

TÍTULO: Uso do Método Bick de Observação da relação mãe-bebê na pesquisa: o fenômeno da amamentação numa maternidade de alto risco.

Autora: Rafaella Botelho Cursino Portella

INTRODUÇÃO

Este artigo é fruto da pesquisa, em andamento, do Programa de Doutorado em Psicologia Clínica, da Universidade Católica de Pernambuco, que teve como objetivo observar como se desenvolve a relação entre mãe e bebê pré-termo e como se estabelece a amamentação no tempo em que estão internados.

O interesse pela temática surgiu pela prática profissional da pesquisadora, numa Maternidade de Alto Risco, ao se deparar com a dificuldade diária das mães no processo de amamentação: questões ligadas à produção do leite, ao processo da ordenha, à manutenção da amamentação no período de internação hospitalar e após a alta.

Estudos também têm mostrado dificuldades das mães amamentar durante internação e pós-alta hospitalar. Um dos fatores indicados nas pesquisas que dificultam as mães a manter a amamentação refere-se ao tempo em que os recém-nascidos permanecem internados, assim como a impossibilidade inicial de mamarem diretamente no peito (Menezes *et al.*, 2014; Vannuchi, 2004; Venancio & Almeida, 2004).

Apesar do baixo índice de adesão à amamentação, o Ministério da Saúde (Brasil, 2013) aponta que o grupo que mais necessita do leite materno é o dos recém-nascidos pré-termo, pois o leite produzido pelas mães apresenta composição diferenciada em termos de aporte protéico-energético e de constituintes imunológicos. O leite materno se adequa às peculiaridades fisiológicas do metabolismo desses bebês, o que tem levado as UTIs neonatais a utilizarem, quase que exclusivamente leite humano, obtendo excelentes respostas (De Oliveira, 2011; Vannuchi, 2004).

Encarado como uma estratégia à promoção da amamentação de bebês pré-termos nas Unidades Neonatais e, em busca de uma maior adesão das mães, o Ministério da Saúde lançou a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru¹. A Norma, lançada em 2000, por meio da Portaria nº693, indica que

¹ O Método constitui em três etapas: 1ª: Unidade de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários. 2ª: é a enfermaria, onde o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe. Para a permanência nesta etapa, exige-se estabilidade clínica do bebê, ganho de peso regular, nutrição enteral (peito, sonda ou copo) e peso mínimo de 1.250g. 3ª: acompanhamento ambulatorial até o bebê completar 2500g.

este modelo de assistência seja inserido nas maternidades de alto risco, porque promove a aproximação entre pais e filho; o contato pele a pele; estimula, logo que possível, o reflexo de sucção ao peito; e garante o acesso aos cuidados especializados. O aleitamento materno é iniciado antes mesmo que o bebê tenha condições de mamar diretamente no peito, por meio da retirada do leite e oferecimento ao filho por sondas ou copinho (Brasil, 2013).

Diante do impasse benefícios do leite x baixa adesão, levantamos algumas questões: o que tem dificultado as mães a amamentarem no período de internação, mesmo cientes dos benefícios do leite? Seria o conhecimento do benefício que garantiria a mãe amamentar? Que outros fatores encontram-se envolvidos na sustentação ou não do ato de amamentar?

1. A ESCOLHA DO MÉTODO

Compreendemos que esses questionamentos não apresentarão respostas simples e objetivas. Por essa razão, optamos por realizar uma pesquisa de natureza clínico-qualitativa, tomando a Psicanálise como referência para a interpretação dos dados. Utilizamos o Método de observação Ester Bick, de modo adaptado, pela sua inspiração psicanalítica e por ser pertinente para identificar sutilezas no campo intersubjetivo da relação mãe-bebê.

O método Bick foi desenvolvido em 1948, como parte da formação de psicanalistas de bebês, em Londres. Tem sido cada vez mais utilizado na pesquisa e no ensino, como fonte de conhecimento teórico e geração de novas hipóteses. Para utilizá-lo, seja para fins didáticos ou de pesquisa, é imprescindível respeitar os três tempos: a observação, a anotação e a supervisão.

