferente daquilo que havia sido idealizada. Cypriano e Pinto (2011) destacam a importância da sensibilidade e do auxílio da equipe no momento da primeira visita dos pais ao bebê no ambiente hospitalar, visto que é nesse momento que há um reconhecimento mútuo e os pais têm contato com seus filhos.

Pinto et al., (2009) reafirmam a realidade distinta do imaginado – que seria a mãe voltar para casa junto com o seu bebê, ambos com saúde, para a de internação do recém-nascido em UTINs – como fator gerador de altos índices de transtornos como ansiedade, disforia e depressão nas mães, tornando-as mais fragilizadas. Há a possibilidade de os recursos psíquicos da mãe não serem suficientes para lidar com esse choque de realidades, e sintomas físicos e psíquicos podem vir a se manifestar na mãe. Logo, essas respostas não podem ser consideradas anormais, e sim respostas previsíveis diante da intensidade dos afetos despertados pela situação em que se encontra o bebê e o que mobiliza afetivamente na mãe (Brazelton, 1988).

Winnicott (1956/2000) enfatiza que, nos meses finais da gestação até alguns meses após o parto, a mãe entra em um estado psicológico especial denominado *preocupação materna primária*, que poderia ser comparada a uma doença regressiva saudável, onde a mãe desloca toda a sua atenção, antes dirigida a diversos interesses, para esse novo bebê. Nesse estado, a mãe se torna sensível a todas as necessidades básicas a serem supridas desse recém-nascido, além de estabelecer, em conjunto, um novo ritmo de vida e uma comunicação com seu bebê.

A base para a teoria do desenvolvimento humano, de acordo com Winnicott (1968/2006), sustenta-se na continuidade do ser, que antecede o parto concreto e vai para além

dele, acompanhando o processo maturativo de um novo ser. Para que o potencial herdado seja continuamente desenvolvido, é necessário um ambiente que seja facilitador. Dito de outro modo, ao nascer, o bebê ainda não compreende os limites entre o eu e o não eu, nem o vínculo entre psique e corpo. Assim, a continuidade do ser depende de outra pessoa, aquela que se disponibiliza aos cuidados do bebê e que se identifica com as necessidades dele. Essa pessoa é a que se disponibiliza para o estado de preocupação materna primária; em nossa cultura, essa pessoa predominantemente é ainda a mãe, assim como todas as participantes desta pesquisa.

Para que esse estado de sensibilidade se efetive, Winnicott (1968/1999) diz que é necessário que a mãe esteja disponível no tempo e no espaço, não bastando só estar fisicamente presente, mas também emocionalmente, mantendo uma postura constante dentro de certo período de tempo, para que o bebê não vivencie uma intensidade de afetos, pois ele ainda não possui estrutura suficiente para elaborá-los.

Devido a isso, a mãe deve desempenhar suas tarefas junto ao bebê de um modo suficientemente bom, como nomeia Winnicott (1964/2018) para uma maternagem suficientemente boa. Assim, ela consegue realizar funções como segurar o bebê de uma forma firme e aconchegante (*holding*) e suprir suas necessidades básicas de sobrevivência física e emocional (*handling*). O autor também traz que a amamentação seria apenas uma parcela dessa vasta questão, contudo, o que se poderia dizer é que a criança iniciaria sua vida bem, caso os recursos ambientais disponíveis para ela sejam suficientemente bons.

Assim, Gomes, Quayle, Neder, Leone e Zugaib (1997) apontam que, enquanto a mãe não pode segurar o filho que se encontra na UTIN, o contato físico por meio do toque é aconselhável e desejado, assim como os cuidados para manter a produção do leite materno. O armazenamento deste deve ser estimulado e, quando possível, o leite deve ser dado por sonda, até o momento em que, então, a mãe possa segurá-lo e amamentá-lo. Isso contribui para a manutenção do vínculo, pois a mãe se sente satisfeita em dar algo que é seu, tal como acontece

com muitos dos bebês nascidos a termo e que são amamentados pela mãe com a menor interferência possível do ambiente e de outras pessoas. Isso ajuda a mãe a não se sentir excluída, minimizando sua insegurança e tornando-a mais participativa no cuidado com o filho.

Diante dos aspectos apresentados, esta pesquisa teve como objetivo acolher a vivência de amamentação das mães de neonatos internados em UTI neonatal, as quais buscaram os serviços do Banco de Leite Humano do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCUFU) para a amamentação. Teve como objetivos específicos: a) conhecer como é a rotina de amamentação das mães com filhos internados na UTI neonatal; b) identificar aspectos que facilitam e/ou dificultam a relação da mãe com o bebê internado; c) identificar aspectos que facilitam e/ou dificultam a amamentação.

2 Método

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo comitê de Ética em Pesquisa, respeitando todos os procedimentos éticos para Pesquisa em Psicologia com Seres Humanos contidos na Resolução nº 016/2000, do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 466/2012, com **CAAE**: 14811619.2.0000.5152.

No presente trabalho, o método adotado foi o qualitativo, utilizando como referencial teórico a psicanálise. Turato (2000) apresenta que os métodos qualitativos possuem cerca de um século, surgindo a partir de estudos antropológicos, culturais e psicanalíticos. Ele também afirma que para o pesquisador qualitativo não bastam os fatos (os dados), mas é preciso escutar os sentidos dados pelas pessoas, inseridas em sua cultura e no seu tempo.

Fabio Herrmann (1988) proferiu acerca dos tipos de trabalho que, no âmbito acadêmico, definem-se como psicanalíticos. Ele afirma que se pode acompanhar nas universidades três tipos de modalidades investigativas que se autodenominam psicanalíticas. A primeira consiste em estudos ditos “teóricos” sobre textos psicanalíticos; a segunda corresponde a pesquisas positivistas que abordam temas psicanalíticos; já a terceira é preenchida por trabalhos que fazem uso do método psicanalítico, dentro ou fora de dispositivos de atendimento. Esta pesquisa se embasa no terceiro tipo de pesquisa, fora do *setting* clássico de atendimento, mas inspirada no método psicanalítico.

