



**ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE  
A ALIMENTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO  
OU POR QUE NÃO RECOMENDAMOS  
O USO DO COPINHO NO BERÇÁRIO\***

*Eloisa Tavares de Lacerda\*\**

Antes de iniciar esta Comunicação sobre minhas considerações a respeito do uso do copinho no berçário, gostaria de informar ao leitor por que achei importante escrever sobre esse tema. Cada vez mais freqüentemente, tenho sido procurada por muitos profissionais, e também por muitos alunos do Curso de Fonoaudiologia da PUC-SP, para explicar por que o copinho tem sido introduzido nos berçários e o que isso pode acarretar aos bebês. Na medida em que eu dava o que me parecia ser uma explicação consistente (do ponto de vista fonoaudiológico de quem exerce, há muitos anos, um fazer clínico com bebês e com crianças com problemas neuro-motores), ficava cada vez mais intrigada com o que

---

\* Esse texto foi feito para o Infans como uma atividade do GT: SSMO – PUC-SP.

\*\* Fonoaudióloga clínica com especialização no Enfoque Bobath de Tratamento Neuroevolutivo – NDT, professora assistente-mestre da PUC-SP, consultora e membro da equipe do Infans. Aluna regular do curso de Psicanálise do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae.

*Eloisa Tavares de Lacerda*

poderia gerar tantas dúvidas e tantos pontos de vista divergentes. Por conta disso, “fui à luta” – quer dizer, resolvi escrever algo sobre o uso do copinho. Comecei a conversar com alguns profissionais da área<sup>1</sup> que, como eu, vêm atuando dentro do Enfoque Bobath e com profissionais cuidadores em UTIs de Neonatologia e, ainda, comecei a consultar uma bibliografia que pudesse dar suporte às argumentações em que defendo o “não uso” do copinho. Chamou-me a atenção outro aspecto: a mãe, já que minha prática clínica com bebês sempre foi marcada pelo espaço dado a essa mãe que, do meu ponto de vista, precisa ser contemplada com possibilidades menos “desorganizadoras” para a formação do vínculo com seu bebê, para dar, portanto, mais volume de colo do que manuseios técnicos específicos.

Este texto foi escrito, inicialmente, para o Debate do Mês, no site do *Infans* – *Unidade de Atendimento ao Bebê*, [www.infans.org](http://www.infans.org). Além de ser consultora, fui também instigada, como membro da equipe do *Infans*, a veicular minhas considerações num meio de comunicação que poderia alcançar cuidadores, médicos, psicanalistas, outros profissionais que também lidam com bebês em berçários e, por que não?, poderia alcançar inclusive pais de bebês que não têm nenhuma ligação com a área, cidadãos que as revistas especializadas nem sempre contemplam. Mas, como o que está na rede não pode ser usado como referência bibliográfica, foi-me solicitada uma publicação para que pudesse ser usada como bibliografia.

“O melhor alimento para um bebê é o leite materno.” Partindo dessa afirmativa, cabe-nos questionar, então, por que nem todos os bebês são amamentados por suas mães? Podemos pensar em duas direções: 1) a mãe tem uma impossibilidade, de qualquer natureza, que não lhe permite amamentar, e 2) o bebê tem algum problema que o impede de mamar no seio. Neste caso, estou interessada em fazer o leitor caminhar comigo na direção das questões relacionadas às impossibilidades do bebê. Para ser mais precisa, qual a possibilidade alternativa (que não o seio de sua mãe) para ele poder se alimentar?

---

1. Com as fonoaudiólogas Jaqueline Abrantes Pêgo (BH) e Maristela Gnecco de Proença (SP) obtive “capturas teóricas em conversas informais”.

### *Algumas considerações sobre a alimentação do recém-nascido*

São muitas as razões que podem levar um recém-nascido a não conseguir sugar nos seus primeiros momentos de vida. Além disso, essa condição pode perdurar por um tempo relativamente grande, obrigando os profissionais a recorrerem, por exemplo, ao uso da sonda nasogástrica. Além da sonda, existem métodos de alimentação alternativos e suplementares, e podemos nos perguntar qual seria o melhor deles para esse bebê.