No que se refere ao primeiro tempo, o observador se dirige à casa do bebê ou ao local a ser observado, sistematicamente, com tempo de duração e dias combinados. O observador é o instrumento principal de coleta e registro de dados em campo e, por isso, é importante que experimente o impacto emocional das relações estabelecidas, mas não se comprometa numa posição de dar conselhos, de mostrar aprovação ou desaprovação diante do que observa. Sua função é de observar e não de intervir, causando menor distorção possível do espaço.

O segundo momento é o tempo da anotação. Ele acontece após a visita, no qual o observador registrará por escrito, detalhadamente, tudo o que recordar, o que causou

impressão e os afetos experimentados naquele tempo. Por fim, o tempo da supervisão, que ocorre semanalmente com o grupo de observação e com um psicanalista experiente que coordena. Nesta ocasião, o observador, ao falar sobre a experiência da observação naquela semana, terá a possibilidade de compreender, organizar e dar sentido às vivências, articulando-as teoricamente (Oliveira-Menegotto et al, 2006).

O uso do Bick não é passível de generalizações dos resultados. Se, por um lado, o estudo de poucos casos impede o tratamento estatístico, por outro permite o aprofundamento qualitativo de cada caso, na medida em que possibilita a descrição de condutas diretamente observáveis em detalhes (Oliveira-Menegotto et al, 2006).

2. O CAMPO

Realizamos a pesquisa com três díades de mães e bebês, na maternidade de alto risco, em Recife-PE, que tem o Método Canguru como protocolo do serviço. A observação ocorreu, ao longo de dois meses, cada díade em períodos diferentes. A frequência foi, em média, 3-4 vezes por semana, com duração de 1 hora, no horário da dieta das 9h. Foram, em média, 8 observações de cada díade, no período de internamento hospitalar.

Antes de iniciar as observações propriamente ditas, fez-se necessário ir aos dois setores onde a pesquisa foi realizada - Unidade Neonatal (1ª etapa) e Enfermaria (2ª etapa). Apresentamos aos profissionais a Carta de Anuência, concedida pela coordenadora geral do Canguru, e o TCLE. Explicamos como se daria a pesquisa, as observações e a postura da pesquisadora no local. Esclarecemos que o foco do estudo seria a observação da díade, no entanto, as pessoas que se aproximassem dela também seriam observadas, já que observaríamos qualquer interação com os mesmos. Após o contato, todos os envolvidos assinaram o TCLE.

Com o intuito de exemplificar o uso do Bick nesta pesquisa, destacamos, a seguir, o recorte de duas observações da primeira díade observada – Luana e Marcos².

² Os nomes aqui citados são pseudônimos, para preservar o anonimato dos participantes. Luana tem 19 anos, mora no interior de Pernambuco, com seu parceiro João e seu filho, Igor, de 1 ano e 9 meses. Marcos nasceu, quando Luana estava com 7 meses de gestação. Não sabia que estava perdendo líquido. Quando foi ao posto de saúde, Luana já estava com 4cm de dilatação e, por isso, encaminharam para o hospital, onde teve Marcos de parto normal.

2.1 Recorte de observações

2.1.1 1ª observação: a escolha por Luana e Marcos

Ao chegar à 1ª etapa da Unidade Neonatal, fui à bancada das enfermeiras, solicitar o documento com a relação dos bebês internados em toda a unidade. Com ele em mãos, entrei no espaço Intermediário 1. Aproximei-me de cada incubadora, identifiquei os bebês e os observei, percebendo os equipamentos que estavam neles (fototerapia, respirador, monitor de batimentos cardíacos...) e as informações contidas nas placas (data de nascimento, peso, nome da mãe e da criança).

No setor, tinham algumas mães presentes e estavam à espera da dieta. Dentre elas, Luana me chamou a atenção: uma jovem, com rosto de menina. Acarinhava calmamente a cabeça do filho, Marcos, que usava uma máscara nos olhos, pois se submetia à fototerapia, devido à icterícia. O que chamou a atenção em Luana foi sua concentração ao se dirigir ao filho com o olhar e com o toque.