As bases desse terceiro tipo de pesquisa estão bem estabelecidas, tanto numa vertente propriamente clínica como na vertente denominada clínica extensa, que corresponde à investigação da sociedade e da cultura (Herrmann, 1979; 1989). O autor afirma que a psicanálise se constitui como um método de investigação sobre processos concretos e encarnados de produção de sentidos emocionais. Esse argumento suporta as propostas investigativas de fenômenos que ocorrem dentro e fora de enquadres de atendimentos clínicos

(Herrmann, 1979). A psicanálise longe do *setting* terapêutico, conforme destaca Rosa (2004), também é chamada de:

[...] psicanálise extramuros ou em extensão diz respeito a uma abordagem – por via da ética e das concepções da psicanálise – de problemáticas que envolvem uma prática psicanalítica que aborda o sujeito enredado nos fenômenos sociais e políticos, e não estritamente ligado à situação do tratamento psicanalítico (p. 331).

Optamos por realizar nossa investigação dentro dessa configuração, pois abrange a pesquisa de um possível sofrimento psíquico, individual e coletivo, de mães cujos bebês estão internados na UTIN e podem vir a ter dificuldades na amamentação.

Como afirmam Rosa e Domingues (2010), a pesquisa psicanalítica circunda a experiência das entrevistadas, suas falas sobre essas experiências bem como a escuta feita pela pesquisadora – relatos através de narrativas e aspectos transferenciais da escuta, que são transcritos, num formato de texto.

Laplanche e Pontalis (2011) falam que a regra da atenção, que se faz (uniformemente) flutuante, se dá na maneira pela qual o analista deve escutar o analisando: “[...] não se deve privilegiar a priori qualquer elemento do discurso dele, o que implica que deixe funcionar o mais livremente possível a sua própria atividade inconsciente e suspenda as motivações que dirigem habitualmente a atenção” (p. 40). Birman (1994) destaca que a técnica psicanalítica auxilia na pesquisa em dois aspectos: na fala livre da participante da pesquisa, a partir das perguntas disparadoras, mas que não limita nem cerceia para que ela possa contar sobre suas vivências; e na atenção flutuante da pesquisadora diante da fala das entrevistadas, assim como na leitura dos textos gravados e transcritos após cada entrevista. Esses aspectos possibilitam um deslocamento do lugar do saber, que se encontra sempre com quem fala, ainda que as pesquisadas não saibam nada sobre isso. No caso desta pesquisa, a pesquisadora, apesar de ter perguntas disparadoras para as mães sobre suas amamentações, se disponibiliza a escutar não somente suas falas, mas toda e qualquer manifestação delas durante o contato, deixando-se levar pelo fio condutor das associações da fala das entrevistadas.

Rosa e Domingues (2010) indicam que a transferência é o fundamento comum para o tratamento e também para o contexto de pesquisa psicanalítica. Então, a diferença entre esses dois contextos seria o manejo desse fenômeno. Nesse sentido, a investigação nesta pesquisa se instrumentalizou a partir do conhecimento de aspectos do funcionamento e das forças atuantes no psiquismo de cada mulher-mãe pesquisada. Tal conhecimento pode contribuir para a compreensão do sofrimento relacionado à vivência da amamentação de neonatos internados, bem como das manifestações inconscientes das mães. Para a psicanálise, um de seus pressupostos é o de que o sujeito é cindido:

A diferenciação do psíquico em consciente e inconsciente é a premissa básica da psicanálise [...] a psicanálise não pode pôr a essência do psíquico na consciência, mas é obrigada a ver a consciência como uma qualidade do psíquico, que pode juntar-se a outras qualidades ou estar ausente (Freud, 1923/2011, p. 15).

Para Freud (1923) a transferência é um fenômeno humano geral, decisivo para o êxito de toda influência psicanalítica, inclusive governa as relações de uma pessoa com o seu ambiente humano, no nosso caso, esta pesquisa.

Para Iribarry (2003), a transferência instrumentalizada:

[...] é o processo por meio do qual o pesquisador se dirige ao dado de pesquisa situado pelo texto dos colaboradores e relaciona seus achados com a literatura trabalhada e procura, além disso, elaborar impressões que reúnem as suas expectativas diante do problema de pesquisa e as impressões dos participantes que fornecem suas contribuições na forma de dados coletados (p. 129).

Então, para Costa e Poli (2006) uma pré-condição para realizar uma pesquisa em psicanálise é que a entrevista esteja pautada no “sujeito inconsciente”, que é resultante de um laço discursivo produzido na transferência, e para isso deve-se saber que:

Operar com o inconsciente implica, pois, a suposição de um saber que ‘não se sabe’ mas que é suposto. As condições de produção de conhecimentos sobre este ‘insabido’ são internas ao campo relacional que o constitui. A isso denominamos em psicanálise ‘transferência’. Não é, pois, um saber prévio que já estava ali, no ‘entrevistado’, como um dado a ser colhido pelo ‘entrevistador’. É algo que se situa num espaço transferencial em que o ‘insabido’ se expressa como formações do inconsciente. Logo, ele inclui o pesquisador na própria formação (Costa & Poli, 2006, p. 17).

Para a análise dos dados colhidos, conforme relata Iribarry (2003), é necessário que o pesquisadora transforme o seu dado em texto, ou, dizendo de outro modo, a fala das mães

participantes da pesquisa foram transcritas em textos, compostos também pela escuta e pela transferência instrumentalizada da pesquisadora.

Então, a partir das entrevistas com essas mulheres/mães e dos aspectos transferenciais, ocorreu a produção dos dados almejados para a pesquisa. Esses dados não se encontram prontos para coleta, eles emergem através da transferência. Devido a isso, esse tipo de pesquisa, que leva em conta o inconsciente humano, declara a investigação de verdades relativas, individualizadas e contextuais, em detrimento da busca de uma verdade absoluta.

A pesquisa iniciou enquanto as mulheres utilizavam os serviços do BLH-HCUFU e recebiam as orientações técnicas sobre a amamentação ou realizavam a coleta de leite materno. No caso desta pesquisa, eram observadas as mães que faziam a estimulação e a ordenha do leite para os seus bebês que estavam internados na UTIN do hospital. Essas mães faziam esses procedimentos diariamente, de uma a três vezes ao dia, no período em que seu bebê estava internado. Enquanto elas realizavam esses processos, iniciava-se uma conversa já na sala de coleta, perguntando-lhes sobre o bebê e sobre a rotina de hospitalização. Elas, geralmente, eram bastante receptivas e gostavam de conversar sobre o assunto. Após iniciada a conversa, era feito o convite para participar da pesquisa na sala de consultas.

