

Discurso das mães de bebês em unidade de terapia intensiva neonatal: implicações para o trabalho fonoaudiológico*

Christiane de Bastos Delfrate**

Ana Paula de Oliveira Santana***

Introdução

O trabalho fonoaudiológico na área de neonatologia apresenta um crescimento importante, considerando a relevância do atendimento fonoaudiológico para o restabelecimento da alimentação do bebê prematuro. Levando em conta a importância do acompanhamento das mães na orientação do “amamentar”, Andrade (1996) afirma que é necessário que essas mães recebam uma assistência profissional global; assim sendo, o fonoaudiólogo é essencial na equipe multidisciplinar da UTI neonatal, pois toda criança necessita da alimentação para sobreviver, e, sempre que for possível realizá-lo, o aleitamento materno é extremamente eficaz no desenvolvimento do bebê.

Na área da fonoaudiologia, grande parte dos trabalhos relacionados à UTI neonatal tem privilegiado discussões sobre a motricidade oral e aspectos nutritivos do bebê (Carvalho, 1997; Perissinoto, 1996). Além disso, alguns autores têm realizado discussões sobre o tema, levando em conta aspectos relacionados à ruptura do vínculo mãe-bebê devido ao parto prematuro (Viola 1995).

Segundo Mariotto (2003), o ato da amamentação deve ser abordado sob três óticas: a fisiológica, como indicadora de grau de maturidade neurológica e muscular do recém-nascido; a nutricional, como “combustível” para o desenvolvimento neuro-psico-motor do bebê; e a estrutural, como elo no contato mãe-bebê.

O objetivo deste trabalho é procurar aproximar essas discussões, a partir do momento em que se considera, não apenas o aspecto nutricional como importante para o processo de amamentação, mas também a relação mãe/bebê e, nesse caso, mais especificamente mãe/bebê prematuro.

Essa discussão torna-se relevante a partir do momento em que consideramos importante, para o trabalho do fonoaudiólogo na UTI neonatal, a compreensão desses aspectos. Para tanto, primeiramente, realizamos um levantamento na área de fonoaudiologia sobre o tema. Em um segundo momento, levantamos discussões importantes da área da psicanálise, que repercutirão no trabalho fonoaudiológico. E, para analisar melhor essa questão na área da fonoaudiologia, realizamos uma discussão de relatos de casos.

Do ponto de vista fisiológico, segundo Gamburg, Munhoz e Amstalden (2002), a amamentação possui um caráter preventivo, já que é por essa forma de alimentação que ocorre o crescimento harmonioso das estruturas da face, do sistema estomatognático.

No trabalho com crianças pré-termo, a atuação visa uma adequação ou melhoria das habilidades de sucção e deglutição, visto que estas são as necessidades primárias para um recém-nascido. Com isso, tem-se usado muito da estimulação por meio de sucção não nutritiva (estimulação com dedo enluvado na cavidade oral do bebê), durante a alimentação com sonda, procurando propiciar ao

* Esta pesquisa foi realizada como trabalho de conclusão do curso de Fonoaudiologia para obtenção do grau de fonoaudióloga pela aluna Christiane de Bastos Delfrate. ** Fonoaudióloga, mestranda em Distúrbios da Comunicação – Universidade Tuiuti do Paraná. *** Fonoaudióloga, mestre e doutora em Linguística pela Unicamp – SP.



recém-nascido uma associação entre sucção e alimentação e, dessa forma, incentivá-lo a mamar no seio materno assim que possível.

Segundo Aronis e Costa (2000), além disso, são necessárias orientações para adequação de postura, posição dentro da incubadora, sempre com o objetivo de propiciar uma maior organização global da criança.

A orientação ao aleitamento materno vem sendo realizada por diferentes profissionais da área da saúde, como enfermeiras e pediatras. A fonoaudiologia realiza também esse trabalho correlacionando-o com outras questões fonoaudiológicas. Autores como Vinha et al. (1998) e Aronis e Degiovani (1997) afirmam que o aleitamento materno traz benefício, não apenas nutricional para o bebê, mas também é importante para o crescimento e o desenvolvimento motor-oral, aquisição da linguagem, desenvolvimento psicológico e global da criança.

Segundo Brazelton (apud Garcia 1994), quando os pais têm um bebê prematuro, existe um processo inevitável pelo qual passam, um processo de reflexão, de aceitação de si próprios pelo que fizeram com o bebê. Nesse momento, a mãe necessita de informações, orientações, para que se sinta segura e capaz de realizar a amamentação, esse “ato de amor”, com segurança e prazer para ela e seu bebê, sendo esse um momento de satisfação, do real reconhecimento de objeto do desejo de ser mãe.

