



**Universidade de Brasília – UnB**

**Instituto de Psicologia – IP**

**Departamento de Psicologia Clínica – PCL**

**Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PPGPsiCC**

**Prematuridade e Constituição Psíquica: o Sujeito na Unidade de Terapia**

**Intensiva Neonatal**

**ELEN MÁRCIA CARIOCA ZERBINI**

Brasília

2026

**Universidade de Brasília – UnB**

**Instituto de Psicologia – IP**

**Departamento de Psicologia Clínica – PCL**

**Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PPGPsiCC**

**Prematuridade e Constituição Psíquica: o Sujeito na Unidade de Terapia**

**Intensiva Neonatal**

**ELEN MÁRCIA CARIOCA ZERBINI**

Tese de doutorado submetida para defesa à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Daniela Scheinkman.

Brasília

2026

Banca Examinadora

Elen Márcia Carioca Zerbini

**Prematuridade e Constituição Psíquica: o Sujeito na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**

Tese de doutorado submetida para defesa à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

**Banca Examinadora:**

**Presidente:** \_\_\_\_\_

**Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Scheinkman – Universidade de Brasília**

**Membro Externo:** \_\_\_\_\_

**Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Regina Maria Orth de Aragão – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro**

**Membro Externo:** \_\_\_\_\_

**Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Maria Abu-Jamra Zornig – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro**

**Membro Interno:** \_\_\_\_\_

**Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Kátia Cristina Tarouquella Rodrigues Brasil – Universidade de Brasília**

**Suplente:** \_\_\_\_\_

**Prof Dr Didier Drieu – Université de Rouen**

*Para todos os bebês que ousam nascer pré-termo e suas mães.*

## AGRADECIMENTOS

*Gracias a la vida que me ha dado tanto.*

*Violeta Parra (1966)*

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela louvável iniciativa do programa Capes PrInt, que me possibilitou uma experiência transformadora de intercâmbio, catalisadora de um aprofundamento profissional e pessoal inestimável. Às outras agências de fomento e ao Decanato de Pós-Graduação da Universidade de Brasília (Edital 003/2024 – DPG), o reconhecimento do impacto que tiveram na maneira como atravessei a longa jornada do doutorado.

Agradeço à minha orientadora, Daniela Scheinkman, pela parceria já de tantos anos e por sua confiança que me forneceu a coragem para escrever e me fez acreditar na minha capacidade de transformar em palavras o fruto de anos de estudo e trabalho. Sua sensibilidade e gentileza foram fundamentais. Obrigada pela generosidade, orientação, suporte, cuidado e incentivo.

Agradeço aos professores de toda a vida, desde a fase pré-escolar até o doutorado. O encantamento pelo saber e a magia das palavras transmitida por eles vivi desde a minha primeira infância, e em todas as minhas outras infâncias que se seguiram.

Agradeço, em especial, às professoras Eliane Rigotto Lazarini, Márcia Maesso, Kátia Tarouquella, Valeska Zanello e Carla Antloga, mulheres inspiradoras e que muito me ensinaram. Ao professor Aderson Costa, por tantas conversas, direcionamentos e cortes de cabelo ao longo do doutorado.

Agradeço a Alessandra Arrais, professora da graduação, orientadora de mestrado, colega no Hospital Materno Infantil e uma mulher com quem tenho a sorte de conviver no trabalho e na vida.

Agradeço, ainda, às professoras da banca, Silvia Zornig e Regina Orth, pelos apontamentos na qualificação e por me inspirarem com seus trabalhos e trajetória.

Aos professores Didier Drieu e Teresa Rebelo, que me acolheram em Rouen e me impulsionaram a sair da minha casca do medo e da vergonha de me expressar em outra língua. Agradeço a gentileza, o cuidado e as lições de vida.

Ainda na França, aos profissionais de Rouen, Caen, Besançon e do Centre Médico – Psychologique du Rouvray e Centre Hospitalier Universitaire de Rouen.

Aos amigos franceses que tornaram minha estadia lá enriquecedora, divertida e maravilhosa. Em especial, a Arnaud Brancheriau, pela amizade, cuidado e generosidade.

Em extensão, agradeço aos bons parceiros de pesquisa que compõem nosso grupo de pós-graduação na UnB, com os quais as trocas foram muito proveitosas.

A Elen Alves, uma amiga desde os tempos de graduação, com cuja amizade o tempo foi generoso.

A Andrea Leão de Freitas, pelas contribuições desde o início do doutorado; Melissa Sousa, Aline Vidal, Aleida Carvalho, Mariana Souza, Jéssica Emanoeli, Ingrid Fernandes, Eliane Domingues, pelos cafés, trabalhos, discussões, risadas, abraços e acolhimento.

Às amigas Lívia Junqueira, Verena Ribeiro, Nádia Gonçalves e Cleia Vieira, pelos abraços e ombros amigos. A Thiago Peixoto, amigo do tempo de menina na escola, com quem a distância não diminuiu o respeito e a admiração mútuos.

Aos amigos de Crossfit, pelas conversas estimulantes e pelos sorrisos generosos, Louella Trindade, Ana Karenina, Ana Catarina, Carolina Pereira, Clarissa Honório, Márcio

Maciel, Esther Simone, Vitor Leão, Carlos Eduardo e Marcelo Wilker. Também ao pessoal do Crossfit Rouen e Mundo Crossfit.

A Dora Costa, amiga psicanalista que há anos é uma companheira de peças de teatro, filmes e discussões maravilhosas.

Aos amigos defensores do SUS e de uma vida digna para todos, Arthur Fernandes e Arthur Mello. Obrigada por serem tão amigos e generosos comigo.

Às amigas de labuta hospitalar, Letícia Narciso, Juliana Dantas, Ludmylla Beleza, Ioná Irber, Monique Chelminski, Camila Leão, Manuela Araújo, Nathália Bardal, Renata Batista, Maria Marta Freitas, Neolânio de Oliveira, Adriana Dias, Cecília Barros, Cristina Azevedo, Carolina Leão, Valéria Costa, Evely França, Miriam Leal e Henrique Gomes. A presença de vocês torna a lida mais leve e bonita.

À equipe de Medicina Fetal do Hospital Materno Infantil de Brasília, Danielle do Brasil, Carolina Wanis, Marcelo Fillipo, Flávia Araújo, Marco Baião, Graziela Paronetto, Diones Aguiar e às residentes Aline Pimentel, Isadora Della Cella, Mariana Cunha e Eduarda Lazzarini, pela alegria e leveza no meio de tantas situações complexas.

Às amigas que conheci no Hospital de Ceilândia no primeiro instante em que comecei a trabalhar no SUS, Neulabihan Mesquita e Taissa David, pela acolhida, ensinamentos e amizade que perdura há mais de uma década em uma relação marcada por respeito, admiração e amizade.

Aos tantos amigos que fiz durante a infinita formação psicanalítica, em laços formados a partir de afetos, identificações e muita leitura, em especial a Miryelle Viana, Ione Silva, Alexandre Ferrari, Arlete Mourão, Rejane Façanha, Marina Salles, Jéssica Caiado e Romeu Maia.

Agradeço, também, aos analistas que tive ao longo da vida, Lydia Santos, Priscila Costa, Paola Amendoeira e Marcus Seganfredo, pela possibilidade de falar da minha história sem me perder nela.

À minha família, em especial à minha mãe, Francisca, que desde meus anos iniciais na escola me acordava apontando que aquele era o caminho do progresso, e à minha irmã, Leila, por toda uma vida de amor, alegrias e apoio, e também por ter me apresentado o prazer da leitura.

Ao meu cunhado, Rafael, e aos meus sobrinhos maravilhosos, Leon e Rafaela, pela doçura e carinho de todos os dias. À minha tia, Dilma, meus primos, Diogo, Keyla, e seus filhos, João Vitor e João Gabriel, por representarem minha história com amor e respeito.

A Marcelo Zerbini que foi meu grande apoiador durante mais de uma década, por todo o suporte, carinho, conversas instigantes e muito amor.

*In memoriam*, ao meu pai, cuja ausência tão presente e dolorosa forjou em mim o desejo de ser neste mundo.

## RESUMO

Este trabalho visa discutir os conceitos de corpo, pulsão e constituição psíquica a partir da perspectiva da prematuridade. A dimensão subjetiva não pode ser deixada de lado em situações em que a vida orgânica corre perigo. O nascimento de um bebê prematuro implica uma série de eventos que podem ser traumáticos, mas só serão assim registrados dependendo da maneira como a história é desenrolada e narrada por seus cuidadores. A necessidade de uma equipe especializada e maquinário não tira os pais de seu lugar, mas acrescenta outros agentes para as operações físicas e psíquicas necessárias para a garantia da vida orgânica e pulsional do bebê, bem como para favorecer o nascimento de um casal parental. A subjetivação é um processo complexo contínuo e que é influenciado pela construção imaginativa do bebê na fantasia de seus pais desde antes de sua concepção. No contexto da prematuridade, as fantasias parentais adquirem grande relevância, tendo em vista as dificuldades próprias da vivência de parto prematuro e da internação de longa duração em ambiente hospitalar, bem como os impactos que podem transcorrer na formação do vínculo pais-bebê, e principalmente naquilo que vai tangenciar sua constituição psíquica. O bebê prematuro vem ganhando cada vez mais espaço em pesquisas de neonatologia e neurociências. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018), a prematuridade, ou seja, quando o bebê nasce antes da 37ª semana de gestação, tem sido a principal causa de mortalidade infantil em todo o mundo. Dados do Ministério da Saúde (2020) mostram que, no Brasil, 11,7% dos partos ocorrem antes do tempo esperado. Assim, nascimentos prematuros cada vez mais comuns e a surpreendente vontade de viver dos pequenos fora do ventre de suas mães, mesmo que tão precocemente, é algo que fascina e instiga profissionais e pesquisadores a investigar as competências dos bebês, dentro e fora do útero. A interação e comunicação entre o bebê prematuro, sua família e os profissionais que dele se ocupam são elementos que foram observados e analisados nesta pesquisa, revelando o caráter interativo e ativo do bebê prematuro. Perceber características de sujeito em um bebê dependente de equipamentos e profissionais de saúde faz-se necessário, uma vez que essa suposição é o ponto de partida para a entrada do outro na relação do bebê com o mundo ao seu redor e para a sua inclusão nas tramas familiar e social das quais faz parte. A aposta é a única saída que revela o desejo e tem como efeito produzir um sujeito.

*Palavras-chave:* prematuridade, constituição psíquica, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, perinatalidade, parentalidade.

## RÉSUMÉ

L'objectif de cette thèse est de discuter les concepts de corps, de pulsion et de constitution psychique du point de vue de la prématurité. La dimension subjective ne peut être négligée dans les situations où la vie organique est en danger. La naissance d'un bébé prématuré implique une série d'événements qui peuvent être traumatisants, mais qui ne le seront que selon la manière dont l'histoire se déroule et est racontée par ses soignants. La nécessité d'une équipe spécialisée et de machines n'écarte pas les parents, mais ajoute d'autres agents aux opérations physiques et psychiques nécessaires pour garantir la vie organique et pulsionnelle du bébé, ainsi que pour favoriser la naissance d'un couple parental. La subjectivation est un processus complexe et continu, influencé par la construction imaginative du bébé dans le fantasme de ses parents avant même sa conception. Dans le contexte de la prématurité, les fantasmes parentaux prennent une grande importance, compte tenu des difficultés inhérentes à l'expérience de l'accouchement prématuré et de l'hospitalisation de longue durée, ainsi que des répercussions que cela peut avoir sur la formation du lien parent-bébé, et surtout sur ce qui va influencer sa constitution psychique. Le bébé prématuré occupe une place de plus en plus importante dans la recherche en néonatalogie et en neurosciences. Selon l'Organisation mondiale de la santé (WHO, 2018), la prématurité, c'est-à-dire lorsque le bébé naît avant la 37<sup>e</sup> semaine de grossesse, a été la principale cause de mortalité infantile dans le monde. Les données du ministère de la Santé (2020) montrent qu'au Brésil, 11,7 % des accouchements ont lieu avant le terme prévu. Ainsi, avec des naissances prématurées de plus en plus courantes et la surprenante volonté de vivre des petits hors du ventre de leur mère, même si c'est si tôt, c'est quelque chose qui fascine et incite les professionnels et les chercheurs à étudier les compétences des bébés, à l'intérieur et à l'extérieur de l'utérus. L'interaction et la communication entre le bébé prématuré, sa famille et les professionnels qui s'occupent de lui

sont des éléments qui ont été observés et analysés dans cette recherche, révélant le caractère interactif et actif du bébé prématuré. Il est nécessaire de percevoir les caractéristiques du sujet chez un bébé dépendant d'équipements et de professionnels de santé, car cette hypothèse est le point de départ pour l'entrée de l'autre dans la relation du bébé avec le monde qui l'entoure et pour l'inclure dans les réseaux familiaux et sociaux dont il fait partie. Le pari est la seule issue qui révèle le désir et a pour effet de produire un sujet.

*Mots-clés:* prématurité, constitution psychique, Unité de Soins Intensifs Néonataux, périnatalité, parentalité.

## ABSTRACT

The purpose of this study is to discuss the concepts of body, drive, and psychic constitution from the perspective of prematurity. The subjective dimension cannot be overlooked in situations where organic life is at risk. The birth of a premature baby entails a series of events that may be traumatic, but they will only be registered as such depending on how the story unfolds and is narrated by the caregivers. The need for a specialized team and machinery does not remove parents from their place but adds other agents to the physical and psychic operations necessary to guarantee the baby's organic and instinctual life, as well as to foster the emergence of a parental couple. Subjectivation is a complex, continuous process influenced by the baby's imaginative construction within the parents' fantasies from before conception. In the context of prematurity, parental fantasies acquire great relevance, given the inherent difficulties of experiencing a premature birth and long-term hospitalization, as well as the potential impacts on the formation of the parent-infant bond, and especially on what will affect the infant's psychic constitution. The premature infant has been gaining increasing space in neonatology and neuroscience research. According to the World Health Organization (WHO, 2018), prematurity – defined as birth before 37 weeks of gestation – has been the leading cause of infant mortality worldwide. Data from the Brazilian Ministry of Health (2020) show that 11.7% of births occur before the expected term. Thus, with premature births becoming increasingly common and the surprising will to live of these tiny infants outside their mothers' wombs, even so early, it is something that fascinates and prompts professionals and researchers to investigate the competencies of infants, both inside and outside the uterus. The interaction and communication among the premature infant, their family, and the professionals caring for them were elements observed and analyzed in this research, revealing the interactive and active character of the premature infant. Recognizing subject-like characteristics in an infant

dependent on equipment and health professionals is necessary, since this assumption is the starting point for the other's entry into the infant's relationship with the surrounding world and for including them in the familial and social fabric of which they are a part. This investment of desire is the only way out, whose effect is the production of a subject.

*Keywords:* prematurity, psychic constitution, Neonatal Intensive Care Unit, perinatal, parenting.

## LISTA DE ABREVIACÕES

CAPES	–	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP/CHS	–	Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais
CHU	–	Centre Hospitalier Universitaire
CNS	–	Conselho Nacional de Saúde
CPAP	–	Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas
DBP	–	Displasia Broncopulmonar
ENC	–	Enterocolite Necrosante
EUA	–	Estados Unidos da América
HMIB	–	Hospital Materno Infantil de Brasília Dr. Antônio Lisboa
HPIV	–	Hemorragia Peri-intraventricular
MC	–	Método Canguru
OMS	–	Organização Mundial da Saúde
PCA	–	Persistência do Canal Arterial
PNAISC	–	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNH	–	Política Nacional de Humanização
RN	–	Recém-Nascido
SDR	–	Síndrome do Desconforto Respiratório
SIM	–	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	–	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	–	Sistema Único de Saúde
TCLE	–	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD	–	Termo de Compromisso de Utilização de Dados
UCIN	–	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais
UCINCa	–	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	–	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UNICEF	–	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	–	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	–	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## SUMÁRIO

<b>PRÓLOGO .....</b>	<b>17</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>25</b>
1.1 OBJETIVOS.....	31
1.1.1 Objetivo geral.....	31
1.1.2 Objetivos específicos.....	31
<b>2 GESTAÇÃO E PARTO PREMATURO: ENTRE O TRAUMA E O DESAMPARO 33</b>	
2.1 A NEONATOLOGIA .....	37
2.1.1 A assistência ao recém-nascido pré-termo no Brasil: história e avanços.....	40
2.1.2 O Método Canguru.....	46
2.2 O CUIDADO NEONATAL E A PARENTALIDADE COMO PROCESSOS.....	51
2.3 IDEALIZAÇÕES E IMPOTÊNCIA: O DESAMPARO PARENTAL .....	55
2.4 A EQUIPE NEONATAL .....	63
<b>3 CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA: OS PROCESSOS DO TORNAR-SE SUJEITO .....</b>	<b>73</b>
3.1 PROCESSOS DE LIBIDINIZAÇÃO NO BEBÊ PREMATURO: OS CAMINHOS DA PULSÃO .....	75
3.2 QUEM É O CUIDADOR PRIMORDIAL DO BEBÊ NA UTIN? A FUNÇÃO DO OUTRO NA CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO .....	85
<b>4 INTERAÇÃO E LINGUAGEM DO BEBÊ: RECONHECIMENTO DO SUJEITO ..</b>	<b>92</b>
4.1 SUJEITO: DE SUPOSIÇÃO À CONSTITUIÇÃO .....	99
<b>5 MÉTODO .....</b>	<b>108</b>
5.1 JUSTIFICATIVA METODOLÓGICA .....	109
5.2 DETALHAMENTO DOS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	111
5.2.1 Participantes .....	116

5.2.2 Operacionalização da coleta de dados.....	117
5.2.3 Procedimento de análise de dados.....	118
5.2.4 Cuidados éticos .....	119
<b>6 O SUJEITO BEBÊ E O AMBIENTE DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.....</b>	<b>121</b>
6.1 INTERAÇÃO E INTERSUBJETIVIDADE.....	128
6.2 CORPO COMO DISCURSO: AS TRILHAS PULSIONAIS .....	135
6.3 O SUJEITO NA INCUBADORA.....	142
<b>7 CONFLUÊNCIAS BRASIL E FRANÇA .....</b>	<b>146</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>154</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>159</b>
<b>ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>179</b>
<b>ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .....</b>	<b>182</b>
<b>ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA .....</b>	<b>184</b>
<b>ANEXO D – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO .....</b>	<b>186</b>
<b>ANEXO E – RELATOS DE OBSERVAÇÃO.....</b>	<b>187</b>
<b>ANEXO F – TRANSCRIÇÕES.....</b>	<b>208</b>

## PRÓLOGO

Os temas prematuridade e constituição psíquica chegaram a mim de maneira sutil e, ao mesmo tempo, potente, após longos anos de trabalho com outras questões relacionadas a maternidade, violência sexual e adoecimento psíquico. Em 2017, tive a oportunidade participar de um Congresso sobre o Bebê – V Congresso Transdisciplinar sobre o Bebê (Paris, 2017) –, e atribuo a esse evento um grande divisor de águas que suscitou em mim um forte desejo de conhecer o universo do bebê e como as tramas de sua constituição vão se formando de maneira complexa.

Nesse mesmo ano, fiz o curso de Observação da Relação Mãe-bebê pela Sociedade de Psicanálise de Brasília, onde pude acompanhar um bebê e sua mãe durante um ano inteiro. Essa oportunidade me fez perceber a magnitude dessa relação e a multiplicidade de forças que podem perturbar e contribuir para o seu estabelecimento. Acredito que, de certa maneira, estes estudos me prepararam para o trabalho que eu viria a realizar anos depois.

Comecei meu percurso no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2011, trabalhando na Ceilândia/DF com crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Dois anos depois fui para o Hospital Materno Infantil de Brasília Dr. Antônio Lisboa (HMIB) para atender mulheres vítimas de estupro que engravidaram desta violência. Lá, fiquei por seis anos, e foi a partir desse viés da violência que passei a escutar gestantes e seus bebês, a estudar a gravidez e seus processos. Realizei minha pesquisa de mestrado com o estudo de caso de uma paciente que, por falha do Estado e pela perversidade de agentes de algumas instituições, não teve seu desejo de interrupção aceito, levando a gestação até o final. Acompanhei essa mulher durante grande parte de sua gestação, o parto e os desfechos pelo período de três anos. Este acompanhamento também me permitiu conhecer e aprofundar nas questões relacionadas ao ciclo gravídico puerperal e à relação mãe-bebê.

A partir de 2019, iniciei minha trajetória na unidade de neonatologia do mesmo hospital, a maior da região Centro-Oeste, e tive a chance de conhecer um amplo campo de trabalho que, apesar de ser abordado em vasta literatura científica, literária e de senso comum, me fez perceber que as questões relacionadas à parentalidade e à constituição psíquica do sujeito são ainda tratadas de maneira superficial e idealizada, oferecendo respostas rasas e simplórias para aquilo que talvez seja a base da complexa relação humana com o mundo.

Percebo que, nos últimos anos, a popularização de profissionais autointitulados da área perinatal intensificou essa tendência. Estes passaram a se proliferar nas redes sociais, na tentativa de apresentar e simplificar os aspectos e as nuances da relação pais e filhos e do desenvolvimento infantil, oferecendo soluções questionáveis para as problemáticas relacionais e desenvolvimentais.

Contudo, percebi que isso teve um efeito nefasto na forma de os pais se relacionarem com seus filhos e houve um aumento expressivo do sofrimento relacionado ao nível de cobrança e exigência social, tanto para as famílias quanto para as crianças. Na clínica infantil, atendo algumas crianças que apresentam dificuldades na expressão de seu ser, pois são exigidas a executar um determinado comportamento – como serem as mais espertas, as mais inteligentes e as mais descoladas, independentemente dos problemas orgânicos sofridos intra e extrauterinos.

Entre os efeitos dessa forma pedagógica de tratar a questão estão as inúmeras comparações e o exercício de colocar o foco apenas no desenvolvimento neuropsicomotor – seguimento de etapas pré-estabelecidas e consideradas padrão para todas as crianças –, o que acaba por reduzir a espontaneidade e apagar a singularidade de cada díade ou tríade familiar. Os pais, e sobretudo as mulheres, passaram a ser exigidos não só na garantia de vida e bem-estar como também na estimulação física e emocional, segundo recomendações de profissionais de redes sociais, a exemplo de exercícios motores e cognitivos. No caso de bebês

prematturos, a necessidade de terapêuticas para o suporte do desenvolvimento neuropsicomotor, como um *continuum* das práticas iniciadas em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), tornou-se grande fonte de estresse e medo, além de haver, em alguns casos, um excesso dessas práticas para lidar com sequelas já estabelecidas ou afastar a sombra de uma possível deficiência.

De forma mais ampla, atualmente, a descoberta da gestação, seu desenrolar e, principalmente, o parto, passaram de eventos pessoais e familiares a grandes espetáculos transmitidos em tempo real, principalmente em razão da presença das redes sociais e da instantaneidade da exibição dos fatos. A chegada do filho passou a ser esperada de um modo diferente, sendo importante ressaltar que cada casal, família, comunidade e cultura expressam sua maneira de vivenciar este momento de forma própria e que, apesar da influência globalizada, no campo da realidade se operam também outros mecanismos.

No entanto, ao falar desse ideal familiar, é preciso também reconhecer que, apesar de todos os esforços e avanços tecnológicos, não há como controlar e garantir os desfechos esperados de uma gestação. Aqui entra o tema central desta tese: o parto prematturo como uma condição que mobiliza a todos – bebê, pais, família e profissionais – e, nesse contexto, a sombra da morte e outras sequelas se projetam de forma intensa e real.

O suposto trauma do nascimento, segundo o conceito de Otto Rank (1924), é aqui levado a uma situação que parece ter um potencial adoecedor, pois a iminência da morte – seja do bebê, da parturiente, ou de ambos – agrava essa experiência, passando do campo do imaginário para o real. Todos os procedimentos biomédicos de intervenção, voltados para garantir a sobrevivência da mãe e do bebê, nesse momento, estão nas mãos de profissionais desconhecidos, máquinas, procedimentos dolorosos e uma separação real. Neste trabalho, assim, não falaremos do trauma do nascimento, mas do que é traumático no parto prematturo.

O foco dado à sobrevivência e a uma normalidade do desenvolvimento biológico tem sido prevalente. Porém, nesta pesquisa de doutorado, o intuito é refletir sobre as questões psíquicas, sobretudo aquelas basilares para o estabelecimento dos processos de constituição, segundo a teoria psicanalítica.

Se a maior parte dos estudos sobre a relação dos bebês e seu entorno, dentro e fora do campo psicológico, parte do nascimento a termo e uma condição familiar tradicional (homem, mulher e bebê), como pensar nos primeiros momentos pós-natais em um ambiente totalmente aversivo e desconhecido?

Em vista de tais reflexões, a pesquisa me permitiu chegar à seguinte pergunta, como é possível considerar a existência de um sujeito em um bebê que ainda está em luta pela própria sobrevivência?

Nessa direção, parto do pressuposto de que o ambiente é uma condição importante para pensar o estabelecimento da relação do bebê com o mundo externo, pois, antes, ele já o conhecia, mas sob o véu da parede uterina. Os sons, a luz, os estímulos táteis, a fala direcionada e os aspectos psíquicos – todos esses aspectos apresentam uma continuidade das experiências pré-natais. E, após o parto, quando pensamos no ambiente hospitalar, precisamos ampliar nosso olhar sobre o meio e reconhecer que não se trata apenas de estruturas arquitetônicas e aparelhagem operada por especialistas. O ambiente é a condição material e psicológica que permite a sobrevivência do ser humano, favorecendo seu crescimento e mantendo aberto o elo relacional entre sujeitos.

As pesquisas relacionadas às condições de nascimento e período neonatal, de modo geral, visam compreender os efeitos que a internação em unidades de cuidados intensivos pode ter no desenvolvimento de cada criança (Fu *et al.*, 2023). Tanto no campo da Saúde quanto da Educação, os efeitos da prematuridade e tudo o que se tangencia a ela parecem apresentar correlação com problemas ulteriores. Porém, é importante perceber que as

implicações da prematuridade dependem de mais fatores, tais como a idade gestacional, peso ao nascer, evolução intrauterina, síndromes genéticas e malformações, o estado de saúde neonatal, primeiros atendimentos pós-nascimento e o contexto familiar e social. Portanto, não se trata somente do parto pré-termo, mas de tudo que o cerca antes, durante e depois, que pode perturbar não somente o desenvolvimento, como também os processos de constituição psíquica de um bebê (Mazet & Stoleru, 1990).

Após anos lidando com esse cotidiano hospitalar, além de atuando na clínica e tendo a oportunidade de estudar essa temática, me deparei com a seguinte realidade: não há garantias nesse campo, assim como não há em nenhum outro. O aumento de investimento, seja ele financeiro ou psíquico, não significa que o resultado será crianças felizes e saudáveis. Todavia, esta pesquisa possibilitou pensar que sim, é preciso muito investimento por parte de todos os envolvidos para que crianças que nascem antes da hora esperada tenham condições de se desenvolver e referências humanas para se ampararem de alguma maneira. Um toque, uma palavra, um olhar acabam sendo ações necessárias na complementação de intervenções que lhe garantam a sobrevivência física, pois assim podemos apostar no reconhecimento da vida psíquica e singular daquele bebê.

Após alguns semestres de leituras e estudos, pude me deparar, também, com o berço prático, teórico e clínico que temos em nosso país – estudiosas da temática que, durante décadas, se debruçaram sobre a vida, as relações e a constituição dos sujeitos. Muitas delas serão apresentadas nas discussões do trabalho, por exemplo, Ângela Vorcaro, Denise Morsch, Érika Parlato, Joanna Whilheim, Nara Caron, Regina Orth Aragão, Silvia Severina, Silvia Zornig e tantas outras. Saber que temos em nosso solo estudiosas dessa temática que me é tão cara me enche de alegria e esperança. Assim, consigo enxergar amparo técnico e teórico para lidar com os desafios que enfrento diariamente em nossa saúde pública.

Com essas autoras, de norte a sul, a realidade das famílias é pensada do ponto de vista clínico e teórico, podendo ajudar a melhorar a assistência e oferecer um olhar para além do desenvolvimento neurológico, também reconhecendo as especificidades de nossa cultura, nossas raízes e recursos.

No último ano de doutorado, tive a oportunidade de fazer um estágio de pesquisa na França, o que me permitiu conhecer mais de perto o fazer de clínicos e pesquisadores que me acostumei a ler em muitos textos. Essa experiência me permitiu ampliar meu olhar e ser ainda mais cuidadosa na comparação com o nosso modo brasileiro. Reparei que há muitas diferenças, mas há também semelhanças e um respeito mútuo sobre o trabalho psicológico da parentalidade e perinatalidade. Foi fascinante para mim perceber que tanto quanto aprender, também temos muito o que apresentar e compartilhar com o mundo, reconhecendo a história e força do nosso povo, que insiste mesmo em condições tão adversas. De modo geral, e sem falsa modéstia, fazemos muito e fazemos bem com recursos escassos e desafios de todos os tipos.

Realizar esta pesquisa me possibilitou perceber que o trabalho com famílias e seus bebês pode ser transformador, rico e muito potente quando percebemos o alcance disso ao longo dos anos. Cuidar do início da vida é cuidar de toda uma vida a vida toda. Assim, pude também refletir sobre minhas questões pessoais e reconhecer que embora não tenha passado por dificuldades clínicas ao nascer, tudo aquilo que gira ao redor do bebê e sua família antes, durante e após seu nascimento tem impactos significativos sobre como ele viverá sua vida e narrará seus acontecimentos a partir da história que lhe foi contada. Daí a importância de se cuidar dessa etapa de vida, não apenas no sentido físico e concreto, mas também em como se conta a história de cada sujeito ao longo do tempo. Hoje vejo a gestação e o nascimento como uma continuidade de histórias que começam não apenas no ventre, mas no psiquismo dos pais em suas infâncias.

A escolha pelo bebê prematuro se deu por meu fascínio com a infância, desde a minha própria, e também por meu desejo em trabalhar com possibilidades e saídas menos adoecedoras para crianças que têm o início de suas vidas permeado por dificuldades de todos os tipos. Além de, claro, pela reflexão diante da minha rotina hospitalar. Assustei-me com a precocidade de tantos processos psíquicos e com a avassaladora força que motiva esses prematuros na luta pela própria vida. A transformação dos corpos e das relações no contexto da prematuridade me surpreendem e me enchem de esperança em um mundo melhor e mais gentil.

No início da minha trajetória profissional, fui baixando a idade de atuação. Comecei com adultos e adolescentes, passei para pré-adolescentes, crianças, crianças pequenas, primeiríssima infância e, por fim, cheguei à neonatologia. A cada instante, percebo que a mudança que nós queremos no mundo começa antes que a vida se apresente numa forma específica, começa nos sonhos das crianças que um dia se pensaram pais e mães. Portanto, é imprescindível que se dê o devido valor àquilo que tanto vale para um casal, uma família, uma sociedade. Não romantizo a prematuridade, reconheço que a precocidade do nascimento impõe um sofrimento físico e psíquico para todos os envolvidos, e é por isso que trabalho e estudo: para oferecer um cuidado adequado, digno e bem embasado para que a vida, orgânica e psíquica, possa continuar a florescer mesmo que em terreno instável.

É importante aduzir que não consigo pensar nisso sem reconhecer a importância do SUS no nosso país, nessa construção de uma saúde que pensa cada indivíduo como um sujeito, que tem a saúde como um direito, e não uma *commodity*. A vida, a saúde e o respeito pela história e cultura de cada sujeito precisa ser tratada de forma cuidadosa, gentil, e com o uso de tecnologias adequadas, sem reduzir tudo a sinais e sintomas, indicativos de eficiência.

No meu percurso analítico como analisante e doutoranda, percebi que há algo que parece preceder à existência somática. As histórias vividas têm um quê de algo que já foi contado e vivido em um outro tempo. Há uma repetição de coisas não ditas, mas inscritas no

corpo e lidas em ato. Por isso, parti do nascimento, ainda antes da maturidade biológica do bebê a termo, para pensar nas marcas deixadas pelos gestos, palavras e silêncios na relação do recém-nascido com seus cuidadores. Devemos estar, portanto, atentos aos aspectos transgeracionais no que tange ao nascimento de um bebê, pois sua chegada pode representar um abalo ou repetição de atos e ações de sua ancestralidade, conscientes e inconscientes.

Assim, motivada pelo encantamento dos bebês com o mundo e determinada a construir uma saída para minhas angústias na neonatologia, permito-me apresentar o fruto de um trabalho que me transformou ao longo de quatro anos. No texto, inicio os capítulos introdutórios desta tese com um panorama sobre a prematuridade no Brasil e no mundo, trazendo dados epidemiológicos e históricos. Em seguida, busco apresentar a parentalidade no contexto da prematuridade, passando pelos processos pré-concepcionais, gestacionais e puerperais, além de mostrar as influências dos profissionais nesse momento de internação neonatal, tanto na relação com o bebê quanto com seus pais. No capítulo seguinte, viso pensar o bebê prematuro como um sujeito em constituição, que necessita de um olhar específico e que faz a real aposta em sua existência e sobrevivência física e psíquica para além da fragilidade de seu corpo e total dependência no instante do nascimento. Em seguida, apresento o papel da linguagem no processo de subjetivação e os efeitos no sujeito. O método é apresentado ao final da parte teórica e antecede o capítulo em que faço a análise dos dados coletados na pesquisa no Hospital Universitário de Brasília, costurando-os com a teoria e comparando-os com o que observei na minha experiência de Doutorado Sanduíche na França, onde pude conhecer os serviços de proteção à infância e cuidados hospitalares e psicossociais com bebês prematuros e suas famílias. Finalizo o texto com a frustração de compreender que a escrita não dá conta de expressar tudo o que guardo em mim ao ser atravessada pela experiência da pesquisa de doutorado.

Boa leitura!

## 1 INTRODUÇÃO

*Carrego meus primórdios num andor,  
minha voz tem um vício das fontes.  
Eu queria avançar para o começo.  
Chegar ao criancamento das palavras.  
Lá onde elas ainda urinam nas pernas.  
Antes mesmo que sejam modeladas pelas mãos.  
Quando a criança garatuja o verbo para falar o que não tem.  
Pegar no estame do som.  
Ser a voz de um lagarto escurecido.  
Abrir um descortínio para o arcano*

### ***Criancamento das Palavras***

Manoel de Barros (2000, p. 47)

O bebê prematuro vem ganhando cada vez mais espaço em pesquisas de neonatologia e neurociências. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2018), a prematuridade, definida como o nascimento ocorrendo antes de 37 semanas completas de gestação, foi a principal causa de mortalidade infantil em todo o mundo. Dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2020) mostram que, no Brasil, 11,7% dos partos ocorrem antes do tempo esperado. Com isso, o país ocupa a 10ª posição entre as nações onde são registrados casos de prematuridade (WHO, 2018).

Dados mais recentes apontam uma discreta queda na taxa de nascimentos prematuros no Brasil nos últimos 10 anos, o que não representa uma mudança na sua posição entre outras

nações, pois ainda é tida como uma daquelas onde há o maior número de nascidos pré-termo. De acordo com dados preliminares do Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos, do DataSUS, em 2022 foram registrados 292.715 nascimentos prematuros, ou seja, 11% do número total de nascimentos no país, contra 12% em 2010 (WHO, 2023; Brasil, 2020).

Em termos numéricos, em todo o mundo, as estimativas são de que 152 milhões de bebês nasceram antes das 37 semanas na última década e que a cada 40 segundos, um desses bebês morre. Em 2020, ano pandêmico, 13,4 milhões de bebês nasceram prematuramente, com quase 1 milhão de mortes ocorrendo por complicações relacionadas ao parto precoce (WHO, 2023).

Inúmeros são os fatores que contribuem com este cenário, como condições sociais, climáticas, violências e má-assistência durante o todo o período perinatal, além de elementos anteriores, como planejamento familiar e educação sexual. Ainda segundo a OMS, é possível observar que apenas um em cada 10 bebês nascidos extremamente prematuros (antes de 28 semanas) sobrevive em países de baixa renda, em comparação com países com melhores índices econômicos, nos quais as estatísticas mostram que mais de 9 em 10 sobrevivem (WHO, 2023). No Brasil, é possível estender isso a regiões e bolsões onde as condições básicas de saúde são atendidas e outras onde há uma verdadeira precarização dos serviços de saúde. Ou seja, pensar a prematuridade vai além das questões físico-psicológicas e tecnológicas: a influência do meio social, político e as flagrantes desigualdades confluem para esta realidade. Portanto, há muito o que se refletir e investir tanto no cuidado pré-natal quanto no suporte pós-natal.

Com estes fatos e a surpreendente vontade de viver dos pequenos – que fascina e instiga profissionais e pesquisadores a investigar as competências dos bebês, como demonstrado nas pesquisas de Piontelli (1992), Busnel (2002), Trevarthen (2019) e Parlato-Oliveira (2019) –, impõe-se a necessidade de conhecer o universo ante e pós-natal.

Compreendendo que um bebê necessita de um outro para sobreviver do ponto de vista orgânico, é preciso também reconhecer que existem outras condições que são imprescindíveis para processos além dos orgânicos. Há, ainda, a necessidade psíquica das palavras, dos gestos, do olhar, da voz, enfim, do pulsional para que um bebê possa sobreviver.

Nesse sentido, a psicanálise enfatiza que é a partir das primeiras relações com seu cuidador primordial que a criança pode ser tomada como seu objeto de desejo, alienando-se para depois poder se separar. Visto que o sujeito se estrutura no interior desta relação com seu cuidador, que neste cenário da neonatologia normalmente é a genitora, isso deve estar em pauta quando analisamos um sujeito cujo cuidador não tem, nesse momento, disponibilidade psíquica para arcar com o fato de que existe um desejo em relação ao bebê, delegando a outra pessoa não apenas a função de cuidado, mas também a de lhe oferecer um espaço subjetivo (Oliveira & Mariotto, 2008).

Refletindo sobre os impactos dessa relação que se opera tão precocemente, pensar o processo de subjetivação depende, então, de que este cuidador primordial situe o bebê como parte de sua economia libidinal, para poder supor nele um *sujeito*, antes mesmo que o bebê tenha passado pelo processo de constituição psíquica (Oliveira & Mariotto, 2008). Para Oliveira e Mariotto (2008), é essa operação que permite que o gesto da criança seja interpretado em palavras e seu discurso posto em ação. Vale aqui esclarecer que o sujeito que tem como função ser o cuidador primordial não pode ser confundido com o termo “mãe”, atribuindo-se a esta figura o papel de seu único representante, devendo-se convocar o sujeito para que se torne parte essencial nessa complexa trama. Contudo, como normalmente será a genitora quem exercerá esse papel, neste trabalho por vezes também usaremos o termo mãe, principalmente na parte teórica, ao citar os textos psicanalíticos. Reconhecemos aqui, no entanto, que este é um termo complexo e profundo, por vezes tratado de forma banal e determinista, porém, por não ser o foco do trabalho, não adentraremos nesta questão.

Quando se pensa no contexto hospitalar da neonatologia – em que, por vezes, a própria genitora/mãe ainda está indisponível do ponto de vista físico e, às vezes, também psíquico –, é necessário que outras pessoas possam se encarregar desse bebê e que se perceba a importância de incluí-lo na singularidade de suas relações. A rede de apoio aqui não é apenas um conjunto de pessoas unidas por consanguinidade, afinidade ou trabalho, mas um emaranhado de relações estabelecidas entre sujeitos.

Dados tais pressupostos, a chegada de um bebê prematuro pode ser traumática, mas só será registrada como trauma dependendo do lugar que ocupar para cada indivíduo, o que determinará sua intensidade, em particular para a mãe (Szejer, 2016). Cabe acrescentar ainda, que a estadia em UTIN não necessariamente será marcada como um trauma, uma vez que é possível que o ambiente, sobretudo, os profissionais que atuam diretamente com o bebê e sua família, consiga acolher e sustentar as angústias por eles apresentadas. Para Szejer (2016), o parto é, do ponto de vista da dinâmica familiar, um momento de crise, em que a palavra pode vir a dar conta da terceira instância, permitindo uma recirculação pulsional. Nesse sentido, o esforço dos profissionais no apoio ao bebê e seus pais é essencial para os efeitos dessa etapa a curto, médio e longo prazo.

Na prematuridade, o bebê, para se adaptar à realidade aérea, vai precisar de uma assistência ainda maior para sobreviver, tanto no campo físico quanto no campo psíquico e relacional, uma vez que precisará interagir não somente com seus pais, mas com uma diversa equipe de saúde (Vanier, 2013). De fato, sabemos que o bebê vê e reconhece seu entorno, sobretudo aquele ambiente outro que é sua genitora, reconhecendo seu cheiro e o de seu leite. Buscando as referências conhecidas intraútero, ele ouve, reconhece vozes e tem preferências, conhece a língua e tem sede de palavras, de fala. Ele processa essa linguagem e a memoriza, é sensível às intenções e afetos transmitidos pela linguagem (Trevvarthen, Aitken & Gratier, 2019).

Ou seja, já é reconhecido que há um desenvolvimento no útero que se estende após o nascimento e que propicia ao bebê esta abertura para a relação com o outro. Os sentidos que vão se formando e amadurecendo conforme a evolução da gestação vão ser o ponto de apoio para que o recém-nascido possa se reorganizar corporalmente e em relação às pessoas que dele se ocupam.

Sendo assim, a necessidade de um *holding* adaptado, que nada mais é que o conjunto de cuidados maternos físicos e psicológicos dispensados ao bebê humano no período logo posterior ao seu nascimento, permitirá que ele cresça em um continente físico e psíquico imprescindível para seu desenvolvimento (Winnicott, 1990). O bebê está, portanto, implicado em múltiplas redes humanas, por meio das quais existirá com vários graus de sucesso, dependendo das condições de cada pessoa envolvida, de maneira que uma comunicação bem-sucedida é fundamental para que ele não seja colocado no lugar da passividade.

Para Aragão (2018),

As primeiras relações estabelecidas pelo bebê se dão no nível corporal, compondo todas as notas e marcas do encontro do bebê com o outro, com o qual e pelo qual ele se constitui, encontro que só se dá por meio de suas capacidades de percepção e de sensação, de seu aparelho sensório-motor. São variadas e múltiplas as formas de comunicação não verbal, passando pelas sensações que se fazem presentes nas interações entre o bebê e seus pais, ou seus cuidadores primordiais, e que são compreendidas como as bases e a matéria-prima para sua constituição futura (p. 31).

Diante disso, é imprescindível que tenhamos em consideração não apenas o discurso como comunicação, mas todos os atos e pensamentos que levem o bebê em conta e que sejam direcionados a ele. O cuidado contingente, que visa o alcance de saúde física, precisa vir acompanhado do reconhecimento do sujeito em constituição que ali se encontra.

Ainda durante a gestação, são tecidas tramas simbólicas em torno do feto, através, por exemplo, da escolha de seu nome, atribuições que lhe fazem e ainda encargos familiares. “Esse banho de linguagem o determina antes mesmo que ele tenha nascido” (Lacan, 2001, p. 223), e, após o nascimento, a teia simbólica começa a operar diretamente.

Para Vanier (2017), os pais podem tomar seu bebê como um sujeito em constituição em atos do cotidiano. Isso significa que, ao chegarem ao hospital, em específico à UTIN, devem falar com ele, ou um membro da equipe pode contar o que está acontecendo com ele, porque ele está ali, dizer quem ele é, seu nome e sua família. Trata-se de reconstituir deliberadamente, em palavras, o ambiente que o circunda e a realidade em que ele está imerso.

Perceber características de um sujeito em um bebê dependente de recursos humanos e materiais é necessário, uma vez que essa suposição poderia ser o ponto de partida para a entrada de sua constituição psíquica. Sabendo que o nascimento é um evento que marca a separação radical do corpo materno e que o desamparo primordial é real, faz-se necessário reconhecer que há outras situações que podem provocar abalos nesses primeiros momentos pós-natais. Assim, é importante pensar na assistência psicológica concomitante à assistência biomédica para assegurar ao bebê uma possibilidade de vida que não seja apenas biológica. Mas, frente a isso, as pessoas que cuidam desse bebê, tanto no sentido da técnica quanto no sentido da filiação ou cuidado afetivo, tomam esse pequeno ser em qual lugar? Objeto? Indivíduo? Paciente? Sujeito? Sujeito propriamente dito ou sujeito a devir?

Como dito anteriormente, esta tese busca estudar esse processo psíquico ou o início dele em um ambiente hospitalar, percebendo elementos importantes e imprescindíveis para a operação de subjetivação.

A seguir, serão apresentados os objetivos da pesquisa. O método se encontra após os capítulos teóricos.

## 1.1 OBJETIVOS

A pesquisa visa compreender como se estabelecem as interações e a comunicação do bebê prematuro internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), considerando a perspectiva psicanalítica e a observação da relação bebê-ambiente.

### 1.1.1 Objetivo geral

Analisar a comunicação e a interação do bebê prematuro e seu entorno na UTIN a partir do método de observação de Esther Bick (1964/1987), adaptado ao contexto da neonatologia e sua dimensão traumática.

### 1.1.2 Objetivos específicos

- Discutir a noção de sujeito em Psicanálise, a partir do nascimento prematuro e constituição psíquica;
- Refletir sobre o traumático no parto prematuro;
- Observar a interação de bebês prematuros internados em UTIN de um hospital público de Brasília com seus cuidadores (pais e profissionais) durante janeiro, fevereiro e março de 2024;
- Analisar a compreensão da equipe e dos pais quanto à intencionalidade do bebê em sua comunicação.

No texto serão apresentadas, inicialmente, as bases teóricas e o histórico da assistência ao recém-nascido pré-termo; em seguida, a explicação e o aprofundamento dos conceitos

psicanalíticos referentes ao processo de subjetivação, questões do método e a análise dos dados coletados na pesquisa; por fim, serão feitas a discussão e a conclusão do estudo de tese.

## **2 GESTAÇÃO E PARTO PREMATURO: ENTRE O TRAUMA E O DESAMPARO**

*Nascer e morrer são experiências de solidão. Nós nascemos sozinhos e morremos sozinhos. Nada é tão grave quanto esse primeiro mergulho na solidão que é nascer, com exceção dessa outra queda no desconhecido que é morrer. (Paz, 1950/2014, p. 190)*

O nascimento é um evento de alta carga psíquica. O temor de que as coisas não saiam como planejado pela equipe assistente, pela parturiente e seu acompanhante, assim como a infinidade de situações que podem acontecer torna esse momento delicado e complexo. Embora o parto seja esperado durante toda a gestação, ele pode mudar completamente os rumos tanto do bebê quanto da parturiente quando algo não vai bem: hemorragias, asfíxia perinatal, prematuridade, eclâmpsia, violências e procedimentos que podem deixar marcas nesses dois corpos que agora se separam.

Cuidar da gestação, parto e pós-parto é ajudar uma família a se organizar e se constituir de uma maneira possível e menos adoecedora. É um momento que não se vive sozinha e em que há uma rede enorme de pessoas que dele fazem parte no nível profissional e no das relações sociais. Normalmente, é durante as consultas de pré-natal que se percebe alguns problemas que podem ser da parte da gestante ou da parte do feto, fazendo com que algumas decisões possam ser tomadas com base no bem maior para ambos ou na salvação da mulher.

Infecções, diabetes gestacional e pré-eclâmpsia, tidos como causas comuns no parto pré-termo, não podem ser vistos como fatos isolados ou da condição apenas clínica da gestante. São adoecimentos que têm a ver com dificuldades no acesso e na adesão aos serviços de saúde, desconhecimento sobre a rede de cuidado gravídico-puerperal, falta de planejamento familiar, além de não acesso a dispositivos de contracepção. Ou seja, o problema de saúde

pública é também um problema de causas multifatoriais e que necessita de políticas públicas que ampliem e garantam assistência adequada e em tempo para evitar os seus agravos.

Ilustro este capítulo com recorte clínico de um atendimento ocorrido na minha prática clínica no ano de 2024:

*Eu sou uma canção*

*Em março de 2024, um sábado onde eu fazia um plantão extra, fui chamada no final do meu turno. Uma enfermeira do Centro Obstétrico procurava uma psicóloga para um atendimento na emergência. A equipe médica me recebeu e passou o caso: uma mulher deu entrada com dor em baixo ventre, início de parto prematuro. Ela não sabia que estava grávida, disse que sua menstruação era irregular, não estranhou a amenorreia. Ela estava acompanhada do marido. A equipe me disse que, pela análise do bebê e pelas informações dadas pela mulher, a idade gestacional era de em torno de 20 semanas de gestação. Ou seja, pela prática médica e literatura, segundo me informaram, uma situação em que não há investimento por parte da equipe de neonatologia. O que deveria ser feito, após os procedimentos de parto, seria o bebê ficar no colo dos pais até seu óbito. Nesse momento, foi solicitado o suporte da psicologia.*

*Quando cheguei ao leito, acompanhada da médica que os assistiu, encontramos uma mulher em posição ginecológica, assustada, acompanhada do marido, que segurava o bebê no colo. A médica falou sobre os procedimentos e saiu. Eu me apresentei, perguntei como estavam, como foram aqueles últimos instantes e como eu poderia ajudar. Eles me falaram que não sabiam da gravidez. Não havia os sinais e sintomas clássicos, dizia a mulher. Era a segunda vez que isso lhe acontecia.*

*Uma das coisas que me chamou a atenção era a resignação daquele casal, pois, diferentemente de outros que atendi em situações parecidas, não choravam*

*desesperados. Perguntei se eles tinham escolhido o nome da bebê, que era uma menina, ao que a mãe sorriu e disse que seu nome era Kelen; o pai confirmou. Eu disse que era um nome bonito, parecia com o meu. Olhei para a bebê, ela viva no colo do pai, fazia um enorme esforço respiratório, cumprimentei-a e disse seu nome. Fitei-a por alguns instantes, um corpo frágil, magro, pequeno, sem cabelos. Perguntei há quanto tempo eles estavam com ela nos braços e eles me disseram que há pelo menos uns 20 minutos. Perguntei se eles haviam compreendido a fala dos médicos, e aproveitei para repetir o que os profissionais já haviam me explicado. Acredito que diante de situações de angústia muitos profissionais se refugiam nas normas e literatura técnica para não transpor ainda mais a impotência diante da situação. Foi assim que me senti.*

*O celular do homem tocou, era uma bispa da igreja deles. Eles mostraram a bebê, falaram sobre a iminência da morte dela e que nada poderia ser feito. A senhora pediu para falar comigo e questionou. Disse que era perceptível a respiração da menina: “Será que não poderiam levá-la para a UTIN?”. Eu repeti, mais uma vez, os procedimentos. Entrou na ligação outra bispa. A mesma história. Comecei a duvidar do que eu mesma havia dito anteriormente. Conversei com os pais e perguntei se eles queriam que eu chamasse novamente a equipe obstétrica. Eles assentiram. Os médicos disseram mais uma vez o protocolo; falaram, ainda, sobre colocar o bebê em procedimentos dolorosos e que não poderiam garantir que ela sobrevivesse; e que a melhor conduta seria estar com os pais até a hora do falecimento.*

*Continuei com os pais e a bebê, e um silêncio mortífero só era interrompido pelo som do esforço respiratório da bebê. Após alguns longos minutos, fui embora. Não consegui explicar o mal-estar daquela cena, mas a demora para que a bebê “morresse” me causava uma estranheza.*

*Na segunda-feira, ou seja, 48h depois, passando na frente da UTIN, vi o casal, imaginei que estivessem ali para buscar a declaração de óbito ou para alguma orientação da equipe. Cumprimentei-os e perguntei como estavam e o que faziam ali. Eles me responderam: a bebê está viva, está aí dentro.*

Uma cena como esta é a realidade de muitas maternidades Brasil afora. Dificuldades de acesso ao sistema de saúde, de um seguimento adequado às mulheres, desconhecimento sobre o próprio corpo, protocolos nada humanizados no atendimento de emergências obstétricas e assistência ao bebê prematuro, independentemente de sua situação e desfecho. O tempo que a bebê acima mencionada ficou sem o suporte técnico é enorme e talvez a presença de seus genitores tenha sido a única coisa a que ela pôde se agarrar no sentido biológico e psíquico. O colo, a temperatura, o acalento, a fala, por aqueles longuíssimos minutos substituíram uma incubadora, um respirador e outras manobras de salvamento. Ela não foi reanimada, ela nasceu e ali ficou – como todos os outros bebês – à mercê de cuidadores.