A pesquisadora observava as indicações e, após o fim dos procedimentos, a mãe era convidada a participar da pesquisa. Assim, eram informadas a respeito da pesquisa e, caso elas aceitassem, era lhes apresentado o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE). As mães entrevistadas, em concordância, assinavam o termo e levavam uma cópia consigo. Nele também havia descrita a opção de as mães poderem abandonar a pesquisa quando desejassem, ou de não responderem algo que não lhes fosse confortável.

Foram realizadas quatro entrevistas semiestruturadas, com perguntas disparadoras, (Anexo I), nas quais somente o áudio foi gravado, e a transcrição foi feita posteriormente. O local utilizado para as entrevistas foi uma sala de consultas pertencente ao próprio BLH. Nela

havia total privacidade e sigilo para que as mães pudessem ser entrevistadas e falar sobre suas vivências na amamentação.

As falas das entrevistadas foram acolhidas a partir de suas lembranças, ênfases e expressões espontâneas e da temática pesquisada, assim como de outros assuntos sobre os quais quisessem falar. A escuta da pesquisadora sobre as falas das mães pesquisadas procurou não priorizar nenhum elemento, deixando assim, o mais livre possível, a atividade inconsciente de cada mãe pesquisada.

3 Resultados e Discussão

As quatro mães que participaram deste estudo tiveram seus bebês prematuros e outras complicações durante as gestações. Devido a isso, seus bebês foram diretamente para a UTIN, logo após o nascimento. Os bebês tinham idades de internação diferentes, indo de 48 horas até 1 mês e meio. As mulheres/mães também tinham idades variadas, sendo uma com idade próxima aos 30 anos e três outras com idade próxima aos 40 anos. A quantidade de filhos também era diversa, para duas mães era o primeiro filho, para uma o segundo e para outra o terceiro

Os casos entrevistados de internação na UTIN foram todos por nascimento pré-termo (antes da 38ª semana de gestação), os motivos foram: rompimento da bolsa antes do tempo previsto, acretismo placentário (caracterizado pela invasão anormal do tecido placentário além da camada superficial interna do útero, chamada decídua), sangramento gestacional e complicações devido a diabetes gestacional. Todos esses acontecimentos levaram a um parto antes do tempo recomendado, fazendo com que os bebês necessitassem de um período na incubadora para completar seus desenvolvimentos.

A fim de preservar a identidade real das mães entrevistadas, tal como o sigilo, os nomes escolhidos para elas foram inspirados na música “Maria, Maria” de Milton Nascimento. Essa inspiração repercutiu-me por “Maria” ser um nome comum brasileiro, relacionado, possivelmente, à figura materna de “Maria, mãe de Jesus”. Assim, cada entrevistada recebeu um nome composto, sendo Maria o primeiro deles. Nessa música, Milton traz a presença da força feminina de todas as brasileiras através desse nome, sendo elas todas, mas ao mesmo tempo nenhuma, pois ninguém conhece ao certo as dores atrás da força de cada Maria. A escolha do segundo nome foi sentida por mim, a partir das sensações que tive ao entrevistar

cada mãe e dos adjetivos que atribuí para cada uma delas, de acordo com que suas falas suscitaram em mim.

A primeira recebeu o nome de Maria Luz (1), pois ela reluzia uma luz própria por onde passava. A segunda foi Maria Esperança (2), pois foi a que mais demonstrou aspectos religiosos em suas falas, mostrando-se com uma fé quase inabalável. A terceira foi Maria Inerte (3), pois ela não parecia estar presente ali, ela se mostrava apática e descrente na situação vivenciada. E a quarta foi Maria Eloquente (4), pois ela tinha uma comunicação exacerbada, com muita fala, gestos e convencimentos.

Entendemos que para abordarmos questões de prematuridade é importante resgatarmos também a gestação dessas mulheres entrevistadas, já que o parto é parte de um processo que inicia na gestação e não pode ser considerado como um processo isolado. Os contextos nos quais essa mulher está inserida, como social, econômico, cultural e emocional, influenciam diretamente na forma como ela vivenciará esse momento. A gravidez leva a inúmeras readaptações, sejam elas corporais e/ou psicológicas. O possível sonho de ser mãe e a disposição em assumir esse novo papel absorverão grande parte do tempo da gravidez (Brazelton, 1988).

Inúmeros sentimentos podem aflorar durante a gestação, sendo eles: alegria, tristeza, medo, dúvida, felicidade e euforia. Segundo Maldonado et al., (1996), a ambivalência de sentimentos durante o decorrer da gestação também pode ser comum, o querer e o não querer, aceitar e não aceitar, alegria e temor. Um filho significa um compromisso e um laço eterno para muitas mulheres, e isso suscita não apenas um sentimento, mas uma gama de sensações e de emoções com diferentes intensidades.

Os meses nos quais decorrem a gestação são um período útil e suficiente para que ocorra uma transformação importante na mulher, de forma que ela passe de um tipo de prioridade para outro. Ou, dito de outro modo, a partir da ideia winnicottiana, a preocupação por si mesma

passa a ser estendida para um outro ser, que em alguns meses estará sob sua responsabilidade, seu bebê (Winnicott, 1988/1999).

A chegada de um bebê antes das 40 semanas de gestação pode decorrer de alguma urgência tanto com a gestante quanto com o bebê, privando a mãe do seu modo e tempo de se preparar para a chegada. Essa antecipação talvez venha a contribuir para sensações de incapacidade, de não ter dado conta de levar até o final a gestação ou de algum modo ferir seus sentimentos narcísicos, o que foi denominado de contexto de prematuridade psicológica por Ajuriaguerra e Marcelli (1991).

Ampliando esse aspecto, Pereira et al. (2015) destacam que nesse contexto a mãe lida com o medo da perda do filho, com a angústia pelo tempo em que não estão juntos, com as informações que apontam para a instabilidade clínica do recém-nascido, acrescido de todo o estresse envolvido no intuito de manter sua lactação.