Para Xavier (1999), o bebê pré-termo ao nascer, principalmente nos casos de idade gestacional bem menor, apresenta-se bastante desorganizado, mostrando movimentos de língua, lábios e mandíbula sem direção e controle. Isso ocorre devido à imaturidade de seu sistema neurológico, imaturidade de sua musculatura e, principalmente, falta de controle no mecanismo de respiração-sucção-deglutição, o que faz com que ele, por ainda ser um “ser” tão imaturo, não consiga sugar, e com isso necessite de auxílio em sua alimentação. Nesse momento, o fonoaudiólogo o auxiliará com cuidados necessários para seu desenvolvimento, iniciando a estimulação tátil, que já se faz necessária desde esse momento. É necessário também que se proporcione à mãe a oportunidade de estar junto ao seu filho nos momentos de estimulação, para que acompanhe seu desenvolvimento e, assim que possível, o bebê sugue em seu seio.

Sabendo-se que a região oral é a primeira fonte de prazer para o recém-nascido; o ato de estimu-

lação para a sucção acalma o bebê e o satisfaz. Diante disto, percebemos que a estimulação do recém-nato é essencial para o controle psicomotor-oral do bebê (Aronis e Degiovani, 1997).

A partir do momento em que o quadro clínico do bebê possibilita uma estimulação mais específica, começa-se a estimulação não-nutritiva, ou seja, uma estimulação na cavidade oral do bebê juntamente com o gotejamento de leite através da sonda, para que a criança estabeleça uma coordenação entre sucção-respiração-deglutição, além de adequar a musculatura oral e assim facilitar a associação da sucção com a saciação. A estimulação oral proporciona ao recém-nascido uma alimentação correta, segura e principalmente prazerosa, para um ser que, até então, havia sofrido muitas intercorrências e obstáculos para se manter vivo (Basseto, 1994).

Segundo Xavier (1997), o bebê já pode ser levado ao seio materno mesmo antes da retirada da sonda e antes mesmo de ter estabelecido um padrão de sucção. Esse momento não é apenas um período de treino para uma alimentação eficaz no seio materno, mas também é um momento em que se inicia a troca de emoções para o binômio mãe-bebê.

Fogo (2000) ressalta que os ganhos conferidos ao bebê prematuro pelo aleitamento materno são fundamentais para que ele tenha a chance de ver suprida a grande privação sensorial e sentimental passada durante o período de hospitalização. A amamentação possibilita uma aproximação entre mãe e bebê, e, com isso, o medo do desconhecido logo desaparece.

Lacerda (2004) discute um caso de uma criança que nasceu com síndrome de Down e as dificuldades da família em lidar com o diagnóstico. Ela apresenta a questão a partir de uma concepção de linguagem e de interação como constituinte do bebê. Para a autora, o olhar da mãe é constituinte. Nesse caso, o fonoaudiólogo deve também promover mudanças no olhar dos pais. O bebê não pode ser visto como uma síndrome, uma patologia ou um risco de vida, mas um sujeito. Nesse momento, a fala da mãe e seu olhar é que o constituem. A autora apresenta essa discussão em um relato de caso no qual o papel da fonoaudióloga no trabalho com o bebê recém-nascido não era apenas de ajudar na alimentação, mas, sim, de escutar os pais e, a partir daí, promover mudanças nas interações com o bebê.





Durante os nove meses de gestação, a mãe imagina o seu bebê, seu sexo, seu tamanho, suas características. Imagina como gostaria que esse ser que carrega em seu ventre se constitua. E assim, começa um projeto com o filho e pelo filho. A mãe estabelece um vínculo desde já com seu filho, e é nele que deposita seus desejos, suas expectativas. A prematuridade do parto rompe muitas vezes com as expectativas com relação ao bebê e em seu lugar surgem dúvidas, anseios e medo.

Segundo Arias (1989), quando o bebê nasce diferente do que era esperado, a mãe vê esse bebê como um monstro, um ser anormal que tomou o lugar da criança esperada, havendo num primeiro momento uma rejeição a esse neonato. Somente aceitando a diferença dessa criança é que a mãe poderá, aceitando e negando ao mesmo tempo, olhá-lo e assim com ele estabelecer uma relação viva, dando-lhe um lugar simbólico em sua vida.

Devido ao parto precoce, a mulher, mãe de um bebê pré-termo, depara-se com um ser pequeno, pouco ativo e dependente de profissionais da UTI neonatal para apenas sobreviver. Torna-se frustrante para essa mãe ir embora e ter que deixar seu filho aos cuidados de outras pessoas, que não ela (Vinha, 1998). Nesse momento começam as indignações, as dúvidas, a culpa e o medo da perda de um bebê que está sofrendo para manter-se vivo.