Para elaborar uma resposta, é importante que possamos nos valer, além dos conhecimentos teóricos, do bom senso que a prática clínica oferece a cada um. Como fonoaudióloga que trabalha há muitos anos com bebês que têm problemas nas suas funções de alimentação, acredito que é preciso pensar em como garantir o leite materno para todos os bebês que não conseguem sugar o seio de suas mães, mas acredito também que cada bebê é único e que deve ser visto em uma forma singular de se desenvolver.

Retirar o leite da mãe e dá-lo ao bebê é a resposta mais fácil e com a qual todos os que trabalham com neonatos estão de acordo. Se levar o leite ao bebê via sonda já resolve a questão, então qual é o problema? Sabemos, também, que, quanto mais cedo o nenenzinho puder prescindir da sonda e passar ao seio materno, melhor para seu desenvolvimento orgânico e psíquico (se é que se pode colocar isso tão separado assim?!). Dessa forma, a mãe pode se vincular mais cedo ao seu bebê, sentindo-se útil e provedora na sua função materna.

Existe uma vasta bibliografia mostrando a importância do trabalho feito pelos fonoaudiólogos e pelos profissionais que cuidam do bebê que usa sonda, visando a retirada da mesma o mais rápido possível. E isso inclui toda uma gama de estimulações e/ou intervenções que ajudam esse bebê a superar suas dificuldades para se alimentar. Os problemas vão desde a impossibilidade ou a ineficiência da sucção até a não coordenação das funções de sucção/ deglutição/ respiração, acarretando a possibilidade de aspiração de líquido para as vias aéreas, que podem levar o recém-nascido a contrair broncopneumonias ou sofrer outras intercorrências clínicas importantes.

Trabalhando com grande número de recursos e técnicas específicas, os fonoaudiólogos vão preparando esses bebês para uma sucção eficiente do seio materno. Faz parte dessa preparação a introdução do leite materno por via oral, independentemente de o recém-nascido precisar manter o uso da sonda. Há muitos

*Eloisa Tavares de Lacerda*

anos, usava-se, sempre e sem quaisquer dúvidas, a mamadeira, cuidando-se somente de saber qual o bico mais adequado às possibilidades deste ou daquele bebê. Isto porque precisávamos estar atentos ao tamanho, à forma e à consistência da borracha e, principalmente, ao tamanho do furo do bico de mamadeira usado. Privilegiava-se a escolha do bico para que o bebê pudesse mamar com o menor esforço possível, tomasse um volume cada vez maior de leite por via oral, sem prejudicar seu estado clínico. Essa intervenção visava sempre a aproximação dessa possibilidade de sucção do bebê à sucção do seio materno, e cada um conseguia essa passagem no seu ritmo e tempo próprios. A solução parece tão adequada! Para que este artigo agora?

Atualmente um outro tipo de recurso tem sido introduzido na prática dos berçários. Um recurso proposto em substituição ao uso da mamadeira – que pode garantir o início da alimentação por via oral e que nos parece favorecer um tipo de sucção mais próximo daquele que o bebê tem de realizar ao sugar o seio. Assim, em vez da mamadeira, usa-se um copinho para dar o leite ao bebê, como mais um método alternativo de alimentação. Não é, então, bom que se tenha mais de uma possibilidade alternativa? No entanto, qualquer novo recurso que vá ao encontro das possibilidades neuromotoras do padrão nutricional de funcionamento do recém-nascido, quando esse padrão não é garantido, torna-se um fator a mais de estresse para o bebê.

Como acreditamos ser sabido que o uso da mamadeira é um recurso que oferece uma passagem transitória rápida e eficiente para o seio materno, não nos ateremos a longos comentários sobre seu uso. A mamadeira permite ao bebê o mesmo padrão funcional de coordenação das funções de sucção/deglutição/respiração, com um “volume” de manuseio que ele é capaz de suportar sem que isso lhe cause um estresse a mais. Dessa forma, daqui em diante, nossos comentários recairão sobre o uso do copinho, tanto do ponto de vista técnico como do ponto de vista de uma política econômica institucional.