Ao observar Marcos, senti que ele estava tranquilo e parecendo gostar do toque carinhoso que recebia. Sua posição na incubadora era de barriga para cima, com os braços abertos, espalmados para os lados e com o aparelho em seu pé, monitorando os batimentos cardíacos. Imaginei que estivesse dormindo, porque não se mexia.

Nas incubadoras ao lado, estavam Patrícia e Gersa acompanhando seus filhos. Vestiam a bata azul que se utiliza na 2ª etapa. Os filhos tinham recebido alta da 1ª, mas intercorreram e precisaram de cuidados mais intensivos, retornando ao primeiro setor.

Antes de iniciar a dieta, Luana perguntou a Patrícia se iria amamentar seu filho. A mãe respondeu que não, porque, quando o coloca no peito, ele cansa e não queria que ele cansasse. Quando respondeu que não, Luana e Gersa perguntaram com um tom de reprovação: “Não?!”. Rapidamente, Patrícia modificou sua resposta dizendo que, na verdade, não tinha leite, “quando coloco no peito, ele puxa e sai bem pouquinho”.

Senti que Patrícia ficou impactada com a resposta incisiva das outras mães em relação à decisão de não colocá-lo no peito. Ela me parecia amedrontada pelo fato do filho estar na unidade inicial e com receio dele piorar. Parece que elas não conseguiram compreender esse receio e Patrícia precisou rever sua posição e falar algo mais “aceitável”, já que a quantidade de leite não teria relação com a escolha de não amamentar. Imaginei que sua fantasia era a de que a amamentação, nesse momento,

poderia ser ameaçadora para seu filho, já que poderia piorar a situação de saúde. Pareceu que, naquele momento, não havia espaço para compartilhar seus medos e decidir não amamentar. Essa decisão acarretaria reprovação por parte dos outros, já que amamentar é sinônimo de investimento. Diante desta lógica, a escolha de Patrícia seria sinônimo de desinvestimento no filho?

Para iniciar a dieta, as profissionais organizaram as sondas e colocaram os leites nas seringas que são acopladas às mesmas e deram para as mães segurarem. Chamou-me a atenção Luana, concentrada no filho e no leite que descia da seringa. A alimentação de Marcos durou em torno de 5 minutos, e ele continuava dormindo na mesma posição.

Todos os bebês tinham iniciado a dieta, menos o de Gersa, pois o leite ainda não tinha chegado. Sua filha estava muito inquieta e começou a chorar. A mãe se dirigiu à filha dizendo que o leite estava chegando e colocou a mãozinha dela na boca. A enfermeira, percebendo a inquietação da bebê, olhou a prancheta e disse que o leite dela seria materno ou hidrolisado³. Perguntou se estava amamentando e ela disse que não, que, quando tirava, saía 1, 2ml. A enfermeira calmamente respondeu, *“mesmo sendo pouco, faça um esforço de tentar tirar, porque é importante para sua filha. A vacina é só uma gota não é?! Então, para ela, seus 2mls podem ser muito importantes”*. A mãe responde: *“quando estava lá embaixo, eu tirava 60ml facilmente para doar, subi dia 19, e dia 20 eu já não conseguia tirar praticamente nada”*. *“Mas não deixe de estimular, porque se não vai secar”*. *“Eu tento, mas quando vejo que sai pouco...”*. Após uns 5 minutos, o leite chegou, a mãe iniciou a alimentação pela sonda, a filha se acalmou e adormeceu.

Ao observar a cena, achei interessante a solução de Gersa de colocar a mão da filha na boca para sugar, ao percebê-la inquieta. Com a escuta do diálogo, pensei o quanto deve ter sido difícil para Gersa voltar para aquele espaço e ter praticamente parado de produzir leite. Na enfermaria, estava conseguindo alimentar sua filha e ainda doar, no entanto, com a intercorrência, precisou regredir o processo e voltar para o início. Perguntei-me, de que maneira voltar à 1ª etapa ressoava em voltar ao início de tudo, inclusive da quantidade de leite. Poderíamos supor, que as intercorrências nos bebês, geram, também, intercorrências nas mães em outro nível?