O espanto dos pais foi substituído pelo desejo de tomar aquele pequeno ser em seus braços e dar a ele a vida, torná-lo filho – e sujeito. Os questionamentos, o pedido de ajuda, a presença deles ao lado da bebê durante todo o período em que ela não recebeu assistência especializada foi o que a possibilitou resistir à imaturidade do corpo e existir para aquele casal enquanto filha, para em seguida existir e ser cuidada pela equipe da neonatologia. Internação, incubadora, monitores, medicações e uma série de procedimentos: assim é a rotina de uma UTIN.

Segundo Winnicott (1983), o “*bebê não existe sozinho*”, por isso, como pensar nos procedimentos necessários para receber um ser em condições tão desfavoráveis? A história da neonatologia nos mostra a evolução desses cuidados iniciais no mundo e no Brasil, e a mudança de *status* do recém-nascido para a medicina.

## 2.1 A NEONATOLOGIA

A neonatologia é uma área da medicina que teve sua definição no século XX e contribuiu para a sobrevivência e o desenvolvimento de recém-nascidos prematuros e, ainda, daqueles que porventura tiveram complicações em seus nascimentos. Contudo, antes de iniciar o módulo sobre a neonatologia, é relevante apresentar a evolução dos cuidados materno-infantis ao longo do tempo e como isso impactou na vida dos bebês, de seus familiares e na diminuição da mortalidade materno-infantil no mundo todo.

Ariès (1981) sugere que a noção de infância relaciona-se às transformações pelas quais a família medieval teria passado até adquirir as características identificadas na modernidade. A criança pequena não era levada em consideração e muito provavelmente tal fato se dava por sua fragilidade física, o que tornava sua sobrevivência pouco provável nas condições da época. Assim, à medida que a criança passou a ocupar um lugar social que requeria cuidados específicos, a medicina passou a estudá-la, criando, assim, a pediatria, que passou a ser especialidade médica durante a segunda metade do século XIX (Ariès, 1981).

Ao longo do tempo, a representação do recém-nascido e da criança pequena foi sendo retratada de diversas maneiras; na pintura, por exemplo, tornou-se mais frequente a partir dos séculos XV e XVI. Na Idade Média, sob influência da Igreja Católica, as telas retratavam bebês com aparência de homens adultos e mais velhos. O raciocínio da época era representar Jesus, adulto, mesmo que em um corpo de bebê (Morel, 2015). Ou seja, ainda não estava ali inscrita a noção de desenvolvimento em fases específicas de acordo com a idade.

Séculos mais tarde, a assistência ao recém-nascido, na maioria das vezes, era da competência da pessoa que assistia o parto, normalmente parteiras, e em seguida obstetras. As taxas de mortalidade dos bebês e das parturientes era bastante alta, bebês que apresentavam

alguma dificuldade no parto ou que nasciam antes da hora tinham poucas chances de sobreviver.

Em 1878, um funcionário do zoológico de Paris desenvolveu, a pedido do professor e obstetra parisiense Stéphane Etienne Tarnier, uma incubadora semelhante a uma chocadeira de ovos de galinha com o intuito de utilizá-la com alguns bebês. Em 1880, ele apresentou esta chocadeira/incubadora, que foi instalada na Maternidade de Paris (Oliveira, 2004). Como resultado, esta invenção “[...] fez decrescer a taxa de mortalidade de 66% para 38% entre crianças pesando menos que 2000g ao nascimento” (Lusky *et al.*, 2005).

Pierre Budin, sucessor de Tarnier, deu continuidade à atenção dada aos recém-nascidos e criou em 1892 um serviço de puericultura<sup>1</sup> no Hospital Charité, escrevendo, ainda, um livro sobre lactentes nascidos de parto prematuro, no qual classificou os bebês em pequenos e grandes para a idade gestacional (Avery, 1978; Alves Filho & Alves, 2023). Budin foi o responsável pelo desenvolvimento dos princípios e métodos que passaram a formar a base da medicina neonatal (Lusky *et al.*, 2005; Cifuentes & Siddappa, 2005).

Na virada do século XX, outras evoluções ocorreram na área perinatal: o modelo de incubadoras foi gradualmente aperfeiçoado e utilizado com sucesso para favorecer a sobrevivência de bebês prematuros. Um aluno de Budin, Martin Coney, foi para os Estados Unidos da América (EUA) e levou essas inovações para oferecer cuidados especializados a esse público no início dos anos 1900 (Oliveira, 2004).

Em 1963 nasceu prematuramente Patrick Bouvier Kennedy, um dos filhos do então presidente estadunidense J. F. Kennedy, mas ele acabou falecendo 39 horas após o nascimento por Síndrome do Desconforto Respiratório, doença comum entre os recém-nascidos pré-termo. Tal fato culminou em um maior investimento do governo americano no

---

<sup>1</sup> “Puericultura é definida como acompanhamento da criança e em seu conceito histórico, relaciona-se a uma ciência que agrega conhecimentos de Fisiologia, Higiene, Nutrição, Sociologia, Cultura, desenvolvimento neuropsicomotor e comportamento da criança, influenciando diretamente na redução da morbimortalidade infantil e desenvolvimento da qualidade de vida” (Fernandes *et.al.*, 2023, p.1.).

desenvolvimento da neonatologia e em uma melhora da assistência ao bebê prematuro. Assim, a partir da década de 1960, nos EUA, foi dada a largada para um enorme avanço em tecnologias que garantissem a vida desses bebês. Incubadoras, respiradores, monitores, técnicas assépticas, serviços de transporte neonatal, além de alimentação por sonda, foram alguns dos inúmeros avanços dessa época (Lusky *et al.*, 2005).

Visando garantir um ambiente onde o bebê pré-termo pudesse se desenvolver após a mudança de meio, de intraútero para o mundo, a incubadora foi considerada um equipamento revolucionário. Ela, assim como outros avanços, ajudou a reduzir as taxas de mortalidade, as infecções hospitalares passaram a ser controladas com o isolamento estrito do bebê na maternidade; contudo, isso também ocasionou a separação radical entre bebê e seus pais, consequentemente prejudicando o vínculo entre eles e o aleitamento. O olhar para a família e sua importância precisou de mais tempo para acontecer na história dos cuidados neonatais.

Assim, entendendo que os avanços técnico-científicos não podem perder de vista processos de humanização, percebeu-se a necessidade também de treinamento e formação específica das equipes e uma atenção para além do maquinário. Com o intuito de melhorar a assistência do bebê pré-termo, algumas medidas foram tomadas ao longo do tempo. Uma delas teve seu reconhecimento e foi amplamente difundida no mundo, tornando-se, no Brasil, uma política nacional de saúde – o Método Canguru (MC) (Brasil, 2018). Ele surgiu como uma proposta econômica e efetiva para diminuir o tempo de internação e favorecer a proximidade da família nesse processo. Desenvolvido na Colômbia no final dos anos 1970, sua abordagem para bebês de baixo peso e pré-termos tem como foco principal o contato pele a pele, do bebê com sua mãe, havendo, ainda, um incentivo à amamentação e a um maior envolvimento dos pais no cuidado do bebê já dentro da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) – este método começa antes mesmo do nascimento e se estende após a alta hospitalar. O MC será explicado

com profundidade no decorrer do texto e após a apresentação da evolução dos cuidados com bebês e suas mães ao longo do tempo no Brasil.

### 2.1.1 A assistência ao recém-nascido pré-termo no Brasil: história e avanços

O Brasil aderiu às ideias europeias e passou a ter, no final do século XIX, um olhar mais específico para as crianças. Na então capital, em 1881, houve a inauguração da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, que contava com um consultório infantil e realizava cursos sobre as doenças das crianças, sob a direção do médico Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo. Naquele período, ele solicitou às autoridades do governo que criassem uma cadeira de Clínica da Moléstia de Criança nas faculdades de medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, em virtude da alta taxa de mortalidade dessa população no nosso país na época (Oliveira, 1999). Ou seja, primeiro veio à atenção para as crianças e suas doenças para em seguida poder-se pensar no neonato.

Seguindo os passos do pai, Arthur Moncorvo Filho criou o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro, em 1901. Além dele, foi criado também o Dispensário Moncorvo e a Creche Senhor Alfredo Pinto, que, considerada a primeira creche popular da capital, possuía 21 leitos e duas incubadoras (Rodrigues & Oliveira, 2004). Moncorvo Filho levou a sério o trabalho começado por seu pai e se debruçou sobre a causa da assistência médico-social à criança brasileira de família pobre. Ele foi também grande propagador da higiene infantil e da puericultura (Wadsworth, 1999).

A campanha em prol da assistência à infância ganhou considerável espaço no meio político e social, subordinando a maioria das questões sociais, econômicas e políticas da época. Segundo Wadsworth (1999), para muitos médicos, políticos e advogados daquele período, o futuro brasileiro parecia depender da capacidade do governo de resolver

efetivamente os problemas ligados à infância. Esses esforços se intensificaram nas primeiras décadas do século XX, época em que o país enfrentava inúmeras mudanças e problemas sociais, tais como aumento populacional, urbanização, presença de doenças endêmicas, elevada taxa de mortalidade infantil e de violência (Wadsworth, 1999).

Sobre a questão da mortalidade infantil, houve uma diminuição considerável ao longo do século. Dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (2025) mostram que em 1950 a taxa de mortalidade infantil no Brasil era de 158 por mil nascidos vivos, ou seja, a cada 100 crianças, 16 morriam antes de completar um ano de vida; atualmente, apenas uma morre nessa mesma faixa etária. O país registrou em 2024 a menor taxa de mortalidade infantil e fetal por causas evitáveis<sup>2</sup> nos últimos 29 anos: 18,476 (Brasil, 2025). Segundo o Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal (Brasil, 2025, abril), esse é o menor número de uma série histórica desde 1996. Nesse primeiro ano de registros, o total de óbitos contabilizado foi de 53.133 em todo o território.

A queda da mortalidade infantil, com redução do componente pós-neonatal, foi resultado de mudanças sociais, estruturais e de um conjunto de ações de saúde priorizadas ao longo do tempo, assim como a maior disponibilidade de recursos e qualidade das informações epidemiológicas sobre nascimento e óbitos, a partir do aprimoramento do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e da implantação e expansão do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) (Brasil, 2017); ainda, da crescente oferta ou, pelo menos, da disseminação do conhecimento sobre a disponibilidade de tecnologias e intervenções de terapia intensiva neonatal com capacidade de garantir a sobrevivência de recém-nascidos pré-termo ou gravemente enfermos. Esses conhecimentos e novas práticas melhoraram a

---

<sup>2</sup> “As mortes por causas evitáveis são aquelas reduzíveis por ações disponíveis no sistema de saúde e refletem sobre a situação de acesso e qualidade dos serviços de saúde disponíveis para a sociedade, e estão indicadas na Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Prezotto *et al.*, 2023, p. 2).

expectativa de vida e a consequente mortalidade nessa idade. A busca pela diminuição da mortalidade entre recém-nascidos e a incorporação do cuidado neonatal na agenda da política de saúde passam a ocorrer em diferentes regiões no que se refere à gestão e à organização da rede assistencial (Brasil, 2017).

Houve, no Brasil, no período de 2000 a 2018, a morte de 453.411 neonatos de zero a seis dias de vida (76,71%) e de 137.686 de neonatos de sete a 27 dias (23,29%), considerando-se todas as causas. A maior parte dos óbitos na fase neonatal precoce e neonatal tardia ocorreu por causas evitáveis, com proporção respectiva de 76,85% e 73,18%, e taxa de 6,17 e 1,79 por mil nascidos vivos (Prezotto *et al.*, 2023). A prematuridade representa a principal causa de óbito neonatal e em crianças abaixo de cinco anos de idade, sendo que suas complicações determinam a morte de mais milhões de recém-nascidos todos os anos no mundo todo (Gmack *et al.*, 2023; Liu *et al.*, 2016). Além de resultar em maior taxa de óbito infantil, a prematuridade também está associada à maior incidência de diversas comorbidades neonatais, que, além de impactarem a sobrevida, aumentam o risco de complicações e suas consequências a longo prazo para a saúde e qualidade de vida do recém-nascido pré-termo e de sua família. Dentre as principais comorbidades associadas, encontram-se doenças respiratórias, como a Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR) e a Displasia Broncopulmonar (DBP); alterações cardíacas, como Persistência do Canal Arterial (PCA); neurológicas, como a Hemorragia Peri-intraventricular (HPIV); e infecciosas, como Sepses Neonatal e Enterocolite Necrosante (ENC) (Gmack *et al.*, 2023).

Pela alta complexidade e morbidade, o nascimento prematuro também gera aumento dos custos em cuidados com a saúde. Nos Estados Unidos, que teve uma taxa de 10,38% de partos prematuros em 2022, segundo Osterman *et al.* (2024), estima-se que o custo da assistência à prematuridade seja de pelo menos 26.2 bilhões de dólares por ano, uma vez que o recém-nascido prematuro requer, em média, nove vezes mais dias de internação e demanda

custo médico no primeiro ano de vida dez vezes maior que uma criança nascida a termo (Gmack *et al.*, 2023). São contabilizados custos médicos, educacionais e a perda de produtividade. Em um estudo de 2017, Purisch e Gyamfi-Bannerman descobriram que a duração da internação hospitalar de bebês prematuros americanos é, em média, de 13 dias, em comparação com 1,5 dia para bebês nascidos a termo, e os custos médicos para bebês prematuros no primeiro ano de vida são, em média, dez vezes maiores do que para bebês nascidos a termo (US\$ 32.325, em comparação com US\$ 3.325).

Os pesquisadores Kim *et al.* (2022) analisaram 11 países europeus e constataram que a menor idade gestacional foi associada a um aumento dos custos sociais médios de € 2.755, € 752 e € 657 para crianças nascidas com 26, 26–27 e 28–29 semanas, respectivamente, em comparação com o grupo de referência nascido com 30–31 semanas. Para esclarecimento sobre a idade gestacional e a classificação do nascimento prematuro, há basicamente três subdivisões: bebês extremamente prematuros (aqueles que nascem antes de 28 semanas de gestação); bebês muito prematuros (aqueles que nascem entre 28 e 32 semanas de gestação); bebês prematuros tardios (aqueles que nascem entre 32 e 37 semanas de gestação) (WHO, 2018).

No Brasil, um estudo brasileiro (Melo *et al.*, 2022) analisou, em um hospital público da capital, todo o custo da internação de bebês prematuros do ano de 2018, e os achados foram um custo médio de R\$ 1.120 para prematuros tardios, R\$ 6.688 para prematuros moderados e R\$ 17.395 para prematuros extremos. Os custos totais advindos do nascimento e internação de recém-nascidos prematuros em 2018 foi de R\$ 658.608,63. Os pesquisadores verificaram um custo direto considerável relacionado à assistência a recém-nascidos prematuros, sendo que uma maior quantidade de consultas pré-natal e a idade gestacional foram associadas a uma redução dos custos da prematuridade (Melo *et al.*, 2022). Isso indica concordância com outros estudos, ou seja, uma maior idade gestacional não apenas diminui os agravos da prematuridade como também mitiga os custos em saúde, seja na internação, seja ao longo dos primeiros anos

de vida (Gmack *et al.*, 2023; Kim *et al.*, 2022; Purisch & Gyamfi-Bannerman, 2017). Por isso a importância de pensarmos o cuidado em saúde visando também a gestão dos recursos. Com base nesses dados é possível subsidiar as discussões e levar a pauta para os gestores. Apenas com conhecimento da realidade da população, informações e dados, é possível construir políticas públicas que cheguem de fato aos usuários e transforme a saúde pública no país.

Partindo do exposto, pensemos nos dados epidemiológicos da prematuridade no território brasileiro.

Segundo informações do Ministério da Saúde (Brasil, 2024), no período de 2012 a 2022, a prevalência de nascimentos prematuros foi na região Norte e a região Centro-Oeste apresentou os menores índices. Em relação às características maternas, a maioria das gestantes brasileiras tinha entre 20 e 29 anos (44,2%), possuía de oito a 11 anos de estudo (57,8%), era de cor parda (53,9%) e se declarava solteira (49,9%). Quanto às características relacionadas à gestação e ao parto, os dados indicam a realização de sete ou mais consultas pré-natais (49,3%), gestação de feto único (89,1%) e parto cesáreo (57%) (Brasil, 2024).

Condições de saúde pré-existentes como hipertensão e diabetes gestacional são frequentemente citadas como contribuintes significativos para a prematuridade, afetando tanto a saúde da mãe quanto do feto; complicações durante a gestação, como pré-eclâmpsia e múltiplas gestações, fortemente associadas a um aumento do risco, e um histórico obstétrico de partos prematuros ou abortos espontâneos também são fatores adicionais que agravam a probabilidade de prematuridade (Pitilin *et al.*, 2021).

O foco de alguns estudos são as doenças ou morbidades durante o período gestacional, com destaque para infecções como a principal causa de partos prematuros, evidenciando o papel crítico das infecções uterinas e genitais na indução de trabalho de parto precoce, porém há também outras vertentes que relacionam a prematuridade a fatores socioeconômicos e dificuldades em acessar o direito à saúde (Pitilin *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2014).

Fatores como desigualdades regionais em acesso a serviços de saúde, condições socioeconômicas, ambientais e práticas obstétricas podem justificar esses dados. Na região Norte o boletim correlaciona a alta taxa de partos prematuros a menos anos de estudo e uma menor proporção de consultas de pré-natal, contudo, são necessárias mais investigações para que sejam determinadas causas e correlações (Brasil, 2024). Assim, fica evidente que as condições sociais, econômicas, culturais, o acesso à saúde e toda a assistência relacionada ao direito reprodutivo são condições básicas para um nascimento seguro tanto para os bebês quanto para as mulheres. É mister reconhecer que não há cuidado do feto e do neonato que não passe pelo cuidado com as mulheres, por uma legislação atual e que se converta em ações que garantam a saúde e a integridade física e psicológica de todas as mulheres.

Sobre os neonatos pré-termos, os dados do Boletim Epidemiológico dos nascimentos prematuros de 2012 a 2022 do Ministério da Saúde (Brasil, 2024) mostram que a maioria era do sexo masculino (52,8%), de raça/cor parda (54,2%) e com peso ao nascer entre 2.500 gramas ou mais (54,7%), mas um número significativo ainda apresentou baixo peso ao nascer (45,2%). Em relação ao índice Apgar<sup>3</sup>, tanto no primeiro minuto (82,6%) quanto no quinto minuto (93,1%), a maioria dos recém-nascidos apresentou um score maior ou igual a sete (Brasil, 2024). Quanto à gravidade da prematuridade, entre os extremamente prematuros a proporção foi de 4,9%, nos muito prematuros foi de 9,1%, e nos prematuros moderados a tardio foi de 86% (Brasil, 2024). Regiões Nordeste e Sudeste apresentaram proporções para os extremamente e muito prematuros maior que a taxa nacional observada, enquanto as demais regiões apresentaram maiores taxas para prematuro moderado a tardio (Brasil, 2024).

Refletindo sobre o percurso brasileiro ao longo do tempo, fica evidente que a inclusão do cuidado gestacional e neonatal na agenda das políticas públicas para a infância contribuiu

---

<sup>3</sup> “O escore de Apgar é uma avaliação padronizada do estado de um neonato imediatamente após o nascimento e da resposta aos esforços de ressuscitação, permanecendo o padrão ouro para avaliação de neonatos” (Simon et. al. Shah, Bragg 2024, p. 1).

para a reconfiguração da atuação política e técnica da saúde da criança no país, incluindo maior interação da área técnica com outras áreas do ministério, especialmente com aquelas voltadas para o planejamento e a gestão hospitalar (Brasil, 2017). Em 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) foi instituída pela Portaria GM/MS nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, visando promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno mediante a atenção e os cuidados integrais e integrados da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, buscando reduzir a morbimortalidade e oferecer condições dignas para o desenvolvimento infantil (Brasil, 2017). A evolução da assistência ao nascimento no Brasil seguiu a tendência mundial. Entretanto, foi a criação do SUS o grande passo para a melhora na assistência, pois a população passou a ter a saúde como um direito garantido pelo ordenamento jurídico a partir da Lei nº 8.080, de 1990, podendo receber um cuidado técnico e com recursos adequados às problemáticas de forma gratuita e contínua e em todas as esferas da assistência em saúde – primária, secundária e terciária (Brasil, 1990). Ainda estamos, contudo, longe de um cenário adequado para o cuidado em saúde perinatal. É preciso voltar o foco para medidas de acesso amplo e irrestrito, prevenção de gestações não desejadas e um pré-natal acessível para todas as gestantes, além de hospitais e profissionais capacitados para receber mãe e bebê em caso de prematuridade ou outras complicações periparto.

Ainda sobre as políticas públicas de saúde que contribuíram para a melhora da assistência no país, apresentamos o Método Canguru na próxima seção.

### 2.1.2 O Método Canguru

A implementação das diferentes ações no SUS foi acompanhada pela Política Nacional de Humanização, que potencializou as premissas e propostas inovadoras apresentadas pelo

Método Canguru (MC) no sentido da qualificação da assistência, do acolhimento ao recém-nascido e sua família, da clínica ampliada e do cuidado com a ambiência. Foi fomentado também o fortalecimento e a ampliação do escopo das parcerias do Ministério da Saúde com os Centros Nacionais de Referência para o Método Canguru e com instituições acadêmicas ou voltadas para o aprimoramento de práticas clínicas neonatais, como serviços universitários e o Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (Brasil, 2017). Esse movimento reforçou a perspectiva histórica e o compromisso com a garantia da humanização do cuidado neonatal, compreendida como respeito à integralidade e à singularidade de cada neonato, não dissociada da qualidade técnico-científica e das boas práticas do campo da terapia intensiva neonatal (Brasil, 2017).

Chamado inicialmente de Método Mãe-Canguru, foi criado pelo Dr. Edgar Rey Sanabria, em 1978, em Bogotá, Colômbia. O MC foi criado como estratégia para diminuir a superlotação, falta de condições adequadas e a alta mortalidade de recém-nascidos nas unidades neonatais colombianas. No Brasil, a difusão do método se deu principalmente a partir da década de 1990, período marcado pelo reconhecimento da importância de se elaborar políticas públicas de saúde voltadas para a atenção integral ao parto e nascimento. No ano de 2000, foi elaborada a primeira norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (Brasil, 2017).

O MC é uma tecnologia de assistência humanizada ao recém-nascido de baixo peso, aos pais e à família, constituindo-se como “[...] um modelo de atenção perinatal voltado para a atenção qualificada e humanizada que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial com uma ambiência que favoreça o cuidado ao recém-nascido e à sua família” (Brasil, 2017, p. 23). Nesse sentido, a norma brasileira afirma que o método deve ser aplicado em três etapas distintas: 1) no pré-natal de gestantes que necessitem de cuidados especializados, parto/nascimento, seguido de internação do recém-nascido na UTIN e/ou na Unidade de

Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); 2) a segunda etapa é realizada na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa); 3) na alta hospitalar, quando a família será acompanhada pela equipe do hospital e da atenção básica do MC (Brasil, 2017).

O método envolve, também, o contato pele a pele entre o recém-nascido e seus pais (posição canguru), controle ambiental das unidades neonatais, avaliação e controle da dor, aleitamento materno, cuidado com a família e suporte à equipe de saúde (Brasil, 2018). A posição canguru consiste em manter o recém-nascido em contato pele a pele, somente de fraldas, na posição vertical, junto ao peito da mãe ou do pai, guardando o tempo mínimo necessário para respeitar sua estabilização e pelo tempo máximo que a díade entender ser prazeroso e suficiente. Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada por alguém da equipe de saúde que seja capacitada no método (Brasil, 2017).

Quanto aos benefícios do MC, destacamos a redução do risco de infecção hospitalar e de doenças do trato respiratório, diminuição da dor e do estresse do recém-nascido, auxílio no ganho de peso, no controle térmico e no desenvolvimento neuropsicomotor, estímulo à produção de leite materno e aumento do vínculo afetivo parental (Brasil, 2017), além da redução do tempo de internação (Narciso, Beleza & Imoto, 2022). Nessa parte, percebemos que o cuidado em saúde não pode estar desvinculado de uma preocupação social, levando em conta os vários atores que se apresentam em uma situação que necessita de intervenção biomédica, e aqui acrescentamos que a qualidade dessa proposta é a inclusão daquilo que considera também o psíquico e o social, juntos e indissociáveis. Temos como resultados do método uma diminuição do tempo de internação, maior contato dos pais com o filho, favorecimento do vínculo e, ainda, maior compreensão das necessidades específicas do bebê (Brasil, 2017).

Também como possíveis justificativas para o uso do método, cabe pontuar a questão da dor. Ela é consequência, assim como causa, de outros problemas que podem demorar muito

tempo para serem percebidos e tratados. O manejo da dor pode ser um grande desafio para a equipe e um fator de grande sofrimento para o bebê. Em um estudo brasileiro de 1999, Guinsburg calculou que em média cada recém-nascido internado em UTI recebia, naquela época, de 50 a 150 procedimentos potencialmente dolorosos ao dia, e que pacientes abaixo de 1000 gramas sofriam cerca de 500 ou mais intervenções dolorosas ao longo de sua internação. Na revisão sistemática portuguesa de Cruz, Fernandes e Oliveira (2016), cada bebê prematuro foi exposto a uma média de 7,5 a 17,3 procedimentos dolorosos por dia. Bonutti *et al.* (2017) estudaram, em São Paulo, o padrão de procedimentos invasivos realizados da admissão à alta para 89 bebês prematuros admitidos consecutivamente em uma UTIN durante um período de um mês. O resultado foi um total de 6.678 procedimentos dolorosos, com 12.300 tentativas durante as primeiras duas semanas de vida (Bonutti *et al.*, 2017).

Diversos fatores podem estar implicados na subestimação da dor no neonato. Alguns são diretamente relacionados à sua caracterização: pouco conhecimento dos efeitos da dor (fisiológicos, comportamentais e no desenvolvimento do sistema nervoso central), dificuldade na identificação e classificação da dor e conhecimentos incompletos sobre métodos farmacológicos e não farmacológicos para sua redução. Outros estão relacionados às peculiaridades do trabalho na UTIN: maior preocupação com a sobrevivência, daí a dor pode ser vista como menos urgente; questões relacionadas com a possibilidade da morte e, atualmente, qualidade de sobrevivência, levando a um afastamento, não proposital, do bebê como uma forma de proteção psíquica frente à delicadeza da situação; e até a sobrecarga de trabalho, acarretando menos tempo para observação dos comportamentos do neonato (Brasil, 2017).

Até mesmo o choro, que é a resposta de mais fácil reconhecimento, não é algo que os bebês nascidos prematuramente conseguem fazer, como estamos habituados a ver. Observar com atenção as expressões faciais parece ser um bom indicador de reconhecimento de dor do

bebê. Podem, também, ocorrer movimentos ativos para retirada do membro, aumento dos movimentos corporais ou hipotonia e hipoatividade (Brasil, 2017). Entretanto, é preciso levar em conta que o bebê por vezes não tem condições físicas de se manifestar da mesma maneira que crianças maiores ao estímulo da dor. São frequentes as alterações nos estados comportamentais, tais como a diminuição dos períodos de sono (principalmente sono leve), as rápidas transições de estado e irritabilidade, podendo haver, ainda, um “desligamento” do bebê em relação ao estímulo doloroso. No entanto, a falta de reação não significa ausência de dor. É por esse motivo que a presença dos pais ao lado do bebê se torna tão importante, alguém que esteja exclusivamente para ele pode identificar alguns padrões de comportamento e ajudar a equipe com certos sinais de alerta. Além de, é claro, oferecer a esse bebê uma presença ativa e emocional, reconhecendo-o como alguém que precisa do outro para sustentar suas reações psicológicas e emocionais, e, ainda, ajudá-lo no processo de tradução dos acontecimentos hospitalares.

Um dos principais ganhos com a implementação do MC no SUS foi propiciar a sensibilização aos profissionais que trabalham nessa frente perinatal, dentro e fora dos hospitais, além de reconhecer a importância da família no processo de internação e pós alta, levando em consideração a singularidade de cada bebê e seus familiares.

Em minha rotina hospitalar, frequentemente, as mães avisam a equipe de que algo não vai bem com o filho, mesmo que os monitores se mantenham estáveis. Portanto, nem sempre a tecnologia é o melhor parâmetro para oferecer o cuidado. Tecnologias leves, criadas a partir de situações difíceis e com poucos recursos materiais, podem também salvar vidas, como relatado até aqui pela literatura e retomado pelo que emerge da experiência clínica, que finaliza este tema. É preciso também reconhecer que aquilo que se torna insubstituível é a questão humana do cuidado. A humanização não pode ser encarada como protocolos de serviço, desconsiderando o valor daquilo que é particular de cada profissional, suas

motivações conscientes e inconscientes ao comparecerem a todo momento no manejo com os pacientes e na execução de suas funções técnicas. Há também uma função que é psíquica e intrínseca na relação com o neonato prematuro.

## 2.2 O CUIDADO NEONATAL E A PARENTALIDADE COMO PROCESSOS

O nascimento de uma criança é uma experiência complexa e que deixa marcas profundas na vida e nas relações, sobretudo na conjugal. Ter um bebê não torna uma mulher mãe e um homem pai automaticamente, é preciso uma série de mobilizações psíquicas singulares, sociais e de cuidado para que esse processo de parentalização ocorra. Obviamente, não se pode generalizar essa construção, pois devemos levar em conta a cultura, os meios socioeconômicos, as experiências de cuidado, a personalidade, as relações e, ainda, o aporte biopsicossocial existente durante o ciclo gravídico puerperal, por vezes se estendendo por mais algum tempo.

Já é bastante discutido na literatura perinatal que o período gestacional é um momento de grande mobilização psíquica que pode desencadear sintomas psicopatológicos ou revelar fragilidades da estrutura psicológica da mulher, mas não somente dela, pois o parceiro pode também apresentar dificuldades em lidar com a mudança que uma gravidez configura. Segundo Bydlowski (2002), é durante a gestação que a mulher vivencia uma *transparência psíquica* – estado relacional específico, ambivalente e que traz um radicalismo que remete à adolescência. Ocorrem, também, reminiscências primitivas, fantasmáticas, que dificilmente são barradas pela censura.

Por isso, os diagnósticos recebidos no período do pré-natal podem ser especialmente difíceis de serem aceitos ou compreendidos, por poderem fazer parte de uma construção imaginária da gestante que a remeta a conflitos inconscientes. No entanto, o investimento no

feto e a possibilidade de melhoria da situação é um dos fatores para que ela siga com as orientações e busque comportamentos e atitudes mais saudáveis para si e, conseqüentemente, para o bebê que gesta. Mas nem tudo passa pelo entendimento e aceite das informações, ou seja, por vezes não se trata de cognição e compreensão.

Retomando a psicodinâmica da gravidez, um certo pensamento mágico, tal como na adolescência, de que tudo ocorrerá bem, independentemente da realidade ou das ações realizadas, revela o caráter fantasmático mantido quase em segredo, com medo de sua realização. Portanto, é imprescindível dar espaço para a escuta de conteúdos inconscientes e que, por vezes, podem ser conflituosos quanto ao que se espera ouvir de uma gestante, por isso a necessidade de uma escuta singular por um profissional que conheça essa psicodinâmica.

Vale aqui pontuar que, muitas vezes, é durante o pré-natal que as mulheres terão a oportunidade de ter acesso aos dispositivos de saúde, principalmente quando esse trabalho de assistência conta com profissionais de diversas áreas, podendo lançar um olhar mais apurado sobre questões que envolvem o processo de gestação, parto, pós-parto e parentalidade. Acrescentamos que, cada vez mais, os homens também vêm comparecendo às consultas de pré-natal e puericultura, tendo uma participação mais ativa nos cuidados dos filhos, desde a gravidez e após o nascimento. Eles podem se beneficiar tanto quanto as mulheres desse olhar e dessa escuta voltada para a parentalidade e o processo de tornar-se pai, percebendo que não é algo instintivo, mas construído paulatinamente a partir da presença e dos cuidados diários.

Ainda pensando na gestação, a ambivalência vivenciada durante esse momento, que pode ser bastante acentuada, não deve ser encarada como um empecilho para que a mulher consiga atravessar esse período, mas deve ser escutada com atenção e sem julgamentos, pois somente por meio da expressão desses sentimentos e pensamentos contraditórios é que ela poderá refletir e pensar uma saída para eles, sobretudo em situações adversas, como um diagnóstico reservado, uma malformação ou a possibilidade de um parto prematuro.

Nesses casos – e talvez em todos os outros –, mais importante do que saber se a gestação foi planejada ou desejada, é relevante escutar a respeito do impacto desse bebê ainda intraútero na vida dessa mulher e desse homem e de quais mudanças ela e a família terão de fazer para que ele (bebê) tenha seu espaço físico e psíquico naquele meio familiar. Os processos de parentalidade são complexos e podem ser especialmente complicados quando as coisas saem diferente do esperado, o que pode acontecer, por exemplo, em decorrência de um diagnóstico materno ou fetal. Independentemente da gravidade da doença ou condição, cada gestante partirá do que tem como recursos internos e externos para lidar com essa notícia, podendo recorrer, ainda, à religião, tanto como fator de proteção quanto buscando um milagre para aquilo de insuportável que pode ser o resultado de um exame.

No caso de uma gestação de alto risco, esse próprio conceito já pode levantar ansiedade e angústia, trazendo a possibilidade de perda (do bebê) ou mesmo morte (da gestante), para além do que normalmente ocorre. Potencialmente desorganizador, esse diagnóstico precisa ser feito de forma cuidadosa, buscando escutar o casal parental e oferecendo a ele o suporte necessário, sendo importante que não somente o profissional médico, mas toda a equipe multiprofissional que acompanha a gestante, preste o devido cuidado do ponto de vista biopsicossocial.

Segundo Junqueira (2014), o excesso de exames na gravidez representa um impacto sobre os primeiros laços, podendo fomentar pensamentos catastróficos e fantasmagóricos. Trazendo isso para o contexto da gestação de alto risco, a cada exame, a mulher põe à prova sua capacidade de ter um filho vivo e saudável. Por outro lado, a existência do exame de ultrassonografia possibilitou uma interação diferenciada com o bebê gestado, podendo antecipar características físicas e reconhecê-lo como parte da família. Contudo, tudo isso pode ficar ameaçado com a presença de uma malformação ou prematuridade.

A vivência da parentalidade é bastante intensa, sobretudo, no início, quando se coloca o bebê em um lugar principal, tendo-o como onipotente, “sua majestade, o bebê”, e ela é o que permite a entrada no narcisismo primário. Ter o bebê nesse lugar é visto como essencial, pois é o que parece tornar os pais em bons pais. Essa performance social é bastante valorizada em virtude do narcisismo parental. Se, por um lado, o desejo de serem vistos como bons e capazes é positivo, por outro, essa parece ser uma armadilha que coloca o casal no centro de olhares que validam ou repudiam suas ações em relação aos filhos (Brasil *et al.*, 2025).

Se com crianças que nasceram sem maiores problemas isso ocorre, o que se pode falar das que nascem antes da hora e necessitam do auxílio de uma estrutura hospitalar por período maior? Alguns pais caem na armadilha de compensar esse sofrimento pós-natal como reparação de uma culpa relacionada à gestação e ao parto. Pensamentos e ambivalência sobre o desejo de ter o bebê podem aterrorizá-los quando o veem internado.

Diante de um quadro complexo e ameaçador, outros processos ocorrem. Se há, nesse contexto, um bebê que luta para sobreviver, da mesma forma existem seus pais que, por vezes, precisam de um tempo para compreender a nova realidade. A chegada de um filho não pede licença ou espera que seus pais estejam prontos, é uma realidade que se impõe, junto com a exigência de cuidados e ações dirigidas ao filho e em nome dele. Assim, apresento aqui o conceito de parentalidade desde suas origens e como ela se relaciona ao contexto de prematuridade.

A parentalidade diz respeito às relações dentro do seio familiar, descendente, e sua construção de relações não se baseia somente na consanguinidade, mas também nos afetos. Para Brasil *et al.* (2025), o exercício da parentalidade provoca uma organização para a família, que vai além do casal parental, exigindo clareza para os genitores quanto à sua função e aos papéis frente à criança, ao mesmo tempo em que esse filho apreende quem são seus pais e que eles têm atribuições e obrigações específicas e diferentes das suas (Junqueira, 2014).

Lebovici (2004) define parentalidade como o conjunto de representações, afetos e comportamentos do sujeito com seus filhos, tenham estes já nascido ou não, pois ela começa antes mesmo de eles serem gestados. Outro estudioso do tema, Didier Houzel (2004) acrescenta que a família é, ao mesmo tempo, o lugar de inscrição da criança numa genealogia e numa filiação, inscrição necessária à sua constituição e ao seu processo de humanização, lugar onde se depara com três diferenças fundadoras do psiquismo humano: a alteridade, a diferença de sexos e a diferença de gerações. Essas relações são, portanto, o local da criação de um espaço psíquico onde a subjetividade do bebê ocorrerá (Junqueira, 2014). Da mesma maneira que esse processo constitutivo ocorre na criança, os pais passam por modificações em seu psiquismo, de modo a acomodar essa experiência de maternidade ou paternidade, ou seja, de parentalidade.

Associando esse processo com o contexto da prematuridade e consequente internação em UTIN, noto uma questão a mais para os pais lidarem, deparando-se de forma avassaladora com fantasias e medos que agora são reais e iminentes: se a gestação é tida como momento de incubação, simbolização e elaboração dessa nova experiência, a necessidade de nascimento antes do esperado interrompe essa preparação física, social e psíquica, exigindo que, sobretudo para a mulher, seja necessário assumir um papel e uma função antes do que se esperava. A exigência de uma remodelação da organização parental de maneira abrupta pode ser um dificultador para o encontro com o filho, pois tal momento será agora mediado por terceiros, humanos e tecnológicos.

### 2.3 IDEALIZAÇÕES E IMPOTÊNCIA: O DESAMPARO PARENTAL

A construção subjetiva do bebê ocorre a partir dos cuidados e das fantasias parentais; o laço que envolve os pais e seus filhos é composto por revivescências e traços do narcisismo do casal. Se na gestação, como já mencionado, as lembranças da criança, do que esses pais foram,

marcam esse investimento no mundo interior, há uma forte carga afetiva e imaginária investida nesse produto narcísico que vem a ser o filho.

Para Freud (1914/2010), os pais idealizam os filhos, enxergando neles qualidades de perfeição e, por vezes, têm dificuldades em perceber neles defeitos e/ou problemas. O sucesso de um filho, uma vida melhor que a de seus pais são também, para eles, provas de que cumpriram bem o seu papel. Ainda no contexto do narcisismo, o discurso antecipa e possibilita a atribuição de um lugar e de predisposições significativas no processo de transmissão. A criança se torna o depositário e herdeiro dos sonhos e desejos não realizados dos pais, cabendo a ela dar significado e lugar a esses dizeres que a antecedem.

As coisas devem ser melhores para a criança do que foram para seus pais, ela não deve estar sujeita às necessidades que reconhecemos como dominantes na vida. Doença, morte, renúncia à fruição, restrição da própria vontade não devem vigorar para a criança, tanto as leis da natureza como a da sociedade serão revogadas para ela, que novamente será centro e âmago da Criação. *His majesty the Baby*, como um dia pensamos de nós mesmos. [...]. Ela deve concretizar os sonhos não realizados de seus pais. (Freud, 1914/2010, p. 37)

Existe, pois, uma passagem de um bebê que é, durante sua gestação, totalmente idealizado, imaginado por seus pais e parentes, mas ele está fadado à morte assim que apresenta sinais de sua materialidade real. Essa queda inicial da expectativa parental é essencial para que se estabeleça uma relação com um ser único, singular, diferente, pois o real é sempre diferente do imaginado, com o bebê nascido. Logo, a constatação de que o filho nascido não é o mesmo que sanará as falhas dos pais gera uma ferida narcísica. “No ponto mais delicado do sistema narcísico, a imortalidade do Eu, tão duramente acossada pela realidade, a segurança é obtida refugiando-se na criança” (Freud, 1914/2010, p. 37).

Importante salientar que há situações específicas – casos de malformação e/ou outros problemas de saúde – em que esse processo de passagem do bebê imaginário para o bebê real pode se tornar especialmente difícil, pois pode haver um retorno do bebê fantasmático, instalando-se uma ferida no narcisismo parental, remetendo os pais à falha e à culpa (Golse, 2019).

A experiência de ter um filho leva os pais a encarar conteúdos inconscientes muito importantes, trazendo angústias arcaicas. Freud apresenta um termo que muito se adequa ao sentimento de estranhamento relatado por muitos pais – o “*Unheimlich* é aquela espécie de coisa assustadora que remonta ao que é há muito conhecido, ao bastante familiar” (Freud, 2010/1919, p. 331). Assim, o bebê recém-chegado se revela assustador quando sua aparência, não somente física, não é a mesma do sonho parental, e também quando suas exigências parecem não ter fim e a temporalidade, que parece não passar, deixa o casal em um estado de alerta e apreensão diante de tamanha responsabilidade. Mesmo sendo um bebê desejado, planejado e aguardado, “familiar”, seu nascimento, principalmente no caso da prematuridade, mostra-se como algo inquietante e desestabilizador na relação que parecia se estabelecer aparentemente bem durante a gravidez.

Sentimentos e emoções diversos e intensos são vividos não somente após o parto, mas também ao longo de todo o período de internação neonatal, o que pode se estender até os principais marcos do desenvolvimento. Tais sentimentos revelam-se como um medo, bastante real e plausível, de que se concretize aquilo que foi ventilado pela equipe em relação aos prognósticos da prematuridade e ao tempo de internação neonatal.

Assim como a questão do inquietante (*Unheimlich*) é vivida de forma intensa, o desamparo passa a ser sentido tanto pelo bebê quanto por seus pais. Sentimentos de medo, terror, solidão são expressos por eles, assim como sua percepção sobre emoções e sentimentos dos filhos internados.

*Hilflosigkeit* é a palavra em alemão utilizada por Freud para se referir ao estado de desamparo psíquico gerador de angústia e está intimamente ligada às ideias de trauma e perigo. No texto “Inibição, sintoma e angústia” (1926/2014), ele define a angústia como “um estado desprazeroso especial, com reações de descarga em trilhas específicas” (p. 73), contanto a presença de um evento já ocorrido que une a sensação de angústia e seu lastro. Assim, o nascimento seria a primeira experiência de angústia vivida pelo ser humano, na medida em que esta experiência comporta um fluxo enorme de excitações libidinais incontroláveis pelo aparelho psíquico do bebê, ainda incipiente.

Em outras palavras, que o estado de angústia é a reprodução de uma vivência que encerrava as condições para tal aumento da excitação e para descarga em trilhas específicas, e que é desse modo que o desprazer da angústia adquire seu caráter próprio. No ser humano, tal vivência prototípica é o nascimento e, por isso nos inclinamos a ver no estado de angústia uma reprodução do trauma do nascimento. (Freud, 1926/2014, p. 73)

O nascimento seria, portanto, segundo Freud (1926/2014), uma angústia automática, uma primeira experiência de desamparo em decorrência de um acúmulo de excitação que o Eu não consegue lidar. E se trazemos essa experiência de desamparo para o contexto de parto prematuro, podemos imaginar o quão intenso é para todos os envolvidos, mas sobretudo para o bebê, que tem sua experiência de vida marcada pelo potencial mortífero de seu próprio nascimento. No caso da internação, esse excesso pode se alongar por mais tempo, necessitando de um trabalho psíquico de todos, mesmo daquele que se encontra em constituição. Assim, a dependência do bebê ao nascer é um dos efeitos desse desamparo – “sem o outro eu não sobrevivo” –, precisando se alienar a partir de um circuito relativo à linguagem na sua dimensão simbólica, o que acaba por fundar e estruturar seu psiquismo, ou seja, sem isso não há condições para sua sobrevivência.

Para Freud (1914/2010), aos poucos, pela experiência de satisfação a partir de seu cuidador, a criança passa a esperar sua chegada para diminuir a angústia, que se relaciona com uma expectativa de um perigo (trauma) ou da repetição de situação traumática. Por outro lado, a falta desse cuidador pode se tornar uma ameaça para a criança, que não tem um sujeito para se amparar. Ainda, quando não há previsibilidade e constância nos processos prazerosos e desprazerosos, uma situação de angústia e apreensão se torna frequente: “A angústia surgiu como reação a um estado de perigo, e agora é reproduzida sempre que um estado desses se apresenta” (Freud, 1914/2010, p. 74).

Assim, o desamparo vivido pelo bebê prematuro pode ser acrescido de uma possibilidade real de morte e, conjuntamente, há uma série de ações dolorosas que o apartam de sua família e de um cuidado afetuoso, ou seja, há uma quantidade e duração de desprazer e uma inconstância de estímulos prazerosos. A ausência dos pais nesse momento pode significar não ter quem conte para ele sua história, alguém específico que possa receber e reconhecer seus gestos, nomeando-os e encadeando-os na estrutura familiar, além de ajudá-lo a lidar com suas angústias. Ou seja, a angústia, que é o produto do desamparo, recém vivida em razão de seu nascimento, é reproduzida em diversos outros momentos em que não se tem a presença de seu cuidador e, ainda, mediante intervenções físicas constantes, que causam dor e desprazer.

Do lado da família, temos a angústia vivida pelos pais, sobretudo pela mulher, que tem seu bebê fora de seu ventre, mas que não pode tê-lo nos braços e se ocupar dele sem intermédio de profissionais e máquinas. Essa separação mãe-bebê revela uma dissociação entre o acesso à parentalidade sobre o plano social/legal/afetivo, e é vivida com sensações internas que lembram a gestação, mostrando um nascimento indizível. O bebê ainda está por chegar e ao mesmo tempo está já aqui: é um paradoxo.

Podemos acrescentar angústia dos profissionais que se veem diante de uma chance, por vezes bastante pequena, de salvar e possibilitar o bom desenvolvimento do neonato. Da parte

destes, percebo que as condições de trabalho podem ser um dos pontos-base para tamanho desamparo, principalmente quando se está em um hospital com poucos recursos garantidores do tratamento adequado ao bebê.

Como dito anteriormente, as questões relacionadas à gestão dos recursos são de suma importância, pois há muitas UTIs que funcionam com recursos humanos e materiais escassos e precisam tomar decisões que afetam diretamente à boa assistência ao bebê e sua família. Incubadoras, monitores, medicações, especialistas, ar-condicionado, equipamentos diversos e uma arquitetura que permita o funcionamento de um trabalho ininterrupto não são realidade em alguns hospitais do nosso país. Portanto, a equipe se vê também desamparada para lidar com a fragilidade de uma vida que exige esforços grandes e contínuos.

A impotência experimentada é real e, apesar de singular, acaba por reverberar em todos os que lidam com esse bebê cujo corpo é tão frágil, pois não há garantias quanto ao viver. Essa impotência pode ser avassaladora para os pais, visto que eles perdem certo poder quanto a algumas decisões e primeiros momentos do filho; precisam lidar com a angústia relacionada ao sofrimento e à dor gerados por tantos procedimentos que não conhecem, com um ambiente barulhento, excessivo em estímulos, que gera ansiedade e temor, presenciando, ainda, mortes e sofrimentos de outras famílias com seus bebês.

Dessa forma, o nascimento de um bebê prematuro é um evento que desafia a construção do vínculo parental e coloca em xeque as expectativas e desejos dos pais. A experiência de angústia, incerteza e desamparo frente à fragilidade da saúde do recém-nascido pode gerar sentimento de culpa e incapacidade, afetando não apenas a relação com o bebê, mas também o próprio processo de filiação. Nesse cenário, a atuação da equipe de saúde assume um papel fundamental, não apenas no cuidado técnico, mas também no acolhimento e na escuta das fantasias e temores dos pais, favorecendo o fortalecimento do vínculo e o processo de parentalidade.

A partir do sentimento de desamparo, aqui com foco no parental, é possível perceber que cada sujeito buscará uma saída que lhe permita estar próximo ao filho. Frente à instabilidade alguns comportamentos chamam bastante a atenção da equipe.

Um interessante fenômeno foi descrito por Martine Agman, Catherine Druon e Anne Frichet (1999), a partir da maneira como algumas mães e pais se comportavam dentro da unidade e na relação com os profissionais – estado de “preocupação médico-primária”, que acontece quando a mãe “ocupa uma função mais médica que maternal” (Agman, Druon & Frichet, 1999, p. 27). Isso é notado através das condutas de inúmeras mães que permanecem ao lado da incubadora ou do berço de seu bebê e sistematicamente sondam e examinam minuciosamente o prontuário médico, em busca de saber todos os procedimentos adotados e quem os executou. Muitas delas ficam ao lado da incubadora em postura avaliativa sobre os técnicos e questionam com frequência as tomadas de decisão da equipe. Muitas se queixam de não se sentirem ouvidas ou levadas em conta quanto àquilo que diz respeito ao filho. Utilizam-se de um vocabulário técnico recém adquirido para se comunicar com a equipe e outros familiares do bebê.

Na minha prática, não é incomum que, ao me aproximar, elas me repassem todo o boletim médico, como se meu interesse estivesse relacionado apenas à evolução ou involução clínica do paciente bebê. Eu percebo que é como se houvesse a necessidade de falar sobre aspectos tangíveis e calculáveis, deixando de lado os aspectos emocionais e relacionais de si e do bebê, focando em tudo o que concerne à internação.

Nesse sentido, o lugar dos pais diante desse novo ambiente parece precisar ser conquistado diante de tantos profissionais que “sabem cuidar melhor do filho”, emergindo a questão do desejo parental no bebê prematuro. Em muitos casos, o bebê não teve tempo suficiente para configurar a imagem relacionada ao desejo dos pais. A prematuridade torna clara a ambivalência desse desejo, que não pode ser confundida com amor. O investimento afetivo em

algumas situações, tão exigido em cima de um corpo que em nada se parece com o bebê sonhado, é desestimulado de acordo com a gravidade do momento. Essa incerteza diante da saúde do bebê, acrescida de um ambiente hostil, pode dificultar o casal a tomar aquele ser como filho.