Em uma pesquisa, realizada por Monteiro, Silva e Silva (2002), foi constatado que a fragilidade emocional de mães que tiveram seus bebês prematuros pode ser identificada nas seguintes características de suas falas: medo das possíveis consequências do parto prematuro, temor pela saúde do bebê e tristeza por vivenciar uma situação diferente daquela vivenciada por mães de filhos nascidos a termo, as quais podiam acariciá-lo, amamentá-lo e envolvê-lo nos braços a qualquer momento. Nesta pesquisa as falas das mães apresentaram expressões de insegurança, tristeza e críticas em relação as suas vivências com seus bebês prematuros, tais como:

“Nossa, toda hora você tenta buscar uma força, porque o nenê tem que sair bem[...] Insegurança total, medo de perder o nenê, talvez eu não me achasse tão capaz, por que que está acontecendo?” (Maria Luz).

“É ruim né, porque a gente não tem como fazer nada. A gente nunca deseja isso né[...] é um sentimento que eu não desejo pra nenhuma mãe, porque ficar ali dentro é muito ruim” (Maria Inerte).

“Na hora eu fiquei triste[...] eu e meu esposo, nós chegamos a chorar, a pressão da família, de falar: “Nossa, vocês só fazem filho doente. Por que que foi arrumar filho?” (Maria Eloquente).

Assim, na presente pesquisa, as mães entrevistadas também definiram que os momentos no decurso do parto prematuro e, logo após, foram preenchidos por uma insegurança total, um sentimento de impotência e tristeza, apoiado em um medo intenso de perder o bebê, já que era um ser tão pequeno.

De fato, a hospitalização do recém-nascido altera o cotidiano familiar, que passa a ser marcado pelo medo do que poderá vir a acontecer com o filho, percebido, sobretudo, em sua fragilidade. Assim, o nascimento de um recém-nascido prematuro representa um período limitado de desequilíbrio familiar, um momento em que os pais podem ficar tão abalados a ponto de terem dificuldade de apreender as orientações da equipe de saúde (Pereira et al., 2015).

Em um estudo realizado por Linhares e cols. (2006), as mães de recém-nascidos prematuros internados em UTINs expressaram seus sentimentos em grupos de apoio psicológico. Esses sentimentos apontam para: preocupações com a sobrevivência do bebê e o fato de estar separada dele, impotência de desempenhar o papel ativo de mãe, alívio e esperança em relação à sobrevivência, desejo de alta hospitalar, culpa relacionada a condições adversas antecedentes ao nascimento, problemas pessoais, alívio quanto às condições de saúde e desenvolvimento e frustrações de suas expectativas em relação ao bebê.

Uma das questões que tensionou as mães entrevistadas foi a internação de seus bebês e a amamentação, já que a alimentação desses recém-nascidos se apresentou de forma diferente, uma vez que não conseguiam se alimentar diretamente no seio logo após o nascimento. Devido

a isso, iniciaram um processo de incentivo à lactação, que envolveu a retirada do próprio leite materno através da “ordenha”, orientado pelo BLH. O leite humano retirado era apresentado ao recém-nascido por outras vias, como na sonda ou no copo específico para tal. Nesse período, o bebê foi apenas apresentado ao seio, no intuito de fazer um reconhecimento.

Segundo Melo (2008), quando o bebê nasce, é esperado que ele consiga desempenhar suas funções básicas como: respirar, deglutir e sugar de maneira independente. Contudo, a deglutição amadurece por volta da 11^a semana de gestação, a sucção por volta da 32^a semana, e a coordenação de sucção, respiração e deglutição em meio a 34^a semana gestacional. Logo, muitos dos recém-nascidos pré-termo nascem antes que esse desenvolvimento esteja completamente maduro, assim, necessitam de um tempo para que essas funções se desempenhem corretamente, coordenadas, para que consigam se alimentar com segurança.

Há aspectos do amadurecimento físico do bebê necessários para que ele possa ter condições para mamar no seio de sua mãe, concomitantemente, essa mulher puérpera também tem mudanças hormonais, físicas e psíquicas que ocorrem em tempos diferentes. Nas falas das mães surgiram preocupações com a amamentação, tais como: a descida do leite, devido a todo o estresse passado nesse período, medo e anseio de não conseguir amamentar ou medo de prejudicar o desenvolvimento do seu bebê, bem como do quanto a amamentação é necessária para que o bebê ganhe alta hospitalar, tornando esse processo ainda mais ansiogênico para a mãe.

“Então, por todo emocional que eu passei[...], e meu leite tá vindo. Meu sonho é não secar o leite e que ele consiga sugar, porque ele ainda não consegue, porque ele é muito novinho...” (Maria Luz).

“Mas eu ainda não estou conseguindo amamentar[...]. Ele pega, mas aí não suga, e pra nós irmos embora, eu preciso que ele mame” (Maria Esperança).

“Ela pega super bem, ela só não consegue fisgar ainda[...], então ela precisa aprender a mamar, engolir e respirar ao mesmo tempo. Aí ela aprendendo a fazer os três ao mesmo tempo, a gente vai conversar a possibilidade de alta, mas por enquanto não tem” (Maria Inerte).

Para Serra (2004), o estabelecimento do aleitamento materno em um recém-nascido prematuro apresenta dificuldades específicas tanto para a mãe quanto para o bebê. Devido a fatores estressantes pelos quais passam essas mães e à barreira e especificidade em amamentar um recém-nascido pré-termo, é necessário uma orientação e um auxílio efetivo durante as primeiras ofertas de seio materno, bem como aguardar os processos maturativos do bebê acontecerem gradativamente. O trabalho e a orientação das técnicas do BLH auxiliam na condução desse processo, porém o ambiente no qual a mulher-mãe se encontra pode colaborar ou tensionar esse período.

A partir de um contato mais próximo com seus bebês, as mães também conseguiram perceber algumas modificações em seu desenvolvimento, notando diferenças de quando eles estavam na incubadora para depois que são transferidos para outro tipo de internação menos intensiva, como a do método canguru.