A profissional me pareceu com boas intenções, querendo ajudar Gersa a não desistir da amamentação. No entanto, parece-me que não têm instrumentos para intervir. O discurso racional utilizado, referindo-se aos benefícios do leite e o associando à vacina,

³ Pelo fato da filha de Gersa precisar do leite hidrolisado ou o materno, imaginei que ela teria alguma restrição alimentar ou comorbidade.

não abre espaço para reflexões sobre a subjetividade materna e para a dimensão psíquica do ato de amamentar. Na intervenção, a dimensão dominante é a nutritiva, independentemente do que a mãe vive internamente. Se tem leite, então deve-se tirar, essa é a relação. Mas em nenhum momento, se perguntaram, por que será que Gerusa tinha leite suficiente para filha e agora não tem?

Das três díades que se encontravam no setor, escolhi Luana e Marcos. O bebê tinha cinco dias de nascido e possibilitaria a observação desde o início do internamento. Além disso, me tocou o modo como Luana se dirigia ao bebê, ainda sem palavras, mas com a leveza no toque e com o olhar.

2.1.2 2ª observação: Operação do Encontro entre Luana e Marcos

Na segunda observação, após dois dias do primeiro encontro, cheguei ao setor e Luana ainda não tinha chegado. Dirigi-me à Marcos e percebi que ele já estava sem a fototerapia e sem a máscara nos olhos. Encontrava-se com sonda na boca e acesso no braço direito. Vestia fralda e, ao redor do corpo, havia um pano enrolado para dar a sensação de limite corporal. Senti como se ele estivesse mal acomodado, pois mexia pernas e braços, fechava e abria os olhos várias vezes, franzia o rosto, como se estivesse inquieto.

Luana chegou, sorriu e disse que estava atrasada. Dirigiu-se ao filho “*você está chorando meu amor, vou tirar seu leite*”, alisando sua cabeça. Foi a primeira vez que a vi se dirigindo com palavras ao filho. Ela se retirou e foi para a sala da ordenha. Marcos continuou inquieto, mexendo as pernas e os braços. Depois de um tempo, Luana voltou com seu leite no pote e me disse “*acho que meu leite vai secar, porque meu peito está mole. Ontem ficou faltando 5ml para ele, vamos ver o de hoje*”. Senti que estava preocupada com a situação de não ter leite suficiente. Relatou-me que fazia massagem no seio e o apertava para tirar o leite. Aprendeu a tirar sozinha, observando as outras mães, mas ninguém a ensinou.

Tal colocação sobre a ordenha nos faz refletir sobre como deve ser para as mães ordenharem o leite e não amamentarem diretamente seus filhos no peito? Socialmente, compartilhamos a ideia de que, desde o nascimento, o bebê se alimenta no seio materno. O nascimento do bebê pré-termo, traz mais essa especificidade: ordenhar! A própria nomenclatura soa estranho, remetendo à retirada do leite às “tetas” dos animais.

Antes de iniciar a dieta, Luana perguntou a profissional se poderia pegar Marcos no colo. A técnica autorizou, o enrolou no lençol e o colocou nos braços da mãe na posição horizontal, que o pegou de forma bem acolhida. A mãe me falou que esta era a primeira vez em que o pegava. A cena foi bem interessante de se observar: Marcos estava bem calmo, abria os olhos e buscava a voz da mãe, quando se dirigia a ele “*oi meu amor*”. Sentou-se na cadeira e começou a alisar sua cabeça calmamente.

Com a díade bem acomodada, a profissional iniciou a alimentação, colocando o leite na seringa. Luana segurava Marcos com um braço, e, com a outra mão, segurava a seringa. Ela começou a embalá-lo, balançando seu corpo calmamente. Aquela inquietação anterior deu lugar para um rosto sereno, e, ao mesmo tempo, vivo, com os olhos abertos dirigidos aos olhos da mãe que o embalava, o alimentava e correspondia ao seu olhar. Marcos foi relaxando, fechava os olhos e tentava abrir com muito esforço, lutando contra o sono e buscando o olhar da mãe. Fez isso algumas vezes até que adormeceu.