Por outro lado, pequenas atitudes no cuidado dentro da UTIN podem favorecer esse vínculo e a escuta dessas angústias permite que ele seja trabalhado ao longo da internação, podendo, ainda, favorecer intervenções na díade ou na família, reassegurando esses pais de seu lugar e valor durante o tratamento do filho. Por isso, a equipe tem papel fundamental e sua formação deve ser continuada visando não perder de vista sua importância, tanto para o neonato quanto para sua família. Acolher, escutar, respeitar, facilitar, permitir o contato são ações centrais na relação da equipe com esses pais, que, por conta do diagnóstico do filho, podem estar bastante fragilizados.

A parentalidade pode estar ameaçada nesse momento, mas ela pode ser fortalecida, amparada e cuidada à medida que o bebê e seus pais são colocados no lugar central do cuidado, e isso é uma tarefa das equipes de saúde, tão importante quanto todos os outros momentos do trabalho. Reconhecendo-se as vulnerabilidades e reações de todos os atores dessa cena, é preciso compreender que o cuidado com o bebê precisa também passar pelo cuidado com sua família, para que cada um possa ocupar o seu lugar.

A partir disso, podemos inferir que a UTIN precisa funcionar como uma orquestra, em que cada parte é essencial e tem função específica, deixando claro que interferências podem prejudicar a harmonia do conjunto. Instrumentos afinados, técnicos bem formados e ainda um desejo de tocar juntos uma bela canção. Claro que essa visão utópica se encontra longe da realidade, contudo, é preciso acreditar para buscar outras saídas para as angústias.

## 2.4 A EQUIPE NEONATAL

### **Continuação do recorte clínico:**

*Após a descoberta de que a bebê estava na UTIN, fui tomada por um sentimento de vergonha muito grande. Sentia-me tendo fracassado com ela e com seus pais, porque eu não pude acreditar que talvez ela pudesse “vingar”. Repassei na cabeça toda a minha atuação de dias anteriores e, mesmo podendo me basear nos dispositivos de trabalho coerentes com a literatura, me deparava com minha impotência e o que acreditava ser uma falha com aquela bebê. Ela carregava meu nome no dela. Culpava-me ainda mais por ter pensado que estar na UTIN poderia ser pior para ela naquele momento, como havia dito a seus pais. O rochedo da realidade é que nunca estamos certos totalmente e não podemos prever absolutamente nada. Os bebês nos surpreendem e seus pais podem agir de uma maneira valente para poder tentar aliviar o sofrimento ou garantir a vida de seus filhos.*

*Conversei com os pais, alegando que entraria com eles para conversar com a bebê. Assim, diante de sua incubadora, vi um ser humano tão pequeno e tão frágil se mexer, e isso me fez sentir muitas emoções. Pedi desculpas a ela por não ter feito algo que pudesse aliviar seu sofrimento dias antes. E ainda por ter duvidado de sua capacidade de se manter viva.*

A função de uma equipe no cenário da unidade intensiva neonatal vai além do desempenho técnico de suas funções de acordo com a profissão. Fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais integram, junto de técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, o cuidado integral ao paciente neonato e sua família. O entorno familiar vem como uma condição que não se pode separar. São histórias, dados,

heranças, sentimentos e emoções, além da pura presença, que compõem essa teia que se forma ao redor do bebê, a partir de seus parentes.

No Brasil, desde 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) favoreceu a implantação dos princípios do SUS na aplicação das políticas públicas. Como princípio, a PNH deve estar inserida em todas as políticas e programas de saúde para promover melhores formas de cuidar e otimizar as rotinas de trabalho. A humanização é também a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Dessa forma, valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão. Ou seja, os usuários precisam conhecer e ser levados em conta naquilo que concerne a seu direito de acesso à saúde (Duarte *et al.*, 2013).

Para efetivar esse olhar na prática, o cuidado deve ser orientado pelo princípio da integralidade, oportunizando o acesso a diferentes tipos de tecnologia, como equipamentos, saberes estruturados e outras tecnologias contidas nas relações como o diálogo, o vínculo e o acolhimento (Duarte *et al.*, 2013). Para Duarte *et al.* (2013), o ambiente da UTIN é reconhecido pela alta incorporação tecnológica, atuação ininterrupta de profissionais de diversas categorias e pelo uso de muitos equipamentos de suporte à vida e instrumentos hospitalares, o que torna o ambiente aversivo, em nada lembrando os primeiros momentos entre bebê e família. Esse ambiente pode ser, ao mesmo momento, garantidor da vida, causador de danos de ordem orgânica, sensorial, relacional, comportamental e psíquica (Noda *et al.*, 2018). Esses aspectos, em alguma medida, são inerentes ao espaço da UTIN. Contudo, se adotamos a integralidade como orientadora das ações de cuidado, cabe considerar não somente as práticas de prolongamento e manutenção da vida, mas também as medidas que facilitam o processo de adaptação e desenvolvimento do recém-nascido (Duarte *et al.*, 2013).

Apesar dessa dependência tecnológica e técnica, o saber da família precisa ser incorporado aos cuidados do bebê, pois tão importante quanto o afeto empregado no contato durante o tempo de internação é a qualidade que a família dispõe, que só pode existir naqueles que colocam o bebê no lugar central de seu desejo. Sendo assim, não basta apenas o cuidado. A família, além de perceber a relevância dos procedimentos hospitalares, consegue empunhar elementos específicos que revelam a tessitura das relações em que esse bebê se encontra inserido, remetendo-o e trazendo-o para junto de sua cadeia familiar, cultural, social e comunitária.

Segundo Molina (2007), os pais percebem a hospitalização do filho também por meio de ações da equipe direcionadas ao bebê. Apesar de valorizarem os recursos tecnológicos e competências técnicas, julgam como imprescindíveis atitudes de respeito e consideração. Ademais, os profissionais também percebem a angústia e o sofrimento dos pais e, por vezes, podem ter dificuldades em lidar com situações de maior mobilização psíquica, sobretudo na comunicação de más notícias.

Por vezes, a angústia dos profissionais se dá em virtude de lidar com a situação potencialmente ameaçadora para a vida do bebê e do sentimento de impotência, uma vez que são eles os cuidadores profissionais, que estudaram para “salvar vidas”. Diante da frustração e da emoção vinda da família, muitos profissionais se refugiam em formas mais sérias e distantes no momento de compartilhar com ela as medidas tomadas para o bebê e como ele vem respondendo. Há ainda situações em que a agressividade, relacionada ao medo e desespero dos pais, atinge a equipe de forma intensa ou velada; de toda forma, é perceptível que muitas reações são vivenciadas como ataques pessoais ou questionamento sobre a capacidade e competência para o ofício na neonatologia.

Como vimos, na história da neonatologia, é relativamente novo que os pais permaneçam na UTI para acompanhar seus filhos. Essa mudança de paradigma, visando o bem-estar do neonato, assim como de sua família, pode gerar alguns conflitos entre equipe e familiares, e é

relevante ressaltar que cada profissional traz consigo seus conceitos de família, seus valores, suas crenças e sua cultura, os quais, de forma direta ou indireta, influenciam na aceitação desse novo modelo de internação (Molina, 2007). Por conseguinte, volta e meia escutamos nas UTIs protestos por parte das equipes quanto ao que consideram como uma indevida intromissão e descuido para com as “obrigações” maternas: “aquela mãe não tem vínculo com o bebê, parece que ela não se importa” – escuto com bastante frequência falas como esta quando a mãe se ausenta ou não fica tanto tempo na unidade ao lado do filho. Por outro lado, escuto dos profissionais suas dificuldades quando a presença dos pais parece servir como vigia, fiscais de seus trabalhos com o bebê. Por isso a importância de um trabalho psicológico a ser realizado com a própria equipe para poder reconhecer e distinguir aquilo que é conteúdo íntimo e o que é derivado da família ou da angústia do bebê.

Para as autoras Agman, Druon e Frichet (1999), a mãe de um recém-nascido hospitalizado “pode rivalizar” com o serviço que trata de completar o trabalho não concluído por ela. Os profissionais em ação na UTI seriam vistos pelas mães como testemunhas de seu fracasso, servindo também como juízes, por isso não podem manifestar sua agressividade e dificuldades com receio de destruir a relação com aqueles que garantem a sobrevivência do filho (Agman, Druon & Frichet, 1999). Em outras palavras, as relações entre as mães e os cuidadores profissionais muitas vezes são permeadas por uma ambiguidade que também está presente no relacionamento com seu próprio filho, o que, porém, não poderia ser diferente quando se tem de lidar com um bebê que “não sendo em momento algum tranquilizante, não fabrica a mãe” (Mathelin, 1999, p. 67) e esta, por si só, também não conseguirá “se fabricar” como mãe. Mathelin (1999) complementa que parece haver uma anulação da existência do neonato, já nascido, para que se mantenha o filho imaginário para lidar com a culpa e a frustração do parto prematuro. O traumático do parto é o real.

Acrescento, aqui, que, na realidade do nosso país, muitas mulheres sofrem violências institucionais ao longo da gestação e também no trabalho de parto, em específico a violência obstétrica – termo ainda não reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina – gerando sofrimento agudo e importante que pode eclodir no período da internação do filho na UTIN (Katz *et al.*, 2020). Ou seja, acontecimentos traumáticos recentes podem agravar a situação e dificultar uma relação mais ajustada entre família e profissionais.

Para Winnicott (1965/1993), em condições comuns e ordinárias, na gestação, quando a mulher passa a se identificar com o bebê e a atribuir a ele significados específicos em sua fantasia ocorre o princípio do desenvolvimento emocional do bebê, havendo a adaptação sensível da mãe às demandas que são colocadas pelo filho. Nessa toada, a recente mãe tende a preocupar-se muito com o bebê, abandonando temporariamente outros interesses que antes lhe eram caros, o que poderia ser considerado patológico caso ocorresse em outra situação. Nesse período, a mulher passa a experienciar um estado psicológico de sensibilidade exacerbada, nomeado por Winnicott (1956/2000) de “preocupação materna primária”. Esse estado se inicia geralmente nos primeiros meses de gestação e se intensifica paulatinamente, estendendo-se até o puerpério, podendo, no entanto, durar mais alguns meses. Ele ocorre concomitantemente ao momento de transparência psíquica, já apresentado no texto. Portanto, fica claro que há um trabalho psíquico intenso e constante durante todo o ciclo gravídico-puerperal e ele é imprescindível tanto no nível ascendente quanto descendente, ou seja, as transformações físicas e psíquicas da mãe e do bebê são interativas e intersubjetivas.

A construção imaginária de um bebê é a base para o investimento afetivo parental, essencial à sua constituição enquanto sujeito, podendo gerar impactos que alcançam as formas relacionais a serem por ele desenvolvidas no futuro (Ferrari & Donelli, 2010; Lebovici, 1987; Winnicott, 1965/1993). Quando do nascimento, o bebê imaginado passa a ser confrontado com aquele que nasce, ou seja, o bebê da realidade, que difere daquele outrora construído na fantasia

parental (Lebovici, 1987), o que pode ser potencialmente desestabilizador para muitos pais e, caso não encontrem saídas para externalizar esses sentimentos, pode ficar difícil abrir espaço para se aproximar do bebê real e, a partir daí, conhecê-lo e tomá-lo como filho.

Quanto ao bebê, este surge em estado de total dependência de seu cuidador, de alguém que exerça uma função que garanta não somente sua vida orgânica, mas que anime seu psiquismo. Por isso é condição que seja desejado, supondo nele um sujeito e investindo em seu desenvolvimento psicoafetivo (Coriat, 1997; Mariotto & Medeiros, 2006). Assim, essas interações primitivas têm enorme valor por repercutirem na vida psíquica e na constituição do sujeito (Freud, 1899/1996).

Das muitas dificuldades no período neonatal do prematuro, para seus pais é difícil reconhecer o filho idealizado naquele pequeno bebê dentro de uma incubadora, seja por sua aparência, seja por uma dependência que extrapola o cuidado parental (Andrade, 2002). No que tange à sua aparência, seu aspecto se assemelha mais à de um feto que à de um bebê, como se costuma ver nas ruas e publicidades, o que pode interferir no estabelecimento da relação, nas dificuldades dos pais em compreenderem seus movimentos e reações, sua baixa responsividade devido à imaturidade física, dando a impressão de ser um bebê fantasmático e que surge como punição pelos pensamentos e comportamentos negativos para com ele durante a gestação.

Assim, fica evidente que muitas são as forças inconscientes que regem as condições e possibilidades dos pais diante da incubadora que abriga seus filhos. A exigência de uma permanência involuntária, mas necessária, bem como o rápido entendimento de uma situação angustiante, provoca nesses pais comportamentos variados e por vezes problemáticos ou confusos para a equipe e possivelmente para o bebê. E isso varia desde um afastamento prolongado até mesmo uma presença massiva e conflituosa dentro da UTI.

Por isso, é importante estarmos atentos, enquanto equipe, para não adotar uma perspectiva avaliativa ou confrontativa, principalmente em relação às mães, tomando a “preocupação

médico-primária” como uma recusa do seu lugar e função maternante ou interpretando seu afastamento como falta de vínculo. Quando percebemos esse último tipo de comportamento, o melhor a fazer é buscar escutar os pais, na presença do bebê ou onde acharem mais adequado para falar sobre suas dificuldades. E, no caso da preocupação médica-primária, é preciso levar em conta que a mãe não está deixando de exercer sua maternagem, mas talvez tenha encontrado apenas esta maneira de se aproximar daqueles que cuidam de seu bebê.

Assim, é imprescindível contextualizar e redimensionar as reações e comportamentos dos pais, pois nem sempre a agressividade dirigida à equipe é consciente e tem como objetivo destruir a relação. Para esses pais, não poder gozar dos momentos prazerosos e interativos dificulta sua permanência no ambiente hospitalar e o estabelecimento de uma relação profissional e gentil, assim, talvez em busca de uma aproximação, vão encontrando caminhos que por vezes se mostram improfícuos (Morsch & Braga, 2007).

Nos casos de internação de longo período, ocorre um estado de tensão constante, trazido pela possibilidade de que a criança não sobreviva ou que apresente sequelas, a despeito do tratamento adequado. Para Ferrari & Donelli (2010), o distanciamento parental decorrente do processo de hospitalização e a imersão no contexto de cuidados intensos aos bebês praticados por terceiros são outras dificuldades que trazem impacto significativo. Tais limitações no contato com o bebê e as incertezas decorrentes de sua internação são aspectos que podem repercutir no investimento afetivo da mãe na criança e na relação da tríade pai-mãe-bebê. Nesse cenário, é comum que ocorra um movimento de busca por sentido e garantias que justifiquem o investimento dos pais no vínculo com o filho.

Para os profissionais da saúde, acolher a família nesse momento de hospitalização não é apenas exercer uma obrigação institucional, mas estabelecer relações de confiança, suporte e cuidado entre equipe, família e bebê, favorecendo o processo de parentalidade. Por isso, reconhecendo que o ambiente da UTIN não pode ver o bebê isoladamente, mas, sim, em relação

interativa com seu entorno, não é apenas a criança quem precisa de cuidados emocionais, mas também seus pais e a equipe. O profissional psicólogo ou psicanalista na atribuição de sua função necessita ter esse olhar dinâmico e atento para os sujeitos que ali se encontram, percebendo nuances que podem favorecer o cuidado com o paciente-bebê e apoiando-os para que possam sustentar o filho no lugar de seu desejo e ainda lidar com angústias próprias do processo de parentalidade intensificado pelas problemáticas do parto prematuro e da internação prolongada. Os fantasmas familiares que circundam a incubadora precisam ser reconhecidos e escutados para que o bebê não encarne um lugar que não o seu.

Nesse contexto, é preciso que a equipe esteja atenta para os aspectos psíquicos e que haja profissionais da área psicológica que possam intervir favorecendo o estabelecimento da relação pais-bebê, visando mitigar o sofrimento das três partes (pais, bebê e equipe) e minorar possíveis consequências deletérias tidas em função do nascimento prematuro e prejudicadas por essas questões das interações dentro da UTIN (Favaro, Peres & Santos, 2012; Veras & Traverso-Yépez, 2010; Ferrari & Donelli, 2010; Teperman, 2005).

Alguns fatores, como o investimento afetivo no bebê e sua estimulação sensório-relacional, podem desempenhar alguns efeitos tanto no desenvolvimento psicomotor quanto nas bases da subjetivação. Além disso, como pensava a neurologista argentina Dra. Lydia Coriat (1997), é preciso inscrever as primeiras marcas no corpo do bebê, não apenas a partir da manipulação pelo toque, mas também da presença, do olhar e da voz – tudo isso desempenha papel significativo, formando os alicerces do aparelho psíquico do bebê.

Trata-se a todo momento de possibilitar a existência desse sujeito em processo de constituição inserido em uma cadeia significativa singular e cultural. Desde a escolha do nome, passando pelo reconhecimento de características específicas e dando a elas um significado particular dentro da estrutura familiar, as semelhanças e diferenças segundo seus ancestrais, a chegada de um bebê pode reatualizar dramas e segredos familiares, bem como trazer a boa

nova, a possibilidade de uma vida melhor. Por isso se reconhece que a interação com o bebê não é sem desejo e sem efeitos. Ocorre que somente *a posteriori* é que poderemos decifrar as insígnias depositadas nessa relação e saber o que cada sujeito fará com aquilo que lhe foi confiado ao longo do tempo.

Tomando os cuidados diários e contínuos com o bebê, tanto no sentido higiênico quanto da manutenção de sua vida e saúde, fica evidente que a relação corporal entre ele e seus cuidadores tem uma função muito maior do que imaginamos. É nesse processo que se coloca o bebê no lugar simbólico na família, inserindo-o no mito familiar – em outras palavras, na teia do desejo (Rodolfo, 1990; Mata, Cherer & Chatelard, 2017). É a maneira como a criança é olhada, falada, pensada, que compõe o terreno de sua subjetivação.

E, quando voltamos a pensar no período de internação neonatal, percebemos quão importantes são intervenções precoces na díade ou tríade, ou alguém que possa colocar o neonato nesse lugar simbólico e estruturante. Alguém que o nomeie, dando-lhe não apenas um nome, mas um lugar na ordem familiar. No caso da equipe, em ambiente de UTIN, sua função deve também favorecer os processos de parentalização, visando os processos de subjetivação com o bebê (Coriat, 1997; Böing & Crepaldi, 2004). São intervenções como essas que possibilitam o processo de elaboração parental do bebê da realidade, assim como das intensas mudanças que são demandadas da própria experiência com o filho nessas condições tão particulares.

Portanto, se levamos em conta a subjetividade do bebê e de seus familiares, devemos ter em mente que os aspectos psíquicos de cada membro da equipe também vão ter interferências em sua forma de executar suas funções. Não se pode negar que este é um encontro entre sujeitos e não há como fugir daquilo que temos como fundação. Considerando-se todas essas implicações, a seguir será apresentada a discussão teórica acerca dos processos de subjetivação, em específico o tornar-se sujeito do ponto de vista da teoria psicanalítica tendo

como especificidade o nascimento prematuro e o tempo de internação em ambiente hospitalar. Serão também apresentados outros conceitos psicanalíticos concernentes ao processo de subjetivação e sua interface com a prematuridade e as relações dentro do contexto hospitalar neonatal.

### 3 CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA: OS PROCESSOS DO TORNAR-SE SUJEITO

*Tenho um livro sobre águas e meninos.*

*Gostei mais de um menino*

*que carregava água na peneira.*

*A mãe disse que carregar água na peneira*

*era o mesmo que roubar um vento e*

*sair correndo com ele para mostrar aos irmãos.*

*A mãe disse que era o mesmo*

*que catar espinhos na água.*

*O mesmo que criar peixes no bolso.*

*O menino era ligado em despropósitos.*

*Quis montar os alicerces*

*de uma casa sobre orvalhos.*

*A mãe reparou que o menino*

*gostava mais do vazio, do que do cheio.*

*Falava que vazios são maiores e até infinitos.*

*Com o tempo aquele menino*

*que era cismado e esquisito,*

*porque gostava de carregar água na peneira.*

*Com o tempo descobriu que*

*escrever seria o mesmo*

*que carregar água na peneira.*

*No escrever o menino viu  
que era capaz de ser noviça,  
monge ou mendigo ao mesmo tempo.  
O menino aprendeu a usar as palavras.  
Viu que podia fazer peraltagens com as palavras.  
E começou a fazer peraltagens.  
Foi capaz de modificar a tarde botando uma chuva nela.  
O menino fazia prodígios.  
Até fez uma pedra dar flor.  
A mãe reparava o menino com ternura.  
A mãe falou: Meu filho você vai ser poeta!  
Você vai carregar água na peneira a vida toda.  
Você vai encher os vazios  
com as suas peraltagens,  
e algumas pessoas vão te amar por seus despropósitos!*

***O menino que carregava água na peneira***

Manoel de Barros (2000, p. 47)

O processo de tornar-se sujeito é dependente de um outro, um sujeito, que possa colocar o bebê no lugar de seu desejo. O bebê precisa de alguém que faça nele uma aposta para se constituir, um sujeito já constituído que possa assegurar um lugar na trama simbólica da relação. Porém, como isso ocorre? Quando acontece? Quais são as condições para esta operação?

Reconhecemos que os processos psíquicos ocorrem concomitantes aos cuidados físicos dispensados ao bebê para garantir sua vida e saúde; assim, de uma forma sutil, constante e potente, o recém-nascido passa a ter seu corpo investido com a libido parental, sendo também posto no lugar de filho ao receber sua herança na lógica de sua família. Aquilo que é iniciado ainda na infância de seus pais passa a ser colocado em ação de maneira consciente e inconsciente, passando pelos avanços tecnológicos e mudanças sociais, tornando cada um sujeito de seu próprio tempo.

Dessa maneira, para dar início a esta parte da tese, partimos sobre o trabalho de subjetivação, segundo a teoria psicanalítica, apresentando os conceitos de libido, pulsão, cuidador primordial, sujeito, Outro, dentre outros conceitos essenciais para a compressão do termo sujeito e para se pensar os processos psíquicos do bebê prematuro. Neste módulo do trabalho, serão discutidas as bases da constituição do sujeito e se fará um entrelaçamento com a prematuridade e a internação em terapia intensiva neonatal.

### 3.1 PROCESSOS DE LIBIDINIZAÇÃO NO BEBÊ PREMATURO: OS CAMINHOS DA PULSÃO

Partindo do princípio evolutivo biológico, se pensarmos a gestação como o início da corporeidade do sujeito, a maneira como o corpo é manipulado e cuidado pode ter um grande impacto nas questões relacionadas à percepção e sensorialidade, deixando marcas indeléveis na carne e construindo também um trajeto psíquico. Em outras palavras, compreendendo-se que um bebê necessita de um outro para sobreviver, tanto em relação à sobrevivência quanto à sua humanização, é preciso pensar que há outras condições que visam a constituição do ser humano, e não apenas o desenvolvimento evolutivo. O psiquismo e também o corpo vão sendo

cultivados por meio das palavras, do toque, dos gestos, do olhar, da voz, enfim, daquilo que se torna pulsional.

O momento do nascimento marca a grande mudança da continuidade intrauterina. A vida em condições aéreas e amarrada pela existência de um outro, garantidor das condições de vida, abre para a possibilidade de se tornar sujeito. Uma complexa operação, porém, antecede essa circunstância. Partimos da pulsão para falar sobre a relação intrínseca e indissociável do corpo e o psiquismo, diferenciando-a de instinto.

A Pulsão é um construto capital na psicanálise que possibilita tentar compreender os primórdios da vida psíquica, percebendo a interação entre o somático e o psíquico. Ela é aquilo que é constante, interno, tem alvo, objeto e é parcial. Retomando Freud (1915/2019), Pulsão é “o impulso que sustenta toda a vida psíquica”:

Voltando-nos agora do lado biológico à observação a partir da vida anímica, então nos aparece a “pulsão” é um conceito fronteiro entre o anímico e o somático, representante psíquico de estímulos oriundos do interior do corpo que alcançam a alma, como uma medida da exigência de trabalho imposta ao anímico em decorrência de sua relação com o corporal. (Freud, 1915/2019, p. 23–25)

Ainda segundo Freud (1915/2019), é insuficiente substituir pulsão a pelo estímulo, considerando-a estímulo ao psíquico. A pulsão advém do interior do próprio organismo e atua de modo distinto sobre o anímico, requerendo outras ações para sua eliminação: enquanto o estímulo atua como impacto único e é neutralizado por única ação adequada (fuga motora), a pulsão é força constante que ataca do interior do corpo (nenhuma fuga é eficaz).

Assim, a necessidade denomina melhor a pulsão e satisfação é o que a suspende. A satisfação só pode ser alcançada por modificação adequada da fonte interna do estímulo. Podemos então considerar que a atividade do aparelho anímico está sujeita ao princípio de prazer, ele é regulado automaticamente por sensações da série prazer-desprazer. Essas

sensações reproduzem o modo como o domínio de estímulos acontece, de modo que a sensação de desprazer é relativa ao aumento do estímulo e a sensação de prazer com sua diminuição (Freud, 1915/2019).

É preciso conhecer aquilo que caracteriza a pulsão, relacionando-a com pressão, meta, objeto e fonte. Por pressão, temos que é um fator motor, soma de força ou medida da exigência de trabalho que ela representa. A meta da pulsão é a satisfação e ela é alcançada pela suspensão do estado de estimulação junto à fonte pulsional. Quanto ao objeto da pulsão, sua definição está naquilo junto ao qual, ou através de que, ela pode alcançar satisfação, ou seja, sua meta. O objeto é o que há de mais variável, pois não está originalmente vinculado à pulsão, sendo a ela atribuído por sua capacidade de possibilitar satisfação. Há, portanto, inúmeros objetos usados para se obter satisfação. Não necessariamente material estranho ao sujeito, pode ser uma parte do corpo, por exemplo. Ou seja, algo que já faz parte do sujeito, mas que se torna um objeto para a satisfação de sua pulsão.

Outra característica do objeto da pulsão é que ele pode ser substituído inúmeras vezes no curso dos destinos vividos pela pulsão, tendo importância particular naquilo que concerne seu deslocamento por outros objetos. Um ponto importante é a estreita ligação da pulsão com o objeto, definida como fixação. Ela se dá nos períodos remotos do desenvolvimento pulsional e põe fim à mobilidade da pulsão, ao se opor intensamente à dissolução da ligação ao objeto. Por último, a fonte da pulsão é um processo somático em um órgão ou parte do corpo, cujo estímulo é representado na vida anímica pela pulsão. A origem em uma fonte somática é elemento mais decisivo para a pulsão, só a conhecemos na vida anímica por suas metas. Assim, o circuito pulsional é entendido como um mecanismo que tem origem no corpo e que por ele perpassa, deslocando entre objetos, visando a satisfação (Freud, 1915/2019).

Na esteira do tempo, para Lacan (1976/2007), a pulsão deve ser concebida como o efeito da demanda do Outro, da linguagem, em sua mais precoce incidência sobre o sujeito

ainda nem mesmo constituído enquanto tal. O fato de que as pulsões constituem o “eco no corpo do fato de que há um dizer” representa um dos mais importantes fundamentos da concepção psicanalítica da sexualidade.

Lacan esclarece que se trata, na verdade, para Freud, do destacamento da ação da linguagem em sua incidência inicial sobre determinadas regiões corporais privilegiadas, bordas orificiais, cuja função de troca com o Outro é prevalente e cuja estrutura de hiância, de furo, é compatível com a própria estrutura do inconsciente. (Jorge, 2000, p. 50)

No Seminário 11, *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, Lacan (1964/2008) retoma o conceito de pulsão a partir do texto de Freud (1915/2019) “As pulsões e seus destinos”. E, diferentemente de Freud, para Lacan, a pulsão não é um conceito que articula o biológico e o psíquico: ela é um conceito que articula significante e corpo. A partir desses vários *destinos* e *vicissitudes* que a pulsão pode seguir, Freud vai falar das condições da satisfação pulsional. O enlaçamento pulsional, seu fechamento em forma de circuito, é o que põe em jogo o que é da ordem da satisfação. Esta não estaria ligada ao encontro de um objeto ligado à satisfação de uma necessidade, mas à execução de um trajeto em forma de circuito, que nada mais é que um trajeto “que vem se enlaçar sobre o ponto de partida: a fonte, a zona erógena” (Lacan, 1964/2008, p. 42). “[...] esse movimento circular do impulso que sai através da borda erógena para a ela retornar como sendo seu alvo, após ter feito o contorno de algo que chamo o objeto *a*. [...] é por aí que o sujeito tem de atingir aquilo que é, propriamente falando, a dimensão do Outro” (Lacan, 1964/2008, p. 183).

É a partir do que Freud (1915/2019) trabalhou a respeito dos dois pares de opostos sadismo-masochismo e voyeurismo-exibicionismo, marcando os possíveis destinos na montagem pulsional, que se pode situar esse circuito em três tempos: ativo, indo em direção a um

objeto externo; reflexivo, tomando como objeto uma parte do próprio corpo; passivo, em que a própria pessoa se faz, ela mesma, objeto de um outro que vai ser posto no lugar de sujeito.

Lacan vai trabalhar esse percurso marcando que antes de seu enlaçamento “a pulsão se manifesta sob o modo de um sujeito acéfalo” (Lacan, 1964/2008, p. 171). Há uma relação entre a constituição do circuito pulsional e o surgimento do sujeito. Ele aparece no momento em que a pulsão pode fechar seu trajeto circular. Dito de outro modo, para que se possa falar propriamente em sujeito da pulsão, é necessário o seu fechamento em circuito, o que não será possível antes desse terceiro tempo, tornar-se objeto para o sujeito.

Nesse percurso da pulsão, “não parece que [...] a pulsão invaginando-se pela zona erógena, está encarregada de ir buscar de algo que, de cada vez, responde no Outro?” (Lacan, 1964/2008, p. 185). A aparição desse novo sujeito parece então estar fundamentalmente ligada ao tempo da alienação, já que é como objeto do outro que o sujeito aparece aqui. Nas palavras de Lacan, “o sujeito só é sujeito por seu assujeitamento ao campo do Outro” (Lacan, 1964/2008, p. 178).

No terceiro tempo do circuito pulsional, o sujeito retorna ao outro e se faz ser objeto dele. Nasce aqui a possibilidade de sujeito, alguém que, tendo percorrido a primeira instância de se apoderar de algo fora de si e ter encontrado nesse fora de si algo que lhe significou, busca uma forma de marcar em sua carne esse outro, a tal ponto que pode, nesse terceiro tempo, devolver ao outro o seu próprio tesouro. Este tesouro é, necessariamente, resultante desse caminho de três tempos, fruto de um laço tecido do bebê já nascido, que, sofrendo as consequências de uma falta real, vai em busca do objeto capaz de ilusoriamente restaurar aquilo que para sempre se perdeu. Busca refazer aquele momento no qual o externo estava no lugar da indiferença, pois não tinha nenhum registro de que esse externo poderia ser algo que pudesse se tornar parte do Eu. Todo o trabalho dos três tempos do circuito pulsional refere-se ao árduo trabalho de um

sujeito nascendo de fato. Em ato, o nascimento é o corte fundante para que o sujeito possa começar a inaugurar seu circuito pulsional. (Brenner, 2011, p.78–79)

Partindo desses pressupostos, os processos da constituição se entrelaçam com o desenvolvimento humano, processos biológicos dão corpo às tramas psíquicas que se desenrolam no contato com o Outro. Por isso, podemos dizer que, desde antes da materialidade da vida, algo de ordem psicológica passa a existir, sob a forma de pensamento, imaginação e desejo parental. Contudo, é preciso que haja concretude corpórea para que os processos libidinais se estabeleçam.

Na lida hospitalar da neonatologia, as questões aqui tratadas me fazem refletir que há ainda muito para se pensar as relações e seus efeitos, sobretudo na questão do circuito pulsional, quando se trata do bebê prematuro hospitalizado. O foco no *somático* e a constante ameaça à vida faz com que outras dimensões não possam circular e favorecer a subjetivação.

Assim, é imprescindível que tenhamos em consideração não apenas o discurso como comunicação, mas todos os atos e pensamentos que levem determinado bebê em conta e que sejam direcionados a ele. O cuidado contingente, que visa o alcance de saúde física, precisa vir acompanhado do reconhecimento do sujeito em constituição que ali se encontra.

Na obra *A Clínica Pulsional*, de Marie Couvert (2020), o trabalho com os bebês tem como foco a pulsão, no qual a autora instiga:

O que pode orientar o trabalho com o bebê é a inscrição e a instalação do circuito pulsional. Esta é uma operação, ao mesmo tempo fundamental e incontornável, se queremos fazer a aposta do sujeito no recém-nascido. Dito de outra forma, os traços, que marcam e personificam esse jovem sujeito, são convenientes decifrá-los como forma “ultrasubjetiva” de fazer circular ou não a pulsão. (p. 16)

É a pulsão – ou, mais precisamente, seu circuito – que vai construir a realidade psíquica do bebê. Ela surge como aquilo que deve imperativamente ocorrer, porque vai dar corpo e

relevo à vida psíquica do bebê: “A pulsão aparece como aquilo que condiciona a emergência da vida psíquica e, também, a estrutura, mas o seu manuseio nos permite também flexioná-la no seu percurso” (Couvert, 2020, p. 16). Assim, podemos, mais uma vez, perceber que a materialidade do corpo é também condição para o psiquismo, mas não o determina.

Em psicanálise, “montagem pulsional” refere-se à forma como as pulsões, com suas fontes, metas e objetos, se organizam e se relacionam com o sujeito e o Outro, formando uma estrutura particular de satisfação e sofrimento. É um conceito que busca entender como as pulsões, impulsionadas por necessidades internas, buscam satisfação através de objetos parciais, e como essa busca se articula com a relação com o Outro.

As bases da montagem pulsional revelam que, mesmo diante da precocidade do nascimento, o bebê passa a receber fora do útero conteúdos conscientes e inconscientes de seu entorno. Percebemos também a continuidade pós-natal daquilo que vem ocorrendo paulatinamente na gestação. Pesquisas da etóloga francesa Marie-Claire Busnel e da psicanalista italiana Alessandra Piontelli demonstram que, desde o período gestacional, processos cognitivos e sensoriais começam seu curso e vão se desenrolando na relação do feto com seu entorno externo. A partir de outras pesquisas que mostram a riqueza sensorial e interativa do bebê ainda enquanto feto, podemos perceber que, concomitantemente ao desenvolvimento neuropsicomotor, outros processos, de ordem psíquica, também começam a se estabelecer a partir de estímulos sensoriais (Clark-Gambelunghe & Clark, 2015; Lecanuet & Schaal, 1996; Borsani *et al.*, 2019; Salihagić Kadic & Kurjak, 2018; Fagard *et al.*, 2018), mas não somente, pois a grande marca vem a partir da relação com o seu cuidador.

Após o nascimento, o corpo materno, conhecido a princípio de dentro, ganha novas texturas, sons, odores e sensações. O interior do útero, diferentemente do que muitas pessoas imaginam, não é local de paz e nirvana: o som ali presente é de vísceras em funcionamento, batidas do coração, a voz da mãe ouvida de dentro, a voz das pessoas que se aproximam; o

gosto do líquido amniótico também tem nuances perceptíveis cada vez mais no decorrer da gestação; a relação com as paredes uterinas e o cordão umbilical. Trata-se de um espaço que é, portanto, morada e parque de diversões, mas que também pode representar perigo, quando algo não vai bem. Restrição de crescimento, pré-eclâmpsia, infecções, agressões físicas e psíquicas sofridas pela gestante, falta de uma alimentação adequada, condições de vida precárias, necessidade de a mulher trabalhar sem o mínimo de conforto e segurança: várias são as causas de um parto prematuro ou um parto que apresenta ameaças para a parturiente e o neonato.

A situação crítica acrescenta outros atores e apresenta uma realidade que antes existia apenas imaginariamente, ou melhor, fantasmagoricamente. O bebê nascido de forma prematura, grave, ou que tem malformações, pode ser envolvido em tramas de representações que colocam em risco seu laço com o Outro, por isso é preciso focar não apenas na sobrevivência orgânica desse recém-nascido (Mohallem, 2005). E, para que isso ocorra, os pais precisam também ser socorridos nessa mudança de *status* que os obriga a ocupar um lugar que eles não sabem ainda qual será e que não têm em seu repertório, o que coloca em xeque a aposta que fizeram no bebê intraútero.

Quando o bebê não corresponde à fantasia de seus pais, as certezas caem por terra, fazendo as frágeis garantias frente ao desamparo desaparecerem. Como investir, libidinalmente, nesse ser que chega de repente e que parece tão distante de sua ascendência? O encontro com o real inassimilável produz horror em cada ser que dele se aproxima: pais, familiares, equipe clínica. É o primeiro momento do trauma, se pensamos na formulação de Ferenczi (1933/2011; 1934/2011), do ponto de vista da família. Será necessário, assim, tempo, espaço e suporte para que os pais possam elaborar esta experiência e executar sua função parental. De tal modo, podemos começar a pensar no processo pós-natal que apresenta uma noção de temporalidade diferenciada em comparação aos partos a termo e sem complicações.

Do ponto de vista do bebê, seu nascimento provoca a descontinuidade do ambiente uterino aquoso relacionada a uma invasão prolongada e excessiva do ambiente extrauterino e aéreo. Assim sendo, a noção de uma outra temporalidade contínua seria introduzida pelos cuidados parentais, de maneira que o trauma é relacionado à descontinuidade que força o bebê a reagir, retirando-o de um estado de “existir”, mobilizando angústias inimagináveis e ameaça de aniquilamento (Zornig, Morsch & Braga, 2004). Esta perspectiva parece se apoiar em Ferenczi (1927/1992), indicando que o nascimento pode ser considerado “um triunfo” para a criança por ser o resultado de um processo: por um lado, a criança tem todas as condições de nascer e, por outro, seus pais procuram, com seus cuidados e proteção, tornar essa transição tão suave quanto possível. “O objeto psíquico materno substitui, para a criança, a situação biológica do feto”, (Freud, 1914/2010, p. 80). Ou seja, a questão dos cuidados pós-natais tem fator importante na diminuição da angústia do bebê, estabelecendo para ele também a existência de um objeto que é capaz de tirá-lo de uma situação de desprazer. Em outras palavras, Freud (1926/2014) revela:

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

Posteriormente, outros autores apresentaram ideias que iam na mesma direção das de Freud. Nesse quesito, Winnicott (1956/2000) partiu do pressuposto de que a relação inicial entre o bebê e os cuidados maternos e entre ele e o meio extrauterino não é necessariamente traumática nem violenta, justamente pela possibilidade de a mãe se colocar num estado de

preocupação materna primária que possibilita ao bebê uma sustentação física e psíquica, um espaço de ilusão em que tem a sensação de onipotência, importante nesse momento, de que pode inventar, criar seus objetos internos.

Dessa forma, a prematuridade não impede que esses processos ocorram, contudo, a continuidade relacionada aos cuidados terá novas nuances e uma possibilidade de morte real que cerca o bebê e deixa todos em angústia. Os cuidados da equipe poderão permitir que se estabeleça uma nova ordem que possibilite o remanejamento dessas angústias visando a maturação física e a constituição desse bebê posterior ao seu nascimento. Quais são, porém, as marcas deixadas em razão de procedimentos dolorosos e que nem sempre vêm acompanhadas de uma palavra que ajude no contorno desse bebê, sujeito em constituição?

Segundo Zornig, Morsch & Braga (2004), o período de internação neonatal pressupõe pensar nas vicissitudes da constituição subjetiva e em como a situação de prematuridade pode ser traumática para os pais e para o bebê pela própria descontinuidade temporal introduzida pelo parto pré-termo, pois interrompe o processo imaginário de construção do bebê e confronta os pais com o real orgânico em uma situação de perigo e sofrimento, revelando a sua impotência na garantia da vida, saúde e desenvolvimento do filho. Winnicott, no entanto, se destaca da perspectiva freudiana ao postular um tempo de construção, uma temporalidade contínua que possibilita ao bebê um sentimento de existir no mundo, ou seja, o surgimento de um esboço de *self* a partir desta continuidade temporal que é estabelecida pelo *holding* materno (Zornig, Morsch & Braga, 2004).

Assim, percebemos que os cuidados dispensados ao bebê têm efeitos na construção da temporalidade onde inúmeros processos físicos, relacionais e psíquicos ocorrerão e constituirão a base de seu psiquismo. Os procedimentos técnicos, assim como os gestos da família e da equipe, todos acompanhados de seus discursos, deixarão as marcas nesse pequeno sujeito que se constitui pouco a pouco. Dessa maneira, podemos tomar a pulsão como ponto fundante da

constituição psíquica do sujeito. Partindo a princípio de uma questão de necessidade, da ordem da autopreservação, e seguindo para o prazer relacionado à sexualidade na relação com o Outro, a pulsão funda no corpo o inconsciente quando o cuidado voltado a princípio para a sobrevivência vem imbuído do desejo de seu cuidador. Por isso, podemos agora nos debruçar sobre a função da equipe e dos pais no lugar de cuidadores do bebê que se encontra internado. Qual é o lugar de cada um e que posição ocupa nos processos de subjetivação do bebê?

### 3.2 QUEM É O CUIDADOR PRIMORDIAL DO BEBÊ NA UTIN? A FUNÇÃO DO OUTRO NA CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO

*Não vemos o sal nas águas do mar porque mar e sal são em si, a mesma matéria, o sal é feito do mar e faz o mar ser o que é. Assim também, na alva espuma do tempo, nós somos nós e os outros em nós, os outros são eles próprios e a parte que neles nos cabe.*  
(Carrascoza, 2016, p. 59)

Como dito no início do texto, Winnicott (1983) diz que o bebê não existe sozinho, seja porque ele esteja totalmente dependente de alguém que o alimente, aqueça e o limpe, seja porque é preciso que um outro aponte para o bebê sua existência do ponto de vista psíquico, qual lugar ele ocupa nas relações familiares e sociais. Cada um recebe um mandato familiar que vai ser decifrado por ele aos poucos em sua vida.

O responsável pelos cuidados do bebê deixa de ser alguém que apenas executa ações visando a garantia da vida, a higiene e o bem-estar para também preocupar-se com outras dimensões do cuidado, fazendo-o figurar no lugar de importância, querendo agradá-lo, desejando também ser amado por ele. Embora seja comum que a mulher, genitora, ocupe esse lugar, ela nem sempre poderá ou desejará ocupá-lo perante o recém-nascido, portanto essa função não

pode ser confundida com o gênero de cada pessoa e, menos ainda, com o grau de parentesco, apesar de ser comum que seja um dos genitores a fazer essa importante operação com o bebê que acaba de nascer.

Chamaremos aqui de Cuidador Primordial aquele que se ocupa do bebê de maneira específica por um período de tempo e que, além de realizar cuidados de vida do cotidiano no sentido da higiene, alimentação e bem-estar, apresenta ao bebê insígnias transmitidas de maneira inevitável e potente.

No texto “Projeto para uma Psicologia Científica”, Freud (1895/1990), traz o conceito de *Nebenmensch* para descrever esse outro, humano, semelhante, que fica ao lado, próximo, e que executa funções específicas para o bebê visando a manutenção da vida e a satisfação de suas necessidades. Como consequência, o bebê se reconhecerá nesse outro e aprenderá a reconhecê-lo como seu semelhante, sabendo que ele é responsável por sua satisfação, iniciando-se uma trama que submete esse bebê também a esse outro próximo.

Para Freud (1926/2014), o desamparo é a total dependência da criança em relação a seu cuidador, presença decisiva na fundação e estruturação do psiquismo voltado a constituir-se inteiramente na relação com o outro, sendo a necessidade do outro que vai possibilitar a vida psíquica. Esse desamparo traz ainda um sentido de cair sem ter algo para apoiar-se, sem ninguém que possa socorrer; implica uma condição de abandono, solidão e esquecimento. O desamparo está ligado à impotência original do bebê ante suas necessidades, impotência na realização de uma ação específica que coloque fim à tensão interna que experimenta vivida como sensação de desprazer.

Dessa maneira, penso que, de certa maneira todos nascemos prematuramente, pois a condição do nascimento revela que não estamos prontos ao nascer. Daí a necessidade tanto física quanto psíquica de um outro que possa guardar nossas vidas como também fundar em

nós o psiquismo que só advém na interação entre humanos, ou melhor, entre sujeitos, atravessados por atos e palavras, que não falam de ações instintivas, mas de outras operações. Nascermos humanos, tornamo-nos sujeitos.

Ao longo da obra freudiana, o desamparo se apresenta cada vez menos como originário e cada vez mais como o horizonte da própria existência humana e do funcionamento psíquico; cuidados exercidos pelo cuidador primordial “constituem-se num investimento fundamental para o bebê, trazendo-lhe um algo a mais além da conservação de sua vida, que é de caráter sexual, inconsciente e enigmático” (Menezes, 2021, p. 21).

Destarte, cabe ao cuidador próximo exercer junto ao bebê a função primordial de proteção contra todos os perigos e sofrimentos experimentados em razão do desamparo original. É por meio de sua continência física e psíquica, e ainda da dimensão do afeto à criança, que se possibilita a abertura para um mundo simbolicamente organizado. Esta ação específica, realizada pelo cuidador primordial, é o que caracteriza o ser humano como dependente do amor do outro (Freud, 1895/1990). Tal aspecto revela a dinâmica relacional que o desamparo provoca: de um lado, o assujeitamento ao outro, a submissão, a impotência; de outro, a dominação, a onipotência, o narcisismo, ou seja, a capacidade de um sujeito de colocar o outro como impotente frente a seus desejos.

Aprofundando nesse sentido, a base da estruturação do sujeito nos remete, então, à função do Outro Primordial, onde há uma ilusão antecipadora que lhe permite escutar e olhar algo além da realidade daquilo que ali está no bebê. Esse mesmo ato comporta a atribuição de um sujeito ao bebê que produz algo a ser interpretado. É preciso supor o que diz o bebê, colocando-o nesse lugar antes mesmo que ele realmente esteja para que se consiga fazer operar as engrenagens da constituição.

Lacan, no Seminário 7, *A ética da psicanálise* (1959–1960/1988), parte desse conceito e pontua que “é por intermédio desse *Nebenmensch*, como sujeito falante, que tudo o que se

refere aos processos de pensamento pode tomar forma na subjetividade do sujeito” (p. 53). Ele apresenta que, para além da necessidade biológica, é um processo simbólico que opera nessa relação. Dessa forma, os traços que se inscrevem no psiquismo não são referentes à experiência de satisfação de uma necessidade, mas inscrições simbólicas que marcam o corpo do bebê são significantes.

As manifestações ordinárias como o choro ou o grito – que a princípio são um meio de descarga da tensão acumulada e, ao mesmo tempo, a expressão do estado de desamparo e urgência inicial – vão sendo cada vez mais intencionalmente endereçados ao outro para que tome alguma providência, satisfaça o bebê. Este *Nebenmensch* terá então uma função fundamental de inscrever esse corpo e suas manifestações num universo de linguagem, num campo simbólico. Assim, o grito – ou o choro – passa a ser signo de uma demanda endereçada ao Outro, ou seja, um semelhante, porém destinatário de uma ordem simbólica (Garcia-Roza, 1991). De tal modo, a comunicação e interação entre o bebê e seu cuidador é um processo psíquico que vai além da decifração e satisfação das necessidades fisiológicas.

Reconhecendo que o sujeito se estrutura no íntimo da relação com o Outro, isso deve estar em pauta quando se analisa um sujeito cuja mãe parece não ter disponibilidade psíquica para marcar que existe um desejo em relação ao filho, delegando a outra pessoa a possibilidade de lhe dar um espaço subjetivo, que no momento ela não pode oferecer. Na rotina das maternidades, muitas vezes por condições clínicas da puérpera ela não poderá se ocupar do filho, necessitando, ela mesma, de cuidados e de se assegurar que seu bebê receberá de outra pessoa, do pai, avó ou avô, ou ainda de alguém da equipe de neonatologia aquilo que ela no momento não pode oferecer.

Retomando o termo função materna, trata-se de um lugar de trabalho psíquico, imprescindível para a subjetivação. O sujeito que encarna essa função e ocupa tal posto é como o primeiro objeto de amor e agente dos cuidados iniciais na relação com o neonato; é ele quem

oferece ao bebê a linguagem, isto é, o significante, o elemento simbólico. Essa relação, vivida como complexa, ambivalente leva a muitos impasses e convergências, levando-nos a buscar esclarecer que tal função materna está para além de um lugar social, é o lugar de um desejo.

Isso que costumamos chamar de função materna não depende somente das habilidades físicas e de conhecimento técnico, mas da capacidade desse agente materno de fazer inscrições no corpo do bebê e, mediante estes cuidados do cotidiano, definir e diferenciar a necessidade do desejo. Assim, percebe-se que longe de apenas realizar um ato mecânico, há algo do desejo do sujeito que escapa e marca o corpo do bebê, fundando nele a alteridade (Oliveira & Mariotto, 2008).

Lacan (1985) faz a diferenciação de outro e Outro, o primeiro referindo-se a uma pessoa, um humano, sendo o segundo da ordem da linguagem como marco constituinte. Mariotto (2007) apresenta que é possível pensar esse Outro tendo múltiplas faces, que exercem funções específicas na operação psíquica:

[...] Outro absoluto, em termos de uma exterioridade absoluta, aquilo que não pode ser dito ou apreendido pela palavra; o Outro da alienação, como o lugar onde o sujeito encontra sentido para si e onde se petrifica; o Outro da separação, que se refere ao limite que faz a falta de significante, fazendo desta carência a exigência de trabalho por parte do novo ser para dar sentido a si mesmo; e, por último, o Outro primordial que nada mais é que a presença real – outro – que encarna as funções de alienação e separação. (p. 58)

A subjetivação vai depender então de que este Outro primordial, presente e real, ponha o bebê como parte de sua economia libidinal, condição que o autoriza a supor neste ser um sujeito, antes mesmo que ele ali já esteja instalado, estabelecendo um jogo de dupla tradução, onde o gesto da criança é interpretado como palavra e seu discurso transformado em ação (Oliveira & Mariotto, 2008).

Para Teperman (1999), a função materna e o laço com o filho são fundamentais para que ele se situe na operação de subjetivação, constituindo assim sua imagem corporal e, por conseguinte, fazendo laço com o Outro. É de responsabilidade da função materna a transmissão de um desejo ao bebê que não seja anônimo, remetendo a um desejo e uma significação pela existência de seu filho; dito de outra forma, que dê nome ao lugar que a criança ocupa para ela, uma vez que o filho necessita do laço materno que se apresenta pelo olhar e pelo desejo da mãe para sua subjetivação. Ou seja, não se trata da consanguinidade ou responsabilidade para com o recém-nascido, mas de uma operação psíquica fundamental tanto do ponto de vista ascendente quando descendente para que a relação possa se estabelecer.