A ocorrência do parto prematuro interrompe o período da imaginação materna a respeito do bebê, a construção materna a respeito de seu filho pode ficar inacabada pela urgência do nascimento. A gestação, junto ao nascimento do bebê imaginado, para o bebê real é interrompida por uma realidade que não corresponde ao imaginário da mãe. A situação de prematuridade pode ser traumática para a mãe e a descontinuidade da gestação interrompida pelo parto antecipado enfraquecem o vínculo entre mãe/bebê. Assim, o reconhecimento da maternidade lhe é negado, criando um sentimento de duplo abandono, o de ter deixado seu bebê sair de seu corpo antes do tempo e o de deixá-lo no hospital (Almeida, 2004; Braga e Zorning, 2004).

A gravidade da alteração no desenvolvimento sofrida por um bebê prematuro pode variar, embora o fato de ser prematuro já o afaste da normalidade. Ao se afastar da normalidade, faz com que a mãe conceba esse bebê como diferente. Ela é afetada por essa situação, o que afeta sua relação com seu bebê: Como alimentar meu bebê? Será que ele vai sobreviver? (Arias, 1989).

O nascimento de um bebê de risco desencadeia uma crise psicológica na família como um todo e, assim, enfraquece o vínculo familiar. Entretanto, atualmente, tem-se dado muita importância à necessidade de que a mãe do recém-nascido prematuro permaneça ao seu lado, mesmo dentro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. O impacto emotivo para os pais de bebês prematuros num primeiro momento é muito intenso. Esse impacto se refere a um estado de choque, uma sensação de desorientação. Isso faz com que os pais, principalmente a mãe, tenham um sentimento de culpa, de fracasso, e, assim, muitas vezes ajam com negação ao que está acontecendo, negando-se a ir embora e deixar seu bebê instalado em uma UTI.

Segundo Saccuman e Sadeck (2001), para o fortalecimento do aspecto afetivo, não podemos deixar de lado a importância de que a mãe acompanhe e participe das rotinas, procedimentos e cuidados com seu filho.

Os bebês pré-termos, ao contrário dos bebês a termo, não apresentam as características para os primeiros contatos sociais, e, dessa forma, a existência de interação, das trocas mãe-bebê podem estar comprometidas (Moura et al., 2004)

Para Almeida (2004), quando as mães estão perto das incubadoras, mas não podem pegar seus bebês em seu colo, abraçá-lo, acarinhá-lo, sofrem com uma incapacidade de pensar o seu bebê, podendo dessa forma advir uma sensação de incapacidade. A mãe se vê obrigada à necessidade de lutar contra a decepção e a inevitável culpa. Segundo Molina (1998), essa fase inicial da maternidade, para essas mulheres, é característica de uma insegurança, de um conflito consigo mesmas, até que ocorra uma definição da situação do bebê e comece então uma aceitação.

A mãe sofre por não poder levar esse bebê ao seu seio, quando esse era seu desejo primordial; entretanto, não se pode deixar de fornecer a esse bebê o leite de sua genitora, mesmo que de outra forma, que não a esperada pela mãe, no seio materno (Ricco, 1996).

Sobrinho (1998) afirma que a prematuridade coloca o bebê numa relação de dependência de alguém que se ocupe dessa criança e a auxilie nas suas necessidades. O papel da mãe é essencial e primordial para o desenvolvimento do seu filho, pois é ela que lhe oferecerá alimentos, amor e palavras, principalmente palavras. Na hora da amamentação, essa mãe se dedica somente a seu bebê,



fazendo com que mãe/filho se tornem um ser só, provenientes de uma situação prazerosa e definitivamente benéfica para ambos. Pois, por intermédio do outro, nesse caso a mãe, o bebê pode superar a vivência de um corpo doentio e adquirir uma forma de um corpo mais sadio, apesar de imaturo para a vida extra-uterina.

Rabello (2004) ressalta que a permanência do bebê na UTI neonatal acaba por levar a mãe a perder a capacidade de reconhecer e constituir o bebê sob seus cuidados, passando a atribuição para a UTI, representada pelo monitor. A UTI acaba por ter uma função simbólica de um umbral, uma vez que dá a expressão para a travessia que fazemos regularmente na vida. O lugar do resgate do bebê em risco. Por ter a “possibilidade de se constituir simbolicamente como um portal, a UTI permite a construção de um contorno para a mãe e o bebê” (ibid., p. 182). Os bebês necessitam da incubadora e dos cuidados médicos, sendo impossível muitas vezes pegá-los no colo ou alimentá-los. Nesse caso, o conhecimento das mães pouco vale. E os medos e os anseios pesam mais.

É por isso que a amamentação do bebê prematuro acaba por ser um momento importante para a relação mãe/bebê e para a construção desse bebê como *sujeito* e não como um risco de vida. No momento da amamentação, o bebê experimenta a sucção e sacia sua fome, experimentando uma sensação de conforto, que se demonstra em seus olhos fixos no rosto de sua mãe. A mãe constrói no seu abraço ao filho, no seu olhar firme em seu bebê e em seu contato corporal com ele, uma imagem de confiança e de bem-estar.