O método canguru (MC) se desenvolveu como uma resposta à alta taxa de mortalidade de recém-nascidos prematuros. Então, foi proposto que as mães se internassem com seus filhos nos hospitais, no intuito de uma maior humanização do atendimento. No Brasil, o MC passou a ser melhor difundido a partir de 1990.

A norma brasileira (Portaria Nº 930, de 10 de maio de 2012) regulamenta a passagem desses recém-nascidos por três etapas diferentes, iniciando nas Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), passando pelas Unidades de Cuidado Intermediário (UCIN) e, por fim, indo para as Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINca), até a alta

hospitalar e o acompanhamento se tornar apenas ambulatorial. Essas passagens são realizadas de acordo com a estabilização do quadro clínico dos bebês em cada etapa.

Assim, segundo Vêras e Traverso-Yépez (2010), é instituída a prática de colocar o bebê em contato pele a pele com a mãe, fortalecendo o vínculo, promovendo a amamentação, a maior segurança no manejo desses neonatos, equilibrando o controle térmico, favorecendo o relacionamento entre equipe de saúde e família, além de evitar que mãe e filho passem muito tempo longe um do outro.

Maria Eloquente em sua fala ilustra sobre a ideia de Winnicott (1963/1983), quando ele trata sobre a comunicação entre mãe e bebê, a qual se dá através da relação da dupla na interação inicial, constitutiva de uma linguagem não verbal, de uma comunicação primitiva. Em uma de suas falas, ela expressa:

“Eu me senti incapaz, tava sem jeito de vir, porque ia chegar aqui e não ia dar conta. Até que uma hora nós duas entramos em sintonia eu consegui encaixar ela no peito sem mais uma pessoa forçar ela” (Maria Eloquente).

Winnicott (1963/1983) afirma que um ambiente menos facilitador, como nos casos desta pesquisa em que o bebê estava internado na UTIN, pode interferir no estabelecimento da comunicação entre mãe e bebê nessa fase primitiva. Sendo assim, quando o ambiente auxiliou para que Maria Eloquente e seu bebê conseguissem um espaço onde essa comunicação fosse facilitada, ela pode se estabelecer com maior facilidade.

“Parece que a gente é um só[...]. Meu filho tem outro desenvolvimento em pouquíssimos dias. Já tem um vínculo, muito diferente de quando eu ia lá no bercinho da incubadora e ficava falando com aquele vidro, com aqueles aparelhos, porque não tinha toque” (Maria Luz).

“Agora que eu tô aqui com ele, ele tá calmo” (Maria Esperança).

“Ela só pegou porque foi eu e ela sozinha tentando, na maior dificuldade, até que uma hora nós duas entramos em sintonia e eu consegui encaixar ela no peito sem mais uma pessoa forçar ela” (Maria Eloquente).

Contudo, a internação conjunta da mãe e do bebê faz com que os sentimentos de abandono e solidão também se apresentem nos discursos maternos, já que elas precisaram sair de suas casas e passaram quase período integral no hospital.

Enquanto duas das mães entrevistadas estavam internadas, realizando o método canguru, uma outra estava residindo no alojamento comum, que é uma acomodação gratuita para as pessoas que vêm de outra cidade, onde não há UTIN. Vêras e Traverso-Yépez (2010) trazem que esse período de “transição domiciliar”, que pode perdurar meses, tem potencial de contribuir para que as mães apresentem um quadro de tensão, com sintomas depressivos, crises de choro e até aumento da agressividade.

“Primeiro foi um pouco difícil a decisão de vir de fato, embora eu saiba que ele precisava de mim, de novo eu estava voltando para um hospital, de novo eu ia me internar, de tudo que eu passei, isso não foi muito fácil pra eu assimilar. Aí de deixar minha família de novo” (Maria Luz).

“Mas também tem que deixar o marido da gente, a casa da gente, não é fácil... A verdade é que aqui é muito bom, mas eu quero ir pra minha casa. Eu quero estar na minha casa, junto com as pessoas que eu amo, mas vai passar” (Maria Esperança).

“Depois a sequência do meu marido ter que ir embora, me senti abandonada aqui, sozinha, mas sabia que minha mãe precisava, meu irmão precisava, e o meu filho principalmente” (Maria Eloquente).

Devido a esse sentimento de abandono e solidão, muitas delas se apegam à religiosidade para se manterem esperançosas. Exemplo disso foi encontrado nas seguintes falas:

“No bercinho do lado, um monte de problemas, um coraçãozinho que não desenvolveu direito, um pulmãozinho que não está funcionando bem e os pais ali num desespero, e tudo isso parecia que era Deus me falando ‘Calma, o seu bebê não tem nada’. E com tudo isso, a gente vai ganhando força” (Maria Luz).

“Minha confiança era tão forte em Deus que eu sabia que ele era meu milagre. A única coisa que eu posso dizer é que eu confiei, eu entreguei a vida do L. nas mãos de Deus e falei ‘Se Deus me deu, ele vai me conceder a vitória’” (Maria Esperança).

“Quando eu não tava passando por essas turbulências, Deus não mandou pra mim” (Maria Eloquente).

Há séculos a religiosidade vem sendo uma das formas que a humanidade encontra para elaborar os acontecimentos vivenciados em âmbitos emotivos, sensitivos e intuitivos. Freud (1927-1931/1996) destaca como a mãe é a primeira fonte de: satisfação da fome, objeto amoroso e proteção contra ansiedades e perigos externos. Após certo período, o papel de proteção é dado pelo pai, contudo a criança além de o admirar, também o teme, devido à relação anterior com a mãe, o que o torna guardião da lei e dos processos civilizatórios, como anteparo contra ameaças de possíveis intrusos.

Mesmo com o crescimento, os aspectos do infantil de cada sujeito permanecem no seu psiquismo, no seu inconsciente. Diante de situações dolorosas, difíceis e de desamparo, o ser humano pode buscar lidar com esses aspectos através de um pensamento mágico ou da proteção de poderes superiores. Assim, tal como um pai, o homem “[...] cria para si os seus deuses a quem teme, a quem procura propiciar e a quem, não obstante, confia sua própria proteção” (Freud, 1927-1931/1996, p. 33).