Se pensamos o início desses processos pós nascimento no contexto hospitalar, a função da equipe é também de apresentar ao bebê sua própria mãe, aquela que vai realizar por desejo essa função. Podemos dizer, enquanto equipe, que mesmo aquele 1 ml de leite que o neonato recebe via sonda veio dela, ou que ele aguarde até que ela chegue para poder estar com ele. Portanto, o bebê pode saber que o cuidado que ele recebe, via equipe de enfermagem, principalmente, é um cuidado que é técnico, porém realizado também com carinho, contudo há um outro cuidado que é dado de forma específica e especial por aquela que o gestou ou que o adotou, nomeando-o como filho, herdeiro, parte de si e sua família, abrindo a possibilidade de ele tornar aquela mulher sua mãe e de ser reconhecido como o filho dela. Entrelaçar a mãe imaginária à mãe simbólica faz parte da função da equipe que acompanha o bebê internado.

Ao profissional da área psicológica, por sua vez, seja psicólogo, psicanalista ou psicoterapeuta pais-bebê, cabe, nesses tempos de rupturas, operar nas falhas e fendas, nas possíveis perdas e medos reais e imaginários, favorecendo a escuta desse parto e nascimento traumáticos e que, pela urgência e instabilidade da situação, não puderam ser simbolizados. A escuta dos bebês a propósito do trauma do parto prematuro talvez aconteça apenas quando, já maiores, surjam os sintomas e problemas do desenvolvimento, sendo preciso, porém, ir mais ao fundo

do corpo biológico e das injúrias neurológicas e pensar nas relações incipientes desse bebê com seu cuidador primordial e o ambiente da Terapia Intensiva Neonatal. Podemos pensar que alguns sintomas e atrasos de desenvolvimento podem ser as marcas no corpo que a criança não conseguiu expressar de outra maneira, fazendo de seus atos um discurso. A palavra pode favorecer no contorno daquilo que marcou o corpo e que fica sem possibilidade de sentido uma vez que nada é dito. Por isso a importância de bem-dizer sobre o período de internação, pelos próprios pais e por todos os outros sujeitos que comparecem ao lado da incubadora e ao longo da vida.

Entender que a presença de profissionais e outros cuidadores ao lado do bebê vai além de prestar um serviço ou executar uma tarefa, que aquele ambiente hospitalar comporta mais que cuidados técnicos com o corpo é mister para enxergar que aquele espaço também carrega a possibilidade de um sujeito se constituir. Todos os discursos e a comunicação vão compondo um cenário que permite a narrativa de cada sujeito e de cada família, tomando como ponto de partida aquilo que vem a partir do próprio bebê, no sentido orgânico e não orgânico, relacionando-o com o que há de ser feito para que a vida permaneça e o corpo consiga suportar a mudança de ambiente e os agravos relacionados à prematuridade. O corpo passará a ser escrito de diversas formas, e não apenas pelos furos das agulhas, mas a partir de palavras e gestos; as manipulações não podem visar apenas a recuperação da saúde ou manutenção da vida, mas o corpo psíquico que se constitui. Trata-se de uma inscrição simbólica. É por isso que o trabalho psicológico da neonatologia precisa estar ligado ao mesmo tempo ao atendimento ao bebê e aos seus pais e familiares, além de incluir a equipe multiprofissional. Todos os envolvidos são operadores da subjetividade, representam um outro e o Outro, não podendo fugir ou delegar tal função.

O paciente bebê/sujeito só existe enquanto ligado à aparelhagem psíquica desses sujeitos que orquestram as máquinas de seu cuidado.

#### 4 INTERAÇÃO E LINGUAGEM DO BEBÊ: RECONHECIMENTO DO SUJEITO

*A linguagem não é a verdade. Ela é nossa forma de existir no universo.* (Auster, 1982/2004, p. 115).

O bebê interage com o meio desde sua vida intrauterina, e se já sabemos que ele existe no íntimo de seus pais antes mesmo de sua concepção, percebemos que paulatinamente sua materialidade corpórea o coloca imerso em um mar de sensações, dizeres e emoções. Ou seja, as relações humanas começam de maneira precoce e são mediadas pela linguagem, que se manifesta de diversas formas. Sendo assim, após entendermos a função do Outro na constituição psíquica, passamos a analisar a interação e os processos comunicativos entre o bebê e seus cuidadores e a função da linguagem como operador da subjetivação.

Pesquisas a partir de exames ecográficos evidenciam que ao longo do desenvolvimento de seu sistema sensorial e perceptivo o feto observa, toca, degusta, ouve o corpo da mãe e o seu próprio em ações como chupar o dedo, dar cambalhota, durante a exploração da cavidade uterina (Salihagić Kadic & Kurjak, 2018; Fagard *et al.*, 2018; Clark-Gambelunghe & Clark, 2015; Zoia *et al.*, 2007). Os acontecimentos que ocorrem no interior da mulher começam a receber nomes e razões para acontecer, tanto por ela quanto por outros. O bebê ainda intraútero passa a receber orientações, cumprimentos e manifesta uma relação que vai sendo nomeada por aqueles que aguardam sua saída do corpo materno. Portanto, é de se esperar que no nascimento seus comportamentos, sons e reações continuem recebendo interpretações de seus cuidadores.

Sobre a linguagem, sabemos que ela é muito mais ampla que a fala e a língua, manifestando-se de diversas formas e, principalmente no caso do bebê, podemos afirmar que ela é multimodal, ou seja, não são apenas palavras compõem um discurso, mas todo o corpo e os silêncios que comparecem.

Ao tomarmos a linguagem como um campo do qual partem as produções do sujeito para interagir com o mundo frente ao que se apresenta para ele, reconhecemos sua capacidade de produzir linguagem de forma multimodal, que o representa como sujeito desta mesma produção. Os atos do sujeito visam o outro, a si mesmo e o objeto, não necessariamente de forma fragmentada – ou um ou outro –, ocorrendo, na maior parte das vezes, de forma entrelaçada. E a forma com a qual vai interpretar, interagir e criar, é o resultado complexo e dinâmico de como este outro, o próprio sujeito e o objeto participam de seu trabalho de produção (Parlato-Oliveira, 2022). Portanto, é preciso tomar o corpo como um local de produção de linguagem, principalmente quando falamos do trabalho a ser realizado na *L'aube de l'être*<sup>4</sup> – o corpo que se expressa para dizer, não somente de si, de suas sensações, mas também do que se apresenta para ele como possibilidade pela via das sensações e presenças.

A forma como olhamos, tocamos, falamos com os bebês e somos por eles olhados, tocados e falados é importante para reconhecermos que esta é uma via de mão dupla desde os primórdios. Apesar de o bebê, muitas vezes, no início não poder apresentar fisicamente certas respostas não quer dizer que ele não as produza em seu corpo de diversas maneiras. O trabalho de Observação da Relação Mãe-bebê proposto por Esther Bick (1964/1987), em grande parte trouxe reflexões sobre pequenos comportamentos e ações a que precisamos estar atentos enquanto observadores. Coisas muito profundas acontecem enquanto tudo parece calmo ao redor do bebê.

A imaturidade do corpo no início da vida pós-natal é relativa e temporária. É preciso nos lembrarmos, confiantes na plasticidade cerebral, que ininterruptamente este corpo em todos os seus níveis passa a se adaptar ao seu meio e cuidadores, conseguindo se comunicar com o ambiente (Streri, 2019).

Chorar, olhar, movimentar-se, dar os bracinhos, vocalizar, sorrir, entre outros, são atos

---

<sup>4</sup> Livro de Marie Claire Busnel (2021) : *L'aube de l'être – Souvernies des bébés*.

iniciais que compõem o repertório expressivo de linguagem. Trata-se do trabalho, por parte do bebê, de se submeter ao mundo da linguagem que visa a interação com seu cuidador e com os objetos. Assim, quando não há o não reconhecimento, por parte desse cuidador, dessas expressões, como um ato comunicativo, pertencente ao domínio da linguagem, podemos perder a capacidade de ler e compreender o que nos apresenta o bebê (Parlato-Oliveira, 2022); seja no sentido de satisfazer uma necessidade que se apresenta, seja no caso de um atendimento clínico.

Se por um lado a ciência da neonatologia é considerada jovem, temos ao longo do último século e nas primeiras décadas deste novo milênio muitos trabalhos que visam compreender as competências dos bebês dentro e fora do útero. Por exemplo, em 1974, Condon & Sander publicaram um estudo sobre a reação dos bebês frente aos gestos e vozes maternas. Os bebês, com esta ação, revelaram um enorme interesse pela fala prosódica de suas mães. Nesta mesma direção, a psicanalista brasileira Érika Parlato-Oliveira e uma equipe de outros estudiosos na França investigaram o *manhês* durante a gravidez. Os resultados mostraram que as mães passaram a falar com seus bebês, dirigir a fala a eles, a partir do momento em que começavam a sentir seus movimentos intraútero e concluíram que “os bebês [as] provocavam [...] a terem com eles um diálogo” (Parlato-Oliveira *et al.*, 2021).

O *manhês* é um tipo de diálogo específico entre a mãe e seu bebê. É um tipo de prosódia especial que a mãe utiliza quando se dirige ao filho. Qualquer adulto que ocupe a função de cuidado, verdadeiramente investido libidinalmente no bebê, irá conversar com ele dessa forma especial (Pierotti, Levy & Zornig, 2010). Esta maneira de se comunicar tem características específicas, descritas por Laznik & Parlato-Oliveira (2006) como “prolongamento das vogais, que a torna mais lenta e sonora, aumento da frequência, que a faz mais aguda, e glissandos característicos que a tornam mais musical” (p. 58). Faz parte desse tipo de interação comunicativa, a mãe perguntar e responder, observar e interpretar as ações, descrevendo objetos e ainda falando sobre emoções, histórias e sentimentos, partindo do bebê ou de si

mesma em terceira pessoa.

Em termos psicanalíticos, podemos tomar o *manhês* como um convite para a alienação ao Outro a partir do campo da linguagem (Catão, 2008). Essa alienação é também o que permitirá a troca segundo os tempos: ativo, passivo e reflexivo. Reconhecendo o chamado materno, chamando esse agente e em seguida fazendo-se chamar por ele. A terceiridade pulsional.

A mãe fornece sua voz, assim como já ofereceu antes seu corpo ao bebê, atraindo-o como um som hipnótico, um canto da sereia. “[...] a voz da sereia evoca esse encantamento de outrora da voz materna, quando o significante da presença da mãe equivalia à manifestação de sua voz. A voz do Outro materno sucedia ao grito de chamada” (Bentata, 2009, p. 17). O som produzido pela voz vai também criar um percurso de entrada e saída que vai fazer eco em cada um. E é preciso se submeter a esse chamado para poder mudar de posição, de invocado a invocante (Pierotti, Levy & Zornig, 2010). O bebê só poderá ocupar o lugar ativo de invocante se ele for reconhecido como tal.

Ainda na metáfora das sereias, no texto de Vivès (2009), ele explica que

[...] as sereias são apenas vozes que expressam em sua vocalização um desejo concernente ao sujeito, um apelo incondicional que deixa aqueles que o ouvem sem voz. O que essas vozes veiculam é uma promessa de gozo. Elas remetem o sujeito a um tempo de antes da Lei. Mas como o homem jamais pode se acomodar totalmente a esta lógica da renúncia, ele sempre se vê tentado por essa voz do gozo que o convida a reatar com o arcaico, com esse tempo mítico em que o desejo não tivera ainda que se atualizar. A voz da sereia é o desejo do Outro que vem buscar o sujeito e o perde usando seu próprio “tropismo” de gozo: desejo de não desejo, para retomar a fórmula de Piera Aulagnier

(Aulagnier, 1975). Ao passo que a voz enquanto tal desaparece por detrás da significação no ato de fala, na sereia ela ocupa a frente da cena como pura materialidade sonora. (Vivès, 2009, p. 333)

Da voz materna o bebê guarda, sobretudo, os elementos dinâmicos nela presentes, os traços de uma prosódia que transforma a palavra em algo particular da relação: variedade de tons e intensidades, curvas entonacionais bem marcadas, alongamentos de fonemas, lentidão na emissão dos sons, que imprimem, em seu conjunto, uma melodia às expressões vocais maternas e, ainda, apelidos. Mais que um sentido, é um estímulo que faz sentir no corpo, não pelo que diz, mas como diz. O som encontra recepção no corpo do bebê, causando efeitos que vão além da compreensão da mensagem. Ouso dizer que esta é uma assinatura pulsional. Em tudo isso, o bebê recebe uma produção que é especificamente destinada a ele e à qual ele responde, vocalizando, dançando, sorrindo, acalmando-se, esperando, escutando. Ao introduzir alterações no seu modo habitual de falar quando conversa com o seu bebê, a mãe o faz porque parte do princípio, sustentado pelo desejo por seu filho, que ele é tão ouvinte quanto falante. Ela o institui como o seu interlocutor, ou seja, como um sujeito que, enquanto tal, tanto pode demandar como ser demandado. As produções linguageiras que passam a se estruturar entre mãe e bebê são construídas conjuntamente por um e outro, sendo, assim, coproduções de um sujeito constituído e de um sujeito em constituição.

Trevarthen (1993), em seu livro *The self born in intersubjectivity*, diz que desde o nascimento o bebê apresenta uma enorme capacidade cognitiva para perceber, responder e também influenciar como os outros o percebem. Em 1999, ele apresentou como os bebês são capazes não somente de interagir quando convocados, mas como eles também são provocantes, tomando a iniciativa junto ao outro, mostrando aos pais suas intenções e interesses, o que foi comprovado no estudo *Homo imitans or homo provocans? Human imprinting model of neonatal imitation*, de Nagy & Molnar (2004), sobre os primeiros dias do recém-nascido e sua

capacidade de não apenas imitar a ação de uma pessoa que interage com ele como também de provocar esta pessoa.

A teoria da intersubjetividade primária proposta por Colwyn Trevarthen (1993) postula que o bebê nasce com uma consciência receptiva dos estados subjetivos de outras pessoas e busca interagir com elas. Ressalta que a resposta reflexa se difere dos comportamentos expressivos durante uma conversa, quando as interações são calmas e agradáveis, e dependem da manutenção de uma atenção recíproca com sincronização rítmica de expressões vocais curtas, bem como de movimentos e gestos (Trevarthen, 1993). Essas expressões são reguladas mutuamente, realizadas por cada um na sua vez, de maneira que adultos e bebês exprimem uma intersubjetividade mútua (Trevarthen, Aitken & Gratier, 2019).

O corpo do bebê tem um modo privilegiado de expressão com sua linguagem multimodal, neste sentido, precisamos deixar que ele se apresente e que nós estejamos dispostos a aprender a interpretá-lo, sustentando que, mesmo frente a uma limitação física, natural ao bebê, somada a uma dificuldade imposta por acometimentos orgânicos, por exemplo, a prematuridade, o bebê é capaz de se apresentar de forma ativa e produtiva na relação com o outro.

A atração do bebê pela linguagem, revelada ainda por sua preferência pela voz humana quando comparada com qualquer outro som, pela sua capacidade de distinguir a língua pátria da estrangeira, e especialmente sua sensibilidade para se deixar tocar, seduzir, pela língua materna, e ainda o fato de que é a palavra que determina sua relação ao outro (Outro), fundamentam o trabalho psíquico dentro da neonatologia. A escuta voltada para os bebês e seus pais nesse ambiente permite, por meio da construção de um discurso para além do evento do parto traumático, o reconhecimento de um lugar simbólico para o bebê, e a partir do cuidado dessa relação, em um processo de dupla constituição, ainda que em situações extremas, é possível emergir pais e sujeito.

O trabalho psicológico com recém-nascidos tanto no ambiente hospitalar quanto na clínica leva em consideração os efeitos da fala parental na instauração da relação pais-bebê, decisiva para a constituição subjetiva e para o seu enlaçamento posterior com o social. Na rotina do trabalho neonatal, sabemos que o bebê está sofrendo tanto física quanto psiquicamente e que o seu sofrimento pode também estar ligado ao vazio de palavras que lhe digam o que se passa com ele e o seu entorno. Obviamente, é imprescindível tratar do corpo, mas esse tratamento precisa também de uma reanimação psíquica (Mathelin, 1999). Como o bebê não pode contar a sua história através da palavra articulada, o psicanalista escuta os pais ou, os seus cuidadores, e articula o que é dito por eles ao que o bebê manifesta.

Podemos escutar os pais/cuidadores na presença do bebê, incluindo-o no atendimento, observando e respondendo às suas reações diante dos significantes do discurso parental. Nesse contexto, a palavra possibilita um espaço, além do real traumático, para um trabalho de simbolização, indispensável para que o bebê e os pais possam se apropriar da sua história (Mathelin, 1999). Podemos dizer, assim, que o sujeito desde os seus primórdios, faz com – e do – seu corpo um labor de interpretação que envolve não somente o tratamento dos estímulos sensoriais e perceptivos. Este trabalho começa na evolução da percepção, ao eger o objeto a ser percebido para concebê-lo para si, criando, a partir dessa eleição, uma representação singular desse objeto, e com essa representação ele produz um ato de linguagem que pode ser expresso de diversas formas, por diversas modalidades, sejam elas gramaticais e compartilháveis, sejam expressões particulares que revelam e marcam a singularidade de cada sujeito (Parlato-Oliveira, 2022).

Assim, as pesquisas e a prática clínica nos permitem perceber que a linguagem está presente em todas as ações expressivas intencionais do bebê e de seus cuidadores. Os gestos, seus movimentos, seus sons, seus olhares são reconhecidos como expressões de um dizer, atos comunicativos que buscam um interlocutor, ou mesmo, o próprio bebê na tentativa de

interpretar o mundo que o provoca e convoca. O corpo passa a ser visto como esse papiro de inscrições de um registro singular que precisa ser lido e decifrado por aquele que dele se ocupa. No entanto, não podemos pensar que o bebê é uma tábula rasa – ele começa a ter o corpo inscrito ainda no útero e pós-nascimento esses registros continuam de forma ainda mais complexa.

Podemos inferir, portanto, que um tipo de gramática vai se formando em cada sujeito em constituição; as marcas no corpo vão escrevendo/inscrevendo uma lógica sintática resultado de sua interação com o Outro e produzirá efeitos que poderão ser lidos somente *a posteriori*.

#### 4.1 SUJEITO: DE SUPOSIÇÃO À CONSTITUIÇÃO

*Nascemos, por assim dizer, provisoriamente, em qualquer parte; pouco a pouco vamos construindo em nós, o lugar da nossa origem, para posteriormente aí nascer cada dia mais definitivamente*<sup>5</sup>. (Rilke, 1956, p. 28, tradução nossa)

O processo de subjetivação visa tornar um indivíduo, ser humano, em um sujeito. Não se trata de um efeito evolutivo, instintivo ou biológico, mas de um processo psíquico que é inerente ao humano na relação com outros humanos, fazendo da interação e linguagem a forja para essa transformação. É constituir-se como único entre seus semelhantes e assim ser reconhecido por eles.

Aqui importa fazermos uma distinção: desenvolvimento e constituição são matérias diversas. Enquanto o primeiro diz respeito a uma sequência de aquisições motoras e cognitivas no sentido de desenvolver habilidades e adquirir competências segundo um marco temporal e

---

<sup>5</sup> No original: “Nous naissons pour ainsi dire provisoirement quelque part; c’est peu à peu que nous composons en nous le lieu de notre origine, pour y naître après coup, et chaque jour plus définitivement.”

a condição neurológica, a Constituição é um processo psíquico que ocorre no interior do sujeito na relação com o Outro.

Dessa forma, nesta seção falaremos sobre a constituição psíquica a partir da perspectiva lacaniana, que traz a emergência do sujeito do inconsciente como ponto basilar. Em seu trabalho, Lacan não se ateu à criança ou ao bebê no sentido de uma noção cronológica, ao contrário, trouxe a noção lógica acerca do advento do sujeito. Os caminhos da constituição não podem ser confundidos com etapas pré-estabelecidas, sendo, em verdade, um percurso que cada sujeito a devir precisa empreender.

De início, destacamos que o termo “sujeito” não é originado da Psicanálise, ele já era utilizado na filosofia. Descartes havia tratado dessa questão – *Cogito, ergo sum* (Penso, logo sou) – buscando fundar um tipo de estrutura subjetiva que foi destituída na Psicanálise, visto que, nesse sentido, há um caráter ilusório do domínio onipotente e unitário que a ideia de Descartes contém, mas contém também a ideia de clivagem constitutiva do sujeito. Freud, ao fundar a noção de Inconsciente como base na observação dos fenômenos lacunares presentes da fala, faz o primeiro deslocamento sobre o conceito de sujeito. Ele interpreta esses fenômenos em ruptura com o curso normal da realidade (formações do inconsciente, segundo Lacan), a saber: sonhos, sintomas, esquecimentos, lapsos, atos falhos e chistes, como mensagens cifradas a serem decodificadas. A isso se supõe que esta é uma estrutura homóloga à linguagem humana. Assim, a Psicanálise aponta a existência de um outro lugar onde se exprime o indivíduo.

Com o advento do termo Inconsciente surge uma nova versão do sujeito, radicalmente oposta à noção de indivíduo, que fica expressa no que podemos chamar de cogito freudiano, assim dito por Lacan: “Penso onde não sou, portanto sou onde não me penso”. Assim, do lado do ego, mas não seria aí que o sujeito existiria.

O termo sujeito, do ponto de vista lacaniano, surge para tornar possível operar com a hipótese do Inconsciente fundado por Freud. Lacan (1954–1955/2010) o transformou em um

ponto central de seu ensino: o sujeito não é o indivíduo, no sentido de uma unidade, mas um sujeito dividido entre consciente e inconsciente. Dessa forma, haveria um sujeito do enunciado, identificado como sujeito do significado, aquele que está consciente do que diz; e o sujeito da enunciação, identificado como sujeito do significante, aquele que está para além do que se diz. (Lacan, 1964/2008). Portanto, o Sujeito do Inconsciente é o efeito de uma fala, que se manifesta nos tropeços e enganos da língua. É o efeito que resulta da discordância entre o que se quer dizer e aquilo que é realmente dito; é a divisão que constatamos na nossa fala e que aponta uma outra ordem de acontecimentos para além da consciência.

No cogito cartesiano, consciência e sujeito se identificam entre si e com o lugar da verdade. Para a Psicanálise, esse sujeito, até então absoluto, é atropelado por um outro sujeito que ele desconhece. Se este cogito primeiro é o lugar da verdade, o outro é o lugar do ocultamento. Dessa maneira, podemos inferir que enquanto Descartes apresentava um sujeito da ciência, Freud nos apresentou um sujeito do desejo.

Partindo agora de uma perspectiva lacaniana, tomamos que antes do advento do sujeito do inconsciente, há a emergência de um eu corporal, que se constitui de forma imaginária, mas sobre uma matriz simbólica, como exposto por Lacan (1949/1998) no artigo “O estádio do espelho como formador da função do eu”. É importante assinalar que esse “eu” presente no título se refere ao pronome pessoal francês “*Je*” e designa o sujeito do inconsciente. Já o “eu” corporal de que falamos acima se refere ao pronome tônico “*Moi*”. Assim, enquanto o sujeito do inconsciente se constitui no simbólico, pela mediação da linguagem, o eu (*moi*) se constitui no imaginário, pela mediação da imagem especular. Essa imagem especular oferece uma síntese e se sobrepõe àquela imagem do corpo fragmentado pelas pulsões parciais (Vorcaro, 2009). E, se pensarmos nas funções de “*Je*” e “*Moi*” na sintaxe da língua francesa, percebemos que somente “*Je*” tem poder para conjugar o verbo, o “*moi*”, não. Uma função gramatical que também representa uma função psíquica específica.

Nessa direção, no *Estádio do espelho*, Lacan (1949/1998) apresenta a ideia da imagem especular. Ele apresenta uma cena em que um bebê se encontra diante de um espelho, sustentado pela mãe, já que ele ainda não consegue andar nem se manter numa postura ereta. Ao olhar para a imagem refletida, o bebê se reconhece nela e sua expressão se enche de júbilo. Se pudesse falar, diria: “Este sou eu!”. A exultação corresponde à satisfação narcísica de ter representado unificado, e não mais fragmentado. A imagem refletida no espelho, portanto, corresponderia à imagem da mãe ou de seu cuidador primordial – o que implica dizer que não há a necessidade de um espelho de fato para que o eu do bebê possa se constituir. O que é necessário é que um outro possa fornecer a ele a possibilidade de adentrar o universo da linguagem. Essa entrada no simbólico se efetiva por meio dos cuidados de vida cotidiana, que trazem a noção de uma interpretação dos sinais do bebê e os satisfaz, inscrevendo marcas em seu psiquismo. O sujeito assume uma imagem que será o esboço do seu eu (*moi*). A identificação com a imagem implica em uma alienação na imagem do outro, “[...] a primeira de uma série de alienações: ao procurar a si mesmo, o que o indivíduo encontra é a imagem do outro.” (Garcia-Roza, 2004, p. 215).

Sendo assim, o processo de constituição do sujeito, do ponto de vista lacaniano, é efeito de duas operações fundamentais: a alienação e a separação.

Lacan (1964/2008) distingue a alienação em dois campos: o campo do Outro e o campo do ser vivente. O campo do Outro se refere ao campo do simbólico, da linguagem, esta que já marca o ser vivente antes mesmo de seu nascimento. Mas, mesmo surgindo imerso em um mundo de linguagem, o ser vivente ainda não adentrou o campo do simbólico, o que só acontece se ele consentir em se assujeitar ao Outro. Dito de outra forma, o campo do Outro é o campo do sentido e o campo do sujeito é o campo do ser. Para que o sujeito possa advir, faz-se necessária uma escolha entre o ser e o sentido. Se escolhe o ser, ou seja, se não se aliena no campo do Outro, o sujeito perde o sentido e não se constitui como sujeito dividido; se escolhe

o sentido, ou seja, se se aliena no campo do Outro, perde o ser, mas se constitui como sujeito dividido, pois o sujeito só advém no campo do Outro, e não de si mesmo. Assujeitando-se ao desejo do Outro, a criança se torna um sujeito da linguagem e pode, quando se instaurar a separação, constituir-se como sujeito desejante (1964/2008).

Na separação, não há mais o embate do sujeito alienado com o Outro da linguagem, mas com o Outro do desejo (Fink, 1998). O sujeito é causado pelo desejo do Outro, se aliena nele e assume a posição de objeto do desejo do Outro. Assim, se para adentrar a linguagem o sujeito precisa se alienar ao campo do Outro, para adentrar no campo do desejo ele precisa sair desse lugar de objeto. O Outro da separação não coincide com o Outro da alienação, porque esse Outro que encarna o desejo não é completo, é faltoso. Por mais que a mãe/cuidador primordial tenha uma grande dedicação ao seu bebê, ela não estará completamente disponível para satisfazê-lo a todo momento. Qualquer atividade dela realizada longe do bebê mostra que ela tem outros interesses, outros desejos e que o bebê não é o único objeto de seu desejo. Portanto, constata-se que ela é também faltosa.

Bruce Fink (1998) esclarece que o Outro da operação de separação é barrado, ou seja, dividido entre consciente e inconsciente, porque nem sempre sabe o que deseja, pois, o desejo nunca cessa. Ao se deparar com essa falta no Outro, o sujeito, inicialmente, tenta tamponá-la, assumindo o lugar de objeto de desejo do Outro. O fracasso dessa operação, em ser o objeto do desejo, empurra o sujeito para deixar esse lugar e fazer a escolha pelo desejo. Para que a separação se concretize e haja o advento do sujeito é preciso que “[...] o Outro materno [demonstre] que é um sujeito desejante (e, dessa forma, também faltante e alienado), que também se sujeitou à ação da divisão da linguagem [...]” (Fink, 1998, p. 76). Sujeito que não se encontra mais na posição de objeto do desejo do Outro, mas sujeito desejante, incompleto e que, por isso mesmo, se dirige ao Outro para tamponar sua falta.

Outro efeito dessa operação de separação é o surgimento de um terceiro significante, a partir da condição desejante da mãe. Lacan nomeou esse significante de Nome-do-Pai, e diz a respeito a qualquer elemento que se coloque entre o bebê e sua mãe, podendo ser o emprego, outro filho, algo que a interesse e faz seu olhar desviar do bebê. Também tido como algo relacionado à função paterna, por vezes encarnada na figura de um pai, e que visa impedir a fusão do filho com a mãe, cujo desejo é avassalador. Como metáfora paterna o Nome-do-Pai é um significante que substitui outro significante: o Desejo-da-Mãe. Isso significa que a criança não será mais o falo da mãe, o que indica que a mãe segue desejante, e não plena, pois o desejo é sinônimo de falta, de castração. Nesse ponto, é como se a criança se questionasse sobre seu lugar no desejo do Outro, o que o Outro quer dela. A resposta a essa questão aponta para a estruturação psíquica do sujeito. Portanto, o Nome-do-Pai se apresenta como o significante que define as estruturas clínicas, neurose, psicose e perversão, cada uma delas sendo o modo pelo qual o sujeito lida com a castração, respondendo à questão sobre o desejo do Outro. O que o Outro quer de mim? *Che vuoi?*

Lacan (1968–1969/2008), no Seminário 16, recorre ao filósofo, teólogo e matemático Blaise Pascal (1623–1662), por meio de sua conhecida “aposta”, para então trabalhar com a inconsistência do Outro e os efeitos na constituição do Sujeito. A ideia de Pascal consiste em apostar na existência ou não existência de Deus, e ele considerava a melhor opção apostar na existência, pois ao não acreditar nela e Deus existindo, as perdas seriam maiores que o contrário: acreditar e depois saber que Ele não existe.

Utilizando essa ideia de Pascal, Lacan trabalha a inconsistência do Outro, pois o Deus de Pascal não é algo consistente e incontestável, senão não haveria por que apostar. A epistemologia de Pascal é mais complexa, pois, segundo ele, Deus está em qualquer lugar e em lugar nenhum, seu lugar não está designado. O Outro não é somente incompleto como em Descartes, e dependente de uma base suposta. O Outro de Pascal é inconsistente: em todo lugar e em lugar

nenhum, ele não existe, é por isso que ele deve ser objeto de aposta. É a aposta que faz existir o Outro, e não o saber; é o ato do sujeito, sua crença (Pena & Silva, 2018).

Segundo Lacan, esta é a única escolha do neurótico – apostar no Outro – para que possa advir enquanto sujeito: chegar à extração do objeto *a* do campo do Outro. O homem, todavia, quer reencontrar o gozo perdido por entrar na linguagem e buscar um suplemento de gozo, mais-de-gozar. O que engendra a busca pelo mais-de-gozar, portanto, é a própria perda, a renúncia ao gozo. A aposta é algo que tem esse mesmo viés de perda e tentativa de recuperação, já que, quando se aposta, o valor apostado é algo *a priori* também perdido, mesmo que se pense em sua recuperação futura (Pena & Silva, 2018).

Portanto, o Outro, que não existe *a priori*, somente pode existir por meio de uma aposta do sujeito, a ser paga com uma renúncia de gozo, mas com a possibilidade implícita de poder ganhar a partir da submissão à linguagem.

Após essa breve explanação sobre a questão da estruturação do sujeito, retomamos a questão do bebê prematuro em seu processo constitutivo.

No trabalho clínico na neonatologia, mais em específico no serviço de reanimação, de Mathelin (1999) e Vanier (2013), ela nos afirma que é preciso supor um sujeito no bebê prematuro em sua incubadora. É preciso supor, para que ele exista na relação com seus pais e a equipe; ele precisa ocupar um lugar específico. Postulamos que o bebê precisa ser colocado no lugar do desejo do outro para se constituir como sujeito. Apesar de outros acometimentos físicos, de outros profissionais terem um saber e um fazer específico que de fato operará na melhora daquele paciente; no campo psíquico, sobretudo da relação do bebê com o meio, nada é mais imperioso que o cuidador primordial em sua função direta com o bebê, pois só assim, no lugar do desejo, é que ele poderá ocupar seu lugar de sujeito-bebê.

Assim, os desejos materno e paterno se tornam a aposta fundamental, investindo nesse bebê que nasce primeiro no nome, que recebe no carinho que os pais fazem um no outro ao

falar sobre o bebê e conversando com ele ainda na barriga da mulher, nas mudanças na casa física e psíquica para acomodar a chegada daquele que se torna filho a cada instante. Com toda certeza, isso não garante que esse sujeito advenha, porém aí está a verdadeira aposta. E é preciso reconhecer que o mesmo acontecerá do lado do bebê, pois ele precisará também fazer sua aposta.

### **Continuação do recorte clínico:**

*A bebê ficou por meses na UTIN, recebeu outro nome, Ashira, que segundo os pais significava “Eu cantarei” em hebraico. Disseram que a mudança no nome se deu em virtude da força dela em ficar e nas promessas de Deus para a vida deles. Ashira diariamente recebia a visita dos pais, às vezes o pai saía para trabalhar, mas sua mãe permanecia ao seu lado. Algo que sempre me inquietou naquela mulher era seu jeito calmo e gentil, mesmo em momentos intensos, tais como o nascimento de sua filha e a piora clínica dela no setor; estive ao lado dela em alguns desses momentos, e ela sempre se manteve calma e confiante na filha e nos cuidados da equipe. Era inquietante vê-la silenciosa e atenta à bebê que era tão pequena, parecia ainda um feto, mas que estranhamente transparecia uma atividade que me convocava também a olhar para ela de uma forma ativa e intensa.*

*Tanto o pai quanto a mãe frequentavam uma igreja que parecia mesclar preceitos judaicos e protestantes, nunca compreendi e eles também não traziam com frequência. Ashira teve uma série de complicações, e apesar disso apresentou evolução surpreendente, chegando a sair da UTIN e ir para a UCINCa. Neste último setor ficou por alguns dias até que se agravou sua broncodisplasia. Em pouco tempo ela apresentou sinais de infecção também e precisou retornar para a UTIN.*

*Lá começou a ter consideráveis pioras e, por fim, após mais uma das inúmeras infecções, faleceu, depois de 5 meses de vida. Esse período coincidiu com minha saída para*

*o Doutorado Sanduíche, portanto, não pude acompanhar seus últimos dias, tampouco tive contato posterior com a família.*

Assim, muitas vezes, inaptos para atravessar o deserto da internação, esses bebês retornam, não sem nome, para a terra de onde foram retirados prematuramente. “No nascimento, assim como na morte, algo é extraído. Nessa operação, uma hiância é produzida de forma inexorável. A chegada de um bebê põe em marcha essa fenda” (Renda, 2012, p. 1).

Nessa perspectiva, o outro necessário à manutenção da vida ultrapassa a noção utilitária dos cuidados de preservação e bem-estar. Trata-se de um Outro anterior que precede o sujeito – Outro simbólico, que é necessário para a sobrevivência tanto biológica quanto para a assunção subjetiva. Essa é a condição humana: ser marcado por uma perda nunca mais assimilável pelo sujeito, algo que passa a existir em um lugar que é dentro e fora ao mesmo tempo, como uma falta, símbolo de um vazio central. Há no corpo um real ao qual o sujeito não tem mais acesso, que resta irrepresentável.

Em suma, percebemos que todo o processo de constituição do sujeito é complexo e totalmente dependente de um cuidador específico que opera a partir de seu desejo, marcando a relação com o bebê a partir de uma linguagem particular, que toca o corpo e funda o psiquismo. O corpo é sustentado pela linguagem – isto é o que nos humaniza. Citando Deleuze (2006), “Toda palavra é física, afeta imediatamente o corpo” (p. 90), pelo que podemos inferir que as palavras têm um poder sobre o sujeito incidindo em seu corpo um sentido particular que diz respeito a suas relações com o Outro. Ou seja, os atos de nomear, contar, falar, dirigir-se têm efeitos que vão para além da comunicação, pois trazem a noção de marca que fica para sempre no corpo do sujeito, fazendo-nos “pensar a criança não como objeto de discurso do Outro, mas como sujeito capaz de produzir um discurso singular” (Couto, 2017, p. 8).

Assim, se para Hegel (2003) *a palavra mata a coisa*, podemos também dizer que ela pode animar a vida de um sujeito.

## 5 MÉTODO

Para a realização da pesquisa desta tese, busquei um método que favorecesse a observação de fenômenos psicológicos e as interações entre os participantes. A pesquisa é, portanto, qualitativa, cuja teoria de base é a Psicanálise, tendo como instrumento de coletas de dados a observação, segundo o método da Observação da Relação Mãe-Bebê, proposto por Esther Bick (1964/1987), mas adaptada ao contexto da neonatologia.

O método psicanalítico de observação de bebês foi desenvolvido pela psicanalista polonesa Esther Bick, em 1948, na clínica Tavistock, em Londres (Bick, 1964/1987). Esse método permite compreender as primeiras experiências e interações do bebê com seu entorno, principalmente com seu principal cuidador. A proposta de Bick constitui-se, também, como um dispositivo importante para a formação dos analistas, no sentido de aprenderem a lidar com as angústias geradas pelo trabalho com o emocional primitivo (Caron & Lopes, 2014).

Em princípio, o método foi pensado para o ambiente familiar; o foco era na díade mãe-bebê, sem dificuldades ou problemas detectados previamente, para que o analista em formação pudesse ter contato e conhecimento sobre o desenvolvimento de uma relação percebida como padrão (Bick, 1964/1987). Contudo, ao longo dos anos os analistas e pesquisadores perceberam a possibilidade de ampliar esse trabalho em outros contextos, incluindo berçários, hospitais e abrigos (Caron, 2000).

Neste método, o procedimento é realizado em três tempos: observação, anotação e supervisão. O profissional aprende a observar, a sentir antes de teorizar e tolerar angústias referentes à cena, estando ao lado de quem se ocupa do bebê. Pode, também, aprender a estar com a mente aberta, sem ideias preconcebidas e, assim, perceber a singularidade de cada relação mãe-bebê, ou melhor, do bebê e seu entorno.

A pesquisa com o método psicanalítico em ambiente que não o da clínica busca analisar os fenômenos psíquicos de maneira mais ampliada, levando em consideração as relações e o ambiente. Assim, amplia os campos empíricos e utiliza o método para validar as pesquisas desenvolvidas fora do processo psicanalítico estrito, mas mantém a uniformidade teórica (Lowenkron, 2004).

A razão da escolha do método de Esther Bick é o uso da experiência subjetiva na compreensão dos dados, refinando a capacidade de percepção das realidades psíquicas primitivas (Souza, 2008). Mélega (2001) afirma que o observador e sua afetação são aspectos centrais na técnica: sua mera presença produz efeitos no campo observado, e a qualidade da observação depende de sua maturidade psíquica, teórica e técnica. Ao incluir o observador no campo emocional, Bick deslocou a Psicanálise das ciências explicativas (Mélega, 2001), legitimando o singular na produção do conhecimento por meio das “[...] relações entre o teoricamente posto, o empiricamente observado e o subjetivamente apreendido” (Sampaio, Amazonas & Queiroz, 2019, p. 2). Este é um exercício de escuta sucessiva, em níveis diferentes, do mais regressivo ao mais elaborado, priorizando a subjetividade, o comportamento e, ainda, a dinâmica das interações (Caron & Lopes, 2014; Lopes *et al.*, 2012).

## 5.1 JUSTIFICATIVA METODOLÓGICA

No artigo “Análise de crianças hoje”, Bick (1961/1987) chama atenção para as tensões externas e internas que o analista enfrenta. Embora no estudo a autora esteja se referindo às ansiedades e problemas emocionais inerentes à prática da análise de crianças, com que o analista terá que lidar, podemos pensar que, na observação de bebês, tais dificuldades podem ser parecidas, ainda mais no contexto da hospitalização do neonato prematuro. Tal situação pode suscitar identificações inconscientes com o bebê, os pais e até mesmo alguns

profissionais da equipe, que podem interferir na construção interpretativa das observações em questão.

Perceber, reconhecer e lidar com tais ansiedades inerentes à observação é condição para a manutenção do trabalho e sustentação da posição de analista. Por isso a relevância dos tempos preconizados pelo método – anotar, ler para os pares e escutar o que neles repercutiu ajuda a suportar esse lugar de quem observa, mas também é observado.

Assim como no quadro de Velásquez *As Meninas* (1656), que mostra que a obra do pintor conserva a marca de sua presença no momento e nas interações dos sujeitos retratados, também é no trabalho de observação – a presença do observador no ambiente é levada em consideração: não se trata aqui de um sujeito oculto na cena. Segundo Houzel (1997), o impacto emocional da experiência de observação possui grande valor para a compreensão da situação analisada. Contudo, embora seja reconhecido que o observador tem concepções e expectativas acerca da realidade observada, não há a intencionalidade em confirmar hipóteses e/ou fazer suposições.

Acrescentando outros dados ao trabalho de observação, o método permite a compreensão em profundidade daquilo que se estuda e oferece diversas possibilidades de o pesquisador coletar dados, variando desde entrevistas, observações e documentos até materiais audiovisuais. A utilização de apenas uma fonte de dados não é suficiente para desenvolver esta compreensão em profundidade (Creswell, 2014).

Figueiredo e Minerbo (2006) afirmam que o método psicanalítico não é adequado para a descoberta de relações de causa e efeito, nem para a transposição de descobertas feitas de um campo para outro. Tratando especificamente do método de Bick de observação psicanalítica utilizado neste trabalho, Lourenço (2005) afirma que a postura do observador é caracterizada por uma escuta ativa, permeada de disponibilidade e receptividade. Mais uma vez, reconhecemos que a presença daquele que observa de uma certa maneira também

influencia o ambiente. Contudo, é importante deixar claro que esta influência não pode ser pensada de antemão, com o intuito de causar um efeito determinado. O observador é testemunha da realidade de que também faz parte.

No Brasil, trabalhos que utilizam este método também foram realizados e publicados, relevando a profícua atuação brasileira nesses ambientes (Freitas, 2023; Vasconcellos, 2018; Zornig, 2001; Caron, 2000). Sendo importante para pensar que o método pode ser utilizado em contextos diferentes que agregam conhecimento segundo a nossa cultura e com o mesmo embasamento teórico e rigor. Percebe-se, no entanto, uma limitação de estudos mais recentes sobre a temática e, dessa forma, esta pesquisa se justifica por trazer de maneira atualizada novos olhares sobre a assistência ao bebê prematuro em ambiente hospitalar a partir desse prisma.

Em vista disso, reconhecendo a profundidade do método e sua utilidade no campo da pesquisa em psicanálise é que se buscou atrelar essa forma de observação no âmbito da neonatologia, especificamente na UTI. Presenciar no ambiente a tessitura de uma rede de atuação prática, técnica, com diversos equipamentos e dispositivos tecnológicos, mas também discursiva, relacional e afetiva em torno de um bebê nascido prematuramente, é também fazer parte dela.

Assim, este estudo pretende conhecer e analisar a comunicação e a interação do bebê prematuro e seu entorno no ambiente hospitalar de terapia intensiva a partir dos dados observados e das respostas dadas pelos participantes.

## 5.2 DETALHAMENTO DOS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Como já mencionado, a abordagem desta pesquisa é qualitativa, observacional e descritiva. Partindo desse pressuposto, podemos dizer que ela possui aspectos teóricos,

metodológicos e práticos, transpondo o reducionismo do empirismo. A realidade é interpretada a partir de um embasamento teórico, sem a pretensão de desvendá-la integralmente, e possui um caminho metodológico a percorrer, com instrumentos cientificamente apropriados (José Filho, 2006).

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência contínua entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade (Chizzotti, 1995). A noção de conhecimento não é reduzida a um conjunto de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa, comprovando uma hipótese. O sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro, estando inundado de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações e que sofrem interferência do tempo.

O pesquisador precisa ir ao espaço onde o fenômeno ocorre ou ocorreu e reunir um conjunto de informações a serem documentadas, a partir de suas percepções e dos registros feitos do ambiente ou do que é dito pelos sujeitos que lá estão ou estiveram. Portanto, a presença do pesquisador, mesmo que seja para observação apenas em certa medida, também produz algum efeito no ambiente, devendo ele, assim, deixar claras suas ações e impressões.

Desse modo, sobre a observação no contexto hospitalar de UTIN, Freitas (2023) aponta que a função do pesquisador é observar a interação familiar e, concomitantemente, observar seus próprios sentimentos, levando em consideração o que sente e percebe, mas não se deixando levar por isso e tampouco contaminando o ambiente com suas percepções e angústias. Essa parte é destinada ao trabalho de supervisão, segundo o método, uma vez que é nesse momento em que são percebidas interações intersíquicas, que são provocadas pela situação observada.

Neste trabalho, os dados da pesquisa foram obtidos por meio da observação da relação bebê-pais-profissionais, utilizando-se o método de Esther Bick (1964/1987) e o questionário semiestruturado, com perguntas simples, com o objetivo de abranger a compreensão e percepção dos participantes a respeito de sua relação com o bebê prematuro no contexto de UTIN.

No que se refere à aplicação do método Esther Bick em instituição hospitalar, podemos citar o relevante trabalho de Druon (1997) no instituto de puericultura da maternidade de Cochin Port Royal, em Paris, que utiliza a observação psicanalítica com recém-nascidos prematuros em UTI Neonatal. Diferentemente do que é preconizado no método tradicional, por se tratar de um ambiente hospitalar, as observações eram realizadas todos os dias no mesmo horário. Após a observação, era feito um relato, posteriormente supervisionado por Druon. A conclusão do estudo foi que os bebês se beneficiavam da presença de um observador que apenas os olha, sem fazer nenhum procedimento. Além disso, o método se destaca pelo potencial preventivo dos riscos de distúrbios psicológicos nos bebês, na medida em que demonstra que as informações sobre as observações que circulam pela equipe têm a função de facilitar a elaboração de medidas interventivas que abreviam o sofrimento do neonato, causado por intervenções dolorosas. Desse modo, o método teria proporcionado aos profissionais de saúde a possibilidade de um novo olhar para o bebê prematuro, levando-os a buscar meios capazes de reduzir riscos para o seu psiquismo.

Levando em conta todas as nuances de um trabalho realizado em campo hospitalar, onde as condições físicas, psicológicas e sociais entram em questão de maneira mais pungente, para a apreensão de outros dados, foi necessária a utilização de outro instrumento: a entrevista semiestruturada. Essa escolha se deu pelo fato de ela permitir ao pesquisador compreender o fenômeno sem impor sua visão sobre a percepção do sujeito entrevistado. Cabe ao trabalho do pesquisador lidar com a técnica de escuta durante as entrevistas, evitando deixar-se levar

pelas significações imediatas do discurso do sujeito pesquisado ou impor-lhe alguma direção. Vale lembrar que esse exercício de escuta, que não tem como finalidade a intervenção, já estava sendo realizado desde o momento das observações neste trabalho.

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

O *setting*, entretanto, vai muito além do nível manifesto (tempo, espaço e frequência), pois “[...] condensa uma polissemia de sentidos metapsicológicos” (Lisondo, 2019, p. 37). Cabe questionar quando a família manifesta o desejo de mudar o dia da observação, cancelá-la ou até abandonar a experiência de ser observada, bem como quando deseja alterar o local dos encontros. Da mesma maneira, devemos questionar quando tais modificações no *setting* são propostas pelo observador, tais como, mudança de dia ou horário, uma vez que “[...] a alteração no campo observacional pode provocar tremores no relacionamento” (Lisondo, 2019, p. 37).

Faço um importante adendo quanto à imprevisibilidade de uma unidade hospitalar. Não há garantias de que o *setting* se manterá o mesmo com o passar dos dias, dado que a possibilidade de morte, a transferência para outras unidades e, ainda, a alta são frequentes, ou seja, a mudança de aspectos do cenário é um dado que merece ser levado em consideração.

Desse modo, retomando os tempos do trabalho de observação, no primeiro tempo, é importante que o observador mantenha uma atitude não intrusiva para não interferir na escuta baseada na atenção flutuante. Ele deve estar atento aos aspectos objetivos e subjetivos da cena.

Sem querer controlar o ambiente ou manipulá-lo para lidar com as angústias inerentes ao trabalho.

O método parte da premissa do *não saber*, sendo fundamental que o observador se deixe impregnar pela realidade a ele apresentada, mostrando-se capaz de tolerar o desconhecido e a não compreensão (Oliveira-Menegotto *et al.*, 2006). O que sustenta a descoberta são as sucessivas observações de situações semelhantes, que permitirão o delineamento de padrões de conduta ou invariâncias (Bick, 1964/1987). Lidar com os sentimentos transferenciais e contratransferenciais é um dos desafios nesta etapa de observação. Segundo Caron e Lopes (2014), é a grande mobilização interna suscitada pela experiência da dupla mãe-bebê:

O observador é arremessado para um mundo de sensações, emoções e ansiedades primitivas que o atingem de diferentes graus e maneiras, conforme sua estrutura pessoal. Por sua postura não intervencionista, encontra-se numa posição privilegiada para captar as comunicações não verbais da mãe e do bebê, por intermédio de seu próprio corpo e de sua mente. O observador entra em contato com estados primitivos de desamparo, solidão, dependência, usualmente vivenciados como alheios ou estranhos. (p. 19)

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

É a partir do inconsciente do observador que um sentido será dado ao que se observa na interação mãe-bebê (Costa, 2017). No método Bick, o observador precisa se despir de suas teorias, convicções e suposições e somente observar, assim como recomendava Charcot, segundo Freud (1914/2012): “olhar as mesmas coisas repetidas vezes até que elas comecem a falar por si mesmas” (p. 13).

O observador é chamado a viver uma experiência junto com a mãe e o bebê como um observador participante e, portanto, privilegiado, interferindo o mínimo possível para captar o inesperado (Bick, 1964/1987; Caron & Lopes, 2014; Lopes *et al.*, 2007).

Desde modo, este estudo pretendeu compreender a visão que os cuidadores, familiares ou profissionais têm sobre os bebês nascidos prematuramente e que se encontram em um ambiente hospitalar, ainda dependentes de maquinário e suporte humano especializado. Assim, a seguir será apresentada a delimitação dos participantes da pesquisa.

### 5.2.1 Participantes

Os participantes desta pesquisa foram escolhidos de forma aleatória, dentre bebês prematuros internados na UTIN que se encaixavam no perfil do estudo, seus pais e também os profissionais que deles se ocupavam. Como critérios de inclusão foram escolhidos bebês prematuros internados em UTINs a partir da 28ª semana gestacional e até a 36ª. Foram excluídos bebês que não eram prematuros ou que, mesmo prematuros, já tinham algum diagnóstico fetal prévio ou alguma síndrome constatada após o nascimento. A razão da escolha da idade gestacional mínima de 28 semanas está relacionada a maiores chances de sobrevivências de bebês nascidos nessa faixa que abaixo dela (Vasconcelos *et al.*, 2023).

Foram observados 10 bebês ao todo e realizadas 15 entrevistas entre mães e profissionais.