Depois da separação física precoce causada pelo parto prematuro, mãe e filho precisam um do outro, e a amamentação é um ato de resgatar a relação íntima e dual perdida com o parto recente. O calor, o contato corporal, a troca de olhares durante o processo do “amamentar” fazem com que o bebê se sinta protegido e seguro. Para o bebê, o peito de sua genitora não tem apenas o sentido de saciar sua fome. O aconchego no seio de sua mãe lhe remedia seus incômodos, suas inquietações, tranquilizando-se pelo prazer primário ao abocanhar o seio de sua mãe. (Medeiros, 2003; Gamatié, 1997).

Segundo Silva (apud Primo e Caetano, 1996), a decisão de amamentar é uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios para o binômio mãe-filho, e é determinada pelas interações que ocorrem durante essa experiência vivida pela mulher.

A mãe não pode perder sua capacidade de reconhecer e constituir seu bebê com seus cuidados, e, na hora da amamentação, consegue reconstruir seus laços com seu filho. Nesse momento, a relação corpo-a-corpo toma lugar como forma privilegiada de comunicação entre a mãe e seu filho (Cunha, 2004).

A amamentação bem-sucedida traz para a mulher um sentimento de ligação profunda com seu filho e assim realiza-se enquanto mãe e mulher. Ressaltando as palavras de Périer, citado por Sobrinho (1998),

Todo ser humano na sua prematuridade depende totalmente do amor que lhe é dado pela mãe, tanto na ordem da dependência de cuidados, como na ordem da dependência do amor.

A partir do que foi apresentado acima, consideramos importante levar em conta essas discussões para o trabalho fonoaudiológico na área de neonatologia. Esse é, justamente, o objetivo deste trabalho: através do olhar do fonoaudiólogo, analisar o discurso das mães diante do momento da ruptura mãe-bebê pelo parto prematuro. Isso se torna relevante a partir do momento em que se considera a amamentação, não apenas como algo orgânico relacionado diretamente à eficiência dos órgãos fonoarticulatórios e funções neurovegetativas, mas também diretamente relacionada à *dfade* mãe/criança, na concepção da mãe sobre seu bebê e sobre o processo de amamentação.

O nosso trabalho pretende, assim, entender, através do olhar da fonoaudiologia, o modo pelo qual a prematuridade está sendo sentida e pensada pelas mães. Souza (1999) discute essa questão comentando a importância de analisar o discurso, não apenas em níveis manifestos, mas por meio de uma escuta mais abrangente, que analisa os conteúdos latentes que vêm à tona durante a entrevista. E é com base nessas considerações que elaboramos uma entrevista para viabilizar essas questões.

Método

Tendo em vista que a presente pesquisa visa analisar o discurso das mães sobre seu bebê prematuro e o processo da amamentação na UTI neonatal, foi entrevistado um grupo de cinco mães de bebês prematuros da UTI neonatal do Hospital dos Trabalhadores, sendo escolhidas aleatoriamente dentro da UTI neonatal.





As entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente, para um melhor entendimento do processo.

Para isso, levamos em conta, para a análise dos dados, uma visão interacionista de linguagem. A partir do momento em que se considera essa perspectiva teórica, considera-se a interação como importante para a construção da subjetividade, e essa relação se inicia desde antes do nascimento, quando o bebê já é nomeado, falado pela mãe. Segundo Arantes (1982), baseando-se nessa teoria de linguagem, o discurso da mãe deve ser mais que ouvido e registrado, deve ser escutado de forma bastante singular, pois nele está inscrito o lugar designado a essa criança. Essa escuta implica uma decodificação da fala da mãe, atribuindo a esta um significado. Portanto, segundo essa mesma autora, “Escutar é decodificar o que é obscuro, confuso ou mudo”.

E para isso é necessário que o terapeuta esteja “esvaziado” de conteúdos predeterminados, pois somente assim acolherá o discurso da mãe e todos os aspectos nele apresentados. Diante disso, é incompatível o uso de um questionário pronto ou uma intervenção que privilegie a patologia (Viola, 1995). Cada mãe tem uma história única, uma concepção singular de seu bebê, e essa relação mãe/bebê deve ser analisada na sua singularidade.

Vale ressaltar que todos os bebês tiveram acompanhamento fonoaudiológico durante sua internação na UTIN até o momento de alta, pois a pesquisa teve uma duração de nove meses, e nesse período realizamos estimulação não nutritiva, estimulação nutritiva e estimulação ao seio, dependendo do estado da criança; porém, ao obter alta, todas saíram da maternidade mamando exclusivamente no seio materno.