Nesse sentido, afirmamos que o homem cria Deus, e não ao contrário, na tentativa de se defender do desamparo infantil na vida adulta, elegendo a religião como forma de proteção de si contra ameaças externas. Freud (1927-1931/1996) compreende o desamparo como uma

condição que acompanha o sujeito por toda a sua existência, sendo um sentimento estruturante, e não um momento do funcionamento psíquico.

Boff (2006), em concordância com Kübler-Ross (2005) e Vasconcelos (2006), afirma que, quando um indivíduo é acometido por alguma enfermidade, é perceptível que o próprio sujeito e ou aqueles que o cercam recorram à religião, seja por meio de promessas, orações ou idas a templos religiosos. Isso serve como uma fonte de esperança na sobrevivência do enfermo e uma das maneiras de suportar todas as ocorrências. Olhando mais especificamente para mães que têm os seus bebês prematuros internados, segundo Boff (2006), elas recorrem à religiosidade na tentativa de tranquilizar a si próprias e a família perante os riscos que seus filhos correm, já que a espiritualidade é um dos principais modos de ancorar os processos de vida e morte para esses sujeitos.

Raad, Cruz e Nascimento (2006) dizem que a cura pela fé é o único instrumento disponível para as pessoas leigas sobre o conhecimento biomédico, pois aquilo que não se conhece acaba se tornando inacessível. Assim, diante da possibilidade de morte, é imprescindível crer em algo superior a nós, capaz de salvar. Por fim, segundo Fraga e Pedro (2004), a UTIN é um local impossível de se ter satisfação para as mães de bebês pré-termos, assim, ao recorrerem a Deus ou a alguma entidade superior elas, conseguem acreditar na recuperação de seus filhos recém-chegados ao mundo. E, caso o pior aconteça, a perda do bebê, esta seria mais consolável devido à chamada providência divina.

Chama atenção que só uma mãe explicitou o quanto a religiosidade faz parte de todos os seus momentos. Porém, as duas outras mães também falaram de Deus, o que nos faz pensar que a insegurança quanto às condições de saúde do bebê faz que elas se agarrem a essa fé, em talvez um indício de uma rede de apoio faltante.

O distanciamento paterno, de acordo com Resende (1997), denuncia uma fragilidade no vínculo estabelecido entre pai e filho. Adentrar nesse silêncio culturalmente instalado vem

sendo uma importante tarefa nos atuais estudos, principalmente nas perspectivas contemporâneas de paternidade.

Pereira e Arpini (2012) afirmam que, nas décadas anteriores, apoiado pela cultura patriarcal, o homem tinha um lugar reservado acima da trama doméstica, formada, principalmente, pelas mulheres e crianças. Porém, nos dias de hoje, progressivamente, estão ocorrendo mudanças no modo de se constituir a parentalidade, de acordo com as mudanças sociais.

Nas últimas décadas, o movimento feminista e suas conquistas, aliadas à inserção e ao crescimento das mulheres no mercado de trabalho, fizeram com que as mulheres se tornassem as principais provedoras econômicas das famílias atuais (Falck & Wagner, 2005). E, de acordo com Diniz Neto e Féres-Carneiro (2005), essa grande variação nas dinâmicas e configurações familiares repercute diretamente nos papéis parentais.

Assim, Pereira (2003) assegura que a função básica e estruturadora do pai está passando por uma transição difícil de compreender, por um lado, caracterizada por pais que não assumem ou não reconhecem para si mesmos o direito e o dever de participar ativamente da vida dos filhos; por outro, por pais sensíveis de suas responsabilidades em relação à parentalidade. O conceito de ausência paterna se faz em mais de uma definição, podendo ser afetiva ou física. Sendo a afetiva causada pelo distanciamento emocional entre pai e filhos, e a física causada pelo distanciamento de contato, que pode ser decorrente de uma separação conjugal, morte, e/ou trabalho em outro município (Sganzerla & Levandowski, 2010).

Por fim, Struss, Pfeiffer, Preuss e Felder (2001), em concordância com Furstenberg e Nord (1985), afirmam que a participação paterna se faz, na maioria das vezes, para cunho recreativo e de lazer, sem que haja participação com a educação, os cuidados diários e os trabalhos escolares. Nas entrevistas desta pesquisa, a participação dos pais no processo de amamentação não foi mencionada em nenhum momento. Eles se encontravam em casa

enquanto as mães viviam suas rotinas dentro do hospital com seus bebês, marcando uma ausência paterna na implicação do processo de internação da criança.

4 Conclusões

Até o encerramento desta pesquisa, nenhuma mãe entrevistada havia conseguido amamentar no seio, sendo essa uma das principais realidades no nascimento prematuro com ida direta para a UTIN. Assim, as mães realizaram um incentivo e uma manutenção da lactação no BLH, para que o leite retirado fosse oferecido para o bebê por outras vias, sejam elas a sonda ou o copo. Os bebês pré-termo ainda não apresentavam o amadurecimento físico necessário para conseguirem fazer a sucção, mas eles foram apresentados ao peito, no intuito de ir fazendo um reconhecimento.

Há aspectos comuns que se apresentam nas vivências das mães com bebês prematuros, além da amamentação, sendo eles os temores maternos, a vinculação, ainda precária e em formação, entre a dupla mãe/bebê, a presença constante da tensão de estar longe de casa e a utilização da religiosidade como um modo compensador de suporte do ambiente que ou não veio ou foi falho com elas.

Os temores apresentados pelas pesquisadas em relação à amamentação de bebês internados em UTIN foram: o medo de perder seus bebês, de o leite secar e de não conseguirem realizar suas funções como mãe. Esses temores interferiram na comunicação entre a mãe e seu bebê, tão fundamental que é para que um vínculo afetivo gradativamente se constitua entre eles.

As mães entrevistadas apresentaram uma maior vinculação com seus filhos quando elas tiveram contato físico com eles, bem como quando já não estavam todo o tempo na incubadora. O contato físico é um facilitador da relação mãe-bebê, mesmo para estas que estão num ambiente não familiar e cheio de interferências da equipe da UTIN. Talvez por esses aspectos elas ansiavam pela alta hospitalar e pelo ambiente conhecido de suas casas.