É importante que exista na equipe dos profissionais que lidam com esse recém-nascido um fonoaudiólogo que definirá (a partir de uma avaliação) qual o sistema funcional nutritivo desse bebê para permitir um padrão mais condizente com o desenvolvimento normal e, ainda, no menor tempo possível, porque ele deve ser pouco manuseado e, de preferência, por um período curto de tempo.

Acreditamos que é possível intervir precocemente no desenvolvimento de um bebê e um dos modos de fazê-lo pode ser, por exemplo, diminuir a quantidade de estímulos aos quais ele fica exposto durante o período de internação. Pensar nessa avaliação fonoaudiológica é poder garantir que o bebê não torne hábito um padrão motor muito diferente daquele que é necessário ao padrão motor imprescindível para sugar com eficiência o seio materno e, conseqüentemente, promover um desmame efetivo da sonda.

O desenvolvimento sensório-motor normal de um sujeito segue uma seqüência que é condizente com o amadurecimento de seu sistema nervoso central. Esse amadurecimento garante padrões motores funcionais cada vez mais distantes das formas primitivas de funcionamento do recém-nascido. Acreditamos que não se possa falar em sensório-motor desvinculado do psíquico, e, estando atentos à constituição desses bebezinhos internados em tempos tão primeiros, parece-nos bom lembrar que esses dois aspectos se constituem ao mesmo tempo – entre a mãe (ou aquele que cuida) e o bebê. É preciso que a mãe dê ao bebê mais que o alimento para o corpo – é preciso que lhe dê afeto, e acho que é o afeto que auxilia o bom funcionamento desse sensório-motor.

Esta comunicação aborda as questões alimentares de bebês que, impossibilitados de mamar no seio materno, fazem uso de sonda. Trabalhar com esses bebês que atravessam dificuldades sensório-motoras faz com que os profissionais que lidam diretamente com eles tenham de adquirir conhecimentos sobre o desenvolvimento *normal*, além de conhecimentos sobre tudo aquilo que “foge ao padrão” ou que é problemático no desenvolvimento de cada um deles. Existe uma preocupação desse profissional em procurar fazer esses bebês adquirirem padrões motores funcionais os mais próximos do desenvolvimento normal, respeitando o processo maturacional de seu sistema nervoso central.

O desenvolvimento da sucção ocorre com dois padrões de funcionamento: o inicial, que vai do nascimento até que o bebê tenha a possibilidade, depois de alguns poucos meses, de passar para um padrão mais amadurecido, ou segundo. Esses dois padrões de sucção se caracterizam e se distinguem por certas possibilidades sensório-motoras. Grosso modo, poderíamos dizer que no primeiro padrão de sucção ainda não existe nenhuma dissociação entre as estruturas orais (lábios, língua, bochechas e mandíbula), e que a língua trabalha fazendo um uso

*Eloisa Tavares de Lacerda*

maior da musculatura extensora e retratora, como se o bebezinho sugasse por lambidas rítmicas. Nesse caso, seus lábios não estão, necessariamente, com total vedamento no seio materno. Num recém-nascido sem quaisquer comprometimentos, a ênfase desses movimentos de língua se dá dentro da boca, o que não acontece com bebês com transtornos neuro-motores que têm a ênfase do movimento de língua fora da boca, o que acarreta, obviamente, dificuldades em sua forma de nutrição, uma vez que perdem grande parte do alimento, que acaba indo mais para fora do que para dentro da boca. No segundo padrão de sucção, existe maior dissociação das estruturas orais, e os músculos mais atuantes são agora os músculos elevadores e rebaixadores da língua, que trabalham de forma mais independente da mandíbula. Nesse momento, também vai valer a possibilidade da pressão negativa intra-oral, por conta de maior atividade labial vedando o seio durante a sucção.