Resultados

Os casos

Bebê 1
Nome: G
Mãe: M

A gestação da mãe de G foi normal, M tinha 25 anos no momento da entrevista e, segundo ela, fez pré-natal, com acompanhamento médico durante todo o período, sem ter intercorrências. O bebê foi planejado e a prematuridade não teve causas específicas.

G nasceu de cesariana, pré-termo com idade gestacional de 33 semanas, pesando 1990g, e logo que nasceu foi levado para UTIN.

No período desta pesquisa, o bebê estava com 15 dias, tendo passado todos na UTIN, onde foi estimulado ao seio materno com auxílio da equipe da Fonoaudiologia do Hospital, após o quinto dia de nascimento. G manteve boa sucção, com esforço de início, sendo necessário complemento alimentar, porém estabilizado o quadro até o momento de alta.

Uma vez minha mãe ficou internada no HC e eu via as mães de bebê prematuro indo embora e deixando os filhos lá na UTI, me cortava o coração, e isto sem imaginar que um dia eu ia passar por isto... (...) Fico com ele o tempo todo, e sempre que pode pego ele no meu colo, fico imaginando como será que vai ser quando eu levar ele pra casa... Chego em casa e fico olhando o quatinho dele, tudo arrumadinho esperando... M

... Acho que o meu leite, é o leite que vai fazer ele ficar mais fortinho antes, mas além disso, eu adoro amamentar, não sei se é porque estes são os únicos minutos que fico ao lado dele. Mas é maravilhoso, ele se acalma ... É o único momento do dia que me sinto produtiva. (...) Nesta hora esqueço de tudo e somos só, eu e ele... M.

Parece que sem vocês, ele não mama, chega a me dar nos nervos. Às vezes eu to aqui um tempão tentando amamentar e ele chora, briga... daí vocês chegam, arrumam ele no meu colo e ele mama, é incrível... M

Bebê 2
Nome: C
Mãe: F

F teve C aos 18 anos. Só descobriu que estava grávida no terceiro mês de gravidez e teve uma gestação normal. A partir daí, teve acompanhamento médico e fez exames pré-natais, não tendo nenhum tipo de problema durante a gestação.

C nasceu pesando 1955g, com idade gestacional de 34 semanas, sendo encaminhado a UTIN logo após seu nascimento. No momento da pesquisa C estava com 4 dias; entretanto, ainda tinha sido pouco estimulado com sucção-não-nutritiva (dedo enluvado e gotejamento de leite via sonda). Seu quadro manteve-se estável, o que fez com que a fonoaudióloga pudesse atuar mais especificamente na hora da amamentação.



Acho importante ressaltar que F ainda estava internada no momento da entrevista e, então, não havia passado pelo processo de afastamento de seu bebê.

A alimentação melhor que tem pra ele é no meu peito, pois tem tudo que ele precisa. Eu quero muito amamentar e isto me deixa chateada, não estar conseguindo... meu leite é o melhor que tem pra ele, assim ele fica forte e se recupera mais rápido, quero muito amamentar ele, se desse, queria pra sempre... é muito gostoso amamentar, dá até vontade de chorar, sinto como se fosse parte de mim, é a coisa mais boa do mundo quando ele suga... F

Bebê 3
Nome: A
Mãe: J

O bebê nasceu pesando 1775g, com idade gestacional de 30 semanas e foi encaminhado para UTIN devido à insuficiência respiratória.

A mãe desejou muito seu filho, a gravidez foi planejada, ela realizou todos os exames pré-natais e também não teve nenhuma intercorrência durante a gestação.

O bebê, no momento da pesquisa, estava com duas semanas e mantinha um quadro estável na UTIN. Foi estimulado pela equipe da fonoaudiologia com estimulação no seio materno desde o início.

O bebê já estava mamando no seio de sua mãe, porém ainda mostrava esforço respiratório. Sua sucção estava fraca e não havia um bom vedamento labial, o que fez com que houvesse escape de leite. Diante disso, o bebê permaneceu com sonda por onde estava sendo passado o complemento de sua dieta.

No começo fiquei triste, nervosa, porque sabia que ia ter que me separar dele, isto doía saber que o pulmão dela não tava formado e ele corria risco... J

Estou sendo bem orientada por vocês, quando vocês tão aqui ele suga no meu peito, quando não tão, ele só chora... Parece até uma coisa. Eu amamentei antes, mas este bebê é diferente, eu tenho um pouco de receio, e então com vocês do meu lado fico segura e tranqüila. J

Bebê 4
Nome: B
Mãe: K

B nasceu com idade gestacional de 37 semanas, pesando 2719g, porém apresentando estresse respiratório, sendo necessário seu encaminhamento para UTIN.

A mãe tinha 29 anos no momento de dar à luz seu bebê, ela teve todos os cuidados durante a gestação, bem como realizou todos os exames necessários para que sua gravidez corresse bem, pois esse filho era de grande desejo dos pais.