Os pais pouco foram citados durante as entrevistas, e, quando ocorria, as mães relatavam que eles continuavam em casa, enquanto elas viviam a rotina de internação com os bebês, demonstrando uma ausência paterna no processo.

Diante da excessiva religiosidade, que pode ser uma via compensatória do desamparo e da fragilidade dessas mães pesquisadas, fica demonstrado o quanto os cuidados com a mãe e sua maternidade são tão importantes quanto os cuidados com o bebê prematuro, porém nosso sistema de saúde não disponibiliza entendimento e recursos adequados para tal.

Assim, o ambiente do maternar é imprescindível para o cuidado da mãe com seu filho e sua amamentação. Diante dos cuidados limitados e precários que existem, as mães que já têm outros filhos são colocadas na difícil posição de ter de fazer uma escolha impossível: cuidar de qual filho primeiro? As que são mães do primeiro bebê vivem sem conseguir nomear todas as intensidades desse abandono em nome do cuidado prioritário dado à saúde do bebê, bem como dos termos médicos utilizados para abordar aspectos a respeito seus filhos, restando a elas recorrer a alguma entidade que possa curá-los, o bebê e ela. A intensidade dos afetos relegadas passa a ser algo que somente o divino poderia dar conta.

Referências

- Ajuriaguerra, J., & Marcelli, D. (1991). *Manual de psicopatologia infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Barros, Sibelle Maria Martins de; Trindade, Zeidi Araujo. Maternidade “prematura”: Uma investigação psicossociológica na unidade de terapia intensiva neonatal (nov. 2007). *Psic., Saúde & Doenças*, 8(2), 253-269.
- Birman, J. (1994). A direção da pesquisa psicanalítica. In: J. Birman. *Psicanálise, ciência e cultura*. (pp.13-53). Rio de Janeiro: Zahar.
- Blencowe, H. et al (2012). National, regional and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet*, 379(2), 162-217.
- Boff, L. (2006). *Espiritualidade: um caminho de transformação*. Rio de Janeiro: Sextante.
- Brasil. Ministério da Saúde (2002). *Guia alimentar para crianças menores de 2 anos*. Recuperado de <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/Guia-alimentar-criancas-2-anos.pdf>
- Brazelton, T. B. (1988). *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, B. T., & Cramer, B. G. (1992). *Psicologia e pedagogia: As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Caron, N. A. (2000). O ambiente intra-uterino e a relação materno-fetal. In N. Caron (Org.). *A relação pais/bebê: Da observação à clínica* (pp. 119-134). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Costa, A., & Poli, M. C. (2006). Alguns fundamentos da entrevista na pesquisa em psicanálise. *Pulsional: Revista de Psicanálise*, 19(188), 14-21.
- Costa, D. G; Chagas, G. M; Souza, N. R. (2009). Educação em saúde para mães em unidade de terapia intensiva neonatal. *Ciência et Praxis*, 2(3), 37-40.
- Crepaldi, M. A., Linhares, M. B., & Perosa, G. B. (Org.). *Temas em psicologia pediátrica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p.109-145.
- Cypriano, Laiz Moulin; Pinto, Elzimar Evangelista Peixoto. (2011). Chegada inesperada: a construção da parentalidade e os bebês prematuros extremos. *Psicol. hosp.*, 9(2), 2-25.
- Debray, M. (1988). *Bebês/mães em revolta: Tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces*. Porto Alegre, PA: Artes Médicas.
- Diniz Neto, O., & Féres-Carneiro, T. (2005). Psicoterapia de casal na pós modernidade: Rupturas e possibilidades. *Estudos de Psicologia*, 22(2), 133-141.

- Falcke, D., & Wagner, A. (2005). A dinâmica familiar e o fenômeno da transgeracionalidade: Definição de conceitos. In A. Wagner (org.). *Como se perpetua a família? A transmissão dos modelos familiares* (pp. 25-46). Porto Alegre: Edipucrs.
- Fleck, Adriana, & Piccinini, César Augusto (2013). O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta. *Aletheia*, 40, 14-30.
- Fraga, I. T. G., & Pedro, E. N. R. (2004). Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm*, 25(1), 89-97.
- FREUD, S. A organização genital infantil (1923). *Obras Completas. Vol. XVI*. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.
- Freud, S. (1974). *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1996). O futuro de uma ilusão e o mal-estar na civilização e outros trabalhos. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. XXI*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1927-1931).
- Furstenberg, F., & Nord, C. (1985). Parenting apart: Patterns of childrearing after marital disruption. *Journal of Marriage and the Family*, 47(4), 893-904.
- Gomes, A. L., Quayle, J., Neder, M., Leone, C. R., & Zugaib, M. (1997). Mãe-bebê pré-termo: As especificidades de um vínculo e suas implicações para a intervenção multiprofissional. *Revista Ginecologia & Obstetrícia*, 8, 205-208.
- Guedeney, A., & Lebovici, S. (1999). *Intervenções psicoterápicas pais/bebê*. Porto Alegre, PA: Artes Médicas.
- Herrmann, F. (1979). *O Método da Psicanálise*. São Paulo: EPU.
- Herrmann, F. (1989). Interpretação: a invariância do método nas várias teorias e práticas clínicas. In S. A. Figueira (org.) *Interpretação: sobre o método da psicanálise*. Rio de Janeiro: Editora Imago.
- Holanda, Suely Alencar Rocha de (2004). Bebês prematuros na UTI: a maternidade em questão. *Estilos clin.*, 9(16), 58-69.
- Iribarry, I. N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica? *Ágora*, 6(1), 115-138.
- Kübler-Ross, E. (2005). *Viver até dizer adeus*. São Paulo: Pensamento.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2011). *Vocabulário da psicanálise*. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1967).
- Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Correia, L.L., Gasparido, C. M., & Padovani, F. H. P. (2006). Psicologia Pediátrica e Neonatologia de alto risco: promoção precoce do desenvolvimento de bebês prematuros. Em M. A. Crepaldi, M. B. M Linhares & G. B. Perosa (Orgs.), *Temas em Psicologia Pediátrica* (pp. 109-145). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Maldonado, M. T., Dicktein, J., & Nahoum, J. C. (1996). *Nós estamos grávidos*. São Paulo: Saraiva.
- Melo A. M. (2008). *Avaliação da mamada em recém-nascidos prematuros* (Dissertação de Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
- Monteiro, T. M. T., Silva, L. M. S., & Silva, M. V. S. (2002). Reações de mães diante do nascimento de um filho prematuro. *Cogitare Enfermagem*, 7, 36-42.
- Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS. *Representação Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde. Amamentação*, (atualizado em junho de 2003). Recuperado de <http://www.opas.org.br/sistema/fotos/amamentar.pdf>
- Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS. *OMS e UNICEF lançam novas orientações para promover aleitamento materno em unidades de saúde de todo o mundo* (2018, 11 de abril). Recuperado de https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5631:oms-e-unicef-lancam-novas-orientacoes-para-promover-aleitamento-materno-em-unidades-de-saude-de-todo-o-mundo&Itemid=820
- Pereira, R. C. (2003). Pai, por que me abandonaste? In G. C. Groeninga & R. C. Pereira (Org.), *Direito de família e psicanálise: rumo a uma nova epistemologia* (pp. 219-228). Rio de Janeiro: Imago.
- Pereira, C. R. R., & Arpini, D. M. (2012). O lugar do pai nas novas configurações familiares. *Pediatria Moderna*, 48(12), 522-527.
- Pereira, Luciana Barbosa, Abrão, Ana Cristina Freitas de Vilhena, Ohara, Conceição Vieira da Silva, & Ribeiro, Circéa Amália. (2015). Maternal experiences with specificities of prematurity that hinder breastfeeding. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(1), 55-63. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000540014>
- Pinto, Ingrid Duarte, Padovani, Flávia Helena Pereira, & Linhares, Maria Beatriz Martins. (2009) Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro. *Psic.: Teor. e Pesq.*, 25 (1), 75-83.
- Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012*. (2012). Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html
- Raad, A. J., Cruz, A. M. C. & Nascimento, M. A. (2006). A realidade das mães numa unidade de terapia intensiva neonatal. *PSIC – Revista de psicologia da Vetor Editora*, 7(2), 85-92.
- Resende V. R. (1997). A paternidade e o resgate da experiência humana do homem (p. 46). In UNESP (Org.), *Anais, III Fórum de Debates em Extensão Universitária e Assuntos Comunitários* (p. 46). Bauru: UNESP.
- Rosa, M. D. (2004). A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 4(2), 329-348.