A esses padrões de funcionamento oral soma-se a integração natural de um padrão respiratório regular e funcional do bebê, que garante a coordenação das funções de sucção/deglutição/respiração, fazendo com que ele se alimente sem se engasgar e/ou sem aspirar o alimento para as vias aéreas. Com o passar do tempo, um grau de maturidade neurológica permite ao bebê sugar separadamente do deglutir e, mais tarde ainda, deglutir algo que não tenha vindo pela sucção, e sim por um trabalho labial na obtenção do alimento – com o uso da colher ou do copo.

Um sujeito que tem seu desenvolvimento neurológico íntegro (como o bebê a termo) muito possivelmente terá a capacidade de se adaptar a este ou àquele jeito de funcionar, segundo sua fome, seu cansaço etc., pois ele já tem um padrão funcional tanto de sucção, como de respiração, e seu sistema nervoso central segue amadurecendo sem quaisquer alterações.

Quanto a um bebê que apresenta algum tipo de dificuldade (como por exemplo o recém-nascido pré-termo), se sua questão for somente maturacional, podemos até deixá-lo quieto com a sonda que ele irá, muito provavelmente, amadurecer um padrão respiratório funcional e adquirir um padrão de sucção funcional, sendo capaz de passar para o seio materno sem maiores dificuldades. Na verdade, não fazemos isso, porque esse bebê prematuro, na maioria das vezes, apresenta outras complicações clínicas que requerem cuidados especiais durante

### *Algumas considerações sobre a alimentação do recém-nascido*

seu processo de amadurecimento neuro-evolutivo, que lhe causam impacto na coordenação da sucção/deglutição/respiração. Quanto à criança que apresenta problemas neuro-motores (decorrentes de algum tipo de lesão neurológica e/ou de algum problema genético ou, ainda, anatômico), precisamos estar atentos nos cuidados alimentares. Uma avaliação fonoaudiológica precisa pode nos informar qual o melhor caminho para o percurso alimentar que vai da sonda ao seio materno. Os prematuros e os bebês com transtornos neuro-motores nos preocupam sobremaneira, assim como o uso indiscriminado do copinho nesses casos.

Em primeiro lugar, um recém-nascido que precisa se alimentar fazendo uso da sonda já nos informa de que há problemas em seu padrão de funcionamento nutricional. Um recém-nascido não tem maturidade neurológica para deglutir qualquer líquido que não venha simultaneamente da coordenação sucção/deglutição – já que sucção e deglutição são mecanismos reflexos integrados inicialmente no desenvolvimento de um bebê. Só mais tarde, o bebê estará apto a deglutir algo que ele não sugou. Deparamo-nos com o primeiro problema: o copinho estimula a deglutição e não a sucção, e essas funções não estão ainda dissociadas no recém-nascido. Se o copinho não estimula a sucção, o bebê pode se habituar a esse esquema funcional e, mais tarde, não aceitar sugar o seio.

Embora não devamos perder de vista que a alimentação alternativa entra como medida transitória entre a sonda e o seio, acreditamos que a mamadeira se presta melhor a isso, já que permite que o neném use um padrão funcional de sucção semelhante ao que usaria se estivesse mamando no seio. Usando a mamadeira, o bebê pode desenvolver seu primeiro padrão de sucção, ao mesmo tempo em que também desenvolve a atividade labial, o padrão respiratório e, ainda, o ritmo de sucção para uma alimentação efetiva. O problema com o uso do copinho é que o bebê acaba bebendo como um “gatinho tomando leite no pires”. Muitas vezes, o leite tem de ser derramado em sua boca, dificultando assim o desenvolvimento de um padrão de sucção funcional e com ritmo. No desenvolvimento normal, o uso da alimentação no copo ocorre com o amadurecimento maior da atividade labial, amadurecimento que um recém-nascido ainda não tem. O pior no uso do copinho é que, mesmo o gatinho, primeiro mama, suga, e só depois vai lamber...