B, nesse momento com 8 dias, estava mamando exclusivamente no seio materno, mostrando boa sucção, boa coordenação de movimentos, sem adaptação de sonda, pois já não havia mais a necessidade de complemento nutricional.

Assim que ele nasceu, quando eu soube que ele estava bem ruinzinho me deu uma tristeza imensa, por saber que esperei tanto tempo... já tive outros filhos mas ele é diferente. Nos três dias que fiquei internada chorei direto de medo que ele não agüentasse, foi horrível, horrível mesmo... K

Bebê 5
Nome: K
Mãe: A

K nasceu com idade gestacional de 30 semanas, apresentando peso de 1365g, sendo encaminhado para UTIN devido a acidose respiratória.

A mãe tinha 15 anos no momento e relatou que seu filho não foi desejado, pois ela ainda se achava muito nova. Fez acompanhamento médico, e não teve nenhuma intercorrência durante a sua gestação.

K no momento da entrevista estava com 13 dias, já estava sendo estimulada a amamentação no seio materno, porém ainda mantinha adaptação de sonda, devido ao cansaço ao mamar, e, assim, fez-se necessário continuar complemento oral via sonda nasogástrica.

Me culpo muito por ele estar passando por tanta dificuldade... Eu sou muito nova, ainda nem tenho corpo pra sustentar ele, e ainda tive tantas dificuldades na gravidez, problemas com minha família, meu namorado... talvez isto tenha feito ele nascer antes, passei uma gestação muito tensa. A





Nossa eu admiro muito a profissão de vocês, antes eu nem sabia o que era, agora achei lindo... imagine a sensação de você ver hoje meu filho mamando, e antes quando ele nem podia sair da incubadora, olhe... este mérito é teu... se não fosse por você e pela fono da manhã eu não ia ter coragem nunca... lembra no começo que você segurava minha mão... [A chorou]

Discussão

No relato das mães, vemos claramente a dor, a culpa, o medo, que são sentimentos que acompanham esse momento dramático da vida que é o nascimento de um bebê prematuro, e a incerteza, em muitos casos, da continuidade de sua vida. As culpas residem no fato de que, se antes do nascimento a mãe e filho eram “um só”, a mãe acaba por identificar-se como “culpada”, como causadora dessa ruptura imprevista.

As mães deixam claro em seu discurso que o bebê prematuro é um bebê diferente. Essa diferença não reside em diagnóstico patológico, mas sim na necessidade de cuidados especiais, na impossibilidade de levá-lo para casa, de amamentá-lo sem a ajuda de um profissional, nesse caso, a fonoaudióloga. É nesse sentido que o bebê prematuro é um bebê diferente. O olhar da mãe para esse bebê o constitui como um bebê frágil, doente, que precisa de um cuidado especial que ela não conhece.

A ruptura mãe/bebê provocada abruptamente pelo nascimento precoce é solidificada pela UTI. Simbolicamente, a UTI acaba por representar a impossibilidade de viver a maternidade em sua plenitude: “é meu filho, mas não posso levá-lo para casa”, “é meu filho, mas não sei como amamentar”, “é meu filho, mas não sei como cuidar”.

É também nessa hora que o fonoaudiólogo atua, não apenas para auxiliar o bebê no início de sua sucção, mas mantendo o papel de “reapresentar” esse bebê a sua genitora, pois a fonoaudióloga, ao mesmo tempo em que oferece auxílio ao recém-nascido, deve também exercer a função de objeto de suporte para a mãe, permitindo-lhe dar expressividade à função materna.

Diante disso, podemos compreender a relação mãe/bebê numa segunda vertente, a vertente da dificuldade, das inseguranças, do medo na hora de alimentar um bebê diferente do que a mãe esperava. Esse período é repleto de sentimentos de incerteza, juntamente com frustração e negação. A fo-

noaudióloga acaba por exercer, indiretamente, a função que a mãe não sabe e não pode cumprir. Perceber isso no trabalho na UTI é compreender a dimensão simbólica que o fonoaudiólogo tem quando lida com bebê pré-termo e suas mães.

Conclusão

Durante a gravidez, a mulher-mãe vive várias etapas e estórias que antecedem a chegada de seu bebê, pois antes mesmo de esse bebê nascer, ele já existe no imaginário da sua nutriz. O bebê imaginado, idealizado pela mãe, portador de seus sonhos, completo e formado, se realiza, com um nascimento prematuro, em um bebê “diferente” do esperado, ainda como forma de um embrião. Essa separação ocorrida pela interrupção precoce da gravidez prejudica muitas vezes o desenvolvimento da maternidade e, com isso, as interações entre mãe/bebê. A mãe, nesse momento, mostra uma oscilação entre o desejo de se afastar de seu bebê e ao mesmo tempo a necessidade de uma colagem entre ambos.