### 5.2.2 Operacionalização da coleta de dados

A abordagem aos participantes foi feita dentro da UTIN pela pesquisadora desde o primeiro dia de coleta, 8 de janeiro de 2024, explicando-lhes sobre a pesquisa e fazendo-lhes o convite para a participação. Após o aceite, as 14 participantes assinaram os termos de consentimento e foi realizada a observação e aplicação do questionário. A coleta de dados também contou com informações a partir do prontuário do bebê, observação direta das suas interações com seus cuidadores e registros de foto e vídeo de alguns desses momentos. A partir da observação, foi escrito um diário de campo e, ainda, foi realizada a descrição de todas as ações e reações da interação da díade, tríade (pai-mãe-bebê) e profissionais.

Sobre o questionário semiestruturado, o objetivo foi obter o relato e a descrição da percepção desses participantes sobre as movimentações, reações e produções sutis dos bebês pré-termo. Alguns exemplos de perguntas eram sobre como os viam, como qualificavam seus movimentos e como reagem a essas manifestações. As entrevistas foram gravadas por aplicativo de celular e armazenadas em um drive específico da pesquisa e, em seguida, transcritas com a ferramenta de Inteligência Artificial Transkriptor, lidas e revisadas, para melhor análise de seu conteúdo. Todas as informações foram manipuladas exclusivamente pela pesquisadora e sem acesso de outras pessoas.

A escolha do Hospital Universitário de Brasília se deu pelo fato de se tratar de um hospital que tem uma UTIN cujos profissionais já estão acostumados com a realização de pesquisas em suas dependências. Vale ainda ressaltar que eu, Elen Carioca, por ser também psicóloga e atuar há mais de cinco anos na Unidade de Neonatologia de outro hospital público da cidade, tenho, pois, experiência e formação para este tipo de atuação *in loco*. Faço um adendo para explicar que a escolha por outro hospital que não o de minha atuação profissional é em razão de um cuidado ético com os bebês, suas famílias e os profissionais que lá

trabalham, pois, no momento da observação, não seria possível o atendimento a outro paciente caso surgisse necessidade. Ou seja, ter o apoio e suporte da equipe de psicologia do setor favoreceu que, como pesquisadora, pudesse me ater ao trabalho científico, agindo como psicóloga somente nos momentos em que fosse necessário e que estivessem relacionados à pesquisa.

As observações e entrevistas começaram em 8 de janeiro de 2024 e terminaram em 29 de março de 2024, ocorrendo uma vez por semana, às segundas-feiras, no período vespertino, das 14h às 16h. As entrevistas foram realizadas após o momento de observação no mesmo ambiente, mas em local mais reservado. Vale notar que o tempo das entrevistas não foi pré-determinado. A escolha era feita de maneira aleatória e segundo a disponibilidade de cada pessoa, familiar do bebê internado ou profissional da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

### 5.2.3 Procedimento de análise de dados

Todos os dados coletados foram analisados a partir do viés psicanalítico. As observações foram lidas e discutidas com a Dra. Andrea Leão, que também fez seu doutorado sobre prematuridade a partir do método de observação de Esther Bick. Ela serviu como supervisora, apontando tendências minhas no momento da escrita e descrição. As entrevistas foram analisadas a partir daquilo que emergia em relação às observações e discussão teórica de base.

A atenção no momento da coleta de dados exigia reconhecer que o ambiente de UTIN provoca sentimentos e sensações que vistas de longe parecem inofensivas, mas que revelam pontos sensíveis da observadora. Os sons, gestos, procedimentos da orquestra clínica, deixavam-me em estado de alerta, além de ter sempre a impressão de que incomodava com

minha presença e minhas perguntas. É uma sensação de que nada ali é mais importante que a parte tecnológica e medicamentosa. O tempo do prematuro naquele lugar, para mim, foi uma suspensão do fôlego que precedia a catarse.

A análise conta também com reflexões a partir da minha própria prática clínica em outra UTIN da cidade, reconhecendo semelhanças e diferenças nos modelos de trabalho e também percebendo que há um trabalho psicológico que é legitimado pelas equipes e aguardado pelas famílias. Assim, podemos notar que o profissional da psicologia faz parte dos cuidados intensivos neonatais, tendo sua especificidade reconhecida por outros profissionais e solicitada a todo momento como parte do tratamento oferecido no setor. Ter noção do impacto da minha presença é parte essencial para a análise daquilo que consegui capturar durante o período de observação e entrevistas. Percebo que houve também dentro de mim inquietações e reflexões que aparecem no trabalho de forma clara e também profunda. Não é somente minha percepção, mas também os efeitos conscientes e inconscientes de estar ao lado de um bebê prematuro e seus cuidados que compõem a reflexão desses dados.

Destarte, os elementos da experiência transformados em texto são uma tentativa de explorar pela via científica os processos psíquicos que permeiam o cuidado profissional e familiar no ambiente da neonatologia: observar, anotar, fazer a supervisão, refletir, elaborar.

#### 5.2.4 Cuidados éticos

As pesquisas no Brasil seguem a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Segundo este documento, toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco (Brasil, 2012). Devido a isso, como previsto pelo art. 16 do Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005) e pela Resolução nº 510/2016 do CNS, esta pesquisa seguiu as recomendações éticas previstas para este tipo de pesquisa.

Enquanto pesquisadora, disponibilizei, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C), meu telefone e e-mail de contato, para que as participantes pudessem solicitar atendimento psicológico caso a pesquisa causasse algum desconforto ou perturbação de ordem emocional. Nenhum participante foi identificado e todas as informações ficaram sob posse e responsabilidade da pesquisadora.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília, CAEE: 75933823.6.0000.5540.

Assim, o presente trabalho está em conformidade com as exigências éticas e metodológicas esperadas de uma pesquisa com seres humanos.

## 6 O SUJEITO BEBÊ E O AMBIENTE DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

*Também uma criança no berço, se a olharmos detidamente, tem o infinito nos olhos.*

(Van Gogh, 1888/1997, p. 141)

Após analisar as bases teóricas da tese, iniciamos a parte prática do estudo e os achados que pude apreender estando *in loco*.

Neste capítulo, apresentarei os dados da pesquisa a partir da perspectiva teórica que subsidiou todo o trabalho doutoral. Foram três meses de coleta, tanto da observação quanto das entrevistas, e, durante esse período, pude ter uma maior compreensão não somente do que ocorre numa UTI neonatal, como experienciei observar minha própria realidade de um outro ponto de vista.

Na recém-inaugurada UTIN do Hospital Universitário de Brasília, pude observar o trabalho da equipe de neonatologia no espaço que continha 10 leitos equipados, com divisão entre eles possibilitando alguma privacidade e conforto para os bebês e seus pais, sobretudo suas mães no pós-parto. Incubadoras, berço aquecido, monitores, bombas de medicação, poltronas, carrinho de medicação, paredes bem pintadas – tudo branco –, aparelhos, computadores. Enfim, um ambiente que em nada se assemelha a um quarto para receber um bebê.

No meu processo de observação, anotação, supervisão, percebi que apesar de este ser um ambiente conhecido para mim, sinto uma angústia tremenda. Reconheço um temor relacionado aos sons e tensões que percebo nos olhos dos profissionais, ou talvez seja reflexo apenas meu. Muitos são os profissionais que se dedicam a receber, tratar, cuidar e tentar salvar a vida do recém-nascido. Cada um tem uma função segundo sua categoria profissional e cargo

que ocupa, e cada profissional tem uma importância no cuidado com o bebê e sua família. Por vezes, o contato será maior com o bebê, por outras, com os pais.

A gestão de uma unidade como esta exige conhecimento e habilidades variadas. Por se tratar de um contexto de saúde pública, não é raro que faltem profissionais e insumos para o bom andamento do trabalho. Outro ponto que merece ser analisado é sobre o público atendido. A população atendida neste hospital é de usuários que não têm plano de saúde suplementar, ou seja, dependem integralmente do SUS para ter acesso aos serviços de saúde. Boa parte das famílias atendidas residem fora da região do Plano Piloto e precisam de transporte público para ir até o hospital.

Sobre minha coleta, nos momentos em que eu estava no ambiente, minha tarefa consistia em observar as interações dos bebês e seus cuidadores, como estes se portavam diante do prematuro que ali se encontrava, e em pensar suas ações a partir da perspectiva de suposição de sujeito feita a partir dos cuidadores, pais ou profissionais: a comunicação, a presença atenta, os toques, as falas dirigidas e a respeito do pequeno paciente. Mais importante que anotar dados sobre a condição clínica do bebê, eu busquei estar receptiva ao que via e ouvia dos bebês, cuidadores, profissionais e mães.

A comunicação a que me refiro está relacionada à troca entre sujeitos que têm por objetivo passar uma mensagem, a um reconhecimento da alteridade e um compartilhamento de signos linguísticos que permitem a relação onde um “fala” e o outro “escuta”, de certa forma, de corpo e alma. Neste trabalho, foi-me possível constatar que estar na presença de um bebê em uma incubadora exige que nós estejamos atentos a pequenos sinais de sua intenção comunicativa. Ele endereça a nós a esperança de que seja por nós salvo e cuidado. É uma aposta, como a carta lançada ao mar em uma garrafa. Não sabemos de antemão quem a receberá e o que fará com a mensagem.

A respeito das pessoas que frequentam a UTIN, aqui um fato relevante e que me trouxe importantes reflexões: embora visse vez ou outra um pai, normalmente dos bebês a termo, não consegui nem observar e nem entrevistar nenhum pai de bebê prematuro. Podemos discorrer sobre a questão de que os cuidados neonatais estão mais vinculados à presença da mulher do que do homem, mesmo que haja o vínculo consanguíneo. Para analisar este fato, busco na teoria do gênero, em específico no dispositivo materno, segundo Zanello (2016; 2018), uma compreensão da situação. Zanello (2018) traz o termo dispositivo materno em função da naturalização da capacidade de cuidar nas mulheres, decorrente da união entre a capacidade de procriar e a maternagem. Assim, o dispositivo tem uma função estratégica resultante das relações de poder e de saber.

Também foi curioso que de todos os profissionais que observei em três meses dentro da UTIN, vi apenas uma vez um homem, que era técnico de enfermagem. Todos os outros profissionais, de todas as categorias observadas e entrevistadas, eram mulheres. A função de cuidado continua sendo marcada por diferenças de gênero, e talvez esse fato possa corroborar com os textos que trazem a função materna como algo relacionado às mães/mulheres. Uma função restrita ao gênero feminino.

Sobre os prematuros internados, foram observados 10 bebês, de idade gestacional variada. Na unidade, havia também alguns que apresentavam patologias e malformações, e por isso foram excluídos da observação para a pesquisa. Logo que eu chegava, buscava conversar com a equipe e me posicionar de maneira que conseguisse enxergar a movimentação. Há uma rotina de cuidados a ser seguida, mas ela muda conforme a necessidade de cada neonato. Exames, procedimentos, medicações, aferições, avaliações clínicas. Chega também uma mudança de decúbito, um melhor posicionamento, uma troca de fraldas e até mesmo a introdução de um polvinho de crochê para compor a cena do bebê.

Sobre a cena, pude observar que, apesar do ambiente hospitalar, há uma tentativa clara e constante de tornar aquele ambiente mais humanizado. No Carnaval, havia uma decoração por toda a sala, com fitinhas coloridas, máscaras e adesivos coloridos, remetendo a algo festivo. Na Páscoa, coelhinhos e cenourinhas decoravam as incubadoras e paredes da unidade. Em uma das observações, a mãe de uma bebê prematura de 28 semanas me mostrou que a filha ganhou uma faixa rosa (estilo concurso de miss) onde estava escrito 1 kg, quando a bebê alcançou esse peso. Esses pequenos cuidados não passam despercebidos pelas famílias e pelo bebê. Isso traz uma marca da cultura brasileira e um jeito de fazer que busca deixar um signo cultural que é compartilhado por todos.

Não foi fácil estar imersa num ambiente que me atravessava com angústias – algumas como as relatadas por Esther Bick em seu método – e esperanças constantemente, para as quais eu acrescentava as minhas próprias. Mesmo eu tendo formação na área e trabalhando em uma UTIN, reconheço que parar para observar as sutilezas desse trabalho me fez perceber a complexa e grandiosa função na vida de cada bebê e família. Estamos em um tipo de ninho, ali onde a vida extrauterina começa em condições desafiadoras e que vai exigir de muitas pessoas o emprego de não somente suas competências técnicas como também de um suporte subjetivo na sustentação daquele sujeito em seu processo de devir.

**Extrato de observação:**

*Observo o leito 3. Na incubadora, protocolo de manuseio mínimo. Parto Cesárea. No leito há um cartaz com dados da bebê. “Aurora, peso 775 gramas, 10.12.23, 33 cm. 16:14.”*

*Pesquiso, em outro momento, o significado de Aurora: “Aquela que brilha como ouro. Amanhecer.”*

*Vejo-a oscilar a saturação. Caixa de luvas e um tubo de esparadrapo em cima da incubadora. Muitos dispositivos de monitorização. Percebo Aurora se mexer. Levantar*

*a mão esquerda. Na incubadora ela fica envolta de um ninho, um polvo rosa de tricô ao seu lado. Há ruídos de conversas e de barulho de equipamentos. Uma enfermeira e uma técnica vão realizar procedimento em uma bebê ao lado do leito de Aurora. Percebo-as ágeis, conversam entre si. Tenho curiosidade, mas me mantenho observando ou tentando observar Aurora. Esta continua movendo o braço esquerdo. Faz tentativa de jogar a cabecinha para trás. Os olhos fechados, mas com movimentações oculares.*

*Vejo a mãe de Aurora se aproximar, ela abre um sorriso ao levantar a cobertura da incubadora. Ela e a técnica Gláucia brincam. Parece que o tempo de internação favoreceu esse contato entre elas. Outra técnica vem e comenta algo sobre a bebê (tem a ver com a movimentação dos bracinhos). Rosa (mãe de Aurora) fala em manhês com a filha. Fala por ela enquanto a técnica conversa com a bebê lhe dizendo que ela parece usar luvas de boxe, comenta com a mãe da pequena que ela se mexe muito, arranca as sondas, por isso precisa ter as mãos enfaixadas. Rosa sorri quando me vê. Sem reservas fala sobre a filha, sua primeira. Comenta que a enteada de 13 anos já veio vê-la duas vezes. Enquanto a técnica manipula a bebê comenta coisas com Rosa. Fala que no início do plantão teve uma conversa com a bebê, que pediu para ela colaborar. Rosa comentou que a filha é muito ativa, que tenta arrancar o tubo, por isso a necessidade de enfaixar as mãos da bebê com gaze ou atadura. A técnica comentou que uma vez Aurora foi enfaixada com gaze e ela foi mexendo os dedinhos até sair. E Gláucia brincou dizendo que deixou de ser uma luva de boxe para ser uma luva de academia. Rosa imitou a pose que a filha fez e disse que não sabia que os bebês eram tão capazes assim, que tinham tanta força.*

Apesar da fragilidade da bebê, é perceptível que tanto a mãe quanto a profissional enxergam a menina de uma maneira ativa, responsiva, dão a ela nomes, apelidos, interpretam

seus movimentos como intencionalidades comunicativas. Podemos inferir aqui que há uma suposição por parte das duas mulheres em relação à pequena. Esta é uma condição imprescindível para o estabelecimento de uma interação humana, comunicativa e que favoreça os processos subjetivos.

Retomando o processo de observação, no segundo tempo da técnica do método – anotação –, percebo que o medo que tinha de não conseguir anotar todos os pequenos elementos deu lugar para a avalanche de sentimentos que me dei conta ter sentido naquela hora que passei na UTIN. Temor, júbilo, alegria, esperança, angústia, sentimento de abandono, compaixão. Apesar dessa variedade sentimental, saí nesse dia de lá com uma certeza que me acompanhou durante todo o trabalho doutoral: os bebês são ativos e interativos. Perceber a sutileza de sua comunicação multimodal me fez reafirmar meu desejo de aprender com eles e superar minhas dificuldades em estar ao lado.

[...] a observação de bebês não é apenas uma atividade visual. Se assim o fosse, não seria ética, já que nada nos autoriza a sermos *voyeristas*. A observação de bebês é uma atividade que envolve todos os sentidos, todo o nosso ser. É uma disciplina, uma necessidade de estarmos ali, vigilantes, para não perdermos a riqueza de momentos que não se repetem ao longo da vida, donde que só os olhos seriam insuficientes. (Chbani & Pérez-Sanchez, 1998, p. xvii)

A percepção da cena pode ser difícil quando nos prendemos a elementos objetivos e nos desconectamos daquilo que gera em nós o contato com o bebê. Mesmo o prematuro, que tem pouca força para responder aos nossos chamados, está ali em presença conosco, e é condição *sine qua non* que o suponhamos sujeito. Somos atravessados por ele, assim como sabemos que nossas ações também o atingirão. A escolha do nome, a maneira de dar carinho, a fala açucarada partem de uma base que vem da história de cada pessoa. Não se inventa nada no contato com o bebê, cada um vai apresentar o que carrega de seus cuidados recebidos na

infância e, após alguma atualização, os oferecerá ao bebê, seja ele na condição de filho ou paciente.

Nas observações e no meu cotidiano hospitalar, via – e ainda vejo – muitas pessoas da equipe exigirem que a mãe esteja ali exercendo uma função por ser “obrigação dela”, e não percebem que não é disso que o bebê necessita. Que não se pode forçar o amor, afeto, e sobretudo mesmo o desejo, de ninguém. É necessário que essa pessoa, genitora/genitor ou outro, possa aos poucos reconhecer ou construir seu desejo por aquele bebê para poder colocá-lo no lugar de filho. Cheguei à conclusão de que a equipe confunde vínculo com carinho e afeto. Alguns profissionais supõem que mães que se ausentam muito, que ficam pouco ao lado da incubadora, não amam seus filhos ou “não têm vínculo” com eles. Ocorre que, como já dito no capítulo sobre parentalidade, muitos são os processos e manifestações de apego, além da adaptação da mulher com a nova realidade em seu corpo, nas suas relações e na necessidade de ter de assumir uma função específica com o bebê. Como nos mostra a obra de Regina Orth de Aragão (2007), é um processo gradual e que não pode ser ensinado ou acelerado. É a construção do espaço psíquico materno e suas transformações que têm início muito antes do parto.

Na continuação do trabalho de Aragão (2007), há uma preparação psíquica materna no ciclo gravídico-puerperal atravessada por importantes mudanças na estruturação do narcisismo da mulher. A gestação estabelece uma temporalidade que permite à gestante modificar seu psiquismo, em paralelo às mudanças corporais e evolução da gravidez. Essas mesmas mudanças físicas deslocam o sentimento de seu próprio espaço psíquico, que se altera para poder gerar uma vida dentro de si. E, como dinâmica intrapsíquica fundamental, encontram-se os primeiros tempos de sua própria constituição, que subsidiarão a construção de sua função materna com seu filho (Aragão, 2007). Acrescento, ainda, que esta será uma parte importante para o suporte à operação subjetivante a ser realizada com o bebê. Não basta

que nasça uma criança para que já se tenha um sujeito; podemos, sim, ter a possibilidade de que um sujeito ali venha a surgir, ou melhor emergir, mas isso também não é gratuito, é algo a ser constituído, por todos os envolvidos.

Isso implica, portanto, considerar que o bebê reativa em seus cuidadores conteúdos psíquicos primitivos e que, como consequência, ele também transmite alguma coisa de seu mundo interno, em situação de instauração. Algo que é inato e apreendido durante o período intrauterino também comparece na relação pós-natal, revelando capacidades, competências e uma prontidão para a interação com os sujeitos responsáveis por sua sobrevivência e cuidado. Ou seja, há uma via de mão dupla, ascendente e descendente, no processo de subjetivação incipiente do bebê na relação com seus cuidadores. Reconhecemos, mais uma vez, o caráter ativo do bebê, mesmo que prematuro.

## 6.1 INTERAÇÃO E INTERSUBJETIVIDADE

Por muito tempo os bebês foram considerados como um pedaço de carne, com pouca responsividade e nenhuma intencionalidade. Ainda hoje algumas pessoas se questionam se é válido conversar com o bebê, filho ou paciente, pois “eles não entendem”. Ocorre que os processos de ciência, compreensão e interação vão se desdobrando paulatinamente e com algumas pesquisas, como as já mencionadas no trabalho, sabemos que há processos de aprendizagem e troca que têm início ainda na gestação. Portanto, não é justo com o bebê supor que ele não será capaz de receber diretamente as informações que lhe concernem apenas porque ele ainda não tem condições de responder pela fala.

A aposta – e suposição – feita sobre o bebê é o que dará as condições para que a comunicação possa se estabelecer e funcionar como ponto de apoio para a relação e a subjetivação. Mesmo no contexto hospitalar é preciso enxergar que naquela incubadora há um

sujeito, ainda em estado de devir, mas que achar que ele não responderá aos chamados dos outros sujeitos poderá colocá-lo em uma situação difícil, como se ele fosse apartado de seus semelhantes, apenas por sua prematuridade, que é transitória.

**Extrato de observação:**

*Encontrei Rosa, mãe de Aurora, e ela disse que hoje faria Canguru com a filha.*

*Perguntei se poderia observá-las, Rosa assentiu. Ela me pareceu feliz e animada.*

*As técnicas colocaram Aurora no colo da mãe. A bebê saiu do tubo e está agora no CPAP [Pressão positiva contínua nas vias aéreas] e por conta desse e outros dispositivos é preciso no mínimo dois profissionais para tirá-la da incubadora. Aurora resmunga, emite um som de desconforto, mas que não é de choro, quando lhe manipulam no corpo da mãe. O CPAP faz barulho. Rosa conversa com a filha, fala em manhês: “Passou, nenê, passou.” As técnicas fazem os ajustes, colam os fios dos aparelhos na poltrona. Ajustam a posição uma última vez. Rosa canta para a filha, parece excitada. Percebe o frio e supõe que a filha possa estar com frio: “Tá com frio, meu amor?” Uma técnica coloca uma mantinha na bebê. Rosa se detém observando o rosto da filha, comenta quão bonita ela é, diz que ela é forte e amada. Avisa-a que em breve irá para casa. Fala que o pai e a irmã estão esperando por ela. Rosa chama “psiu” algumas muitas vezes chamando a atenção da filha, pede que ela abra os olhos, percebe o esforço da filha para isso, mas sabe que por conta da claridade fica difícil para bebê. Diz: “Mamãe tá aqui. Você é linda.”*

*Em seguida ela elogia a equipe. Conta que já fez até elogio na ouvidoria. Reconhece que esses profissionais são pacientes, explicam tudo o que ela deseja saber e repetem se for preciso, comenta que busca aprender com os profissionais para poder ficar confiante no cuidado com a filha. “Pegar dicas.”*

Notamos com essa observação que a mulher que se torna mãe precisa ser validada e reconhecida também em sua função materna – se já sabemos que ela precisará interpretar e dar um sentido para aquilo que vem do bebê, suas manifestações corporais, é necessário reconhecer que a equipe fará algo semelhante com ela. A equipe vê, interpreta, intervém, alivia, ensina, compartilha e acolhe as angústias vindas da mãe, para que ela possa fazer o mesmo com o bebê.

Da parte do bebê, há também um importante trabalho a ser feito: “Através da incubadora, no silêncio inquieto de uma incubadora, a criança intui a presença da mãe, sente a presença de alguém que direciona seu desejo para entrar em comunicação com ela” (Dolto, 2018, p. 124). Essa fala reforça aquilo que outros teóricos já falaram sobre a atividade do bebê. Retomando o conceito de intersubjetividade precoce de Trevarthen (1993; 1998), o alicerce é a existência de intencionalidade coerente e consciência ativa na criança desde o seu nascimento. Assim, segundo ele, o bebê já nasce com uma capacidade socioemocional primária de participar afetivamente de engajamentos sociais recíprocos e de aprender através deles. Neste sentido, para que os bebês possam compartilhar estados mentais com o outro é necessária a participação de duas habilidades, capacidade de dar indícios de sua consciência e intencionalidade, subjetividade e capacidade de se adaptar ou ajustar sua subjetividade às subjetividades de quem lhe cuida, tratando-se assim da intersubjetividade.

Trevarthen (1993; 1998) compreende a intersubjetividade como o reconhecimento e a coordenação de intenções presentes nas comunicações mãe-bebê. Para isto, seria necessária a ocorrência simultânea de duas atividades: a adoção de um foco compartilhado de atenção por ambos os parceiros e uma concordância quanto à natureza da comunicação. Durante o período pré-verbal do bebê, a atividade de compartilhar se dá de maneira inerente ao contexto de expressões afetivas das interações diádicas (intersubjetividade primária). Com isso, a intersubjetividade é vivida em termos de afetos presentes nas interações. Faço ainda um adendo quanto aos sinais emitidos pelo bebê. Seu bebê será produzido a partir de seu corpo, atividade e

passividade, movimentos e olhares são recebidos e interpretados por seu interlocutor e a partir disso serão feitas escolhas sensoriais, motoras e linguageiras na direção do cuidador/interlocutor. A atividade sutil precisa ser compreendida como intencional e dirigida àquele que se aproxima para que se estabeleça a ordem dialógica. Assim, podemos concordar que:

Na incubadora, a criança não ouve com os ouvidos físicos que sua mãe está lá, ela tem a percepção de uma presença outra, mas que é uma continuação dessa presença quando estava no útero. A mãe do útero é sua mãe; a mãe que vem, por ela (criança) e por si mesma (mãe), amá-la quando ela está na incubadora, também é sua mãe. Um coração a coração na falta de um corpo a corpo. (Dolto, 2018, p. 124)

Nessa mesma direção da intersubjetividade, tomamos agora o trabalho de Bion (1962/1994) para falar sobre o trabalho de projeção e interpretação entre pais e bebê. O psicanalista aponta que cada um dos dois lados da interação influencia o outro, e está localizado no contexto de uma transmissão psíquica intergeracional bidirecional (Bion, 1962/1994).

Segundo Bion (1962/1994), as identificações projetivas estão em jogo a partir da figura do cuidador; ele traz a mãe nesse lugar, e o bebê permite a projeção por parte de seus elementos *beta* no psiquismo desse outro, e o retorno destes – pela projeção inversa do cuidador em direção ao bebê – sob uma forma transformada pela função *alfa* ou capacidade de *rêverie*, que a partir de então é por ele utilizada para a construção de seu psiquismo (Bion, 1962/1994). “Reverie é um estado de espírito receptivo a qualquer objeto proveniente do objeto amado, um estado de espírito capaz [...] de acolher as identificações projetivas do bebê, sejam elas percebidas por ele como boas ou más” (Bion, 1962/1994, p. 54). O cuidador-*reverie*, ou mãe-*reverie* como ele utiliza, é aquele que consegue acolher, conter e fazer ressonância com o que é projetado dentro de si, dando sentido aos elementos *beta* maciçamente projetados e devolvendo elementos *alfa* nomeados e com significados para a

relação (Bion, 1962/1994). O aparelho psíquico materno, portanto, desempenha um papel essencial, visto que está no centro das possibilidades de regulação e processamento das excitações advindas do bebê.

Para falar sobre esses conteúdos lançados por parte do bebê, Golse (2019), recorre a esse modelo de Bion para trazer a mutualidade e reciprocidade dos processos. A capacidade de pensar por si próprio pelo bebê poderá ser desenvolvida ou não, dependendo também da capacidade de *reverie* de seu cuidador.

Esse circuito do “desvio pelo outro”, que se encontra no cerne do modelo proposto por Bion, se apoia com efeito num processo de transmissão ascendente, do bebê em direção à mãe a qual, de algum modo, põe à disposição do bebê seu “aparelho de pensar os pensamentos” do filho, protopensamentos que se encontram ainda em forma impensável para ele, em função de sua relativa imaturidade psicoafetiva. (Golse, 2019, p. 16)

Dessa forma, percebemos que, para o bebê que se encontra em um ambiente tão amedrontador, ter um intérprete de si, que possa satisfazê-lo minimamente, oferecendo presença, constância e previsibilidade pode ajudá-lo a suportar as dores físicas e psíquicas advindas de sua condição de prematuro. Porém, para os pais, é preciso que haja um intérprete de seu lado também, alguém que possa oferecer acolhimento e informações a respeito do filho e da situação, permitindo que eles oscilem tanto na compreensão quanto na reação perante a equipe e o bebê. Reconhecer o sofrimento dos pais é permitir que eles e o filho possam ser cuidados e ajudados a lidar com as angústias inerentes a uma situação nova e, no contexto de internação, traumática, afinal, não são somente os bebês que armazenam em seu corpo e psiquismo os acontecimentos ocorridos na UTIN durante o período de internação. Por isso a importância da narrativa da história dessa família, colocando cada sujeito em seu lugar na lógica familiar.

Para Golse (2019), o encontro entre o adulto e bebê pode ser concebido como um espaço de narrativa. Muitas vezes temos dito que mesmo os bebês têm necessidade de uma história, e que ela não seja apenas uma história no sentido biomédico, mas que seja também relacional (Golse, 2006).

Em continuação a esse processo, os bebês precisarão também aprender, pouco a pouco, a narrar, e poder narrar para si mesmos e para os outros, sua própria história (Stern, 1992). Essa aprendizagem interativa é realizada no encontro com um sujeito adulto (e vários outros também) que já instaurou sua própria capacidade de narrativa. Dessa maneira, percebemos que não somente os pais, mas todos os sujeitos que circundam a incubadora – ou o berço, ou que lidam com esse bebê – terão semelhante função, e por que não dizer, dever, de lhes dizer sobre sua história. Para Golse (2019), “nosso passado organiza o nosso presente, isto é clássico e é bem conhecido, mas nosso presente também nos permite reler, reconstruir e retrodizer nosso passado que, uma vez remanejado, terá então um novo impacto sobre o nosso presente, e assim sucessivamente” (p. 14).

Sobre o caráter ativo e interativo do bebê, Golse (2019) coloca que o funcionamento psíquico do filho é suscetível de influenciar o funcionamento de seus pais, e torná-los mais ou menos seguros ou inseguros, independentemente do tipo de filhos que eles próprios foram ou que imaginam ter sido, da mesma maneira que a organização psíquica dos pais influencia as interações com seu filho e conseqüentemente a organização psíquica deste. Isso desmonta o senso comum de que o bebê é passivo e que seu temperamento e estilo de apego é fruto integralmente do que é recebido de seus cuidadores. É notório que o estilo de relação vai depender da qualidade da interação entre as partes, e não somente dos pais em relação ao filho.

Claro que o estilo interativo do adulto é o veículo das interações fantasmáticas descendentes (influência da dinâmica fantasmática inconsciente dos pais sobre as interações com seu bebê), mas há algo da parte do bebê que pode, de maneira ascendente, também chegar

ao adulto. O estilo interativo do bebê (partes inatas e aprendidas) entra em ressonância com as representações mentais do cuidador a propósito do bebê, efeito de ressonância que forma a base das chamadas interações fantasmáticas. Podemos, então, perguntar-nos se o efeito do estilo interativo do bebê corresponde apenas a uma ativação linear dessas representações, ou se, ao contrário, é capaz de transformar essas representações, desencadeando, assim, um verdadeiro processo de transmissão intergeracional ascendente. Ou seja, assim como o bebê tem seu psiquismo afetado pelo adulto, pode também essa experiência do lado do sujeito adulto ser modificada a partir do bebê?

Uma terceira história nasce, a partir da origem das duas primeiras: aquela do adulto que já viveu e a do bebê que começa a viver – uma história que pode, desde então, funcionar como um espaço de liberdade. Uma terceira história que é escrita em colaboração à medida que é feita e que é contada, mas que só será estruturante para o bebê se formar uma ligação com as duas histórias que existiam antes dela, deixando espaço para o novo, para o possível, para o que ainda não adveio (Golse, 2019).

Destarte a transmissão psíquica se dá no sentido descendente e ascendente. No trabalho a ser realizado na neonatologia, algumas de nossas intervenções têm por objetivo favorecer o bebê a se fazer compreender melhor por seus pais e diminuir as angústias deles perante o filho. Ou seja, o trabalho psíquico é na fenda existente entre esses sujeitos, e podemos incluir ainda a equipe como um terceiro, mas que na relação com o bebê pode também manifestar reações semelhantes de seus pais, alertando que não se pode fingir ou negar o inconsciente na relação com outro.

Portanto, bem dizer o que ocorre com o bebê, e não apenas do ponto de vista dos acontecimentos objetivos, mas reconhecer outros aspectos daquilo que a situação suscita, ajuda o bebê a integrar em seu psiquismo esses elementos para que ele possa fazer suas escolhas e apostas segundo o que conhece de sua história. Reconhecemos, aqui, que a

intersubjetividade é a condição de nascimento desse sujeito que vai se constituindo à medida que pode ser reconhecido como um outro, mas que também já faz parte da vida daqueles que o recebem como filho. É a fórmula da subjetivação que vai encontrando todas as variáveis possíveis para que a operação ocorra.

E indo na direção da fala de Maya Angelou (1969/2018), é preciso reconhecer que: “Não há agonia maior do que carregar uma história não contada dentro de você” (p. 183).

## 6.2 CORPO COMO DISCURSO: AS TRILHAS PULSIONAIS

*No princípio era o Verbo... E o Verbo se fez carne.*

João 1:14

O corpo é um construto complexo e importante em psicanálise. Para Mandet (1993), ele se constitui (corpo) enquanto objeto para o psiquismo, é o corpo da representação inconsciente, investido numa relação de significação, construído em seus fantasmas e em sua história. Freud, ao articular uma teoria da sexualidade altera a concepção de corpo, antes estruturado como corpo somático, da ordem da necessidade e apresenta a noção de corpo erógeno, inserido na linguagem, na reminiscência, significação e representação, forjado pelas pulsões (Lazzarini & Viana, 2006).

A importância do corpo pulsional é que a pulsão seria origem e um dos fundamentos da constituição do sujeito. Ou seja, para que se constitua um sujeito é preciso um corpo, uma corporeidade talhada pelo circuito pulsional e pela linguagem, transformando a carne em corpo, que pode ser também autoerótico e narcísico, e que apresenta ainda uma força constante e uma exigência de trabalho infligida ao psiquismo. A nomeação das partes vai paulatinamente constituindo um *corpus* pulsional.

### **Extrato de observação:**

*Rosa comenta a evolução da filha: “Ela agora tem carne, cabelo, pele. Parece encorpada”. Rosa percebe soluços na filha e pergunta: “Tá soluçando, filha?” Rosa ainda fala que aos poucos foi percebendo que a filha começou a reagir mais aos toques, tira as pernas e bracinhos quando tocada. Antes, na época do tubo, via face de choro na bebê, mas não conseguia emitir um som audível. Rosa compara a filha desde o nascimento até agora, fala com felicidade da sua evolução.*

\*\*\*\*\*

*Uma técnica a manipula conversando com ela: “Como você está? Não tinha visto seu rosto, você está gordinha? Como você está gatinha!” Enquanto troca a fralda e organiza a incubadora ela conversa com Aurora e parece satisfeita com a pequena. A bebê está com CPAP. Mexe-se vagarosamente. A técnica comenta colocando o rosto mais para dentro da incubadora: “A gente precisa colocar um bom ar nessa incubadora, filha... você está uma graça, só precisa agora se livrar desse ar [refere-se ao CPAP].” A técnica conversa com Aurora durante todo o tempo de procedimento de limpeza e organização. Olha-a, ri, pede que a bebê segure sua mão. “Vamos ficar de barriginha para baixo?” Ajeita a menina, fala que ela vai gostar. Um dos aparelhos apita com regularidade, mas nada abala a técnica. Ela continua sua missão de deixar aquela criança o mais confortável possível; à medida que organiza, vai agora falando menos, mas com um olhar mais concentrado e cheio de ternura. Observo em sua face um sorriso de satisfação ao olhar para a bebê na incubadora agora organizada. Termina de ajeitar e coloca em cima um polvinho de crochê. Vira-se para mim e diz: “Ela gosta de ficar acomodadinha”. Aurora parece tranquila, está quietinha.*

Com estes dois extratos de observações é possível perceber a atenção dada ao corpo do bebê paciente e como à medida que procedimentos são realizados há a palavra tanto no sentido

da observação quanto no da constatação, compreensão, interpretação e verificação das ações. É um olhar atento, interpelativo e que espera alguma resposta do bebê. São cenas como estas que podemos apostar que o bebê em sua incubadora não é visto apenas como um objeto a ser manipulado, mas um outro humano que tem, assim como quem faz os procedimentos, dores, preferências, sensações e necessidades que precisam ser atendidas. Desconfortos são interpretados, uma vez que se reconhece o semelhante humano ali internado e se supõe que ele também necessita de uma mudança de decúbito, que merece uma palavra de carinho e suporte.

Na fala de uma participante, profissional, sobre a observação do prematuro na incubadora ela traz: *“Eu acho que eu observo menos a depender da debilidade. Bebês muito prematuros, tipo 25 semanas. Eu não sei se é porque às vezes é mais difícil ficar observando ou se às vezes porque também o bebê não interage tanto nesse período. Ah, eu acho que os bebês muito prematuros são mais angustiantes. Pelo aspecto físico mesmo, ainda não está tudo formado. De ver as costelinhas assim muito aparecendo, dá uma certa angústia. É a transparência do corpo.”*

Nessa fala percebemos que o bebê prematuro precisa passar algumas fases para adquirir seu *status* corpóreo de bebê, afastando-se da imagem fantasmática de feto e se tornando um bebê, investido libidinalmente. E, se o sujeito é o produto de uma operação psíquica, podemos inferir aqui também que com o corpo é a mesma coisa. Não nasce um corpo e um sujeito no momento do parto – ninguém é ainda pai, mãe, filho, sobretudo na situação de prematuridade. O sujeito busca no corpo uma consciência de si, ou seja, fazer com que o corpo exista por si mesmo, estimular sua reflexão, reconquistar sua interioridade. O corpo não é apenas um meio para abrigar a alma/mente/psiquismo, mas um organismo vivo, corpo sexuado, marcado pela cultura, pelas pulsões, fonte de prazer e desprazer.

Reações, movimentos, características e até o choro são revertidos em signo linguístico quando tomados como uma demanda de satisfação do bebê, podendo vir como uma troca de

fraldas ou um colo cheio de carinho. O sujeito entra na linguagem, sujeito dividido, a partir de suas relações com o Outro e os objetos. Assim fica algo – um resto – no corpo, impregnado, algo que vai dando contorno e sentido. Ao nascer, o bebê ainda não é nem corpo e nem sujeito propriamente dito. É um corpo dismantelado que pouco a pouco será constituído a partir dos cuidados recebidos, estabelecendo circuitos pulsionais na relação com seus cuidadores. Há um trabalho de integração das partes soltas que vão sendo costuradas pelo toque, pelas palavras e pelos afetos que o circundam em seu berço ou incubadora.

Na UTIN, o bebê internado também precisa ser colocado nesse circuito que leva em conta o psiquismo que o antecede, seu corpo imaturo e frágil, seus genitores – pais a ser –, e ainda toda a expectativa que é gerada a partir de seu nascimento. Assim, chegamos ao ponto de que o bebê prematuro precisa receber cuidados em seu corpo que garanta não somente o fluxo de vida, mas também o fluxo da sexualidade. O bebê já nasce com alguma pré-disposição, mas precisará de um outro que ofereça cuidados pulsionais enquanto se encarrega dos cuidados essenciais à sua sobrevivência. A UTIN acolhe o bebê em sua humanidade, recebendo-o em um ambiente que precisa fazer duplo trabalho, onde todos os sujeitos precisarão reconhecer e supor naquele bebê um sujeito para nele investirem sua libido. É um trabalho de subjetivação em que o bebê é tão ativo, e também operador, quanto os sujeitos/adultos que estão ali.

Passamos a falar desse corpo, também em processo de constituição, e de seus efeitos no psiquismo.

É com base nas experiências de cuidado e manipulação em volta da pele e da sua superfície que o bebê adquire o reconhecimento de uma zona que delimita o interior a partir do exterior e o exterior a partir do interior. Quando as falhas ambientais são frequentes ou intensas, podemos perceber problemas na organização soma/psiquê. Assim, estados de não integração necessariamente têm repercussões sobre a constituição do corpo e dos envelopes psíquicos e o

desenvolvimento dos processos de simbolização primária (Roussillon, 2007). A função continente, o modelo conceitual do envelope psíquico é, antes de tudo, uma metáfora que designa uma função (de continência), e não seu contorno. Não é um objeto psíquico em si ou uma instância. Kaës (1979) distingue, na função continente, o próprio continente (receptáculo passivo para o depósito das sensações-emoções-imagens-afetos do bebê) e a função de continência que transforma (função alfa de Bion).

Anzieu (1985) conceituou o “eu-pele”, definiu suas funções e identificou suas alterações ao nível do sujeito com base nas primeiras concepções de Freud (1923/1976): “O ego é acima de tudo um ego corporal” (p. 41). A para-excitação, função que incumbe ao aparelho psíquico, possibilita a defesa do psiquismo contra a invasão pulsional endógena, mas também permite posteriormente a criação no bebê de um espaço psíquico onde ele possa hospedar suas próprias experiências, em particular de satisfação, permitindo-lhe desenvolver sua própria vida psíquica Anzieu (1987).

Associando o conceito de Anzieu e enlaçando-o ao pensamento de Bion temos que é esse processo que permite o crescimento e o desenvolvimento das próprias habilidades de pensamento do bebê e a formação de seus primeiros envelopes psíquicos. Se o bebê não encontra um objeto capaz de realizar esse trabalho de recepção-transformação, ele reintrojeta uma experiência desagradável e negativa que recusa as identificações projetivas e o leva a uma angústia que pode chegar ao terror sem nome (Bion, 1962/1994). Dessa forma, Bion (1962/1994) reforça a capacidade psíquica da mãe-reverie de transformar as “experiências cruas” projetadas de seu bebê em elementos desintoxicados, e depois assimiláveis, que permitiriam ao bebê desenvolver, gradualmente, seu próprio dispositivo de “pensar no bebê e construção de envelopes psíquicos e corporais pensamentos” (p. 110).

A função continente marca um ponto crucial que está envolvido nos cuidados diários com o bebê, os quais não podem ser pensados apenas após a ida para casa com os pais. Para

Houzel (2000), a função continente opera dentro da bissexualidade psíquica dos pais e se refere aos aspectos maternos (recepção, atenção, receptividade, maleabilidade) e paternos (resistência, firmeza, solidez) ou bissensuais (Houzel, 2015), e permite que o bebê se sinta unificado em seu corpo e no espaço. Bick (1991/1967), em seu artigo “A experiência da pele nas primeiras relações com o objeto”, também mostra a necessidade do bebê de um envelope psíquico e a necessidade de ser contido. Na prática hospitalar, percebemos que essa necessidade de ser contido é levada a sério quando vemos os esforços da equipe, e de alguns pais, para conter o bebê bem alinhado em volta de uma mantinha que, mais que limitar seus movimentos, visa garantir uma organização corporal que favorece a integração dos sentidos. Constatamos, nesse contexto, que muitos bebês ficam mais tranquilos e organizados quando estão no “charutinho”: braços e pernas fletidos, cabeça em linha média, e um tecido, cueiro ou manta, justo, mas sem apertar. Essa ação acrescida de explicações, manhês, canções de ninar, propiciam uma sintonia do mundo externo e interno do bebê, que é mediado pelo cuidador – aqui é ele “emprestando” seu corpo e também sua subjetividade em prol do bebê.

O papel do meio ambiente, portanto, é crucial em sua qualidade de barreira que tanto vai apresentar o exterior quanto receber as excitações do interior do bebê. A construção do envelope psíquico resulta da interiorização de um objeto continente ou da função continente do objeto cuja qualidade principal é a atenção (Ciccone, 2001). O modelo de função continente também pode ser estendido a todos os regulamentos triádicos (Houzel, 2000). Como as bonecas russas, o pai contém a mãe, que contém o bebê. O pai desempenha um papel protetor durante as primeiras semanas, dirigindo a díade mãe-bebê no apoio que ele oferece (Belot *et al.*, 2022).

Na situação da internação hospitalar, podemos incluir a equipe como esse quarto elemento que oferece sustentação a todos os outros anteriores, ajudando na construção de uma temporalidade psíquica e somática. É notório perceber que o bebê receberá não somente de

seus pais, mas de cuidadores profissionais, uma atenção e um cuidado singular, que têm a ver com a natureza de respostas e de suas interações naquele ambiente.

A expressão somática do bebê, seu equilíbrio psicossomático depende da qualidade do funcionamento interativo primário (Lebovici & Stoleru, 1983). O corpo não só é um lugar privilegiado de trocas, mas é também um meio de expressão de tensões: o choro do bebê, a expressão comportamental e o excesso residual de excitação no final do dia representam uma ilustração clara das ligações psique-soma e possíveis regulações nessa idade da vida. A forma como o cuidador decodifica as necessidades do bebê e a importância de sua resposta favorece a autorregulação futura e a troca satisfatória com o ambiente.

Fora da realidade hospitalar neonatal, mas ainda na clínica com bebês, por vezes as famílias buscam ajuda por receberem diagnósticos de atrasos ou problemas no desenvolvimento. Em casos como os da prematuridade, me questiono se o que é visto como sintoma e falha não seriam as marcas pulsionais desse período de internação – marcas no corpo que nem sempre foram expressas por palavras e que *a posteriori* o bebê também não pode saber e falar de sua história que virou sintoma. “A lembrança fica impressa no corpo e somente lá é que poderá ser despertada” (Ferenczi, 1927/1992, p. 268). É esse corpo que precisa ser escutado e lido após um período de internação. Que nós tenhamos ouvidos e olhos para perceber o corpo desmantelado e que possamos ajudá-lo a se organizar pulsionalmente, assim como no sentido sensoriomotor.

Freud precisou claramente a passagem do objeto da necessidade (leite, para simplificar com um exemplo princeps que respeita nossa condição na espécie) para o objeto do desejo, o que já se faz apreender na experiência psíquica que registra a experiência de satisfação da necessidade, como ele exprimiu. Dizer que o sujeito registra, representa esta experiência, é dizer que ele a perde como natural, e Freud é claríssimo ao afirmar

que o psiquismo procurará reencontrar o objeto segundo as linhas em que ele foi registrado psiquicamente. Ele denomina essa busca como desejo. (Elia, 2004, p. 45)

Não há prematuridade na questão da constituição, pois sabe-se que há uma outra lógica na noção de tempo e corpo para psicanálise, e não são necessários marcos no desenvolvimento para que um bebê possa ser colocado no lugar de desejo de seu cuidador primordial. Reconhecemos, com esta pesquisa, que a precocidade do nascimento coloca inúmeros elementos que necessitarão ser processados pelos sujeitos envolvidos; contudo, percebe-se que é possível que mesmo nesses contextos um sujeito possa se constituir.

### 6.3 O SUJEITO NA INCUBADORA

O investimento que é feito no prematuro é semelhante ao que se realiza intraútero: ele é, de certa forma imaginário, embora, também, real. O bebê que era aguardado para dali a algumas semanas é, ao mesmo tempo, aquele que já chegou e pegou a todos de surpresa. É aquele ser que vai chegando aos poucos, mesmo que já esteja lá. É um período de incubação fora do útero, dentro da incubadora. Ele existe, mas está impossibilitado de ser portado nos braços por sua família; ele é cuidado por outros, contudo, pouco a pouco, vai sendo devolvido para aqueles que o desejaram, ou passaram a desejá-lo após seu nascimento. É importante que se reconheça essa lacuna, esse vazio, onde o bebê parece flutuar no abismo, onde ele existe, mas ainda não é O bebê de seus pais – que se reconheça que ele precisa de tempo para se tornar, para se apropriar de sua história, assim como seus pais precisam se apropriar do filho e da história que eles viveram. Será necessário narrar para o filho e para si mesmos, tendo a equipe como testemunha de suas vivências traumáticas, que sejam acolhidos nas tramas da subjetividade e amparados por uma linguagem que não se restringe à fala. É o corpo do sujeito, marcado pelo indizível do real, que deixa um resto em si e em cada um que daquelas cenas participaram.

Reconhecendo o caráter ativo e inato do humano ao nascer temos que:

Cada bebê é uma organização em marcha; em cada bebê há uma centelha vital e seu ímpeto para a vida, para o crescimento e o desenvolvimento. É uma parcela do próprio bebê, algo que é inato na criança e que é impelido para a frente de um modo que não temos como compreender. (Winnicott, 1978, p. 28)

Por isso é mister colocar o bebê já nesse lugar de sujeito, pois, embora seja necessário um processo de constituição em curso, supor que um sujeito está ali é o que pode garantir a real aposta no bebê. É preciso também deixar o bebê ocupar o lugar da alteridade, para que ele possa apresentar seu ineditismo na relação com o Outro, deixando de ser alguém que apenas recebe para poder também oferecer algo de si na relação. Assim, fica claro que outras transformações psíquicas ocorrem com os sujeitos constituídos, pois ocupar um novo lugar na relação com esse sujeito em processo de devir também gera novos efeitos em seus cuidadores.

Numa UTIN, o tempo e as motivações parecem ser sempre as mesmas, o ambiente carrega uma atmosfera estressante e uma temporalidade frenética o que pode contribuir para o esvanecimento da dimensão subjetiva do bebê (Zornig, Morsch & Braga, 2004). O foco nas questões orgânicas nem sempre passa pelo subjetivo, dificultando a instauração de um circuito pulsional, de uma amarração simbólica dos pais na adoção de seu próprio filho. O parto prematuro instaura uma sensação de fracasso e culpa, principalmente na mulher, e dificulta o olhar narcísico investidor no bebê, o seu reconhecimento como parte da família e fruto do desejo de seus pais. A barreira física por conta da incubadora, procedimentos e aparelhos podem atrapalhar as trocas afetivas e o diálogo entre pais e bebê.

Por isso é necessário intervir a tempo para que a escuta da díade ou tríade, junto com a equipe, possa dar espaço para o acolhimento das angústias bem como para o espaço intersubjetivo para nascer o bem-dizer. Isso significa, então, possibilitar que, através de uma intermediação, este espaço possa ser construído, as palavras possam ser veiculadas, permitindo uma

amarração simbólica que produza efeitos psíquicos, estruturantes, no bebê. O espaço temporal será construído a partir dessa presença e ausência que marcam o período de internação e os

[...] tempos que se entrecruzam – a temporalidade retroativa, fantasmática dos pais, a temporalidade de construção e de constituição subjetiva do bebê, a temporalidade urgente que incita à ação da equipe médica e de enfermagem –, podem ser acolhidas e transformadas pelo tempo de elaboração e reflexão presente no trabalho analítico. (Zornig, Morsch & Braga, 2004, p. 7)

Pensar dessa maneira pode parecer inovador, sobretudo na medicina, que analisa mais os aspectos biológicos e mensuráveis que as questões subjetivas. Por exemplo, na neonatologia, a prematuridade é dividida em idades cronológica e corrigida, sendo a idade cronológica a que considera a data de nascimento; e a idade corrigida ajustada pelo grau de prematuridade. Após a pesquisa, e em consonância com o trabalho de Zornig e suas colaboradoras (2004), podemos pensar que, para o campo psíquico, a prematuridade precisa levar em conta a temporalidade de uma outra forma. Não por idade ou metas, mas por tempos, e incluindo aqui o tempo lógico, que dependerá de uma série de atos e elaborações para que o sujeito possa emergir. Não basta o tempo passar, ou um marco motor ser atingido: é necessária uma operação entre sujeitos constituídos e sujeito em constituição. Ou seja, colocar a constituição em nível de importância semelhante ao dos marcos do desenvolvimento. Para isso, é preciso incluir todos os cuidadores desse bebê e enxergá-lo como ativo.