*Eloisa Tavares de Lacerda*

Um outro aspecto a se considerar é a postura global do recém-nascido que precisamos observar com o uso do copinho. Para mamar no seio ou na mamadeira, o bebê pode estar deitado na horizontal ou levemente reclinado (e esta postura é a mais condizente com seu padrão global de desenvolvimento...), mas, ao usar o copinho, temos de posturar o bebê mais na vertical, e isso requer que ele seja mais manuseado. Sabemos que um bebê gravemente enfermo suporta menos manuseios, principalmente porque já sofre procedimentos invasivos suficientes no berçário. Se o bebê, então, precisar de uma postura mais neutra, como decúbito lateral (deitado de lado), o uso do copinho é, então, inviabilizado de vez.

É óbvio que todos esses pontos que levantamos aqui como desfavoráveis ao uso do copinho podem ser contornados por um profissional experiente e atento às necessidades e às possibilidades daquele bebê que ele está alimentando, e isso também é válido para a mamadeira. Em nenhum momento, dissemos que alimentar um neném com dificuldades é tarefa simples. Requer cuidados especiais de manuseio e uma avaliação atenta desse bebê. Em outras palavras, estamos mais preocupados com o uso indiscriminado do copinho como regra geral para todos os bebês que necessitem de alimentação alternativa. Temos de estar sempre atentos ao fato de cada bebê ser único e, portanto, cada um se beneficia de um ou de outro recurso alimentar alternativo. Acima de tudo, temos de ter em mente que sempre pode ser menos traumático para o bebê pensarmos em uma alternativa mais semelhante ao padrão funcional normal para aquele momento de desenvolvimento em que ele se encontra, o que exige que seja menos manuseado durante a alimentação.

Para finalizar, gostaríamos de dizer que o uso do copinho parece estar vinculado a duas questões importantes, que não dizem mais respeito especificamente ao bebê: a primeira delas é uma questão de extrema importância, pois se trata de não estimular o uso da alimentação artificial em vez do leite humano. E isso é muito importante, principalmente se pensarmos nos países em desenvolvimento, onde água esterilizada (para diluir o leite em pó), higiene e saneamento básico são escassos, acarretando mortes infantis desnecessárias. Isso sem falar na desnutrição infantil. Para mães de baixa renda, amamentar pode ser o único meio de evitar a desnutrição infantil. Apoiamos incondicionalmente o aleitamento materno, salvo quando a mãe não tem condições de produzir leite. Nesse sentido,



### *Algumas considerações sobre a alimentação do recém-nascido*

somos radicalmente contra a entrada de corporações multinacionais que promovem uma verdadeira invasão nos países em desenvolvimento, com a idéia de comercializar produtos lácteos industrializados que competem com o leite materno. O que nos parece distorcido é o fato de a mamadeira aparecer como a grande vilã da questão. O melhor é que o leite materno seja sugado diretamente do seio, mas ainda é preferível leite materno na mamadeira, caso o bebê não consiga sugar o seio, ou caso sua mãe precise se ausentar durante o horário de algumas mamadas.

A outra questão importante é que já faz algum tempo que uma entidade internacional, certamente com a melhor das intenções, destina verba aos hospitais que estimulam e garantem o aleitamento materno, mesmo em berçários de risco. Estamos em total acordo com essa ajuda internacional, já que “lutamos” pela mesma causa – o aleitamento materno. O que nos parece ruim é que as instituições que vêm se beneficiando com essa verba acreditam que o uso indiscriminado do copinho, para todos os bebês que necessitam de alimentação alternativa, seja a solução ideal para essa passagem da sonda ao seio. Parece que os profissionais destas instituições acreditam (e por isso seguem essa norma imposta do uso do copinho) que só assim os bebês farão essa passagem.

Para terminar, gostaríamos de deixar claro que nossa crítica tem como objeto precisamente o uso indiscriminado e obrigatório do copinho, que deixa de lado a especificidade de cada bebê. Se mais profissionais puderem considerá-la, para pensar sua prática com bebês de risco, publicar nosso Debate do Mês já terá valido a pena.