Sair da maternidade sem o filho nos braços, chegar em casa e encontrar o berço vazio faz a mãe sentir-se impotente e incapaz, ao ter gerado um filho “doente”.

É através da amamentação e dos outros cuidados que a mãe realiza com seu bebê que essa relação é restabelecida. O início do “mamar” capacita a mãe a se adaptar às necessidades iniciais de seu bebê.

O fonoaudiólogo tem um papel muito importante no aspecto nutricional, pois é ele quem dá as orientações quanto à posição, canelamento de língua, cuidados na hora de amamentar, etc. Entretanto, reapresentar o bebê a sua mãe, encorajá-la a pegar seu filho em seu colo, a começar a amamentá-lo não é uma tarefa fácil. Ela precisa voltar a olhar seu bebê, voltar a falar com ele, para que essa interação possa constituir-lo como sujeito, afastando-o da patologia e do “olhar diferente” da mãe.

A fonoaudiologia juntou-se à equipe hospitalar atuando em bebês de risco há pouco; entretanto, percebemos que é indispensável a presença da fonoaudióloga nessa equipe, quando se observa que seu trabalho junto ao incentivo ao aleitamento pode auxiliar não somente o desenvolvimento motor oral, mas também o desenvolvimento psicológico e global dessas crianças.

Esta pesquisa procurou ouvir o discurso das mães como importante para o fonoaudiólogo, a partir do momento que ele entende esse processo. Diante disso, pudemos observar que a prematuridade e a internação do bebê em UTIN implicam um corte abrupto na relação mãe/bebê. Com isso, pudemos concluir que o fonoaudiólogo não tem apenas o papel de auxiliar no processo de amamentação, mas representa um papel simbólico na hora do “amamentar”, rerepresentando esse bebê a sua mãe e fortalecendo o vínculo na reconstituição da unidade mãe-bebê, que, nesse caso, está comprometida. Trata-se de uma relação de confiança e de bem-estar na hora da amamentação, quando, em alguns momentos, é suficiente a simples presença da fonoaudióloga para dar segurança à mãe e, assim, encorajá-la a prosseguir com a amamentação, para que restabeleça sua relação com seu bebê, tanto no aspecto nutricional e emocional quanto simbólico.