De tal modo, podemos pensar que um nascimento é duplo, ocorre no sentido biológico e cultural: o bebê nasce para si no sentido de ser e no sentido de existir, nasce para seus pais e familiares, nasce para a comunidade e se constitui pouco a pouco nos encontros e desencontros com cada um, segundo determinada cultura e determinado tempo. Ou seja, todo nascimento passa por um Outro encarnado e por todos os outros que se seguem no seu cuidado, possibilitando um amparo a partir do desamparo primordial. Portanto, mesmo na prematuridade o bebê

poderá se constituir desde que haja sujeitos desejantes que possam se ocupar dele. E, no ambiente hospitalar, a função psicológica do profissional que dessa parte se ocupa precisa favorecer, e de certa forma garantir, a sustentação do bebê no epicentro do investimento e oferecer apoio à parentalidade e posição ativa dos pais durante e após a internação.

Destarte, podemos inferir que a constituição subjetiva diz respeito a uma transformação do ente biológico para um sujeito humano e se trata de uma operação cuja realização está vinculada ao olhar interessado e desejante de um outro, sujeito constituído.

A vida nunca chega cedo ou tarde demais, ela vem quando é chegada a hora, quando o desejo bate à porta e nos convoca a enfrentar o mundo. É preciso coragem para dar o primeiro passo e toda a força para seguir caminhando. Portanto, enxergo os bebês prematuros como corajosos e fortes de um destino que eles também escrevem. Se o corpo ainda é frágil, basta nos determos por alguns instantes e observá-los em suas incubadoras: o movimento ocular quando escutam uma voz, os braços que parecem querer se agarrar aos cabelos do mar, a insistência em abrir a boquinha e espremer os olhos exigindo alguém, mesmo que ninguém ouça seu choro. Mas eles são escutados, de corpo e alma, por aqueles que também ousam desejá-los, apesar de tudo.

Assim, reconheço que nenhum bebê prematuro, que sai vivo ou não da UTIN, é uma vida em vão. Todos eles comportam uma vida inteira no período de internação/vida pós-natal – mesmo que, por vezes, breve – e deixam nos que ficam a lembrança do desamparo e da impotência humana que todos nós carregamos, com a angústia e esperança de sermos desejados, cuidados e amados.

## 7 CONFLUÊNCIAS BRASIL E FRANÇA

Realizei o meu estágio doutoral na França no período de 1º de outubro de 2024 a 31 de março de 2025. Durante esse período, pude conhecer os serviços de apoio à parentalidade e perinatalidade, além de unidades hospitalares de dois Hospitais Universitários. Rouen foi minha cidade base, mas de lá pude fazer estágio no Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Caen, cidade do departamento de Calvados, e no Centre Hospitalier du Belvédère, onde conheci a *pouponnière*<sup>6</sup> ligada a este hospital. Nesta *pouponnière* participei de uma avaliação (Experimento de Situação Estranha) com uma criança de dois anos, que estava abrigada há algumas semanas, organizada pela psicóloga do CHU de Rouen para avaliar problemáticas do apego. Tive também a possibilidade de observar o trabalho de terapia familiar realizada no Hôpital Rouvray. Além de participar de reuniões clínicas, seminários, colóquios, formação e encontros profissionais acerca do trabalho a ser realizado com famílias. Na cidade de Caen, conheci o Hospital Universitário e tive bastante contato com equipes de puericultura, obstetrícia, psiquiatria e psicologia infantil e perinatal. Conheci os serviços de UTIN, UCIN, Unidade Canguru, maternidade, e participei de algumas consultas observando os profissionais, psiquiatra, psicóloga e psicomotricista. Dessa maneira, pude conhecer na prática os serviços de apoio e tratamento relacionados ao cuidado do bebê, crianças e família. Nas trocas com os profissionais, aproveitava a ocasião para falar sobre os serviços que temos no Brasil e principalmente sobre nosso Sistema de Saúde, desafios e orgulhos.

Em uma reunião com a chefe da puericultura do Departamento de Seine-Maritime, ela falou que a maior causa de mortalidade das gestantes e puérperas dos países desenvolvidos é o suicídio, e que, portanto, era preciso que os profissionais tivessem formação adequada para

---

<sup>6</sup> “Les pouponnières à caractère social accueillent les enfants âgés de moins de trois ans qui ne peuvent ni rester au sein de leur famille ni bénéficier d'un accueil de type familial et dont l'état de santé ne nécessite pas une prise en charge dans une pouponnière à caractère sanitaire.” (Décret n° 2025-900 du 5 septembre 2025, Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles).

poder identificar e encaminhar casos de sofrimento psíquico. Pelas estatísticas da OMS, cerca de 10% das gestantes e 13% puérperas sofrem de algum transtorno mental, principalmente depressão; nos países em desenvolvimento, essa porcentagem é ainda maior, chegando a 15,6% durante a gravidez e 19,8% após o parto (WHO, 2022). Ou seja, em países desenvolvidos, as dificuldades de acesso e assistência são menores em vista de países em desenvolvimento, contudo, fica claro que problemas sociais e de estruturas básicas tornam a saúde das gestantes e dos bebês e crianças mais difícil, uma vez que agravam não apenas sua condição física quanto mental.

Condições básicas para acesso à assistência em saúde, mobilidade para ir a consultas e tratamentos e condições de obter medicações prescritas, tudo isso eu pude observar que na França são problemas menores no sistema público. O sistema de saúde francês é financiado pelo Estado e é ele que faz a prestação de cuidados de saúde e regula as relações entre as instituições financiadoras, os profissionais de saúde e os pacientes. O sistema é planejado e organizado em função das necessidades e expectativas da população, possuindo um forte compromisso com um método universal, obrigatório e solidário de prestação de cuidados de saúde. Existem muitos mecanismos de proteção incorporados para que a partilha de custos não impeça as pessoas de receberem os cuidados necessários (El Taguri & Nasef 2008). É um sistema de saúde ligado, portanto, ao social.

Pude observar que as famílias que acompanhei não se queixaram de dificuldades quanto ao transporte para comparecer às consultas, ou seja, o nível de absenteísmo que presenciei nas consultas agendadas foi baixo. O grupo de enfermeiros puericulturistas fez uma reunião comigo e me explicou como funcionava o seu trabalho em Caen. Além do trabalho no hospital, eles também faziam visita e atendimento domiciliar e, em alguns casos, aplicavam o método de Esther Bick com díades que eles avaliavam como em dificuldades de relação. Na reunião com eles e outros profissionais, percebi que há uma forte tentativa de mesclar os

atendimentos de saúde com os de cunho social ou jurídico. Por vezes, algumas famílias fazem o acompanhamento psicossocial com instituições de saúde e proteção da infância.

O ambiente de trabalho que conheci se mesclava muito com outras instâncias institucionais. No hospital, há interface com os serviços da Proteção Materno Infantil, assistência social, educação e rede. As reuniões de trabalho são importantes, necessárias e respeitadas. Conhecemos a história de vida e os problemas que levam famílias a pedir ajuda. O cuidado precisa passar por uma reflexão e determinação de quem faz o quê. Uma orquestra que precisa aprender a canção de cada paciente, cada família. A segurança nos serviços e a certeza de que outras partes do circuito funcionarão trazem alívio diante de situações complexas e difíceis. Nem tudo se resolve com psicoterapia. Gestos simples e falas cirúrgicas para cada sujeito em sua singularidade são mobilizados. Não há garantias ou promessas, mas, à medida que cada um pode ocupar seu lugar e um campo de fala e escuta se estabelece, algumas operações entram em curso.

Aprendi a observar a vida e as relações não apenas nos campos de estágio, mas também na vida cotidiana que aos poucos fui conhecendo. Esse cotidiano também se tornou o meu. Transporte, mudança de estações, fazer compras, interagir com desconhecidos, me aproximar de algumas pessoas e conhecer suas famílias. Um fato que muito me chamou a atenção, foi que muitos casais optam por não compartilhar o sexo do bebê durante a gestação, se já o sabem, e também não falam o nome dele, apenas depois do nascimento. Entre as famílias que conheci e frequentei, muitos carregam os nomes de outros familiares. Por exemplo, o filho mais velho carrega o nome dos avós paterno e materno; e o segundo filho tem o nome do pai e do irmão mais velho, após a escolha do nome dado pela família. São diferenças culturais, mas que trazem também a noção de uma herança que existe em todos os lugares, o que me confirma que mesmo antes do nascimento o bebê está imerso na cultura de seus genitores. Aquilo que lhe é atribuído consciente e inconscientemente fica para sempre registrado em seu psiquismo e suas relações.

Mais uma vez percebemos a força da transgeracionalidade nos processos da parentalidade.

A vida social e comunitária é importante vetor de saúde e desenvolvimento. Ir a eventos, museus, restaurantes, ter contato com a natureza, tudo isso faz parte de viver em sociedade e ao mesmo tempo estar mais próximo das pessoas da família. Percebi, observando as pessoas na rua, que muitos homens, dos que vi e conversei, ocupavam o lugar esperado de um pai. Eles saem sozinhos com os filhos, sem a necessidade de uma figura feminina para cuidar das crianças. Estão presentes nas consultas médicas, nas reuniões de escola, nos parques, nos supermercados, nos transportes comuns, e não são mais valorizados por isso. É esperado deles, assim como o que é esperado da mulher. O cuidado é partilhado na maior parte das famílias que acompanhei e nas que convivia, e isso se notava no dia a dia.

Nas reuniões sobre os pacientes, fossem bebês, crianças ou adolescentes, a figura do casal parental era sempre colocada como importante para a dinâmica do entendimento sobre a família. Era importante que tanto a mãe quanto o pai estivessem presentes e investidos, assim como se esperava que estivessem bem para poder exercer essa função de criação e cuidado. A saúde mental de cada integrante merecia um olhar e apesar de algumas resistências, de modo geral, a população atendida onde estagiei respeitava bem as indicações para psicoterapias. Notei que o estigma de saúde mental existe, mas é menor, quando comparo com o Brasil.

Sobre a comparação, ela é inevitável. Mas é preciso levar em consideração inúmeros fatores para que se possa observar aquilo que é possível de uma importação ou exportação. As desigualdades existentes na França são diferentes das do Brasil, tanto na base quanto no tratamento dado pelo governo e pelos cidadãos. A assistência social não é vista como um calo que impede o crescimento, mas como um direito que tem a ver com condições dignas de vida, embora também seja fortemente atacada. A imigração é uma questão complexa, controversa e que por vezes é difícil de ser compreendida. Em inúmeras discussões de equipe, e também nos casos que atendi, essa questão se mostrava presente. Diferenças culturais, religiosas e sociais

por vezes são confundidas com psicopatologia e revestidas de preconceitos. A laicidade é um preceito e está marcada em todas as entradas de instituições estatais, havendo exposta uma carta sobre a Laicidade do Estado, que deixa clara esta questão.

Por outro lado, sobre o ensino, a educação – um orgulho para os franceses – é uma base que tenta diminuir as barreiras das diferenças. O ensino é público, laico e atinge a grande maioria das crianças. Há transporte escolar que garante que crianças que moram em cidades pequenas na *campagne* possam frequentar as aulas.

Compreendi que o nível educacional e cultural permite que os usuários do sistema de saúde tenham uma relação menos paternalista com os responsáveis pelos cuidados em saúde e com as equipes de intervenção psicossocial. Ou seja, a autonomia é tomada como a posição do sujeito.

Um outro fato importante que me fez refletir sobre o aparato de saúde e assistência social está nos direitos das mulheres, sobretudo o direito ao aborto. Este direito está assegurado desde 1975 e em março de 2024 passou a ser garantido pela constituição francesa, além de o país ter uma discussão mais ampla sobre o papel da mulher na sociedade, seus direitos e a equidade, sobretudo no campo do trabalho, o que com o tempo foi se convertendo em uma maior liberdade e melhores condições de vida. Não obstante, apesar desses avanços, há, sim, muitos atos violentos contra as mulheres, seja de natureza física, seja sexual ou psicológica, tanto dentro quanto fora das relações afetivas. Dados do Ministère de l'intérieur de 2023 mostraram que 93 mulheres foram vítimas de feminicídio na França, 319 vítimas de tentativas de feminicídio e 773 mulheres fizeram ou tentaram suicídio após abusos cometidos por seus parceiros e ex-parceiros; além disso, em média, 373 000 mulheres com mais de 18 anos já foram vítimas de violências físicas, sexuais e ou psicológicas ou verbais cometidas por seus companheiros e ex-companheiros (França, 2024).

Em novembro de 2024, tive a oportunidade de conhecer a história de uma atriz,

comediante francesa que escreveu e teatralizou a violência sexual sofrida quando ela tinha nove anos em Paris. Adelaïde Bon (2018) escreveu sobre esse trauma em *La petite fille sur la banquise*. Tanto na peça, encenada por ela, quanto no livro, ela dá detalhes do crime, de seu autor e narra toda a sua jornada para lidar com o acontecimento. Terapeutas, psiquiatras, terapias alternativas. Após a peça, ela e o professor Drieu discutiram sobre a questão da violência sexual na França. Também fui chamada e pude falar sobre minha experiência de oito anos de assistência às vítimas de violência sexual no Distrito Federal.

Uma das riquezas de realizar um estágio desse tipo é que, além de aprender com os profissionais e professores de lá, consegui levar um pouco das produções brasileiras e discutir nossos avanços e desafios ao longo do tempo. Era preciso sempre desmistificar alguns pontos, mostrando que o Brasil é um país de grande extensão continental e que cada região tem forças e fraquezas próprias, de maneira que as soluções para nossos problemas precisam vir da nossa própria nação, podendo, é claro, aprender com a história de outros países, mas que não devemos nos perder em buscar um modelo externo que consiga mudar nossa realidade.

Percebi que, assim como no Brasil, as condições nem sempre são favoráveis para os trabalhadores da saúde. Há muito trabalho para poucos profissionais e nem todas as pessoas que de fato necessitam de assistência conseguem recebê-la adequadamente e em tempo oportuno – também havia filas de espera para consultas, exames, serviços nos lugares por onde passei.

Algo que me marcou no momento da minha ida para a França foi quando avisei às pacientes internadas com seus bebês na enfermaria da UCINCa. Fui me despedindo de cada bebê e cada mulher, disse que estava indo para outro país para estudar sobre aquilo que fazia com eles. Tamanha não foi minha surpresa quando uma mãe se virou para seu filho, nascido com 26 semanas e que naquele momento já estava prestes a sair de alta, depois de três meses de internação hospitalar, e disse: “Olha, filho, a nossa psicóloga está indo para a França estudar

e voltar para nos atender.” Essa fala me marcou e me acompanhou todos os dias quando me debruçava sobre esta tese.

Sim, foi e é por eles e por todos os outros bebês prematuros e suas mães, pais, irmãos e familiares que eu estudo e trabalho. O prazer de poder servi-los no nosso SUS é incomensurável. Sinto um orgulho sem fim de estar na posição que estou, fazendo o que faço no meu país. Percebo todos os dias que a sutileza da escuta e a potência de uma presença simples e despida de um suposto saber são os verdadeiros instrumentos que posso levar para dentro do ambiente hospitalar. A angústia vai cedendo espaço para o orgulho, a alegria e trazendo mais força para novas apostas nos sujeitos que nascem todos os dias prematuramente.

A idealização do trabalho nos países considerados desenvolvidos é bastante comum. Ouvi de diversos colegas que eu deveria tentar imigrar para a França, pois lá teria uma vida melhor. Discordava disso antes e após o estágio discordo ainda mais. A França tem uma tradição nas ciências humanas que é admirável e foi excelente encontrar profissionais experientes, cuja formação tem bases sólidas e inspiradoras. Contudo, sei que no Brasil, igualmente, temos profissionais que realizam um trabalho de excelência, bem embasados e que servem à nossa população, além de professores que compartilham suas pesquisas, trabalhos clínicos e teóricos com aquilo que temos como forças e desafios.

Na minha estadia em Rouen, um colega me disse que eu era a pessoa mais chauvinista que ele já havia conhecido. Fiquei surpresa porque nunca me considerei uma pessoa patriota, mas estar no exterior e falar sobre nosso trabalho e cultura me fez enxergar que nossas riquezas vão além das belezas naturais. O trabalho tem a marca do nosso povo e somos atravessados por nossa cultura e nossa história a todo momento quando atendemos um bebê e sua família – assim entendi que não posso me desfazer de quem sou e de onde venho em prol de uma teoria que não foi pensada por e para o meu povo. É preciso fazer algo a partir daquilo que já temos em nosso território, reconhecendo aqueles que vieram antes de nós e avançando em prol de um

atendimento digno e tecnicamente adequado e bom, sobretudo no SUS.

Que eu possa ter ânimo, força e coragem para continuar.

As palavras não são suficientes, concludo.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho visou discutir os conceitos de corpo, pulsão e constituição psíquica a partir da perspectiva da prematuridade. A dimensão subjetiva não pode ser deixada de lado em situações em que a vida orgânica corre perigo. O nascimento de um bebê prematuro implica uma série de eventos que podem ser traumáticos, mas só serão assim registrados dependendo da maneira como a história é desenrolada e narrada por seus cuidadores. A necessidade de uma equipe especializada e maquinário não tira os pais de seu lugar, mas acrescenta outros agentes para as operações físicas e psíquicas fundamentais para a garantia da vida orgânica e pulsional do bebê, bem como para favorecer o nascimento de um casal parental.

A subjetivação é um processo complexo contínuo e que é influenciado pela construção imaginativa do bebê na fantasia de seus pais desde antes de sua concepção. No contexto da prematuridade, as fantasias parentais adquirem grande relevância, tendo em vista as dificuldades próprias da vivência de parto prematuro e da internação de longa duração em ambiente hospitalar, bem como os impactos que podem transcorrer na formação do vínculo pais-bebê e, principalmente, naquilo que vai tangenciar sua constituição psíquica.

O corpo e a psiquê estão intimamente ligados desde o início da vida, ainda intraútero. As pulsões, assim como as sensações e as percepções, são as fontes da vida psíquica, as quais chegam a partir da relação do bebê com o ambiente, mediada por seus outros próximos. O corpo é, além disso, a primeira forma de expressão da subjetividade: é através dele que o bebê comunica ao seu ambiente suas vivências subjetivas, agradáveis ou desagradáveis, experiências que exigem um olhar atento e compreensivo visando contenção e bem-estar; em outras palavras, buscando aliviar estímulos desprazerosos e reconhecimento de prazer, atravessado pela lógica da sexualidade. O corpo é também um palco através do qual se expressa a realidade psíquica. Os sintomas do corpo contam eventos psíquicos que não podem

ser expressos pela linguagem, que são inconscientes. O infantil encontra no corpo, assim, ao longo da vida, um meio privilegiado de expressão. O lugar do corpo também pode ser questionado do ponto de vista social. Como em situações em que se pensa apenas no corpo biológico, do cérebro, do desenvolvimento, deixando de lado a subjetividade e o sofrimento psíquico – uma dimensão exclusivamente cerebral e comportamental.

Do ponto de vista da prematuridade, a tese é de que há na incubadora um sujeito que já iniciou seu processo constitutivo, mas ainda há outras operações que necessitam acontecer para que ele possa garantir sua sobrevivência psicofísica. O sujeito não tem idade ou marcos, mas tempos da constituição psíquica. A maneira como olhamos, nos dirigimos e principalmente o que esperamos do bebê enquanto resposta na interação dão sinais importantes do lugar que é oferecido a ele e, ainda, da percepção e do reconhecimento de sua atividade frente a seus cuidadores.

No ambiente hospitalar, colocar o bebê no centro, não como paciente, mas como agente de seu processo, muda a maneira como nos relacionamos com ele. E, mesmo que isso não aconteça de maneira clara e igual para todos os profissionais e pais, nesta pesquisa, observei que múltiplas são as formas de nos comunicarmos com alguém que acabou de nascer. Esse lugar de estreia e adaptação exige não somente do bebê, mas de cada sujeito que ali se prontifique a atender suas necessidades básicas e biológicas, mas que além disso ofereça algo de seu desejo para que o bebê tenha algo para se agarrar – uma “centelha de vida” que lhe anime o psiquismo. Em outras palavras, no trabalho realizado no hospital, em específico na neonatologia, fica evidente que não basta uma equipe fazer seu trabalho técnico, é necessário que se invista em cada sujeito um desejo particular de que ele possa superar sua imaturidade física e se firmar nessa terra de incertezas. O funcionamento do equipamento necessita da maturação da função e da vontade de que a máquina funcione – a isso chamamos “desejo”. Um desejo que não é anônimo e é especificamente dirigido.

No SUS, o resultado das políticas públicas e seus desafios frente a tantas desigualdades é um modelo de saúde que possibilita um alcance mais abrangente e que se propõe não apenas a melhora da saúde, mas sua promoção e cuidado digno para a população. Como profissionais, somos operadores e representantes das leis, e reconhecendo o SUS como uma lei, é importante que cada personagem da equipe possa ocupar seu lugar e oferecer uma assistência que não tire a autonomia e o caráter ativo de cada bebê e família, saindo de uma postura paternalista e determinista para outra que possibilita o devir daquele bebê enquanto sujeito. Por isso, para mim, esse trabalho tem um fator de crença em um mundo melhor. Se melhorarmos a assistência no início da vida, talvez possamos mudar a realidade.

De certa maneira, a nossa prematuridade, mesmo em casos a termo, nos coloca em situação de dependência e impulsiona a relação com o outro. Desse encontro, saímos da ordem do instinto para adentrarmos na lógica pulsional atravessados pela linguagem, um *continuum* desde o ventre. A natureza se transforma do biológico para o relacional e, assim, a prematuração – prematura-ação – revela que há algo da ordem psíquica que independe das condições ideais de maturação e prontidão biológica: é entre a realidade e o ideal que fazemos a aposta.

Dessa forma, o sujeito é produzido no lugar da cicatriz, dessa separação-junção corpo-linguagem, em que se situa o impossível. A partir daí, o sujeito confunde-se com seu ato. Também nesse sentido, o ato produz algo no Outro, sendo que dali parte algo de sua confirmação pelo seu retorno como efeito de sujeito. Ou seja, há uma sequência de operações inconscientes que vão pavimentando o percurso da subjetivação.

Muito ainda ficou por ser dito e explorado, mas reconhecendo que o início da vida é apenas o início, permito-me deixar que novos trabalhos tragam aquilo que neste não consegui abordar. Há sempre algo por escrever, uma ideia que surge de última hora e uma linha solta que parece perdida no texto. Conceitos como *das Ding*, traço unário, objeto *a*, e ainda outros,

não puderam ser aqui tratados por uma limitação do escopo neste momento final da tese. Os instantes finais, uma agonia de sentir que deveria ter mais tempo para escrever. “Ainda não estou madura”. Doutorado também se escreve com o corpo e seu parto parece, de certo modo, prematuro, mesmo que no tempo esperado. É a prematuridade que me atravessa não estando pronta para me parir nesse mundo de palavras e sustentar meu dizer.

Se pensarmos na escrita como um ato do sujeito posso afirmar, neste percurso doutoral, os efeitos da aposta da minha orientadora, da banca e de todos os outros que apostaram em mim para a realização deste trabalho, além da minha própria aposta. Logo, para mim, a experiência de doutorado, é um tipo de constituição. Constitui-se uma doutora nessas relações, passando pelos outros e por mim nesta dialética. Neste ano em que completo 15 anos de trabalho na Saúde Pública é um grande privilégio poder testemunhar diariamente o impacto desse trabalho na vida de tantas famílias. A entrega da tese, a escrita, parir a si mesmo, é também reconhecer que o autor e a obra constituem um outro. Assim, seguindo o pensamento de Bartucci (2001):

[...] haveria alguma forma de pensar a “travessia da escrita” – analogamente ao que Lacan chamou de “travessia do fantasma”, em associação ao final de análise –, como no caso do escritor que atravessa e é atravessado por sua obra e sua escrita, num processo de “desvestimento do imaginário”, quando a “referencialidade se faz escritura”. Não é à toa que se hipotetiza se “todo ato de escritura verdadeira, ou seja, um escrito que produz um sujeito, implica uma certa condição de exílio daquele que enfrenta o desafio de escrever”. Seria então, neste intervalo de “um ao outro” que deduziríamos um sujeito”. (Bartucci, 2001, p. 14)

Reconhecendo o caráter constitutivo da escrita e considerando a trajetória desse trabalho de tese, consigo aceitar a minha limitação por não abarcar tudo o que desejava e por reconhecer essa barra que é tão característica do sujeito.

Concluindo esta pesquisa, percebemos que a evolução dos cuidados em neonatologia representa também uma mudança no olhar sobre o processo de gestação e nascimento. As políticas públicas acompanham – a passos lentos talvez, mas elas também representam – a mudança da sociedade, que percebe que cuidar desse momento de vida é cuidar do presente e do futuro da população. Não podemos cair na cilada de imaginar ser possível prever todos os riscos e buscar ensinar aos casais como terem filhos saudáveis e felizes, pois isso não passa pela via do ensino, e muito menos do mercado. É a transmissão do que cada um tem de sua biografia na relação com o outro. Não há manual ou contrato que garanta o *final feliz*. Reconhecemos que não há um caminho que não passe pelo mergulho em nossa própria história e, ainda mais, reconhecemos que há algo que move cada sujeito em uma direção, fazendo-o atravessar rios e tempestades: o desejo, e é para esse ponto que devemos olhar, segundo a narrativa de cada um.

O cuidado salva, trata e protege, mas somente o desejo constitui.

**Finalizo com meu desejo a todos os bebês:**

*...A mãe reparava o menino com ternura.*

*A mãe falou: Meu filho você vai ser poeta!*

*Você vai carregar água na peneira a vida toda.*

*Você vai encher os vazios*

*com as suas peraltagens,*

*e algumas pessoas vão te amar por seus despropósitos!*

Manoel de Barros (2000, p. 47)

## REFERÊNCIAS

- Agman, M., Druon, C., & Frichet, A. (1999). Intervenções psicológicas em neonatologia. In Wanderley, D. B. (Ed.), *Ágora eu era o rei: Os entraves da prematuridade* (pp. 17–34). Ágalma.
- Alves Filho, N., & Alves, J. C. M. (2023). *História da Neonatologia no Brasil (1960–1990)*. Lux.
- Andrade, M. A. G. (2002). Nascimento pré-termo e formação de laços afetivos. In Corrêa Filho, L., Corrêa, M. E. G., & França, P. S. (Eds.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: Saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (pp. 422–437). L.G.E.
- Angelou, M. (2018). *Eu sei por que o pássaro canta na gaiola*. Astral Cultural. (Obra original publicada em 1969)
- Anzieu, D. (1985). *Le moi-peau*. Dunod.
- Anzieu, D. (1987). Les signifiants formels et le Moi-Peau. In Anzieu D., Doron, J., Houzel, D., Missenard, A., Enriquez, M., Anzieu A., Guillaumin J., Lecourt, É., & Nathan, T. (Eds.), *Les enveloppes psychiques* (pp. 1–22). Dunod.
- Aragão, R. de O. (2007). *A construção do espaço psíquico materno e seus efeitos sobre o psiquismo nascente do bebê* (Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Recuperado de <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/15630>
- Aragão, R. de O. (2018). Entre mãe e bebê: continuidade, descontinuidade e ritmo. In Aragão, R. de O. & Zornig, S. A.-J. (Eds.), *Continuidade e descontinuidade no processo de subjetivação do bebê* (pp. 29–41). Escuta.
- Ariès, P. (1981). *História social da criança e da família* (Flaksman D., Trad., 2ª ed.). Zahar.

- Auster, P. (2004). *A invenção da solidão* (Figueiredo R., Trad.). Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1982)
- Avery, G. B. (1978). *Neonatologia: Fisiopatologia e cuidado do recém-nascido*. Artes Médicas.
- Barros, M. (2000). *Livros sobre nada*. Record.
- Bartucci, G. (Ed.). (2001). *Psicanálise, literatura e estéticas de subjetivação*. Imago.
- Belot, R. A., do Amparo, D. M., Taunay, C., & Zerbini, E. C. (2022). Somatização no bebê e construção de envelopes psíquicos e corporais: Observação de um caso. *ALTER – Revista de Estudos Psicanalíticos*, 37(1), 41–60. Recuperado de <https://spbsb.org.br/web/wp-content/uploads/2022/08/Somatizacao-do-bebe.pdf>
- Bentata, H. (2009). O canto de sereia: Considerações a respeito de uma incorporação frequente da voz materna. *Reverso*, 31(57), 13–20. Recuperado de [http://pepsic.bvsa-lud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-73952009000100002&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsa-lud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952009000100002&lng=pt&tlng=pt)
- Bick, E. (1987). Child analysis today. In Harris M., & Bick, E. (Eds.), *Collected papers of Martha Harris and Esther Bick* (pp. 104–113). The Roland Harris Education Trust. (Obra original publicada em 1961)
- Bick, E. (1987). Notes on infant observation in psycho-analytic training. In Harris, M. & Bick, E. *Collected papers of Martha Harris and Esther Bick* (pp. 240–256). The Roland Harris Education Trust. (Obra original publicada em 1964)
- Bick, E. (1991). A experiência da pele nas relações de objeto arcaicas. In Spillius, E. B. (Ed.), *Melanie Klein hoje* (Mandelbaum, B. H., Trad., Vol. 1, pp. 194–198). Imago. (Obra original publicada em 1967)
- Bion, W. (1994). *Uma teoria sobre o pensar: Estudos psicanalíticos revisados* (Dantas, W. M. M., Trad.). Imago. (Obra original publicada em 1962)

- Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2004). Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e a maternagem como fator de proteção. *Estudos de Psicologia, 21*(3) 211–226. Recuperado de <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/estpsi/article/view/6722>
- Bon, A. (2018). *La petite fille sur la banquise*. Grasset.
- Bonutti, D. P., Daré, M. F., Castral, T. C., Leite, A. M., Vici-Maia, J. A., & Scochi, C. G. S. (2017). Dimensioning of painful procedures and interventions for acute pain relief in premature infants. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 25*, e2917. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1387.2917>
- Borsani, E., Della Vedova, A. M., Rezzani, R., Rodella, L. F., & Cristini, C. (2019). Correlation between human nervous system development and acquisition of fetal skills: An overview. *Brain & Development, 41*(3), 225–233. <https://doi.org/10.1016/j.braindev.2018.10.009>
- Brasil, K. T., Lazzarini, E. R., Scheinkman, D., Maesso, M., Baron, S., Legnani, V., & Drieu, D. (2025). Parenthood: Contributions from psychoanalysis to public health policies. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 41*(spe1), e41nspe11. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e41nspe11.en>
- Brasil. (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Recuperado de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm)
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2012). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Recuperado de [http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html)
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2017). *Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: Manual técnico* (3ª ed.). Ministério da Saúde.

- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2018). *Método Canguru: Manual da terceira etapa do Método Canguru na Atenção Básica*. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. (2024). *Boletim Epidemiológico* (Vol. 55, nº 13). Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-13.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2020). Semana da prematuridade. Recuperado de <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/11/data-marca-importancia-do-cuidado-com-o-prematuro>
- Brasil. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). (2025, abril). *Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal*. Recuperado de <https://svs.aids.gov.br/dadent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/>
- Brenner, S. M. (2011). O quarto tempo do circuito pulsional. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 40, 74–88.
- Busnel, M. C. (2002). A sensorialidade do feto. In Corrêa Filho, L., Corrêa, M. E. G., & França, P. S. (Eds.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: Saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (pp. 299). L.G.E.
- Busnel, M.-C. (2021). *L'aube de l'être: Souvenirs des bébés*. Langage.
- Bydlowski, M. (2002). O olhar interior da mulher grávida: Transparência psíquica e representação do objeto interno. In Corrêa Filho, L., Corrêa, M. E. G., & França, P. S. (Eds.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: Saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (pp. 205). L.G.E.
- Caron, N. A. (Ed.). (2000). *A relação pais-bebê: Da observação à clínica*. Casa do Psicólogo.

- Caron, N. A., & Lopes, R. C. S. (2014). *Aprendendo com as mães e os bebês sobre a natureza humana e a técnica analítica*. Dublinense.
- Carrascoza, J. A. (2016). *Diário das coincidências*. Alfaguara.
- Catão, I. (2008). Do som à música, da música à voz: Os passos da fundação do sujeito. In Atem, L. M. (Ed.), *Cuidados no início da vida*. Casa do Psicólogo.
- Chbani, H., & Pérez-Sánchez, M. (1998). *O quotidiano e o inconsciente: O que se observa torna-se mente*. Climepsi.
- Chizzotti, A. (1995). *Pesquisa em ciências humanas e sociais* (2ª ed.). Cortez.
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante: Modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 2(17), 81–102.
- Clark-Gambelungho, M. B., & Clark, D. A. (2015). Sensory development. *Pediatric Clinics of North America*, 62(2), 367–384. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2014.11.003>
- Condon, W. S., & Sander, L. W. (1974). Synchrony demonstrated between movements of the neonate and adult speech. *Child Development*, 45(2), 456–462. <https://doi.org/10.2307/1127968>
- Coriat, E. (1997). *Psicanálise e clínica de bebês*. Artes e Ofícios.
- Costa, M. V. (2017). As aplicações do método Esther Bick. In Costa, M. V., *Método de observação de bebês modelo Esther Bick: O ensino da contratransferência para psicanalistas e psicólogos* (pp. 71–102). Juruá.
- Couto, D. P. do. (2017). Freud, Klein, Lacan e a constituição do sujeito. *Psicologia em Pesquisa*, 11(1), 1–2. <https://doi.org/10.24879/201700110010094>
- Couvert, M. (2020). *A clínica pulsional do bebê*. Instituto Langage.
- Creswell, J. W. (2014). *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: Escolhendo entre cinco abordagens*. Penso.

- Cruz, M. D, Fernandes, A. M, & Oliveira, C. R. (2016). Epidemiology of painful procedures performed in neonates: A systematic review of observational studies. *European Journal of Pain*, 20(4), 489–498. [10.1002/ejp.757](https://doi.org/10.1002/ejp.757)
- Deleuze, G. (2006). *Lógica do sentido*. Perspectiva.
- Dolto, F. (2018). *Tudo é linguagem* (2ª ed.). Martins Fontes.
- Druon, C. (1997). Como o espírito vem ao corpo das crianças em UTI Neonatal. In Lacroix, M. B., & Monmayrant, M. (Eds.), *Os laços do encantamento: A observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações* (pp. 139–148). Artes Médicas.
- Duarte, E. D., Sena, R. R. D., Dittz, E. D. S., Tavares, T. S., Silva, P. M., & Walty, C. M. R. F. (2013). A integralidade do cuidado ao recém-nascido: Articulações da gestão, ensino e assistência. *Escola Anna Nery*, 17, 713–720. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20130016>
- El Taguri, A., & Nasef, A. (2008). The French health care system: What can we learn? *Lithuanian Journal of Medicine*, 3(4), 186–191. <https://doi.org/10.4176/081009>
- Elia, L. (2004). *O conceito de sujeito*. Jorge Zahar.
- Fagard, J., Esseily, R., Jacquy, L., O'Regan, K., & Somogyi, E. (2018). Fetal origin of sensorimotor behavior. *Frontiers in Neurobotics*, 12, 23. <https://doi.org/10.3389/fnbot.2018.00023>
- Favaro, M. S. F., Peres, R. S., & Santos, M. A. (2012). Avaliação do impacto da prematuridade na saúde mental de puérperas. *Psico-USF*, 17(3), 457–465. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712012000300012>
- Ferenczi, S. (1992). Adaptação da família à criança. In *Obras completas de Sándor Ferenczi* (pp. 1–14). Martins Fontes. (Obra original publicada em 1927)
- Ferenczi, S. (2011). Confusão de línguas entre adultos e a criança. In Ferenczi, S., *Obras completas* (Vol. IV, pp. 111-121). Martins Fontes. (Obra original publicada em 1933)

- Ferenczi, S. (2011). Reflexões sobre o trauma. In Ferenczi, S., *Obras completas* (Vol. IV, pp. 109-118). Martins Fontes. (Obra original publicada em 1934)
- Fernandes, P. C. C., Cenedesi Júnior, M. A., Snichelotto, A. B. R., Silva, I. P., Oliveira, J. A. de, Machado, T. S. de P., & Silva, V. G. da. (2023). Puericultura no Brasil: definição, história e conquistas. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 9(6), 746–755. <https://doi.org/10.51891/rease.v9i6.10263>
- Ferrari, A., & Donelli, T. M. S. (2010). Tornar-se mãe e prematuridade: Considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. *Contextos Clínicos*, 3(2), 106–112. Recuperado de <https://periodicos.ufmg.br/index.php/contextosclinicos/article/view/63093>
- Figueiredo, L. C., & Minerbo, M. (2006). Pesquisa em psicanálise: Algumas ideias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 257–278. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0103-58352006000100017](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-58352006000100017)
- Fink, B. (1998). *O sujeito lacaniano: Entre a linguagem e o gozo*. Jorge Zahar.
- França. Ministère de l'intérieur. (2024). *Base des victimes de crimes et délits*. SSMSI. Recuperado de <https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2025-11/Lettre-violences-sexistes-et-sexuelles-novembre-2025.pdf>
- Freitas, A. L. de. (2023). *O trauma do nascimento prematuro: Um estudo psicanalítico sobre os desafios na amamentação*. Dialética.
- Freud, S. (1915). As pulsões e seus destinos. In *Obras incompletas de Sigmund Freud: As pulsões e seus destinos* (pp. 13–69). Autêntica Editora. (Obra original publicada em 1919)
- Freud, S. (2012). *Obras completas, volume 11: Totem e tabu, contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos (1912-1914)* (P. C. de Souza, Trad.). Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1913)

- Freud, S. (1976). O ego e o id. In *Edição brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 13–83). Imago. (Obra original publicada em 1923)
- Freud, S. (1990). Projeto para uma Psicologia Científica. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp.387-533). Imago. (Obra original publicada em 1895)
- Freud, S. (1996). Lembranças encobridoras. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad.,Vol. 3, pp. 317-343). Imago. (Obra original publicada em 1899)
- Freud, S. (2010). Introdução ao narcisismo. In Freud, S., *Obras completas* (Vol. 12, pp. 13–50). Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1914)
- Freud, S. (2010). O inquietante. In S. Freud, *Obras completas* (Vol. 14, pp. 329–376). Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1919)
- Freud, S. (2014). *Inibição, sintoma e angústia*. In S. Freud, *Obras completas* (Vol. 17, pp. 13-123). Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1926)
- Fu, M., Song, W., Yu, G., Yu, Y., & Yang, Q. (2023). Risk factors for length of NICU stay of newborns: A systematic review. *Frontiers in pediatrics*, *11*, 1121406.  
<https://doi.org/10.3389/fped.2023.1121406>.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (2025). *Décadas de avanços na redução da mortalidade infantil e de natimortos estão ameaçadas*. Recuperado de <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/decadas-de-avancos-na-reducao-da-mortalidade-infantil-e-de-natimortos-estao>
- Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF]. (2025). *75 anos pelas crianças e pelos adolescentes: uma história em construção*. Recuperado de [https://www.unicef.org/brazil/media/34296/file/UNICEF\\_75\\_ANOS\\_WEB.pdf](https://www.unicef.org/brazil/media/34296/file/UNICEF_75_ANOS_WEB.pdf)
- Garcia-Rosa, L. A. (1991). *Introdução à metapsicologia freudiana* (Vol. 1). Jorge Zahar.
- Garcia-Roza, L. A. (2004). *Freud e o inconsciente* (20ª ed.). Jorge Zahar.

- Gmack, J., Ramos, J., Venzon, P., & Silva, R. (2023). Epidemiology of prematurity and related comorbidities in very low birth weight preterm newborns. *Residência Pediátrica*, 13(3). Recuperado de [https://residenciapediatrica.com.br/Content/pdf/en\\_v13n3a891.pdf](https://residenciapediatrica.com.br/Content/pdf/en_v13n3a891.pdf)
- Golse, B. (2006). *L'Être-bébé: Les questions du bébé à la théorie de l'attachement, à la psychanalyse et à la phénoménologie* (Col. Le fil rouge). P.U.F.
- Golse, B. (2019). O que o bebê transmite aos adultos: O conceito de transmissão psíquica ascendente. *Cadernos de Psicanálise*, 41(41), 11–20. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-62952019000200001&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952019000200001&lng=pt&tlng=pt)
- Guinsburg, R. (1999). Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. *Jornal de Pediatria*, 75(2), 149–160.
- Hegel, G. W. F. (2003). *Fenomenologia do Espírito*. Vozes.
- Houzel, D. (1997). Observação de bebês e psicanálise, ponto de vista epistemológico. In Lacroix M. B., & Monmayrant, M. (Eds.), *Os laços do encantamento: A observação de bebês, segundo Esther Bick e suas aplicações* (pp. 87–94). Artes Médicas.
- Houzel, D. (2000). Enveloppe familiale et fonction contenante. In Anzieu, D., et al. (Ed.), *Émergences et troubles de la pensée*. Dunod.
- Houzel, D. (2004). As implicações da parentalidade. In Solis-Ponton, L. (Ed.), *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio*. Casa do Psicólogo.
- Houzel, D. (2015). Fonctions du tiers dans la relation entre la mère et le bébé in Le bébé et sa famille, place, identité et transformation. In Mellier, D., *Inconscient et culture*. Dunod.
- Jorge, M. A. C. (2000). *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan: v. 1 – As bases conceituais*. Jorge Zahar.

- José Filho, M. (2006). Pesquisa: Contornos no processo educativo. In José Filho, M., & Dalbério, O. (Eds.), *Desafios da pesquisa* (Vol. 1, pp. 63–75). UNESP.
- Junqueira, M. F. A. (2014). Parentalidade contemporânea: Encontros e desencontros. *Primórdios*, 3(3), 33–44.
- Kaës, R. (1979). Introduction à l'analyse transitionnelle. In Kaës, R., Missenard, A., Kaspi, R., Anzieu, D., Guillaumin, J., Bleger, J., & Jaques, E. *Crise, rupture et dépassement* (pp. 01) Dunod.
- Katz, L., Amorim, M. M., Giordano, J. C., Bastos, M. H., & Brilhante, A. V. M. (2020). Who is afraid of obstetric violence? *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 20(2), 623–626. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200017>
- Kim, S. W., Andronis, L., Seppänen, A-V., Aubert, A. M., Zeitlin, J., Barros H., Draper, E. S., & Petrou S. (2022). Economic costs at age five associated with very preterm birth: multinational European cohort study. *Pediatric Research*, 92, 700–711. <https://doi.org/10.1038/s41390-021-01769-z>
- Lacan, J. (1985). *O seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1954–1955)
- Lacan, J. (1988). *O seminário, livro 7: A ética da psicanálise*. Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1959–1960)
- Lacan, J. (1998). O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência analítica. In Lacan, J. *Escritos* (pp. 96–103). Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1949)
- Lacan, J. (2001). *Autres écrits*. Seuil.
- Lacan, J. (2007). *O seminário, livro 23: O sinthoma*. Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1975–1976)

- Lacan, J. (2008). *O seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (2ª ed.). Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1964)
- Lacan, J. (2008). *O seminário, livro 16: de um Outro ao outro*. Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1968–1969)
- Lacan, J. (2010). *O seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* (2ª ed.). Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1954–1955)
- Laznik, M. C., & Parlato-Oliveira, E. (2006). Quando a voz falha. *Revista Mente e Cérebro: A mente do bebê*, 4, 58–65.
- Lazzarini, E. R., & Viana, T. C. (2006). O corpo em psicanálise. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 197–206. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722006000200014>
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Artmed.
- Lebovici, S. (2004). Diálogo Leticia Solis-Ponton e Serge Lebovici. In L. Solis-Ponton (Ed.), *Ser pai, ser mãe – Parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio* (pp. 21–27). Casa do Psicólogo.
- Lebovici, S., & Stoleru, S. (1983). *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste: Les interactions précoces*. Centurion.
- Lecanuët, J.-P., & Schaal, B. (1996). Fetal sensory competencies. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 68(1–2), 1–23. [https://doi.org/10.1016/0301-2115\(96\)02509-2](https://doi.org/10.1016/0301-2115(96)02509-2)
- Lisondo, A. B. D. (2019). A observação psicanalítica: Instrumento privilegiado na construção da identidade analítica. Os vértices de Bick, Bion e Meltzer. In França, N. R. A. F. (Ed.), *Observação de bebês: Método e aplicações* (pp. 33–61). São Paulo: Blucher.
- Liu, L., Oza, S., Hogan, D., Chu, Y., Perin, J., Zhu, J., Lawn, J. E., Cousens, S., Mathers, C., & Black R. E. (2016). Global, regional, and national causes of under-5 mortality in

- 2000–15: An updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *The Lancet*, 388(10063), 3027–3035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31593-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31593-8)
- Lopes, R. C. S., Vivian, A. G., Menegotto, L. M. O., Donelli, T. S., & Caron, N. A. (2007). A observação da relação mãe-bebê através do método Bick. In Piccinini C. A., & Moura, M. L. S. (Eds.), *Observando a interação pais-bebê criança* (pp. 73–102). Casa do Psicólogo.
- Lourenço, L. (2005). Esther Bick: O método de observação de bebês. In Lourenço, L. *O bebê no divã: Desenvolvimento emocional precoce: Amar e pensar com o bebê e seus pais* (pp. 69–82). Almedina.
- Lowenkron, T. S. (2004). O objeto da investigação psicanalítica. In Herrmann F., & Lowenkron, T. S. (Eds.), *Pesquisando com o método psicanalítico* (pp. 21–31). Casa do Psicólogo.
- Lussky, R. C., Cifuentes, R. F., & Siddappa, A. M. (2005). A history of neonatal medicine—past accomplishments, lessons learned, and future challenges. Part 1—the first century. *The journal of pediatric pharmacology and therapeutics: JPPT: the official journal of PPAG*, 10(2), 76–89. <https://doi.org/10.5863/1551-6776-10.2.76>
- Mandet, E. S. C. (1993). La fascinación de los significados: Uma problemática acerca de la noción de cuerpo en psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis con Niños y Adolescentes*, 1(1), 114–124.
- Mariotto, R. M. (2007). *Cuidar, educar e prevenir: As funções da creche no desenvolvimento e na subjetivação de bebês* (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo). Universidade de São Paulo.

- Mariotto, R. M., & Medeiros, M. S. (2006). O tempo da constituição do sujeito. In Bernardino, L. M. F. (Ed.), *O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição* (pp. 43–55). Escuta.
- Mata, G. D., Cherer, E. de Q., & Chatelard, D. S. (2017). Prematuridade e constituição subjetiva: Considerações sobre atendimentos na UTI neonatal. *Estilos da Clínica*, 22(3), 428–441.
- Mathelin, C. (1999). O sorriso da Gioconda. In Mathelin, C. *O sorriso da Gioconda: Clínica psicanalítica com bebês prematuros* (pp. 5–32). Companhia de Freud.
- Mazet, P., & Stoleru, S. (1990). *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Artes Médicas.
- Mélega, M. P. (2001). A contribuição de Esther Bick à clínica psicanalítica. *Psyche*, 5(7), 69–83.
- Melo, T. F. M. de., Carregaro, R. L., Araújo, W. N. de., Silva, E. N. da., & Toledo, A. M. de. (2022). Direct costs of prematurity and factors associated with birth and maternal conditions. *Revista de Saúde Pública*, 56, 49. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003657>
- Menezes, L. S. (2021). Por uma visão freudiana da dimensão do desamparo no psiquismo e o aspecto sociopolítico do sofrimento. In Campos, É. B. V., Bocchi, J. C., & Loffredo, A. M. (Eds.), *Psicanálise em face ao desamparo e seus destinos* (pp. 17–41). UNESP. <https://doi.org/10.7476/9786557140567.0002>
- Mohallem, L. (2005). “Nada como o tempo...”: Prematuridade e trauma. In Moura, M. D. de. (Ed.), *Psicanálise e hospital 4: Versões do pai, reprodução assistida e UTI* (pp. 93–105). Autêntica/FCH FUMEC.
- Molina, R. C. M., Varela, P. L. R., Castilho, S. A., Bercini, L. O., & Marcon, S. S. (2007). Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: Visão da equipe multidisciplinar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(3), 437–444

- Morel, M.-F. (2015). Le corps du bébé dans l’histoire. *Spirale – La grande aventure de bébé*, 74(2), 72–82. <https://doi.org/10.3917/spi.074.0072>
- Morsch, D. S., & Braga, M. C. (Nina). de A. (2007). À procura de um encontro perdido: o papel da “preocupação médico-primária” em UTI neonatal. *Revista Latinoamericana De Psicopatologia Fundamental*, 10(4), 624–636. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142007000400005>
- Nagy, E., & Molnar, P. (2004). Homo imitans or homo provocans? Human imprinting model of neonatal imitation. *Infant Behavior & Development*, 27(1), 54–63. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2003.06.004>
- Narciso, L. M., Beleza, L. O., & Imoto, A. M. (2022). The effectiveness of Kangaroo Mother Care in hospitalization period of preterm and low birth weight infants: Systematic review and meta-analysis. *Jornal de Pediatria*, 98(2), 117–125. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2021.06.004>
- Noda, L. M., Alves, M. V. M. F. F., Gonçalves, M. F., Silva, F. S. da., Fusco, S. de F. B., Avila, M. A. G. de. (2018). A humanização em unidade de terapia intensiva neonatal sob a ótica dos pais. *Revista Mineira de Enfermagem*, 22, e-1078. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180008>
- Oliveira, C. M. de, & Mariotto, R. M. M. (2008). Dois casos e uma questão: Qual é o lugar do cuidador na subjetivação da criança? *Estilos da Clínica*, 13(24), 176–189. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282008000100013](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282008000100013)
- Oliveira, I. C. dos S. (2004). O advento das incubadoras e os cuidados de enfermagem aos prematuros na primeira metade do século XX. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 13(3), 459–466. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072004000300017>

- Oliveira, L. A. (1999). Infância pobre no Brasil: A importância dos discursos psicológicos nas instituições para menores. In Jacó-Vilela, A. M., Jabur, F., & Rodrigues, H. B. C. (Eds.), *Clio-Psiché: Histórias da psicologia no Brasil* (pp. 15–124). UERJ, NAPE.
- Oliveira-Menegotto, L. M., Menezes, C. C., Caron, N. A., & Lopes, R. C. S. (2006). O método Bick de observação de bebês como método de pesquisa. *Psicologia Clínica*, 18(2), 77–96. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652006000200007>
- Osterman, M. J. K., Hamilton, B. E., Martin, J. A., Driscoll, A. K., & Valenzuela, C. P. (2024). Births: Final data for 2022. *National Vital Statistics Reports*, 73(2). National Center for Health Statistics. <https://dx.doi.org/10.15620/cdc:145588>
- Parlato-Oliveira, E. (2019). *Saberes do bebê*. Instituto Langage.
- Parlato-Oliveira, E. (2022). *O bebê e as tramas da linguagem* (2ª ed.). Instituto Langage.
- Parlato-Oliveira, E., Saint-Georges, C., Cohen, D., Pellerin, H., Pereira, I. M., Fouillet, C., Chetouani, M., Dommergues, M., & Viaux-Savelon, S. (2021). “Motherese” Prosody in Fetal-Directed Speech: An Exploratory Study Using Automatic Social Signal Processing. *Frontiers in psychology*, 12, 646170. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.646170>
- Parra, V. (1966). *Gracias a la vida* [Letra de música]. No álbum *Las últimas composiciones*. RCA Victor.
- Paz, O. (2014) *O labirinto da Solidão* (Roitman, A., & Wacht, P., Trad.). Cosacnaify.
- Pena, B. F., & Silva, R. D. C. da. (2018). O outro no ensino lacaniano: algumas considerações. *Estudos de Psicanálise*, 49, 81–90. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-34372018000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372018000100007)
- Pierotti, M. M. de S., Levy, L., & Zornig, S. A.-J.. (2010). O manhês: costurando laços. *Estilos da Clínica*, 15(2), 420–433. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282010000200009&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282010000200009&lng=pt&tlng=pt)

- Piontelli, A. (1992). *From fetus to child: Observational and psychoanalytical study*. Routledge.
- Pitilin, É. de B., Rosa, G. F. D., Hanauer, M. C., Kappes, S., Silva, D. T. R. e, & Oliveira, P. P. de. (2021). Perinatal factors associated with prematurity in neonatal intensive care unit. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 30, e20200031.  
<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0031>
- Prezotto, K. H., Bortolato-Major, C., Moreira, R. C., Oliveira, R. R. d., Melo, E. C., Silva, F. R. T. da, Abreu, I. S., & Fernandes, C. A. M. (2023). Mortalidade neonatal precoce e tardia: causas evitáveis e tendências nas regiões brasileiras. *Acta Paulista De Enfermagem*, 36, eAPE02322. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO02322>
- Purisch, S. E., & Gyamfi-Bannerman, C. (2017). Epidemiology of preterm birth. *Seminars in Perinatology*, 41(7), 387–391. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2017.07.009>.
- Rank, O. (2016). *O trauma do nascimento: E o seu significado para a Psicanálise*. Cienbook. (Obra original publicada em 1924)
- Renda, M. R. dos S. (2012). *Prematuridade, trauma e constituição subjetiva* (Almanaque 10). IPSM-MG. Recuperado de <https://institutopsicanalise-mg.com.br/prematuridade-trauma-e-constituicao-subjetiva/>
- Rilke, R. M (1956). *Lettres milanaises: Lettre du 23 janvier 1923* (p. 28). Plon.
- Rodrigues, R. G., & Oliveira, I. C. dos S. (2004). Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: Perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870–1903). *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(2), 286–291.  
<https://doi.org/10.5216/ree.v6i2.809>
- Rodolfo, R. (1990). *O brincar e o significante: um estudo psicanalítico sobre a constituição precoce*. Artes Médicas.