Quando o leite acabou, a técnica disse que Luana ficaria 40 minutos com Marcos no colo, para não ter refluxo. O acomodou melhor e começou a observá-lo. Era a primeira vez que conseguia perceber cada detalhe do corpo: cabelos, mãos e rosto. Disse-me “*como as mãos e os dedos são pequenos*”. “*Como ele é pequenininho*”! A expressão de surpresa e de contemplação, ao observar os detalhes do corpo do filho, dava a impressão que aquele era, de fato, o primeiro encontro entre eles.

Apesar de ter nascido há 1 semana, esta foi a primeira vez que Luana se autorizou a colocá-lo no braço e a olhar seu filho em detalhes. Parece-me que, nesta observação, houve a operação do encontro e do nascimento de uma mãe. Marcos nasce antes do tempo, no tempo em que ainda era de gestar. Curiosamente, neste dia, Luana chega atrasada, abrindo a possibilidade de um encontro. Nasce aqui uma mãe e a possibilidade de investimento neste filho.

Apesar de Luana ser mãe de Igor e investir emocionalmente no mesmo, cada nascimento é diferente. A cada nascimento de um filho, nasce uma mãe, não de modo geral, mas a mãe daquela criança. Este aspecto nos faz pensar sobre a dimensão da temporalidade. A constituição de uma relação entre mãe e filho não se dá num tempo cronológico, mas no tempo interno possível para cada um. Quando Luana pede autorização à profissional para segurá-lo, a sensação é que ela mesma vai se autorizando a se colocar no lugar de mãe de Marcos e reconhecendo-o como seu.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo ainda em andamento, podemos reconhecer a importância e o potencial do Método Bick enquanto instrumento de pesquisa. Por meio de um contexto observacional cuidadosamente definido, sua constância, frequência e postura do observador, tornou-se possível a observação do que emergia de modo inesperado. O que foi observado emergiu da realidade externa e interna, numa articulação entre intra e interpessoal, podendo ser posto em palavras, transformado em conhecimento, bem como ainda exercer função de continente à díade observada.

Ainda não podemos chegar a conclusões, já que a pesquisa ainda está em andamento. No entanto, é inegável o potencial do Bick para gerar novas ideias e contribuir com discussões teóricas. Podemos perceber que a riqueza dos estudos de caso, advindo das observações das três díades mães-bebês, poderão contribuir com reflexões em busca de estratégias de enfrentamento por parte das equipes de saúde que beneficiem a constituição da relação mãe-bebê e a manutenção da amamentação durante e após a alta hospitalar, levando em consideração o um a um, a particularidade de cada sujeito.

Se o reconhecimento da singularidade é uma característica desejável ao encontro humano, existiria uma questão ética implícita na utilização do Bick, presente tanto em sua vertente pedagógica, como em sua utilização enquanto instrumento de pesquisa.

4. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde (2013). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru - Manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde.

De Oliveira, M. *et al.* (2011). Aleitamento materno: importância e situação atual. In: Vasconcelos, M. *et al* (org). *Nutrição clínica: obstetrícia e pediatria*. Rio de Janeiro: MedBook.

Menezes, A. *et al.* (2014). Recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru: avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses. *Rev Paul Pediatr.* n.32, v.2, p.171-7.

Oliveira-Menegotto, L. *et al.* (2006). O método Bick de observação de bebês como método de pesquisa. *Psic. Clín.*, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p77-96.

Souza, M. (2008). *Intervenções terapêuticas conjuntas na unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica*. Mestrado em Psicologia Clínica - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP.

Vannuchi M. *et al.* (2004). Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. *Revista Saúde Pública*, n.38, v.3, p. 422-428.

Venancio, S.; De Almeida, H. (2004). Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, n.80, v.5, (supl).