Referências

- Almeida MLBV. Grupo criar-te: a criatividade em UTI neonatal. In: Aragão RO, organizadora. O bebê, o corpo e a linguagem. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p.191-200.
- Alves AC, Xavier C, Taques MI. Acompanhamento de crianças em história de prematuridade no ambulatório da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. In: Marchesan IQ, Zorzi JL, Gomes ICD, organizadores. Tópicos em fonoaudiologia 1996. São Paulo: Lovise; 1996. v.3, p.457-91.
- Andrade CRF, organizadora. Fonoaudiologia em berçário normal e de risco. São Paulo: Lovise; 1996. Ações fonoaudiológicas na saúde materno-infantil; p.25-42.
- Aranes L. O fonoaudiólogo, este aprendiz de feiticeiro. In: Lier-De Vitto MF, organizadora. Fonoaudiologia: no sentido da linguagem. São Paulo: Cortez; 1994. p.23-37.
- Arias MI. A escuta do indizível. In: Jerusalinsky A, et al. Psicanálise do desenvolvimento infantil. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989. p.184-95.
- Aronis EA, Degiovani VM. Atuação fonoaudiológica junto a maternidade: alojamento conjunto e berçário de alto risco. In: Lagrotta MGM, César CPHAR. A fonoaudiologia nas instituições: terceira idade, hospital, escola, centro de saúde, clínica-escola, creche. São Paulo: Lovise; 1997. p.160-3.
- Barros JCR, Fusco SRG. Aleitamento materno: técnica e promoção. In: Leone CR, Tronchin DMR. Assistência integrada ao recém-nascido. São Paulo: Ateneu; 2001.
- Bassetto MAC, Brock R, Wajnsztein R, et al. Neonatologia: um convite a atuação fonoaudiológica. São Paulo: Lovise; 1994.
- Brock R, Gagnus C. Rotinas da unidade neonatal. In: Bassetto MAC, Brock R, Wajnsztein R, et al. Neonatologia: um convite a atuação fonoaudiológica. São Paulo: Lovise; 1999. p.19-22.
- Carvalho MR. Sociedade civil de bem-estar familiar no Brasil. BEMFAM: março, 1997.
- Carvalho GD. Amamentação: uma avaliação abrangente. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
- Cunha I. A mãe, o recém-nascido de muito baixo peso e a interação: uma nova perspectiva para os cuidados da UTIN. In: Aragão RO, organizadora. O bebê, o corpo e a linguagem. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p.211-23.
- Dias MM. A aventura do vir a ser: uma experiência em UTI neonatal. In: Aragão RO, organizadora. O bebê, o corpo e a linguagem. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p.201-10.
- Fogo M. Programa de orientação e incentivo ao aleitamento materno do recém-nascido prematuro. Revista CEFAC 2000;2(1):81-9.
- Gamatié Y. É necessário suplementar com água os lactentes nutridos exclusivamente ao seio? Niger: Serviço de Pediatria, Hospital National Niamey, Niger; 1997.
- Gamburgo LJJ, Munhoz SRM, Amstalden LG. Alimentação do recém-nascido: aleitamento natural, mamadeira e copinho. Fono Atual 2002;20:39-47.
- Garcia RAS. O trabalho fonoaudiológico no berçário: ênfase no papel da família. In: Marchesan IQ, Bolaffi C, Gomes ICD, Zorzi JL, organizadores. Tópicos em fonoaudiologia 1994. São Paulo: Lovise; 1994. p.169-92.
- Giugliani E. Amamentação sem mitos. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, Bibliomed Inc.; [sd.]. Disponível em: <http://www.sbp.com.br> Acesso em: 13 mar 2004.
- Gomes ICD. Relações de troca ou relações de poder?: supervisão em fonoaudiologia. São Paulo: Summus; 1991. E quando a família vem ao caso?; p.483-95.
- Lacerda ET. O atendimento do bebê: relato da clínica. In: Aragão RO. O bebê, o corpo e a linguagem. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p.151-63.
- Mariotto RMM. Distúrbios alimentares em bebês: uma interlocução entre a fonoaudiologia e a psicanálise. Distúrb Comun 2002;14(1):263-74.
- Medeiros AMC. Caracterização da atuação em berçário neonatal: uma visão fonoaudiológica. In: Marchesan I, Zorzi J, organizadores. Tópicos em fonoaudiologia 2002-2003. Revinter, Rio de Janeiro: 2003. p.293-307.
- Molina SE. O sintoma do bebê. Porto Alegre: Lovise; 1998.
- Moura MLS, et al. Interações iniciais mãe-bebê. Psicol Reflex Crít 2004; 17:295-302.
- Pêcheux M. Por uma análise automática do discurso. Campinas, SP: UNICAMP; 1969-90.
- Perissinotto J. Atuação fonoaudiológica com o bebê prematuro: acompanhamento do desenvolvimento. In: Andrade CRF, organizadora. Fonoaudiologia no berçário normal e de risco. São Paulo: Lovise; 1996. p. 129-48
- Primo CC, Caetano LC. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. J Pediatr 1996;75(6):449-55.
- Rabello A. A função simbólica da UTI neonatal. In: Aragão RO. O bebê, o corpo e a linguagem. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p.177-89.
- Ricco RG. Aleitamento materno: uma questão sempre relevante. Pediatr Mod 1996;32(1):32-41.
- Roloff DW. Decisões no cuidado de neonatos. In: Donn SM, Faix RG. Emergências neonatais. Rio de Janeiro: Revinter; 1994.
- Saccuman E, Sadeck LS. Assistência aos pais de recém-nascidos de risco. In: Leone CR, Tronchin DMR. Assistência integrada ao recém-nascido. São Paulo: Atheneu; 2001. p.129-34.
- Santana APS. Escrita e afasia: a linguagem na afasiologia. São Paulo: Plexus; 2002.
- Sobrinho O. A função da mãe. In: Souza Filho AA, et al. A clínica da psicose. Rio de Janeiro: Papirus; 1998.
- Souza LAP. Subjetividade, corpo e linguagem na clínica fonoaudiológica. Distúrb Comun 1999;10(2):225-34.



Tronchin DMR, Toma E. Estrutura e organização da unidade neonatal, aspectos de enfermagem. In: Leone CR, Tronchin DMR. Assistência integrada ao recém-nascido. São Paulo: Atheneu; 2001. p.1-20.

Vinha VH. Texto da escola de enfermagem de Ribeirão Preto. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.

Viola IC. Sobre a primeira entrevista. In: Marchesan IQ, Zorzi JL, Gomes ICD, organizadores. Tópicos em fonoaudiologia 1996. São Paulo: Lovise; 1996. p. 131-6.

Xavier C. Trabalho fonoaudiológico em berçário. In: Lopes Filho O, editor. Tratado de fonoaudiologia. São Paulo: Roca; 1997. p. 1001-23.

Zornig SMA, Braga NA. Parto prematuro: antecipação e descontinuidade temporal? In: Aragão RO. O bebê, o corpo e a linguagem. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p.165-74.

Recebido em março/05; **aprovado em** março/06.

Endereço para correspondência

Christiane de Bastos Delfrate

*Rua Padre Anchieta, 2224, ap. 405, Curitiba, PR,
CEP 80730-000*

E-mail: christianedelfrate@hotmail.com