- Roussillon, R. (2007). Le modèle du bébé et la question des expériences primitives. In Joly, F. (Ed.), *Sa majesté le bébé* (pp. 37–55). Erès.
- Salihagić Kadić, A., & Kurjak, A. (2018). Cognitive functions of the fetus. *Ultraschall in der Medizin*, 39, 181–189. <https://doi.org/10.1055/s-0043-123469>
- Sampaio, M. A., Amazonas, M. C. L. de A., & Queiroz, E. F. de. (2019). Aplicações do Método Bick de Observação: Revisão Sistemática da Produção Científica Brasileira. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 35, e35414. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35414>
- Santos, N. L. de A. C., Costa, M. C. O., Amaral, M. T. R., Vieira, G. O., Bacelar, E. B., Almeida, A. H. do V. de. (2014). Gravidez na adolescência: Análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 719–726. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01582013>
- Simon, L. V., Shah, M., & Bragg, B. N. (2024, March 19). APGAR score. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470569/>
- Souza, M. S. I. (2008). *Intervenções terapêuticas conjuntas na unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica* (Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Stern, D. (1992). *O mundo interpessoal do bebê*. ARTMED.
- Streri, A. (2019). Les compétences précoces du nourrisson, une histoire récente. *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines*, 54(3), 25. <https://doi.org/10.3917/gdsh.0054.0025>
- Szejer, M. (2016). *Se os bebês falassem*. Instituto Langage.
- Teperman, D. W. (1999). Do desejo dos pais ao sujeito do desejo. *Estilos da Clínica*, 4(7), 151–158. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v4i7p151-158>
- Teperman, D. W. (2005). *Clínica psicanalítica com bebês: Uma intervenção a tempo*. Casa do Psicólogo/Fapesp.

- Trevarthen, C. (1993). The self born in intersubjectivity: The psychology of an infant communicating. In Neisser, U. (Ed.), *The perceived self: Ecological and interpersonal sources of self-knowledge* (pp. 121–173). Cambridge University Press.
- Trevarthen, C. (1998). The concept and foundations of infant intersubjectivity. In Bråten, S. (Ed.), *Intersubjectivity, communication and emotion in early ontogeny* (pp. 15–46). Cambridge University Press.
- Trevarthen, C., Aitken, K. J., & Gratier, M. (2019). *O bebê: Nosso professor*. Instituto Language.
- Van Gogh, V. (1997). *Cartas a Théo*. Coleção L&PM Pocket. (Obra original publicada em 1888)
- Vanier, C. (2013). *Naître prématuré: Le regard d'une psychanalyste en service de néonatalogie*. Bayard Culture.
- Vanier, C. (2017). The relationship between the parents and the premature baby. *International Forum of Psychoanalysis*, 26(1), 29–32.
- Vasconcellos, A. (2018). *O bebê, o psicanalista e a UTI neonatal: Intervenção e transmissão em psicanálise*. Causa.
- Vasconcelos, R. B. S. de., Silva, M. P. C., Souza, G. V. de., Cunali, V. C. A., Contim, D., & Rocha, J. B. do A. (2023). Limit of viability of extremely preterm infants treated at a university hospital / Limite de viabilidade de prematuros extremos atendidos em um hospital universitário. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 15, e–11914. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.11914>
- Velázquez, D. (1656). *Las Meninas* [Óleo sobre tela]. Museo del Prado, Madrid, Espanha.
- Veras, R. M., & Traverso-Yépez, M. A. (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.

- Vives, J.-M. (2009). Para introduzir a questão da pulsão invocante. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12(2), 329–341. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142009000200007>
- Vorcaro, A. (2009). Topologia da formação do inconsciente: O efeito sujeito. *Revista Estudos Lacanianos*, 2(3), 1–22.
- Wadsworth, J. E. (1999). Moncorvo Filho e o problema da infância: modelos institucionais e ideológicos da assistência à infância no Brasil. *Revista Brasileira de História*, 19(37), 103–124. <https://doi.org/10.1590/S0102-01881999000100006>
- Winnicott, D. W. (1978). O bebê como organização em marcha. In Winnicott, D. W., *A criança e seu mundo*. LTC Editora.
- Winnicott, D. W. (1983). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In Winnicott, D. W., *O ambiente e os processos de maturação*. Artes Médicas
- Winnicott, D. W. (1990). Distorções do ego em termos de verdadeiro e falso self. In Winnicott, D. W. *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 128–139). Artes Médicas. (Obra original publicada em 1960)
- Winnicott, D. W. (1993). *A família e o desenvolvimento individual*. Martins Fontes. (Obra original publicada em 1965)
- Winnicott, D. W. (2000). A preocupação materna primária. In Winnicott, D. W., *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 399–405). Imago. (Obra original publicada em 1956)
- World Health Organization (WHO). (2018). *Preterm birth*. Recuperado de 2021, de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- World Health Organization (WHO). (2022). *Maternal mental health*. Recuperado de <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health>

- World Health Organization (WHO). (2023). *Born too soon: Decade of action on preterm birth*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073890>
- Zanello, V. (2016). Saúde mental, gênero e dispositivos. In Dimenstein, J. L. M., Macedo V., & Dantas, C. (Eds.), *Condições de vida e saúde mental em contextos rurais* (pp. 3–14). Editora Intermeios.
- Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: Cultura e processos de subjetivação*. Appris.
- Zoia, S., Blason, L., D’Ottavio, G., Bulgheroni, M., Pezzetta, E., Scabar, A., & Castiello, U. (2007). Evidence of early development of action planning in the human foetus: a kinematic study. *Experimental brain research*, 176(2), 217–226.  
<https://doi.org/10.1007/s00221-006-0607-3>
- Zornig, S. (2001). Prematuridade e trauma: Questões sobre a constituição do sujeito. *Tempo Psicanalítico*, 33.
- Zornig, S. A.-J., Morsch, D. S., & Braga, N. A. (2004). Os tempos da prematuridade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(4), 135–143.

## ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Instrumento de Coleta de Dados

Participante:

Profissional da UTIN:

Profissão:

Pai ou Mãe:

Data:

Bebê:

Idade gestacional no momento do parto

Tempo de internação:

1 – Você fala com o bebê prematuro assim que se aproxima de sua incubadora? Sim Não

Se sim, o que você costuma dizer?

---

---

---

---

2 – Você costuma observar o bebê prematuro na incubadora? Sim Não

Se Sim, o que percebe?

---

---

---

---

3 – Quais movimentos ou reações do bebê prematuro te chamam mais a atenção?

---

---

---

---

4 – Você percebe diferenças no comportamento e reações do bebê pré-termo na presença de pessoas, sejam seus pais ou profissionais? Você acha que ele age de maneiras diferentes com cada pessoa?

---

---

---

---

5 - Você acha que o bebê pré-termo se comunica com seus cuidadores?    Sim            Não  
Como?

---

---

---

---

6 – Você consegue perceber algum padrão de comportamento no bebê prematuro que você cuida/seu filho? Qual?

---

---

---

---

7 – Você supõe que o bebê prematuro compreende o que você diz para ele? Ao falar, você aguarda em silêncio alguma reação dele?

8 – Você nomeia para o bebê prematuro as reações e os possíveis/supostos sentimentos dele?

Poderia dar um exemplo?

---

---

---

---

9 – Você acha que o bebê prematuro pode ser considerado como alguém que está em relação com os outros e se comunica apesar da imaturidade de seus sistemas?

---

---

---

---

10 – Na sua experiência, seja como pai ou mãe, seja como profissional da UTIN, como você enxerga um bebê prematuro hoje?

---

---

---

---

Obrigada.

## **ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Prematuridade e constituição psíquica O sujeito na unidade de Terapia Intensiva Neonatal”, de responsabilidade de Elen Márcia Carioca Zerbini, estudante de doutorado da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é analisar a comunicação e a interação do bebê prematuro e seu entorno na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal a partir do método de observação de Esther Bick adaptado ao contexto da neonatologia. E ainda, analisar a compreensão da equipe e família quanto à intencionalidade do bebê em sua comunicação e discutir a noção de Constituição de Sujeito em Psicanálise. Assim, gostaria de consultá-lo/a sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo/a. Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas, fitas de gravação ou filmagem, ficarão sob a guarda do/da pesquisador/a responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de observação e anotação, prontuário multiprofissional eletrônico, fotos e filmagens, entrevistas gravadas e transcritas. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa pode implicar riscos tais como: eventualmente causar momentos de desconforto ou angústia em razão da presença da pesquisadora ou no momento da entrevista com alguma pergunta. Estes riscos serão minimizados com as seguintes estratégias: Em caso de desorganização psíquica a pesquisadora poderá auxiliar e intervir como psicóloga para minimizar os possíveis agravos e encaminhar o participante para serviço especializado caso seja necessário.

Espera-se com esta pesquisa ampliar o olhar sobre as capacidades do bebê prematuro para além de suas dificuldades, assim como espaço para que os cuidadores possam falar sobre suas percepções sobre a relação do bebê com o ambiente. Esta pesquisa pode ser ainda benéfica para melhorar a relação dos pais com seu bebê e trazer uma dimensão sobre o trabalho dos profissionais e o impacto disso sobre a saúde do bebê e sua família.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone (61) 98251-7928 ou pelo e-mail [cariocaelen@gmail.com](mailto:cariocaelen@gmail.com).

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de relatório da pesquisa, quando solicitado, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/CHS: [cep\\_chs@unb.br](mailto:cep_chs@unb.br) ou pelo telefone: (61) 3107 1592.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o/a pesquisador/a responsável pela pesquisa e a outra com você.

Assinatura do/da participante

Assinatura do/da pesquisador/a

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E  
SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA**

Tipo do Documento	<b>FORMULÁRIO</b>	FOR.SGPIT.004 – Página 1	
Título do Documento	<b>TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)</b>	Emissão: 21/06/2021	Próxima revisão: 21/06/2023
		Versão: 001	3

Eu, Elen Márcia Carioca Zerbini, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “Prematuridade e constituição psíquica O sujeito na unidade de Terapia Intensiva Neonatal”, comprometo-me com a utilização dos dados contidos no banco de dados de acesso restrito do projeto, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP, quando for o caso. Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos prontuários, observações e entrevistas, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados a serem coletados se referem a dados clínicos observacionais e informações de prontuário multiprofissional, no período de 02/10/2023 a 23/12/2023. Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise utilizar as informações coletadas será submetida a uma nova apreciação do CEP e do Hospital Universitário de Brasília.

Brasília, 08 de janeiro de 2024

---

Assinatura do pesquisador responsável

## ANEXO D – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

<b>Identificação da Etapa</b>	<b>Início</b>	<b>Término</b>
Convite para participação da pesquisa e pedido de assinatura do TCLE	08/01/2024	29/03/2024
Início das observações	08/01/2024	29/03/2024
Análise dos dados coletados	08/01/2024	29/03/2024
Exame de Qualificação	03/05/2024	03/05/2024
Análise dos dados coletados	01/04/2024	31/12/2024
Escrita da Tese	01/04/2024	31/03/2026
Entrega	01/03/2026	01/03/2026
Defesa	Março 2026	Março 2026

## **ANEXO E – RELATOS DE OBSERVAÇÃO**

**Relato de observação 08.01.2024 14h**

### **HUB – UTI Neonatal**

Cheguei e me apresentei na secretaria administrativa da unidade. Fui autorizada pela responsável de que poderia entrar na ala onde se encontravam os bebês e a equipe. Apresentei-me para as duas enfermeiras que estavam no setor. Pareciam ser apenas elas ali na Ala como profissionais. Elas estavam atarefadas, disseram que a discussão de um caso tinha demorado muito pela manhã e por esta razão tinham muito trabalho para fazer aquela hora. Deram-me um avental hospitalar e me orientaram quanto à rotina da unidade. Expliquei antes minha pesquisa e minha razão de estar ali.

Sobre o ambiente: São 10 leitos, todos ocupados. 05 leitos de prematuros e 05 de bebês a termo. Dois banheiros para servidores. Ilha didática, sala de prescrição dos médicos. Não vi ninguém da equipe multiprofissional. E incubadoras e 04 berços aquecidos. Espaço para trabalho administrativo, 2 salas. Ar condicionado. Instalações novas. Naquele momento pouco ruído.

Na mãe-nutriz (local onde as puérperas, mãe de prematuros podem ficar após a alta hospitalar delas) são 06 leitos. Algumas conversas. Folhetos sobre a rotina do setor. Alguns profissionais falam sobre um bebê com uma mãe, entre eles comentam sobre a evolução dele. Equipamentos tecnológicos. Procedimentos. Senti vontade de sair mais cedo. Não ouvi nenhum bebê chorar, até depois de um procedimento da enfermagem, tirada de sangue. Perto das 15h chegam puérperas, mães desses bebês, profissionais outros. Converso com uma puérpera cujo bebê havia nascido com mais de 37 semanas. 38 semanas. Ela traz questões relacionadas à amamentação. Percebo aumento dos ruídos, barulho das máquinas. Outros procedimentos com

outros bebês. Chegam mais puérperas. Apenas uma acompanhada do pai do bebê. Sinto que incomodo. Apresento-me para todas. Mas sinto angústia. Aguardo mais um pouco e logo vejo com alívio que minha hora chegou.

Observação do dia 15.01.24

8 leitos ocupados. 5 de bebês nascidos prematuramente. 8 mulheres no box de enfermagem. Técnicas e enfermeiras em suas tarefas. Observo o leito 3. Incubadora, protocolo de manuseio mínimo. Parto Cesárea. No leito há um cartaz com dados da bebê. Aurora, peso 775 gramas, 10.12.23, 33 cm. 16:14. Significado de Aurora: “Aquele que brilha como ouro. Amanhecer”.

Vejo-a oscilar a saturação. Caixa de luvas e um tubo de esparadrapo em cima da incubadora. Muitos dispositivos de monitorização. Percebo Aurora se mexer. Levantar a mão esquerda. Na incubadora ela fica envolta de um ninho, consigo um polvo rosa de tricô. Há ruídos de conversas e de barulho do manuseio de equipamentos. Uma enfermeira e uma técnica vão realizar procedimento na bebê ao lado de Aurora. Percebo-as ágeis, conversam entre si. Tenho curiosidade, mas me mantenho observando ou tentando observar Aurora. Esta continua movendo o braço esquerdo. Faz tentativa de jogar a cabecinha para trás. Os olhos fechados, mas com movimentações. Aurora também tem indicação de manuseio mínimo. A bomba de medicação do bebê 02 (A termo, líquido meconial ingerido, me disse a técnica) apita. Isso não parece incomodar uma parte da equipe. Minutos depois percebo uma correria maior da equipe, opto por sair um pouco. Encontro um pai na mesinha e a mãe da bebê do leito 02 entra. Assim que cheguei uma técnica me falou sobre a gravidade dessa bebê.

Retorno. Vejo muitos profissionais ocupados em procedimentos. A mãe da bebê do leito 02 me observa observando-a. Ela trouxe o leite que ordenhou. Parece uma jovem/adolescente talvez. Ela pede ajuda para a equipe para ofertar seu leite. Entrega o pote.

Vejo a mãe de Aurora se aproximar, ela abre um sorriso ao levantar a cobertura da incubadora. Ela e a técnica brincam. Parece que o tempo de internação favoreceu esse contato. Outra técnica vem e comenta algo sobre a bebê (tem a ver com a movimentação dos bracinhos). Rosa (mãe de Aurora) fala em manhês com a filha. Fala por ela enquanto a técnica conversa.

Rosa sorri quando me aproximo. Sem reservas fala sobre a filha, sua primeira. Comenta que a enteada de 13 anos já veio 2 vezes. Enquanto a técnica manipula a bebê comenta coisas com Rosa. Fala que no início do plantão teve uma conversa com a bebê, que pediu para ela colaborar. Rosa comentou que a filha é muito ativa, que tenta arrancar o tubo, por isso a necessidade de enfaixar as mãos da bebê com gaze ou atadura.

A técnica (Glaucia) comentou que uma vez Aurora foi enfaixada com gaze e ela foi mexendo os dedinhos até sair. E Glaucia brincou dizendo que deixou de ser uma luva de boxe para ser uma luva de academia. Rosa imitou a pose que a filha fez e disse que não sabia que os bebês eram tão capazes assim, que tinham tanta força.

Percebo que fico mais tempo que da outra vez e que a equipe começa a me reconhecer. Continuo a observar o ambiente e logo vou embora.

Observação 22.01.24

Encontrei Rosa, mãe de Aurora, às 14h na porta da UTIN. Ela me reconheceu, abriu um sorriso e disse que hoje faria Canguru com a filha. Perguntei se poderia observá-las, Rosa assentiu. Ela me pareceu feliz e animada. Percebi ao entrar na UTIN que a equipe parece não estranhar mais a minha presença, ninguém me perguntou quem eu era. E uma técnica, a Glaucia da semana passada, perguntou se eu conhecia alguma Verônica. Disse que não e acho que ela se confundiu. Ela me mostrou onde estava o capote para que eu pudesse usar enquanto estivesse lá. No ambiente havia três profissionais no leito de Aurora preparando-a para ir para o colo da mãe, no final do corredor onde havia outros bebês tinha um técnico evoluindo no computador.

Percebi que não consegui distinguir quem era enfermeira e técnica ou outro profissional da equipe. Mas percebi, pela primeira vez, que um homem trabalhando naquele ambiente de cuidado.

As técnicas colocaram Aurora no colo da mãe. A bebê saiu do tubo e está agora no CPAP e por conta desse e outros dispositivo é preciso no mínimo 2 profissionais para tirar o bebê da incubadora. Aurora resmunga, emite um som de desconforto, mas que não é de choro, quando lhe manipulam no corpo da mãe. O CPAP faz barulho. Rosa conversa com a filha, fala em manhês: Passou, nenê, passou. As técnicas fazem os ajustes, colam os fios dos aparelhos na poltrona. Ajustam a posição uma última vez. Rosa canta para a filha, parece excitada. Percebe o frio e supõe que a filha possa estar com frio: Tá com frio, meu amor? Uma técnica coloca uma mantinha na bebê. Uma segunda técnica mexe no rosto de Aurora para ajustar o CPAP. Rosa conversa em manhês com a pequena. Chama-a de amor, se detém observando o rosto da filha, comenta quão bonita ela é, diz que ela é forte e amada. Avisa-a que em breve irá para casa. Fala que o pai e a irmã estão esperando por ela. Rosa chama psiu algumas muitas vezes chamando a atenção da filha, pede que ela abra os olhos, percebe o esforço da filha pra isso, mas sabe que por conta da claridade fica difícil pra bebê. Fala psiu mais algumas vezes e diz: Mamãe tá aqui. Você é linda.

Rosa comenta a evolução da filha: Ela agora tem carne, cabelo, pele. Parece incorporada”. Rosa percebe soluços na filha e pergunta: Tá soluçando, filha? Rosa ainda fala que aos poucos foi percebendo que a filha começou a reagir mais aos toques, tira as pernas e bracinhos quando tocada. São reações físicas. Antes, na época do tubo, via face de choro na bebê, mas não conseguia emitir um som audível. Rosa compara a filha desde o nascimento até agora, fala com felicidade da evolução da filha. No momento que Rosa falou sobre a amamentação e seu desejo de dar seu leite para a filha a bebê emitiu um som. A mãe interpretou isso como algo bom. Ao lado, enquanto observo Rosa e Aurora, escuto uma profissional conversando com um bebê:

Você chutou? Cadê seu pai pra te pegar no colo? Entre outras comunicações que não consegui compreender e anotar depois.

Rosa fala que nunca viu a mãe desse bebê que ali está. Em seguida ela elogia a equipe. Conta que já fez até elogio na ouvidoria. Reconhece que esses profissionais são pacientes, explicam tudo o que ela deseja saber e repetem se for preciso. Ao longo da observação Rosa comentou sobre a boca da filha estar meio suja de baba seca, comenta com a bebê, e essa boquinha suja? Cadê o olho aberto filha? Rosa conversa bastante com Aurora. Depois comenta comigo sobre o susto que tinha quando os aparelhos apitavam. Percebo que ao longo da tarde alguns desses sons me incomodou. Ela volta a falar da equipe e comenta que busca aprender com os profissionais para poder ficar confiante no cuidado com a filha. “pegar dicas”.

Encerro a observação e me despeço das duas.

### **Observação 31.01.2023**

Assim que entrei na unidade vi um homem indígena lendo a bíblia, parecia não se importar com minha presença. Continuo sua leitura sem se deixar afetar por minha chegada.

Como fui hoje numa quarta-feira, normalmente vou às segundas, não conhecia nenhum dos profissionais. Me apresentei e sinto que fui bem recebida, embora ninguém tenha me dado muita atenção. Havia três médicas na Ilha didática e umas 6 outras mulheres entre técnicas e enfermeiras que se revezavam entre os cuidados com os bebês e o serviço de escrever no computador, em formulários e organizar material para procedimentos.

Dou uma olhada geral nos dez leitos, todos ocupados.

001 – Bebê Laura, mãe Tatiane – 30+5 – 12.01.2024.

Nunca encontrei a mãe dessa bebê.

Vejo a bebê em sua incubadora umidificada movimentar bem os bracinhos, olhos fechados. O movimento é tremido, não é fluido. Vejo-a abrir a boca, fico em dúvida se abre os olhos ou não. Aproximo-me e percebo-os abertos. Parece emitir um som pela boca, mas por conta do tubo, e também pelo isolamento da incubadora é inaudível. Sinto-me surda. Como posso estar tão próxima e não escutar um bebê? Ela abre e fecha a mão, lembro-me de uma aula que tive sobre dor no neonato e se não me engano esse é um dos sinais de incômodo, dor ou sofrimento. Percebo-a olhando para o teto direito de sua incubadora, mas parece estar com aquele olhar perdido, me questiono se não é aquele mesmo olhar de quando nos perdemos em pensamentos. Ela retoma os movimentos dos bracinhos.

Sigo para a outra incubadora.

002 – Um bebê a termo. Filho do indígena que vi ao entrar. Logo em seguida chega a mãe dele. Ela olha o filho.

003 – Aurora – CPAP – Dormindo. Que alívio eu sinto quando chego na incubadora de uma bebê conhecida, cuja mãe eu já conheço também. Até o momento Rosa não havia chegado. Percebo-a mexer a perna esquerda. Faz um movimento como se soluçasse.

004 - Bella – mãe Clara – 25 s (04.01). Dormindo. CPAP. Sem a mãe. Até hoje nunca vi a mãe ou o pai. Sua incubadora é umidificada. Bella pouco se movimenta.

005 – 2º Gemelar de 33 se.

006 – Bebê a termo

007 – 1º gemelar 33 semanas.

008 – Bebê nasceu hoje. Identificação sem IG.

009 – Bebê a termo.

010 – Isis – 36 semanas. RN de Gabriela

Encontrei Aleida, a psicóloga do setor. Ela me explicou um pouco sobre seu trabalho com as puérperas, bebês e profissionais. A forma como ela circula, olha, fala e escuta essas pessoas me chama a atenção, pois, percebo que o modelo de atendimento em enfermarias precisa ser sutil, atento às necessidades da díade ou do conjunto ali, e não focando apenas nos pontos de adoecimento mental. Enquanto conversava com Aleida vi uma técnica com a bebê Laura no colo, saiu de um lugar para outro, segurou-a com delicadeza e parecia orgulhosa de carregar uma bebê tão pequena, percebi certa ternura naquela ação profissional. As outras profissionais andavam de um lugar para o outro executando uma série de ações que garantiria a ordem e o cuidado com os pequenos.

Aleida conversa com Valentina, bebê do 006, 38+4, Fala que vai atrás da mãe dela.

Em seguida, passando pelos leitos, ela comenta que amãe dos gêmeos teve um surto psicótico após o parto. Ficou grave e ainda está internada na ala psiquiátrica do hospital. Às vezes, sobe para ver os filhos.

Aleida fala sobre Bella, conversa com a pequena. É gentil, comenta sobre o dia, sobre a própria bebê. A psicóloga comenta comigo que a mãe da bebê parece não ter ainda assimilado a situação. Não consegue ir sempre para visitar a filha.

Procedimento na bebê do leito 009. Pra colocar no colo da mãe, duas profissionais se complementam para garantir esse momento. A jovem tem 15 anos e sua bebê tem uma questão

de saúde grave, não entendo direito o diagnóstico. Acompanho Aleida na intervenção psicológica concomitante ao procedimento do pele a pele. A adolescente comenta sobre o medo relacionado a possibilidade do companheiro ser preso, ele tem 24 anos e ela 15. Após os esclarecimentos de Aleida ela parece se sentir mais confiante e fala sobre o processo de organização familiar para poder acomodar a filha.

Enquanto manipulam a bebê, todos falam diretamente com ela. Reforçam características positivas da menina e se mostram atentas aos sinais de desconforto dela.

### **Observação dia 05.02.23**

Encontrei 04 profissionais no box de enfermagem. Não consigo distinguir enfermeiras de técnicas. E sei que ali naquele espaço (box) são elas quem mandam. A psicóloga Aleida me solicitou para colocar touca no cabelo (a razão seria por conta de uma possível contaminação por piolhos, ouvi essa história na observação passada, quando uma profissional comentou que viram o casal, um tirando piolho no outro). Achei uma fala preconceituosa, mas apenas obedeci e coloquei minha touca.

#### **Leitos**

- 01- Laura – Mãe Tatiane – Observei a bebê deitada do lado esquerdo. Mexia-se muito. Respiração ofegante. Aos poucos os movimentos diminuíram até cessar e ela adormeceu.
- 02- Bebê a termo.
- 03- Aurora – Uma técnica a manipula conversando com ela: “Como você está? Não tinha visto seu rosto, você está gordinha? Como você está gatinha! Enquanto troca a fralda

e organiza a incubadora ela conversa com Aurora e parece satisfeita com a pequena. A bebê está com CPAP. Mexe-se vagarosamente. A técnica comenta colocando o rosto mais para dentro da incubadora: “A gente precisa colocar um bom ar nessa incubadora, filha... você está uma graça, só precisa agora se livrar desse ar (refere-se ao CPAP)”. A técnica conversa com Aurora durante todo o tempo de procedimento de limpeza e organização. Olha-a, ri, pede que a bebê segure sua mão. “Vamos ficar de barriguinha para baixo? ” Ajeita a menina, fala que ela vai gostar. Um dos aparelhos apita com regularidade, mas nada abala a técnica. Ela continua sua missão de deixar aquela criança o mais confortável possível, à medida que organiza vai agora falando menos, mas com um olhar mais concentrado e cheio de ternura. Observo em sua face um sorriso de satisfação ao olhar para a bebê na incubadora agora organizada. Termina de ajeitar e coloca em cima um polvinho de crochê. Vira-se para mim e diz: Ela gosta de ficar acomodadinha”. Aurora parece tranquila, está quietinha.

- 04- Bella. Está arrumada na incubadora (tem a mesma estética da arrumação de Aurora). Mas dessa vez é possível ver pouco da bebê, as cobertas que envolvem como ninho parecem estar mais altas, há também um polvinho em cima da bebê. Aleida, a psicóloga, comenta que percebe dificuldade da mãe de Bella vir vê-la.

05- Bebê a termo.

06- Bebê a termo.

- 07- Thales 1º gemelar. Sem sonda, dormindo, em berço aquecido. Em berço esplêndido.
- 08- Lorenzo – 36 semanas. De sonda na incubadora. Filho de Samara. Nasceu em 31.01.24. O nome da incubadora está como Enzo Gabriel. A técnica não sou me precisar qual era o nome verdadeiro.
- 09- BebÊ a termo.
- 10- Isis – 36 semanas. 18.01.24 – Quando cheguei a bebê dormia tranquila. Charutinho no ninho. SNG.

Minutos depois vi a Gabriela, mãe de Isis, ir para seu leito. Colocaria a filha para mamar. Enquanto a mãe se ajeitava em uma poltrona, Isis era manipulada dentro da incubadora por uma técnica. Observei a bebê se mexendo muito, com vigor, chorando, agitada e irritada. A técnica brincou e disse que iria pedir um parecer para a psicologia, pois, a paciente (Isis) estava poliqueixosa, agitada, agressiva, que arranhava a equipe. Enquanto ouvia isso a mãe da bebê olhava rindo e concordando. Ela confirmou que a filha era assim mesmo.

A psicologia disse: é mas vocês se entendem, né? Nesse momento Gabriela olhou bem para a profissional e disse: Às vezes. Por meio da brincadeira falaram sobre o jeito da bebê e a mãe notou semelhanças no seu comportamento com o da filha.

**Observação12.02.24**

001 – Bebê Laura – Tatiane – 30+5. Bebê quietinha. Dormindo. Poucos movimentos.

002 – A termo

003 – Aurora – Sem a mãe. Dormindo.

004 – Bella – charutinho – quieta. Dormindo.

005 – Eliza – Filha de Cristiana – 32+5 em 06.02.24. Encontro a bebê no ninho de fralda, de braços.

006 – Filha de Ana Paula – bebê nova

007 – A termo.

008 – Vazio

009 – A termo.

010 – Ayla, filha de Iara da Conceição. 34+5. Bebê em fototerapia. Dormindo. Dispositivos (óculos), fralda, sonda orogástrica.

Passando novamente pelo leito 001 vejo Laura movendo os braços e as pernas.

Encontro Rosa, mãe de Aurora, ela aceita participar da pesquisa. Dani, a técnica, brinca com amãe e prepara Aurora para o colo da mãe. Comentam que a bebê dorme de dia e Às 04 da manhã está com o olhão aberto. Rosa tomou banho e se preparou para colocar a filha no colo, canguru. Falamos sobre o peso, o dia da pesagem e o banho. Rotina de UTIN. Aurora ficou tranquila no colo da mãe, emitiu alguns sons, parecia concordar com o que dizíamos.

**Observação do dia 19.02**

001 – Laura – Vejo o rostinho da bebê. Ela tem os olhos puxados, imediatamente penso em S. Down. Cabelos arrepiados. Movimento das mãos e pés calmos e pouco. Fica quieta e de repente começa um movimento a partir do braço esquerdo, direito e pernas direita e esquerda.

No box há 5 profissionais e 2 no final do corredor.

002 – Bebê a termo

003 – Aurora – Dormindo no charutinho. Não vejo a mãe.

004 – Bella. Mãos enfaixadas. Tubo. Muito agasalhada.

005 – Eliza (32+5), filha de Cristiana. Sendo manipulada pela técnica. Mexe-se bastante. Outra técnica começa uma conversa com a profissional que cuida de Eliza. Apesar de falar de outras coisas continua a fazer a troca de fralda. O monitor apita. Isso parece não mudar a conduta. A técnica fala algo que eu não consigo entender, mas parece ser algo dirigido a bebê. A técnica tira a nenê da incubadora. Ajeita o leito, segura e manipula, mudando Eliza de posição. Conversa com a bebê. Pede que ela relaxe. A técnica chama a colega parar mostrar a bebê pronada. Ambas reconhecem que esta não é a posição que Eliza gosta. A técnica termina de arrumar o leito e incubadora. Coloca uma manta para escurecer a incubadora.

006 – Laura – Mãe Rita Cecília – 34+4. Bebê dormindo. A mãe ao lado com a mão sobre as perninhas. Rita é receptiva.

007 – Vazio

008 – A termo . A técnica conversa e canta para o bebê enquanto tira sangue.

009 – A termo

010 – Ayla – 34+5 – filha de Iara da Conceição. Bebê agasalhada. Polvinho roxo.

Volto para o corredor e percebo as técnicas em quase todos os leitos fazendo algum procedimento. Em Aurora, a técnica comenta com a bebê sobre o tempo que ela está aqui. “Você já é velha aqui”. Mas falando em tom de brincadeira. Percebo um cuidado gentil e brincalhão.

Volto no leito de Laura (Rita Cecília) e a técnica manipula a bebê. A mãe está sentada com a mão na mama, massageando, parece se preparar para receber a bebê e coloca-la para mamar. A técnica mostra para a mãe o quanto a bebê se mexe. A levanta e ri, fala em manhês com a filha. A técnica brinca com Laura dizendo: Olha a bagunça que ela faz no leito. A técnica mostra a bebê para a mãe que brinca com a filha dizendo que assim ela não vai ganhar nenhuma estrelinha no caderno.

Quando a técnica tira a bebê da incubadora a mãe se prepara e fala de forma carinhosa com a bebê. Segura-a no colo, a bebê, só de fralda e oxímetro no pé, sonda e acesso parece chorar. Vejo as feições mas não ouço som. A mãe olha bem para a filha e a aninha enquanto a técnica a ajuda. Apesar da máscara Rita a beija. Outra técnica chega e brinca: “Eu só quero a minha mãe”. Hoje vai ser o primeiro dia de ir para o peito.

A mãe e filha conversam. A mãe interpreta o choro como fome e explica para a filha que o leitinho já está vindo. Aguardam a fono. A mãe conta para a filha “A titia chegou”. A fono começou com perguntas. Rita fala que é sua primeira filha. “A mãe não sabe de nada”. Iniciam os trâmites para colocar a bebê no seio. Laura chora bastante. Parece irritada e sua saturação cai (79).

Aos poucos e perto do seio parecia acalmar, mas logo começa a chorar. Mãe e fono se esforçam para que Laura encontre o seio e comece a mamar. O choro parece cessar um pouco. Laura se mexe bastante, mas não chora mais. A fono segura o bico do seio da mãe e o introduz na boca da bebê.

## **Observação do dia 26.02.2024**

Cheguei e encontrei 9 profissionais em um Treinamento no box de enfermagem sobre o Método Canguru. ME receberam bem e ofereceram um avental. Fui abordada por uma médica para um assunto aleatório, ela queria encontrar um profissional médico específico.

Leito 001 – Tatiane, bebê Laura. Dormia tranquilamente. Leito arrumado. Polvinho novo. Sono profundo.

002 – Vazio

003 – Aurora, toda enrolada, polvinho rosa no pé da incubadora. Sono profundo. Sem acompanhante no momento. Boa saturação.

004 – Bella – mãos enfaixadas. Sono profundo. Dentro do ninho. Se mexendo. Pernas e braços. Polvinho nos pés da incubadora.

005 – Eliza (Filha de Cristiana) – 32 + 5. Sem acompanhante. Ninho organizado de uma maneira que não consigo ver o rostinho da bebê.

006 – Laura filha de Rita Cecília – a mãe não estava no momento. Bebê em sono profundo, bebê agasalhada na incubadora. Boa saturação. Poucos movimentos.

007 – Vazio

008 – Vazio

009 – Bebê a termo.

010 – Ayla (34+5) – filha de Iara da Conceição. Bebê em berço aquecido. Dispositivos. Boa saturação.

Percebo que todos os bebês estão sem companhia no momento. Ambiente limpo e organizado. Aparelhos mais novos. Nenhum ruído de monitor. Escuto a respiração do bebê do leito 009.

Rotina Hora da Soneca. Incubadoras cobertas.

Percebo barulho de monitor da bebê 004. Oscilação da saturação. Volto no leito 006. Começam a chegar as mães.

E Rita fala sobre as manias de Laura. Chupeta e mamadeira, ela quer colocar para a filha apesar da opinião da equipe.

Vou atrás de Iara para entrevistá-la. Uma mulher em vestes hospitalares, emagrecida, sem vários dentes, pele ressecada. Me perguntei se seria uma paciente usuária de drogas. Ela não disse nada a respeito, mas aceitou participar da pesquisa. Assinou os papéis e não fez perguntas. Parecia envergonhada, um sorriso infantil.

Aurora desperta. Glaucia (Técnica de enfermagem) está manipulando a bebê. Ela e Rosa comentam sobre as ações de Aurora. Ambas brincam com a bebê e “brigam” com ela também sobre as peripécias da menina. Rosa fala em manhês com a filha.

Após às 15h as dietas chegam e a reunião / treinamento acaba. A rotina com os bebês recomeça. Glaucia comenta sobre a “confusão” que um bebê sem dentes pode causar. Rosa está com Aurora no colo, a bebê ainda está com dificuldade para sugar. Dispositivo SNG e O2livre. Rosa conversa com a filha.

Procedimentos são feitos em agrupamento ou com um único profissional. Cuidados com os prematuros, com os bebês a termo e também com a organização do ambiente e equipamentos. A higienização das incubadoras é feita de maneira específica e em todas as partes. Gestão, organização, limpeza, cuidado e assistência.

Aurora abre a mão quando a mãe fala que ela precisa mamar o peito e não a mão/leite.

Momento da dieta. Alguns aparelhos pelo corredor. A dieta é gavadada pelas técnicas e às vezes elas falam para e do bebê.

Sinto dificuldades em abordar as profissionais, principalmente quando não sei exatamente o que estão fazendo ou quão ocupadas estão. Tnto nova abordagem. Há muito trabalho administrativo acontecendo. Assiste, evolui, confere, solicita, discute casos.

Fico sem graça de pedir. E já estou cansada de estar em pé com a prancheta na mão.

Glaucia, técnica de enfermagem, diz que logo sentará comigo para responder a pesquisa.

Observação do dia 04/03/2024

14:06 Entro na Unidade. Mesmo protocolo. Encontro 6 profissionais no box de enfermagem.

001, leito vazio. 002, bebê a termo, 003 (cadê a Aurora?), bebê a termo, 004 Bella – bem enroladinha, quieta. Dormindo e sem acompanhante. 005 Eliza – filha de Cristiana. Dentro do ninho, perninhas para fora. Dormindo, um lençol cobre parcialmente o bebê. Eliza levanta os braços, mexe um depois outro, movimentando as pernas também. Para e recomeça. Faz uma estrela levantando os 4 membros. Olhos fechados. SNG. Oxímetro no pé. Sem acompanhante. Polvo na incubadora. 006 leito vazio. 007 bebê a termo. 008 Laura – Tatiane Alves da Costa 30+5, 970g. Nascida em 12.01.24 bebê dormindo. Ela ficava no leito 001. 009 bebê a termo. 010- Macgayver – Allyne 36+5, 3400g. Vejo Macgayver no colo da mãe. Ela falou de perdas anteriores. Bebê mamando. Ela o tira, ele de olhinhos fechados. O coloca para arrotar. Enquanto isso fala sobre a incompetência cervical. Fala espontaneamente sobre seu caso. 1 aborto com 9 semanas, 1 perda com 21 semanas, a menina viveu por 5 horas. Allyne aceita fazer a entrevista. Parece desejar escuta. Fala sobre o filho, reconhece nele beleza, compara com o outro filho. Fala sobre a escolha do nome (desejo do pai). Allyne fala em manhês com

o bebê, me mostra o sorriso dele, fala por ele ao me apresentar como tia, pergunta para ele o motivo da irritação, supõe ser a fralda que precisa ser trocada. Pede que eu chame uma técnica. Depois, coloca bebê em suas pernas e antecipa para ele uma rotina: banho, banho de sol, usar roupas G que ela comprou, ele e o irmão na piscina.

Uma técnica anda com uma bebê no colo e a avisa que o leitinho ainda não chegou. Allyne troca a fralda com a ajuda de uma técnica. A técnica fala em manhês com o bebê. E o Macgayver faz um som: ela responde: deixa de fofoca. Mãe e técnica conversam. O bebê reclama. A técnica está aferindo a temperatura, ela canta para ele. Ele se acalma. O bebê olha para a mãe e ela fala com ele. Bebê retoma o choro. A odontóloga chega para fazer o procedimento de frenectomia. A mãe fala de como foi com o outro filho. A técnica coloca o bebê no colo dela. Ela parece feliz que ele ficou calminho. Ao colocar o bebê no berço fala: Olha o espinho. Apesar do canto dela, o bebê retoma o choro. Ela fala que vai casar o bebê com outra bebê que chora muito. Procedimento feito por duas odontólogas. 1 delas dá o dedo para o bebê sugar, ele se acalma. A mãe fica perto, conversa com os profissionais. Posição de pugilista. Posição. Toque.

#### Observação 11.03

14:25 Cheguei mal, atrasada. Vi os profissionais espalhados em leitos fazendo procedimentos. Enfermeiras, médicas, alguns pais aguardavam o fim dos procedimentos em suas poltronas. 001 bebê a termo. 002 vazio. 003 bebê a termo. 004 vazio. 005 Eliza 32+5 sem dispositivos – só sng. 88% de saturação. Incubadora sem muitos adereços, me deu a impressão de estar mais limpa. A bebê dormia. Poucos movimentos com as mãos (luvinhas), o polvo ao lado. Uma técnica e uma enfermeira e uma moça da limpeza conversavam sobre a morte de alguém. A

história era que a moça da limpeza havia encontrado uma pessoa morta. Ela mexia e mexia e o cara morto.

Eliza se mexia como se estivesse despertando. Voltou a dormir. Sem acompanhante. 006 – bebê a termo. 007 bebê a termo. 008 – Laura filha de Tatiane. Dormia enrolada mas com as perninhas mais soltas. Em cima da incubadora um lembrete. Uso excepcional de chupa e de pacificador. Sem acompanhante. Outra profissional chega ao grupo anterior e comentam sobre vírus e o pai do leito 006 entra na conversa. 009 bebê a termo, 010 vazio.

002 fisio e enfermeira fazem procedimento dentro da incubadora umidificada. Uma terceira profissional observa. Bons parâmetros do bebê.. Atitude concentrada. Sem fala dirigida. Ausculta. Conversam sobre o procedimento entre si. Material em cima da incubadora. Organizam o leito. Fototerapia. Me reconhecem, mas me sinto um intrusa. Me coloca um pouco mais de longe para observar e não atrapalhar. Saio para tomar água, 2 copos para me ajudar a lidar com uma sensação de mal-estar. 002 Lorenzo 30+1 em 09/03/24 – Tatiane Oliveira Santos da Cruz. Cesárea. Ouço o som do CPAP bolhas. Luz de fototerapia. Poucos movimentos. Óculos de proteção. A moça da limpeza limpa o leito. A técnica solicita que enxugue um líquido que caiu por conta da incubadora. Bebê sem acompanhante. Um leve movimento da perna esquerda onde tem o oxímetro. Após a técnica abrir a incubadora o bebê se mexe mais. Ela desligou antes a fototerapia. Ela havia dito que colocaria uma tanga para proteger os órgãos sexuais do bebê. Ela ajeita sem falar muito. O bebê parece estar em sono profundo.

Observação do dia 18.03.24

Assim que entro vejo a decoração de cenoura, coelhinho e ovos de páscoa. ME apresento e sou reconhecida.

001 bebê a termo. 002 Loenzo – filho de Tatiane Oliveira, 30+1, manuseio mínimo. Peso 855 gramas. Incubadora umidificadora. Um polvinho ao lado do bebê. Lorenzo dormia. Se mexeu pouco. Fiquei assustada com o tamanho dele. Muito pequeno e magro até mesmo para a IG. Estava em uso de CPAP Bolhas, SOG. Deitado e envolto o ninho. O polvo parecia envolve-lo num abraço. Via mais os dispositivos que o bebê. Os monitores apitam e ninguém faz nada.

003 a termo. 004 Enzo – termo. Percebo que muitos letreiros são enfeitados. Quando passo no leito que era de Aurora me recordo dela.

005 a termo. 006 Bebê sem nome escrito. Nasceu ontem, 17.03, 34+6, filha de Alessandra da Conceição Cambuy, 2.235g. O bebê bem enrolado na incubadora. Sexo masculino. SOG e oxímetro. Pequenos movimentos com a cabeça. Dormindo. Acho seu quarto meio bagunçado, mas sua incubadora bem arrumada. A sujeira do parafuso interno revestido de resina transparente contrasta com a brancura dos lençóis da incubadora.

007 Ayla ~isabele 31+2 15/03 1755g, bebê em fototerapia. SOG. CPAP. O leito com alguns utensílios perto da incubadora. A bebê com a boquinha aberta. De fralda, descoberta por conta da foto. 1 pezinho esticado. A outra perna dobrada. Mexe a boquinha das vezes. Permanece com ela aberta.

008 –Laura, fica de Tatiane, Em berço aquecido, SNG, deitada com cobertinha felpuda, polvinho ao lado e luvinhas. Dorme tranquilamente. Mantém a frestinha do olho aberta. Fica mais evidente os traços de S. Down. Oscila entre se entregar ao sono e lutar contra.

009- a termo

010 – 37 s – termo

As enfermeiras discutem com a psicóloga. 1 técnica limpa as incubadoras. 1 banheira rosa. Aparelhos e lixeiras no corredor. AS médicas (3) ficam numa ilha didática. O pai e a mãe de um bebê a termo chegam. Depois mais uma puérpera. OS pais que estão na unidade são todos de bebês a termo. 2 casais e 1 puérpera sozinha. A psicóloga conversa com a médica e a enfermeira. Aos poucos perto das 15h percebo um aumento de profissionais circulando.

Enquanto aguardo na mesinha, vejo chegar 4 puérperas. Chegaram conversando. Se paramentam, lavam as mãos, colocam gorro e máscara. 1 dos bebês a termo recebeu alta do setor. Saiu com uma touca de colequinho, muito fofo. Ele saiu no berço sendo empurrado por uma técnica e em cortejo com os pais e mais duas técnicas que ressaltavam quão fofo ele estava e que ele tinha ficado tão pouco tempo com elas. Todos regozijavam.

Observação do dia 25 de março

Chego e na recepção do hospital me reconhecem. A enfermeira de segunda à tarde e uma médica neonatologista estão na copa e me recebem bem. Aceitam participar da pesquisa. Entro, me apresento para as técnicas que estão espalhadas pelos leitos.

001 a termo

002 Lorenzo, 30+1, Tatiane Olveira. 855g. Ao passar pela incubadora percebo o bebê se mexer. Mexe-se muito. Aquele movimento que me parece assustado. A saturação cai; ME assustei. Ouço seu choro bem baixinho. A saturação fica em torno de 86%. Percebo tiragem subcostal, mas parece que ele vai se acalmando. Os movimentos cessam. A tiragem também diminui. SOG, Ninho. Outros dispositivos. Saturação estabiliza em 96%. 2 minutos depois ele recomeça. Mão na boca. Se acalma de novo. Sem acompanhante. Incubadora coberta. Ele mexe devagar o dispositivo da SOG.

003 – 35 + 3, 2580g, 17.03. Filho de Letícia Borges de Souza. Ao passar pela incubadora percebo um bebê grande. A mão no rosto me fez pensar em uma malformação. Bebês grandes na utin me causam estranhamento. Boa saturação, SOG, sono profundo. Sem acompanhante no momento.

004- Dominique – 24/03/34. 2 gemela – 35 + 3, 2545g. O bebê chegou há pouco. Fisioterapeuta e técnicas parecem preocupadas com uma água no chão. Vão atrás de ver de qual aparelho sai. Bebê em uso de CPAP Bolhas. SOG. Dormindo pesado. Fisioterapeuta e enfermeira (uma que não fica na assistência) conversam sobre quão grande é o bebê.

005 – leito vazio

006 – leito vazio

007 – Ayla Isabele – 31+2, 1755g, 15/03. O2 livre,, enroladinha e dormindo. Kátia (T. enfermagem) vem para avaliar a bebê. Abre a incubadora e a manipula. Ayla reclama, a saturação cai, a mãe fica assustada, a técnica a acalma e segue com os cuidados (Temperatura, troca de fralda). A técnica me questiona e eu explico sobre a pesquisa. Aylase acalma e a mãe também. Ela ordenha bastante leite para a filha. A técnica escreve na incubadora. Ela incentiva a mãe, fala que na próxima troca, 18h, é ela (a mãe) quem vai trocar a fralda. Durante a entrevista Kátia aparece com um bebê no colo. É Laura. A fono está arrumando amadeira para a bebê. Conversa com ela. Ela e Kátia tinham conversado sobre a necessidade de colo da bebê.

009 bebê a termo

010 bebê a termo

Vejo as técnicas e enfermeiras no box . Me sinto mais integrada.

## ANEXO F – TRANSCRIÇÕES

### **Entrevista 1 - Participante A - Psicóloga**

**Entrevistadora:** Então, A., você fala com o bebê prematuro assim que se aproxima de sua incubadora?

Pode falar, pode falar.

**Participante** - Falo. Geralmente eu me apresento para o bebê, eu falo o nome do bebê. E às vezes eu conto alguma história familiar quando eu sei, né? Ou porque a mãe não está vindo, ou alguma coisa assim que eu acho interessante da história. Às vezes eu me aproximo e não falo muito quando eu vejo que o bebê está, sei lá, ou em sono profundo, ou quando ele está muito debilitado, porque eu acho que às vezes você pode estimular o bebê no seu melhor momento, mas geralmente é uma conversa.