### **Apêndice I**

Depois que esse texto foi para o *site*, a psicanalista Cláudia Mascarenhas F. Rohenkohl<sup>2</sup> abriu nossa Sala de Debates do Mês com considerações que achei

---

2. Psicanalista, coordenadora do Infans – Unidade de Atendimento ao Bebê.

*Eloisa Tavares de Lacerda*

bastante importantes, por isso resolvi colocar seu texto na íntegra, como um apêndice desta Comunicação. Isso me pareceu relevante por achar que ele é mais uma contribuição ao tema do copinho.

Resolvi entrar no debate sobre o uso do “copinho” em UTI neonatal, porque, apesar de estar numa área aparentemente distante (psicanálise), algumas reflexões acredito poder provocar. A primeira delas é: quem já teve oportunidade de ver uma mãe adotiva amamentando no peito seu filho? Essa cena é muito mais recorrente do que podemos imaginar.

O que a psicanálise nos ensina é que o desejo subverte a anatomia, as funções corpóreas e o puro organismo. Existe um interessante comentário de Lacan sobre a experiência de Pavlov; essa experiência nos ensina o quanto uma sineta pode provocar salivas num cachorro. Ou seja, nos ensina que o desejo do experimentador é fundante de uma outra ordem para o organismo. O desejo do experimentador subverte a ordem “natural” de salivagem de um animal: ele pode salivar a partir do soar de uma sineta!!

Poderiam me perguntar: mas se está afirmando que o desejo subverte a naturalidade porque falar do mau uso do copinho em UTI neonatal?

Certamente, os bebês se acostumam ao copinho, mas a um preço alto: o preço de um afastamento do prazer inerente e importante dessa região do seu corpo que é a boca. O que quero dizer é que não se justifica o uso do copinho, inadequado e desconfortável para um recém-nascido (por conta de todos os prejuízos que pode lhe trazer) porque ele poderá posteriormente não pegar o bico do peito materno. Muito pelo contrário, a falta de prazer dado o desconforto deste objeto real (o copinho) pode trazer mais afastamento do seu agente de afeto, seu agente materno. Aqui a busca não é do que seria mais “natural” para o bebê humano, pois, como vimos, nem os cães de Pavlov são “naturais”; mas sim do que mais pode aproximar o recém-nascido do desejo materno, portador do prazer e animador fundamental em centros de reanimação neonatal.

É importante pensarmos que o investimento do desejo é fundamental para a sobrevivência do sujeito e sua constituição psíquica, é preciso, diante disso, perceber como é fundamental a função erotizadora do desejo materno.

É por isso mesmo que podendo perverter a possível função “natural”, “biológica” pelo desejo, esse objeto real não pode ser “qualquer um”, “não é em si indiferente, só não tem necessidade de ser específico” (Lacan, relação de objeto).

Aqui, o que importa é ponderar os efeitos tão difíceis da distância imposta pela realidade de uma UTI, distância entre o bebê e seu cuidador materno (seja ele a mãe

*Algumas considerações sobre a alimentação do recém-nascido*

ou o pai). O uso indiscriminado do copinho pode ser um dos ícones dessa distância imposta por essa difícil realidade: uma separação precoce entre bebê e seu agente materno.

Concordo com o texto da fonoaudióloga: são muitos os aspectos a serem revistos por aqueles que indicam e, finalmente, usam indiscriminadamente o copinho em situações já tão comprometedoras do laço entre esse bebê e seus cuidadores.

**Referências bibliográficas**

- ARVEDSON, J. e BRODSKY, L. (1993). *Pediatric swallowing and feeding*. San Diego, Singular.
- LANG, S. (1999). *Aleitamento do lactente – Cuidados especiais*. 1 ed. São Paulo, Santos Livraria.
- MORRIS, S. E. *Oral-Motor Function and Dysfunction in Children*. Ed. Janet M. Wilson. Division of Physical Therapy. Department of Medical Allied Health Professions University North Carolina.
- MULLER, M. (1995). *O matador de bebês*. Imp.