- Rosa, M. D., & Domingues, E. (2010). O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: a utilização da entrevista e da observação. *Psicologia & Sociedade*, 22(1), 180-188.
- Santos, Prislaine Krodi dos. (2009). *Psicanálise, saúde e desenvolvimento humano na prática profissional do analista em unidade de terapia intensiva neonatal* (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Serra S. O. A., & Scochi C. G. S. (2004). Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI Neonatal. *Rev Lat Am Enfermagem* [periódico na internet], 12(4):597-605. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a04.pdf>
- Sganzerla, I. M., & Levandowski, D. C. (2010). Ausência paterna e suas repercussões para o adolescente: análise da literatura. *Psicologia em Revista*, 16(2), 295-309.
- Silva, D. Q. da. (2013). A pesquisa em psicanálise: o método de construção do caso psicanalítico. *Estudos de Psicanálise*, (39), 37-45.
- Soulé, M. (1987). O filho da cabeça, o filho imaginário. In B. Brazelton, B. Cramer, & M. Soulé (Org.), *A dinâmica do bebê* (pp. 132-170). Porto Alegre, PA: Artes Médicas.
- Sousa, E. (2000). (A vida entre parêntesis): o caso clínico como ficção. *Psicologia Clínica*, 12(1), 11-19.
- Souza, E. M. C. D., & Barros, M. L. G. A. (1999). O mal-estar da culpa. In M. D. Moura (Org.), *Psicanálise e hospital: A criança e sua dor* (pp. 129-138). Rio de Janeiro: Revinter.
- Struss, M., Pfeiffer, C., Preuss, U., & Felder, W. (2001). Adolescents from divorced families and their perceptions of visitations arrangements and factors influencing parent-child contact. *Journal of Divorce and Remarriage*, 35(1-2), 75-89. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J087v35n01_04
- Turato, E. R. (2000). *Tratado da Metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.
- Universidade Federal de Uberlândia. Hospital de Clínicas de Uberlândia. (2015, 1 de dezembro). Banco de Leite Humano do HCU-UFU é padrão ouro. Recuperado de <https://www.hc.ufu.br/noticia/banco-leite-humano-hcu-ufu-e-padrao-ouro>
- Vasconcelos, E. (2006). *Espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Véras, Renata Meira, & Traverso-Yépez, Martha Azucena. (2010). A maternidade na política de humanização dos cuidados ao bebê prematuro e/ou de baixo peso: Programa Canguru. *Revista Estudos Feministas*, 18(1), 61-80. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2010000100004>
- Vizzotto, M. M. (2003). O método clínico e as intervenções na saúde psicológica da comunidade. In V. B. Oliveira, K. Yamamoto (Org.), *Psicologia da saúde: Temas, reflexão e prática* (pp. 137-152). São Bernardo do Campo: Ed. Metodista.

- Winnicott, D. W. (1963/1983). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 163-174). (I. C. S. Ortiz, trad.). Porto Alegre: Artes médicas.
- Winnicott, D. W. (1968/1999). A amamentação como forma de comunicação. In: D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 19-28). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1988/1999). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1956/2000). A preocupação materna primária. In: Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1968/2006). 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). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1964/2018). O recém-nascido e suas mães. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 30-42). São Paulo: Martins Fontes.
- World Health Organization – WHO. (2012). *Born too soon: the global action report on preterm birth*. Recuperado de https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf

Anexo I**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI- DIRIGIDA**

- a) Como foi o nascimento do seu filho?
- b) Como é sua rotina de amamentação?
- c) O que você sente que auxilia na sua amamentação?
- d) O que você sente que dificulta na sua amamentação?
- e) Como é sua vivência de amamentação aqui no Banco de Leite Humano (BLH)?
- f) O que você sente que facilita na sua rotina de ficar com o seu bebê?
- g) O que você sente que dificulta na sua rotina de ficar com o seu bebê?