**Entrevistadora:** Sim, e você costuma chegar dessa maneira, então, se apresentando, tá?

E você costuma observar o bebê prematuro na incubadora?

Pouco. Não muito tempo.

**Entrevistadora:** Por que? O que você percebe?

**Participante:** Eu acho que eu observo menos a depender da debilidade. Bebês muito prematuros, tipo 25 semanas. Eu não sei se é porque às vezes é mais difícil ficar observando ou se às vezes porque também o bebê não interage tanto nesse período.

**Entrevistadora:** Entendi. Você acha que é angustiante, alguma coisa que é mais angustiante?

**Participante:** Ah, eu acho que os bebês muito prematuros são mais angustiantes. Pelo aspecto físico mesmo, já ainda não tá tudo formado. De ver as costelinhas assim muito aparecendo, se dá uma certa angústia. É a transparência do corpo.

**Participante:** Quais movimentos ou reações do bebê prematuro te chamam mais a atenção? Nossa, eu tenho que pensar um pouco? Eu acho que existem vários tipos de prematuro, né? Quando eles estão, assim, muito prematuros, 25, 26 semanas que a gente costuma pegar aqui, eu acho que os movimentos básicos chamam bastante a atenção, e principalmente por isso, porque a gente me angustiou um pouco, então acho que me chama a atenção por isso, tipo, do jeito que movimenta, é tudo muito desconectado, e isso me angustia bastante. Eu acho que quando eles são maiores, o que me chama muita atenção é essa coisa do, principalmente, dos bebês que são mais curiosos, porque eles já começam a interagir muito com o ambiente, principalmente com o olhar, mesmo sendo muito prematuro.

Eu acho isso muito, muito interessante.

**Entrevistadora:** Você percebe diferenças no comportamento e reações do bebê pré-termo na presença de pessoas, sejam seus pais ou profissionais? Você acha que ele age de maneiras diferentes com cada pessoa?

**Participante:** Muito, muito. Eu percebo muita diferença. Geralmente os bebês sempre têm reações quando os pais vêm visitar. Então os pais começam a falar, mesmo os bebês que estão muito debilitados, que são muito prematuros, eles esboçam algum tipo de reação.

Isso é muito comum. E com a equipe também. Tem alguns bebês que atraem muito mais os profissionais, de forma individual.

Eu acho que esse laço afetivo que acaba se estalando ali, acho que o jeito delas falarem se modifica. Geralmente costuma ser fofo com todos os bebês, mas sempre tem uma diferença. Acho que esses bebês reagem muito de olhar, de emitir algum tipo de reação, muito assim.

**Entrevistadora:** E você acha que o bebê pré-termo se comunica com seus cuidadores?

**Participante:** Eu acho que sim. Eu acho que na medida que eles reagem, quando eles mostram as reações, acho que já é uma forma de comunicação. Tinha uma tentativa de comunicação àquilo que está sendo estimulado. Mas também tem os bebês que ficam muito quietos na presença. Assim, às vezes com a equipe interage mais e com os pais interagem menos, eu já observei, já tive alguns casos assim, de a gente perceber a mãe com muita dificuldade na vinculação por toda uma história e é muito interessante como os bebês não conseguem reagir de alguma forma elas, assim, demoram mais tempo e já a equipe tem uma reação, tem uma interação maior, isso me chama bastante atenção. Nossa, acontece. Acho que são uns casos mais extremos que eu lembro, mas me chama a atenção. Já aconteceu aqui.

**Entrevistadora:** E você consegue perceber algum padrão de comportamento no bebê prematuro que você cuida?

**Participante:** Então, eu acho que eu tenho pouco tempo para observar os bebês aqui no hospital, porque eu me divido entre mais de um setor, então eu acho que eu passo pouco tempo observando os bebês a ponto de conhecer cada bebê, de conseguir identificar cada padrão, eu não consigo fazer isso na minha rotina.

**Entrevistadora:** Você supõe que o bebê prematuro compreende o que você disse para ele ao você aguarda em silêncio alguma reação dele?

**Participante:** Ah, eu acho que o bebê compreende, mas sendo bem sincera agora que você pergunta, eu acho que eu não faço esse silêncio para aguardar a reação do bebê. Eu acho que é muito mais assim, no automático, e aí vou falando e o bebê... Mas eu não faço essa pausa.

**Entrevistadora:** E com a termo, você acha que você faria?

**Participante:** Ah, com o bebê a termo?

É, você acha que teria alguma diferença?

Ah, eu acho que se for um bebê maior, assim, talvez não, recém-nascido, mas eu acho que talvez eu esperaria mais, assim, a resposta. Acho que eu tô tentando lembrar de algumas interações com os bebês que geralmente estão na maternidade.

E eu me lembro agora de algumas situações em que eu espero mesmo o bebê, assim...

Entrevistadora: Mas você supõe que o bebê pronto, ele em alguma medida compreende o que você diz?

**Participante:** O tempo todo. É por isso que eu não paro de tagarelar.

Acho que talvez você já viu, não paro de tagarelar, de conversar assim com ele.

**Entrevistadora:** E você nomeia para o bebê prematuro as reações e os possíveis, supostos sentimentos dele? Poderia dar algum exemplo?

**Participante:** Ai, eu sempre nomeio, mas eu sinto que eu faço muito mais isso em algumas intervenções específicas, geralmente na presença da mãe, mas eu sempre faço isso, principalmente quando a mãe está com alguma dificuldade. E aí a gente vai fazendo essa leitura do bebê juntas, assim. Eu falo mãe porque geralmente é quem tá mais presente aqui. Mas eu e o bebê só, eu não tô. É muito pontual, assim, sabe?

Não como rotina de ter isso na prática com bebê. Estou repensando várias coisas agora.

**Entrevistadora:** Que bom! Sim!

Você acha que bebê prematuro pode ser considerado como alguém que está em relação com os outros e se comunica apesar da imaturidade de seus sistemas?

**Participante:** Ai, eu acho que sim porque assim, quando a gente vai fazendo...

Acho que à medida que a gente vai perceber na interação do bebê com os pais, a reação que eles esboçam ou não na presença de um ou de outro, dos profissionais também, isso é muito claro. Tem bebês que já tem preferência pelos profissionais que cuidam. Então eles estão em relação o tempo todo, mesmo os bebês mais prematuros, eu observo isso.

**Entrevista:** E na sua experiência, seja como pai ou mãe, seja como profissional da UTIN

como você enxerga um bebê prematuro hoje, com a sua experiência?

**Participante:** Enxergo assim de forma geral, ficou muito amplo.

**Entrevistadora:** É, não, mas a ideia é essa, né? É, é essa última centena.

**Participante:** Olha, eu acho que a prática acaba, eu acho que a prática, é porque eu tô pensando várias coisas agora, mas eu acho que a prática, ao mesmo tempo em que ela traz um, porque eu já tô há muito tempo aqui, né, então assim, ao mesmo tempo em que traz um olhar diferenciado para um bebê prematuro que sabe das limitações e dos cuidados a mais que a gente tem que ter até com o momento da interação com o bebê e tal ao mesmo tempo não sei acho que que naturaliza também assim então acaba que em certa medida eu vejo um diferencial muito assim de outros de outros bebês né nesse sentido assim acho que naturaliza não de um ruim. Mas eu acho exatamente de olhar o bebê e ver o bebê muito frágil também, mas não ter medo desse bebê frágil.

E de já fazer um baita investimento mesmo. Chegar conversando com esse bebê e de já esperar, de certa forma, você já ver alguma reação desse bebê. Então, acho que esse contato trouxe isso. Eu acho que, de fato, uma humanização maior para o contato com o bebê, porque no início, que eu imagino que essa seja a reação dos pais quando vê, é meio assustador ver um bebê prematuro.

Eu falo muito nos prematuros extremos, mas mesmo os outros prematuros, assim, muito assustador e aí eu acho que com a prática esses bebês vão sendo bebês porque né desde sempre independente da prematuridade e aí no lugar de um bebê frágil eu acho que substituir muito por a imagem de um bebê com muita capacidade potencialidade então assim não me assusta muito ver assim acho os pais chegam com muito medo do bebê prematuro e assim eu tenho uma certeza tão grande que esses bebês vão ter uma força assim de fato assim é tanto que quando alguma coisa dá errado com esses bebês que eles vão a óbito realmente eu me surro não é assim ah estatisticamente é isso e aí tem chance não realmente é de uma frustração muito grande porque eu não sei mais que deu errado tinha tanta capacidade sabe era tão possível então eu tenho esse olhar assim sobre os prematuros.

## **Entrevista 2 – Mãe de Paciente**

**Entrevistadora:** Sim, é da gente observar a relação que a gente estabelece com o bebê e como o bebê responde, é isso.

Então assim, a primeira pergunta. Você fala com o bebê assim, que se aproxima da incubadora?

**Participante:** Sim, com certeza.

**Entrevistadora:** O que você costuma falar?

**Participante:** Como se é de manhã e eu falo, bom dia. Bom dia, filho. Como você está? Está tudo bem? Passa a noite bem? Essas perguntas, né? Que eu estou muito orgulhosa dela. Eu sempre falo isso, né? Então, sempre que eu chego para a incubadora, aí se é a tarde, boa tarde, filha. Se for a noite. Boa noite, filha. Tudo bem. Vamos dormir. O papel quando ela está acordada, né? Vamos dormir. Está na hora de dormir, garota. E aí, às vezes, ela filha o olho. Aí que ela fica acordada mesmo, né? Escutar a voz, né? Aham. Aí que acorda mesmo.

**Entrevistadora:** E você costuma observá-la na incubadora, os movimentos dela? O que você fez? Já vê, assim, um jeitinho, uma maninha?

**Participante:** Eu vejo que ela tem um jeito de dormir, já tem um lado preferido de dormir, tem vezes que ela não quer aquela posição, como a posição, acho que é prono que fala, que é pronar, né, aí tem vezes que ela quer e ama, né, tem outras vezes que ela não quer e quando ela não quer as meninas já sabem, aí coloca ela numa outra posição que ela gosta de ficar, né, mas você deixa ela ficar só de um lado, tem o preferido dela.

Entendi. E você vê os movimentos que ela faz, você já sabe que tem algum sentido no que ela faz? Ela tira o catéter o tempo todo. O catéter nasal. Isso ela tira o tempo todo. Quando ela tava no cpap, ela tirava o cpap. E quando ela tava no tubo, os últimos dias, ela tentava muito tirar, né? Mas o tubo já é mais fixo, né? Mas o cpap ela já tirou inúmeras vezes. Ela já tirou o catéter nasal inúmeras vezes. E ela enfiava o dedinho por baixo do nariz. Só com o dedinho.

Aí ó, por isso que tá todo colado. Porque se não ela tira, né? Aí colocou um monte de fita adesiva, né, filha? Ainda? Você tem alguma coisa a falar? Seu favor? Você tem aurora? Você tem aurora? Falar alguma coisa, filha?

Você tem? Estava incomodando minha mãe. Pode falar, pode falar. Porque estava incomodando meu nariz. Aí ela tira e, assim, ela tem um...

Um jeito certo, assim, que ela prefere dormir que é com o bracinho assim.

Toda vez ela dá com esse braço pra cima, né? Não tem jeito, gosta de ficar com esse braço pra cima. E é isso, assim, eu vejo muita evolução nela, sabe? Muita mesmo, graças a Deus.

Vai pela diferença, de acordo com a evolução? Isso, pra agora, com certeza. Muita evolução mesmo.

**Entrevistadora:** Entendi.

**Participante:** E o peso também, né?

**Entrevistadora:** E o que te chama mais a atenção, assim, desses movimentos, dessa reação dela, da própria evolução? O que te chama mais a atenção?

**Participante:** Quando eu falo com ela, eu acho que ela entende, porque ela fica super prestando atenção e ela olha em direção. Quando eu tô ali, ela fica olhando em direção pra mim e isso me deixa super animada. Eu vejo uma evolução e tanto nisso. E quando ela tá no canguru também, ela levanta a cabeça e coloca o braço do jeito que ela quer ficar. Ela já... Isso é com ela mesmo, né? Eu dou ali uns retoques e tal, mas ela ama ficar nessa posiçãozinha.

Isso me chamou muita atenção também. Já tem que ela tem um jeitinho pra ela.

Sim, já tem um jeitinho. Já se movimenta de acordo com o que ela quer, né? Que é confortável pra ela. Não tem nem 37 semanas, já tem que querer, mas tudo bem. Desde muito cedo ela já tem, né? Já tem que querer.

**Entrevistadora:** E você percebe diferença no comportamento e na reação da aurora na presença de outras pessoas, por exemplo, da irmã do pai ou das meninas daquela época, você vê que ela reage diferente?

**Participante:** Quando a irmã dela está aqui, que ela escuta a voz da irmã, não sei, talvez seja porque quando ela estava na barriga, ela escutava muito a voz da irmã. Então, assim que eu não falar com ela, mesmo que ela esteja dormindo, ela tenta acordar assim e a saturação dela aumenta bastante, o coraçãozinho também acelera mais, a frequência cardíaca aumenta.

Então, acho que de alguma forma, ela conhece, reage de forma diferente. E quando as meninas estão aqui, as meninas falam que conversam muito com ela, que ela quer fazer umas birrinhas, uns negócios assim, aí conversa com ela, fala sério com ela e aí ela se comporta.

**Entrevistadora:** Você vê então a diferença? Você acha que ela tem alguma preferência por pessoa?

**Participante:** Ela ama ele. Eu percebo que ela ama ele, é ele o início. Não sei, ela conversa muito com ele. Ele canta para ela, ele lê para ela, conta histórias. Toda vez que eu chego aqui, ela está fazendo uma coisa assim, do tipo lendo, contando histórias, conversando mesmo, sabe? Ela ama, ama muito. Tenho certeza que ela ama muito a ele.

Aí ele faz ela sorrir. Tipo, ela fica fazendo isso, e ela faz assim, aí ela dá aquele sorriso pra ele.

Ela é uma querida. Eu acho que eu vi na sexta ela fazendo isso. Assim, ela faz, todos os dias que ela tá aqui, ela lê pra ela. Lê uma página de um livro pra ela. Isso que é muito bom, né?

E aí você acha que a Aurora gosta demais desse cara? Com certeza. Amanhã mesmo ela tá aqui, de novo. Aí ela sempre tá, o dia sim, dia não, ou as vezes ela passa um dia sem vir, mas ela sempre tá aqui, né? E sempre pega ela, desde o início, nos plantão dela, assim, dificilmente um plantão, porque ela não tá com ela. Sempre ela tá com ela, mas assim, as meninas todas são maravilhosas, né? Também, todo mundo, eu sou muito grata.

**Entrevistadora:** E você acha que a Aurora, que o bebê prematuro, de modo geral, se comunica com seus cuidadores, sejam os pais, sejam a equipe?

**Participante:** Sim, eu acredito que sim, eles se comunicam sim, e eles são bem, assim, pelo menos a neném né, a Aurora, ela é muito espertinha assim, de estar acordada, de estar prestando atenção, de estar olhando, sabe, as meninas conversam muito com ela e eu vejo que ela presta atenção nisso, sabe, e tanto que, também tem isso né, das meninas, por ela numa posição, ela não quer aquela posição, ela não quer, então ela está se comunicando de alguma forma né, O homem coloca em outra posição, tá legal? E aí elas fazem isso. Quando coloca ali, ela não quer aquela posição, ela vai e muda de posição. Amo o polvo.

Sempre tem o polvo ali do lado. É mais ou menos. É mais seu amigo polvo, A.?

É. Ou eu, amor. Está de olhada. Você pode falar, Aurora. Você pode se expressar. Você acha alguma coisa, filha, falar? Quem mais você gosta, Aurora, do polvinho? Amo esse polvo. Tá saindo, filha, do nariz.

Não, esse negócio é uma rusa.

Imagina...

**Entrevistadora:** E você consegue perceber algum padrão de comportamento dela?

**Participante:** Você fala da posição... Tem as posições, eu gosto de ficar no beijo, porque ela gosta mais de ficar no lado direito, de deitar do lado direito, a esquina ela não é muito fã, mas o lado direito eu vejo essas coisas. Nelo bracinho, que é o bracinho-bracinho, assim, e tem esses comportamentos que eu vejo que é bem repetitivo e que ela gosta, sabe?

**Entrevistadora:** Você acha que é a comunicação dela?

**Participante:** Isso, eu acho que sim, de dizer que tá confortável, né? Eu tô confortável assim, né?

Então quando a gente tenta pôr os dois bracinhos dela pra baixo, ela não fica, ela vai e levanta o braço de novo. Sim. Me deixa desse jeito, por favor. É assim.

E aí de quem não escutar, né, A.?

**Entrevistadora:** E você supõe que é a Aurora, ela compreende o que você fala?

E quando você vai conversar com ela, por exemplo, você fala um bom dia, você espera ela responder?

**Participante:** Sim, e quando eu falo bom dia também, se ela estiver dormindo, ela já tenta acordar. Nem sempre ela acorda, porque acho que o sono está tão pesado. O som está tão pesado que ela não consegue abrir o olho, mas ela fica, tipo assim, tentando, tentando, né? Então, sempre que eu converso, ela tem uma reaçãozinha, né? Ela mexe o braço, ela meio que dá aquela esticada assim, sabe? Espreguiçada, exatamente. Dá uma despertada, né? Então, sim, eu vejo isso.

**Entrevistadora:** E por exemplo, quando você vai pra casa e você fala pra ela, você supõe que ela compreende isso?

**Participante:** Bom, talvez, mas assim, quando eu vou em casa, sempre as meninas falam que na hora do canguru ela chora, né?

Porque eu não estou pra fazer canguru. Tipo, eu sempre faço essa hora.

Tipo, depois de duas que é hora que a menina troca a fralda e ..

É isso, mãe, mas nem... Que a menina troca a fralda, embora a menina troca a fralda há três horas, né? Lógico. mas assim, eu costumo pegar ela mais na parte da tarde, né? Então, quando eu não tô aqui, a menina disse que ela chora na hora do canguru. Então, acho que isso... Ela já acostumou, né?

Concorda com o canguru e faz muito bem, né? É uma coisa que eu faço sempre, então, o dia que eu não tô, ela chora. E justo a tarde, a tarde é a hora que ela fica mais agitada, essa menina falou, né? Então, eu sempre falo com ela, quando eu vou em casa, que eu vou voltar com a mamãe, já vai voltar e tal, mas aí mesmo assim eu tenho esse chorinho, né? de saudade, né? É saudade do colo da mamãe, né, meu amor? Saudade do colo de mamãe? Ah, meu Deus! Lindo, cheiroso, cheirosa de mamãe.

**Entrevistadora:** E você nomeia pra ela assim, por exemplo, se você percebe que ela tá com sono, você fala, você tá com sono, você tá e nomeando, você faz pra ela.

**Participante:** Com certeza, na madrugada que eu tô aqui, que durante o dia ela super dorme, mas de madrugada ela fica acordada, então ela fica bocejando mais ali, acordada, né?

Aí eu falo pra ela, filha, vai dormir, você tá com sono, você tá bocejando, dorme a mamãe, tá aqui, né? A mamãe vai ficar aqui com você, tá? Pode dormir tranquila. E aí ela fica, fica demora um pouco pra dormir, mas aí ela dorme.

Mas eu sempre falo pra ela, vai dormir, ou quando chegar a dieta dela, eu falo assim, vamos papar a filha, está na hora de encher a batinha, você está com fome, né? Vamos papar, eu sempre falo isso, né?

Então eu converso tudo, tudo assim, com ela, os passos, o que ela vai fazer, né?

Exatamente, acho que isso ajuda, né?

Ah, com certeza, com toda certeza.

**Entrevistadora:** E você acha que o bebê prematuro, a A. e todos os outros, você já viu? Se pode ser considerado como alguém que está na relação com os outros e se comunica apesar de ser ainda prematura?

**Participante:** Sim, eu acho que sim. Eu acho que na medida que eles vão crescendo, isso vai ainda melhorando mais, né?

Eu conheço prematuras, eu conheço prematuras de quatro anos, conheço prematuras de 20 anos. E assim, é uma evolução. Às vezes, assim, no início, né, claro, às vezes é um pouco lento, inclusive a parte do crescimento, às vezes é um pouco mais devagar. Mas aí depois vai embora, né? E sim, com certeza, eu acredito.

Apesar, por exemplo, ela ainda precisa dar um teito demais, mas você ainda percebe que ela tá na relação com você, com a família, com os personagens.

E tá na relação, assim, por exemplo, ela é considerada...

Sim, não, com certeza, surfei, surfei. Não me respeitarem, né? Com certeza.

Não, a Lola já é parte de tudo. Isso é muito, muito bom, né, filha? Isso é levado em consideração. Sim, com certeza. Tanto que tem esse negócio da posição, né? Você não pensa, ah, vai ficar nessa posição. Não, se ela não gostar da posição, vamos mudar. Ela não quis, ela reclamou, então ela é bem considerada, sabe? Assim, respeitada, amada. Isso eu acredito que faz toda a diferença.

**Entrevistadora:** E na sua experiência como mãe até aqui, como você enxerga um bebê prematuro hoje?

**Participante:** Eu enxergo um bebê muito sensível, eu nem sei explicar direito, mas é uma andade, eu tenho muito prazer de ter tido ela. Eu não queria que fosse prematura, por tudo que ela já passou até hoje. Mas um bebê prematuro é um bebê muito sensível, que precisa de muitos cuidados e é isso, assim.

Eu acho que eles são super sensíveis e hoje, assim, eu acho isso, né?

Que eles são bem sensíveis, mas assim, são um amorzinho também, muito forte.

Os bebês prematuros, eles são de uma força incrível, incrível.

Assim, eu acho que tudo que ela passou até hoje, sei lá, se fosse eu não aguentaria passar por tudo que ela já passou, né?

Ser entubada e tudo mais, e muito furada, muito manipulada, né? Assim, né? E tudo. Eu acho que eles são muito fortes. Muito fortes, muito fortes mesmo. Guerreiras, né? Mudou o que você pensava antes?

Sim, porque na verdade eu nunca nem tinha passado perto de uma outra Inel, né? A minha prima teve um bebê prematuro, mas assim, lá em São Paulo, então eu não cheguei perto, eu não sabia muito como que era isso, né?

Então hoje, passando, a gente tem uma ideia de, ah, o bebê fica na incubadora, mas você não imagina como que é, sabe? Hoje, depois que eu passei por ir de perto, eu sei como é. É sofrido, é doloroso, mas às vezes é muito persistente, muito forte, resiliente, né? Eles são, assim, de uma força incrível, assim, uma incrível mesa. Incrível.

Eu acho...Tá bom.

**Entrevistadora:** Tem alguma coisa mais você queria falar sobre isso?

A gente tá conversando, o que você percebe?

**Participante:** Bom, eu...

Assim, eu sei que depois dela eu sou uma pessoa completamente diferente, né?

Bom, acho que quando você se torna mãe você é completamente diferente, né?

Depois dela eu sou mais otimista, eu sempre fui na verdade, mas tudo se intensificou, eu sou mais otimista, eu acredito mais, tenho mais fé. Acho que minha fé, minha crença em Deus aumentou muito depois dela, porque ela é realmente um milagre. E eu só tenho a agradecer mesmo por isso, porque ela tem me modificado também. tudo isso tem me tornado uma pessoa mais crévodo, melhor, e é isso.

**Entrevista 03 – Participante B - Fisioterapeuta**

**Entrevistadora:** Aqui, Ana, você quer sentar?

Não, eu vou perguntar, mas você só responde.

Deixa eu ir aqui pertinho de você.

Ana, são dez perguntas, tá?

Você como fisioterapeuta que aprende o bebê prematuro.

Você fala com o bebê prematuro assim que se aproxima da incubadora?

**Participante:** Sim.

**Entrevistadora:** E o que se costuma dizer para os bebês?

**Participante:** Fala algo sobre a mãe, ou bom dia ou boa tarde, às vezes apresenta, algum procedimento que a gente vai fazer, uma comunicação, é do que a gente está pedindo licença, licença, vou tocar em você.

**Entrevistadora:** Entendi. E você costuma observar o bebê prematuro na incubadora?

**Participante:** Sim.

**Entrevistadora:** E o que você normalmente percebe eles fazendo?

**Participante:** Aí a gente observa, a gente vai ver o contexto da clínica mesmo do bebê, né?

Como é que ele está, a coloração, se está dependendo se o bebê está em ventilação mecânica, se está bem posicionado, pressionamento do bebê na incubadora, no bercinho. Se ele está confortável, é uma observação clínica dele.

**Entrevistadora:** E quais movimentos ou reações do bebê prematuro te chamam mais a atenção?

**Participante:** Quando ele está com desconforto respiratório, gemente, ou quando ele está muito agitado, algo incomodando, face de dor.

**Entrevistadora:** Entendi. E você percebe diferença no comportamento e reação do bebê pré-termo na presença de pessoas, por exemplo, sejam os pais, sejam os profissionais.

Você acha que o bebê age de maneiras diferentes com cada pessoa?

Como se tivesse alguma preferência?

**Participante:** Às vezes eles têm, sim, porque tem gente que tem uma maior afinidade, ou às vezes tem uma. Quando o senhor está mais calmo, então tem gente que é mais calmo, tem gente que é mais agitada, e se o bebê percebe. E ele vai se comportar de acordo com o meio que ele está ali. Se está o meio agitado, ele vai estar mais agitado.

Em relação aos bebezinhos prematuros, eles são muito mais suscetíveis ao estímulo externo e eles os compensam muito mais rápido do que um bebezinho termo. Qualquer fator, minuciedade, ruído, barulho, ele vai descompensar mais.

**Entrevistadora:** Entendi. E você acha que o bebê prematuro se comunica com seus cuidadores?

**Participante:** De uma certa forma, sim. Através da face de dor, através dele estar mais confortável, não.

Isso é um meio de comunicação não verbal que ele vai ter.

**Entrevistadora:** E você consegue perceber nos bebês que você cuida algum padrão de comportamento?

**Participante:** Quando você está, às vezes, com uma, você percebe, assim, a esse bebê que eu tenho acompanhando há x dias, eu percebo que gosta mais de uma posição do que de outra.

Ah, sim, a gente percebe, assim, a preferência deles de alguma, ou de uma posição, ou de um determinado estímulo, a gente que dá estímulo tátil, estímulo visual, a gente percebe que cada um, das vezes tem uma certa proximidade, facilidade.

**Entrevistadora:** E você supõe que o bebê prematuro, ele compreende o que você diz para ele ao falar, você aguarda o bebê responder para continuar a conversa?

**Participante:** Não é uma coisa atrás da outra, né? A gente fala, ele não reconhece minha voz porque ele nunca ouviu.

A medida que você está aos dias a dias, ele vai reconhecendo a voz de uma pessoa ou outra, da mãe, a gente percebe muito isso, a voz da mãe, a voz paterna, que a calma, a música, a medida que a gente está com eles, eles têm um reconhecimento da nossa voz, mas como é uma coisa muito rápida, às vezes não dá para distinguir, né?

**Entrevistadora:** Sim. E você nomeia para o bebê prematuro as reações impossíveis, supostos sentimentos dele? E se puder lhe dar um exemplo?

**Participante:** Ah, sim. Por exemplo, às vezes a gente vai precisar de lavar o nariz. Ah, vou colocar uma aguinha no seu nariz, uma.. Vou tirar um catarrinho, uma meleca, vamos dizer sem secreção, a gente nomeia.

Sim, explica, né?

**Entrevistadora:** E, por exemplo, se o bebê fica chateado ou alguma coisa que você percebe que foi incômodo, você coloca isso?

**Participante:** Ah, você ficou chateado ou alguma coisa assim?

Mas voltado para o sentimento e para a emoção?

Ah, mas em relação à dor, né? Ah, isso aqui foi dolorido, né?

Ah, então aí a gente tenta acalmar, conter uma contenção mais calorosa.

Mas em relação à questão do dor, que é o que a gente fica mais atento.

**Entrevistadora:** E você acha que o bebê prematuro pode ser considerado como alguém que está na relação com os outros e que se comunica apesar da imaturidade dos sistemas dele?

**Participante:** É, porque ele está em pleno desenvolvimento, a neuroplasticidade que ele tem todo o tempo.

**Entrevistadora:** Sim. E na sua experiência, como profissional, como você enxerga o bebê prematuro hoje?

Rapidão, saúde aqui.

Como é que você enxerga o bebê prematuro hoje na sua experiência profissional?

**Participante:** Como uma esperança de vida, um ser, um desenvolvimento, é o futuro, é uma esperança de uma família,

É uma família ali que você tá, né, tem todo um contexto ali que um cuidado que é um amor de outra pessoa, um cuidado de outra pessoa. Então é um projeto, uma esperança, né, de um mundo melhor.

#### **Entrevista 04 – Participante D – Mãe de Paciente**

**Entrevistadora:** Então tá. Rita, você fala com a sua bebê prematura, assim que você se aproxima da incubadora dela?

**Participante:** Sim.

**Entrevistadora:** E o que você costuma dizer para ela?

**Participante:** Eu falo pra ela que a mamãe chegou, né? Que a mamãe tá aqui, a mamãe veio ver ela, tava com saudade, né? Que ela ficar tranquila, que a mamãe chegou.

**Entrevistadora:** E você costuma olhar a L. na incubadora, observá-la?

**Participante:** Costumo.

**Entrevistadora:** E o que você percebe?

**Participante:** Então, é várias coisas, né? Inicialmente eu ficava um pouco assustada, aí era como se fosse um bonequinho. Se eu tivesse lá, eu não fosse...

Eu tinha medo até dela não me responder e falar. Gente, estava na minha barriga

Conversava com ela. E aí parece que eu sou uma estranha. Mas tanto que assim, com o pai. E ele falou menos com ela na gestação do que eu. Mas com o pai, ela já tentava abrir o olho. Com a voz dele. E comigo não. E para gente tá tendo uma boa falha de comunicação, hein? Aí, aos pouquinhos, ela foi, acho que no colinho, no canguru.

Aí eu fui conversando com ela, eu gosto de passar a mão na cabeça dela para ela saber que sou eu. E aí, ela começou a responder com resmungo, né?

**Entrevistadora:** E quais movimentos ou reações da L. te chamam mais a atenção?

As coisas que é bem delas, você percebe como delas. Movimento?

Movimento, reação, alguma coisa que ela faça com o corpo.

São bem características delas, franzir a testa.

**Participante:** É delas, então aquela franzi assim, que eu falo, minha filha, botox é caro, não faz isso não.

Ela tem uma expressão assim, levanta a sobrancelha, e...e eu vejo que ela tem como se fosse uns espasmozinhos, assim, muita tremedinha de chute e a mão frenética, né?

A mão gira.

**Entrevistadora:** E você percebe diferença no comportamento e reação da sua bebê pré-termo na presença de pessoas? Então, de algumas profissionais, ou do pai dela, ou sua, ela se comportando de forma diferente com cada pessoa?

Você acha que ela age de maneira diferente?

**Participante:** Eu acho, mas eu demorei pra perceber isso. Então, eu acho que ela já identifica quem são as pessoas. Ela me identificou, mas eu demorei pra ver que ela me identificava. Ela só teve uma semana. Isso demorou um pouco, né? É porque tem um padrão. Eu vi um salto de desenvolvimento dela, de dois dias pra cá. Isso foi gente, a minha desenvolveu de uma hora pra outra. Porque antes era mais quietinha. Mais quietinha pra mim, porque eu chegava aqui e tinha notícia que ela tinha aprontado.

**Entrevistadora:** E você acha que o bebê prematuro se comunica com quem cuida dele?

**Participante:** Eu não tinha pensado isso, mas tem lógica.

Eles sabem que eles estão sendo cuidados, imagina, e que não é...

Se eu chego e falo agora é a mamãe e o pai, se eu chego e falo é o papai,

eu também costumo falar pra ela que eu tô indo embora, você vai ficar...

Tietchan vai ficar cuidando de você.

**Entrevistadora:** E você acha que ela consegue se comunicar com você a partir disso? Uma reação, alguma coisa?

**Participante:** Geralmente ela fica quietinha. Ou, na verdade, eu não costumo deixar ela quando ela está agitada.

Eu espero ela ficar quieta.

Mas aí eu não sei se tem alguma reação depois que eu saio.

**Entrevistadora:** E você consegue perceber algum padrão no comportamento da sua bebê? Se sim, qual?

**Participante:** Não entendi, como?

**Entrevistadora:** Como se você percebe algum padrão de comportamento, por exemplo, se pega nela, chora, ou ela gosta de uma determinada posição, coisa assim, um padrão que seja bem dela. Tipo assim, ela gosta de mamar numa posição, ou alguma coisa assim.

**Participante:** Nesse pouco tempo, é claro, mas tem que ter muita coisa.

É, eu já percebi, por exemplo, assim, eu gosto de beijar ela, e aí já percebi que ela tava, num momento, ela tava muito agitada, eu comecei a beijar e ela ficou quieta.

Entendi.

Sabe? E aí eu falo, né? Eu falo para mãe, mamãe, mamãe beija, mamãe não aguenta, tem que beijar.

Tem que beijar, beijar.

**Entrevistadora:** E você supõe que a Laura compreende o que você fala para ela, e quando você conversa com ela, você espera ela responder?

Você se faz silêncio? Tipo assim, oi filha. Sabe, essa pequena pausa.

**Participante:** Sim, não fiz essa pequena pausa, mas eu acho que é minha ansiedade, porque eu esperaria que ela respondesse.

**Entrevistadora:** Mas você supõe que ela o entende assim? Isso, você fala, oi filha.

**Participante:** Eu acho, apesar que eu acho que às vezes ela é teimosa comigo, mas eu acho que ela me entende porque na barriga, eu já conversava com ela, ela dava muito trabalho, todo exame de imagem, ela se escondia, então eu não ficou afim quando ela me toquei, eu falei que eu sabia que ela estava ouvindo. aí eu começava a conversar com ela antes de fazer os desenhos, hoje a gente vai ver tal coisa. você deixa eu ver, me colabora, mamãe precisa ver. Aí ela ajudava, sabe? Parecia que estava entendendo mesmo que eu falava.

**Entrevistadora:** Então você percebe que ela está entrando, né? Entendendo que você está colocando...

**Participante:** É, tipo assim, é meu contragosto, eu não quero fazer isso, mas eu vou fazer.

E ela está pedindo que eu vou fazer?

É, porque assim, teve exame que ela se comportou no início e depois ela escondeu. Então, tipo, só chega, já deu.

**Entrevistadora:** Acha? E você nomeia para ela, você fala para ela as reações que ela tá tendo, ou supostos sentimentos, por exemplo, a filha, você tá irritada, a mamãe tá vendo, ou alguma coisa, você ficou triste, ou se chatear, você ficou chateada que pegaram sua visão em você?

**Participante:** Nesse sentido, não. Mas eu já comentei com ela, sim, Eu queria que ela falasse o que estava acontecendo, me contasse como é que foi de noite, sabe? Pra ver se ela ia resmungar, ia responder. Aí, quando ela começa a resmungar, eu falo, tonto, conta mais com a mamãe. Alguém está batendo em você? A mamãe vai brigar, a mamãe vai barrar, discutir, bater, não deixa.

E o pai dela brinca, né?

Eu falo, ela vai ser fofoqueira igual o pai.

Então, assim, mas em certos pontos eu não foquei muito, que é igual o que eles me mostram, do ACS.

Eu sei que fica uma inconsciência deles. Eu até falei com o meu esposo, falei, a gente vai fazer um trabalho com ela depois, com a Moísa.

E ele acha que não, que ela vai esquecer. Eu acho que ela não vai esquecer, vai ficar no inconsciente dela.

Mas eu nunca quis reafirmar para não gravar mais.

**Entrevistadora:** Entendi, entendi. Faz muito sentido você falando assim.

Você acha que o bebê prematuro pode ser considerado como alguém que tá na relação com todos e se comunica apesar da imaturidade do organismo?

**Participante:** Então, não sei, ainda tinha de responder isso.

No início eu achava que não, era como se ele tivesse na cabecinha dele, ainda estou dentro do útero, independente de estar ou não, e não estou...

Então, porque, né, eu falo, gente, ela não abre o olho, não dá nada, então tá, parece que tá na cápsula.

E agora eu vi que ela já está mais...

Ela ainda trema tudo, né, mas ela já faz mais coisas, né?

**Entrevistadora:** Sim. E na sua experiência agora como mãe, como é que você enxerga um bebê prematuro hoje?

**Participante:** Olha, ainda estou num processo, sabe? Porque passa um turbilhão de coisas na cabeça.

E parece que assim, é natural que a criança nasça, você começa a estimular, ela começa a responder. Mas você vê a fragilidade deles, só que é uma fragilidade desse detalhe em si mesmo, que precisa de um local especial, mas parece que lá dentro tem uma força, sabe? Um negócio assim que já tem personalidade, que já...

Eu já tô aqui, não me enche o saco do que eu vou fazer o que eu quiser. Pela temposia dela eu vejo isso. Eu brinco porque ele não faz isso, ela não me escuta

Aí eu já falei para o meu esposo, ela te escuta? Para mim não, para mim ela toca o terror. Às vezes eu acho que vou ter que te chamar para você ter uma voz.

Mas ela não acalma, ela ouve, ele responde e para mim parece que não, só que ainda me soa como desobediência mesmo, sabe?

Não pela não...Para sua nação, ela que quer fazer isso. É estranho.

Então tá, obrigada.

### **Transcrição 5 – Mãe de paciente**

**Entrevistadora:** Yara, boa tarde.

Queria saber se você fala com a sua bebê prematura assim que você se aproxima da incubadora dela.

**Participante:** Sim.

**Entrevistadora:** E o que que você fala? O que que você fala quando chega perto da nené?

**Participante:** A gente me imita ela. A gente...Eu não quero entrar nela para ela ficar mais calma. Não é isso?

**Entrevistadora:** Entendi. E você costuma observar o bebê prematuro na incubadora? Você observa a sua bebê? O que você observa? Quais são os movimentos que mais te chamam a atenção?

**Participante:** Aí eu sei dizer direitinho.

Ah, sério?

Ela está ficando mais preocupada.

Ela está bem, né?

**Entrevistadora:** É, você percebe quando ela fica brava.

**Participante:** Brava.

Se mexe muito.

**Entrevistadora:** Você percebe diferença no comportamento e na reação?

da A. quando outras pessoas se aproximam, por exemplo, as enfermeiras, as técnicas. É diferente com cada pessoa?

**Participante:** Sim, diferente.

**Entrevistadora:** Como?

Participante: Ela fica mais risonha.

**Entrevistadora:** Risonha? E quando é com você?

**Participante:** Também.

Mas ela só às vezes, né?

**Entrevistadora:** Além de você ter alguém da família que vem visitar?

Não.

**Entrevistadora:** Então você vê a diferença quando é você ou quando é a técnica?

**Participante:** É diferente.

**Entrevistadora:** O que você percebe de diferente?

**Participante:** Que ela fica mais irônica, mais alegre.

**Entrevistadora:** Quando é você ou quando é a enfermeira?

**Participante:** Quando é a enfermeira, eu também.

Eu só dei nas duas, né?

**Entrevistadora:** Ela também?

Sim.

**Entrevistadora:** E você acha que a Ayla se comunica com quem cuida dela?

**Participante:** Eu acho que sim.

**Entrevistadora:** O que você observa? Como?

**Participante:** Se ela não gosta de uma coisa, se ela gosta...

**Entrevistadora:** Como é que você acha que ela vai reagindo?

**Participante:** Ela gosta.

**Entrevistadora:** E como é que você percebe que ela gosta ou que ela não gosta?

**Participante:** Essa menina...

Eu não sei te dizer isso, tipo, tem a aula dela que ela gosta, tem a aula que ela mesmo não gosta, tem a aula que ela é muito braba.

**Entrevistadora:** E você consegue perceber algum padrão no comportamento dela? Quando você está por perto, uma coisa que ela sempre faz?

E você acha que a A. compreende o que você fala pra ela?

Quando você conversa com ela, você espera a resposta dela?

Você acha que ela compreende o que você fala?

**Participante:** Sim.

**Entrevistadora:** Como?

**Participante:** Porque eu sorriso.

Sorriso? Entendi.

**Entrevistadora:** E você fala para elas coisas assim, por exemplo,

Ah, você está triste, você está feliz, você está alegre, você está zangada, coisas assim?

Como?

Zangada.

Você está zangada.

Você pergunta, você fala o filho, você está zangada.

**Participante:** Está braba.

Está braba, né?

E você acha...

Tudo bem.

**Entrevistadora:** Você acha que o bebê prematuro pode ser considerado como alguém que está na relação?

Alguém que você precisa considerar e se comunica?

**Participante:** Sim.

**Entrevistadora:** O que você acha?

**Participante:** Eu acho que a gente está vivendo um pouco difícil.

**Entrevistadora:** Mas o que você observa da sua bebê que te faz pensar assim?

**Participante:** Que ela compreende, você fala.

**Entrevistadora:** Então tá. Na sua experiência como mãe, como é que você enxerga um bebê prematuro? Ela é sua primeira bebê prematura?

**Participante:** Ela é a segunda bebê prematura. Já tinha um de seis meses e agora ela de 34 semanas.

**Entrevistadora:** Entendi. E como é que é um bebê prematuro?

Como é que você vê um bebê prematuro hoje?

**Participante:** Bem conflutadinho, né?

**Entrevistadora:** É? Como?

**Participante:** O meu foi bem prematuro sem excremento e eu tive...

Bem preocupação com eles, mas com ela eu acho que ela tá bem.

**Entrevistadora:** Entendi. Então tá, Yara. Obrigada.

## **Entrevista 6 – Profissional Técnica de Enfermagem**

E você é o que aqui?

**Participante:** Eu sou técnica, enfermagem.

A enfermagem você trabalha quanto tempo?

**Participante:** Aqui? Aqui acho que desde 2015.

Faz bastante tempo, né?

E assim, você fala com o bebê prematuro assim que se aproxima da incubadora?

**Participante:** Eu costumo falar assim. Às vezes até eu explico o procedimento que eu vou fazer.

Você costuma falar com eles? O que você diz, mais ou menos?

**Participante:** Às vezes eu dou um bom dia, às vezes eu pergunto se está tudo bem, explico o que eu vou fazer, às vezes eu falo do benefício do banho para eles. Eu falo que eu sei que eles não vão gostar do princípio do processo, mas do resultado do banho eles vão gostar, vão ficar relaxados. A troca da fralda é a mesma coisa, eu falo para eles. Olha, eu sei que você não gosta de trocar a fralda, mas eu sei também que você não gosta de ficar com a fralda suja porque você se sente incomodado.

Então vamos trocar, né?

Você explica, né?

**Participante:** Aí eu falo, você me ajuda que eu te ajudo.

E você costuma observar também um bebê na incubadora?

**Participante:** Eu costumo observar alguns comportamentos, por exemplo.

Tipo o quê?

**Participante:** Por exemplo, aquele bebê do 1, não do 1 não, do 10, eu fiz uma tentativa de colocar ela de prona, só que não deu certo, porque ela ficou extremamente agitada, ela é o tipo de bebê que se acalma quando a gente faz o rolinho. Os bebês maiores, eu já reparei essa diferença, os grandões, como eles sentem mais calor, eles precisam de mais espaço, quando eu faço o charutinho, eles já não gostam, eles não sentem muito confortável, porque eles sentem realmente muito calor, então quando eu faço o charutinho deles, não é propriamente o charutinho, eu faço um envelope sem apertar muito, sem deixar eles desconfortar, parecendo que está preso. Já o prematuro, como ele teoricamente, praticamente ele saiu de um espaço antes do tempo, ele nasce, ele vem para cá para um espaço amplo, ele ainda não está preparado para ficar solto. Então você vê que quando você abre, eles fazem assim, o braço, porque Parece que eu tirei ele de uma capinha, que ele estava todo acolhido ali, todo seguro. Eu tirei a segurança dele, então a tendência deles é abrir o braço, então eles, os braços, então eles se sentem muito como se estivessem inseguros.

Entendi.

**Participante:** Aí, aí às vezes quando eu enrolo ele, vocês, tem bebê que automaticamente, ele está agitado, você enrola ele, acabou. Aí você deixa ele solto, ele fica totalmente desconfortável. Alguns ficam de barriga pra cima, mas eles ficam inquietos. Então o que a gente faz? Ou deixa lateral, ou deixa de pronafoto, ou deixa doçal, mas enroladinho. Porque alguns realmente eles não gostam. Menina, parece uma coisa, mas é justamente, quanto mais prematurinho que você deixa ele solto, mais inseguro ele se sente, porque teoricamente ele saiu do natural dele, tudo foi fora do padrão, tudo foi fora do comum, do que seria o natural dele, então ele sai cadê, cadê aquilo tudo? Agora eu sou obrigada a crescer aqui fora, sendo que eu estava ali dentro, então assim é muito complicado.

**Entrevistadora:** E quais movimentos ou reações do bebê prematuro mais ainda que você colocou te chamaram a atenção?

**Participante:** Olha, de todos que me chamam a atenção, é a mão, oro, eles levam muito a mão na boca, e nisso na boca a gente tem sonda, a gente tem tubo, a gente tem, perto da boca, o CPAP, a gente tem catete nasal, a gente tem um monte de coisa que eles já vão direto ali ó, sonda-se, sonda eu não confio em nenhum deles, eu já faço logo a luvinha do SUS, não tenho luvinha não, faço uma adução e coloco, aí por dentro eu coloco um algodãozinho, que aí quer pegar alguma coisa, pega bolinha de algodão para não ficar com a mão, que ele fica assim, né?

Porque uma vez, eu não sei quem foi que fez, ah não, eu fui fazer e a malha tubular era muito larga, ela não era aquela mais, vamos supor, a mais chique, a megalzinha, Aí eu peguei e fui colocar e botei um algodãozinho por dentro. Ele foi fazendo isso aqui ó, com algodão mesmo, ficou parecendo aquelas luvinhas de... isso, que você vai pra academia, aquelas luvinhas de fazer exercício.

Aí eu peguei e fiz outra, mais fechadinha e coloquei mais algodão, porque eles ficam, né? Outro comportamento que eu notei muito, você tira ele da incubadora, às vezes eu pego isso da incubadora e trago pra cá, que eu poder ajeitar para dar o banho, porque a gente acostuma a mexer com a mão só segurei aqui e fiquei mexendo, eles grudam, eles grudam de tênis, teve um que grudou na vários, gruda na incubadora, eu falo vem criança pode vir, grudando na incubadora levanta os pés meninas, eles têm uma força esses meninas, eles têm uma vontade de Eles têm um reflexo de luta muito grande, sabe? E a gente percebe o menino que vai sair logo daqui. Por exemplo, a A. vai sair logo.

**Entrevistadora:** Por quê?

**Participante:** Chegou aqui que arrancando tubo, arrancando sonda.

Teve um ali que ficou ali, de D., no leito 2. Eu nunca esqueço desse menino. Uma mãe que até fazia hemodiálise. Você chegou com ele, você aí? Que menino olha...Um dia eu cheguei, eu estava com ele. esse menino chorava, esse menino chorava, na hora que eu fui olhar, ele tinha, e eu já tinha avisado várias vezes não deixa essa criança sem o bolo, não deixa ele solto, deixar ele solto, o que que ele fez? ele foi, não me pergunte como, eu sei que ele foi virando sentido horário, anti-horário, não sei eu sei que a cabeça dele, em torno do vão tem incubadora, quando eu peguei ele estava quase com as pernas para cima não se me tira nem um, pré-matura. E ele era extremamente agitado, então ele mamou logo, tirava uma sonda logo, tirava tudo dele logo. Ele estava fazendo a fototerapia, tirava tudo, cpap, porque simplesmente ele não deixava nada, ou tudo a mesma coisa. Então assim, a gente percebe de alguns, inclusive gêmeos, a outro mais carente, entendeu? A gente sente essa diferença.

**Entrevistadora:** E você percebe diferença no comportamento e reação do bebê prematuro na presença de certas pessoas, seja da família, seja dos profissionais? Você acha que eles agem de formas diferentes? Quando é com você ou quando é com outra técnica? Quando é com a mãe?

**Participante:** O bebê ele age diferente, eu percebo assim, na questão da forma que ele fica. Por exemplo, tem colega que não gosta de enrolar, tem colega que deixa o bebê de barriga pra cima e passa a faixa em cima. Eles não ficam confortáveis nessa posição. Eu não sei porque o colega faz isso, mas, enfim, não é a minha forma de fazer. Aí eu vejo que alguns colegas deixam o bebê em uma posição que ele fica desconfortável e deixa ele agitar. Por exemplo, a gente faz aquele, vou pegar esse aqui, vou dar um exemplo desse aqui. A gente faz aquele olhinho pra colocar debaixo do pescoço dentro, certo? Esse aqui é a cabeça do menino, esse aqui é o pescoço, esse aqui é o ombro. Vamos supor que esse aqui é o ombro. Então, o coxinho ele tem que ficar aqui, ó, entre a cabeça e entre o ombro, né? Ele tem que ficar entre um e outro porque tem que elevar o medo. O que tem gente que faz? Deixa ele de barriga para cima, ele vai

descendo. Quando você vai ver, ele tá assim, ó. E o coxinho ainda bem aqui, no meio da cabeça, ainda bem assim. Ele não fica confortável, nem o padrão respiratório deles, eles vão se mexendo, eles vão descendo, eles vão se mexendo. E assim, quando a gente deixa ele de bruço, isso é dorsal, que eu falo, barriga para cima. Quando a gente deixa ele de bruxo, se você não passar uma faxina nele, prender ele direitinho, ele vai engatinhando. Eu já peguei, já peguei uns gatinho pra cá, outros vão pra frente, outros vão virando. Eu percebi outra coisa também, que eu converso com os pais, eu percebi isso na segunda-feira, hoje é o dia. No sábado. A mãe daquele bebê lá, a C., ela veio com o pai, o pai do bebê, da neném, e a só faltou um chapéu e uns óculos escuros. Aí eu falei pra ela assim, olha lá, parece que tá na praia, falei pro pai. Aí a mãe falou assim, ó, dorme igualzinho. Igualzinho. Ele também vive dormindo com a mão, e não é comum a pessoa dormir com a mão aqui. É, dormir de barriga pra cima com a mão, isso é desconfortável. E a nenê faz direto. Então que eu percebo que mesmo esses prematurinhos, eles têm algum comportamento, alguns comportamentos que eu pergunto para os pais quando estão aqui. Eu falo assim, ela ficava de perna cruzada na barriga, aí a mãe falava, ficava.

Aí eu falei, não, porque aqui ela fica muito, porque a gente passa mais tempo do que a mãe. Eu falei, o dia desse eu cheguei e o neném estava com a perna bem em cima. Desse jeito aqui, eu falei, gente, vem ver a pose que deram até na outra anel, e disseram que ela fica, ela tinha esse comportamento, então assim, o que eu percebi, que eu pergunto muito pros pais, é porque eu pergunto assim, como que ela nasce nas ecografias, como é que ela saía?

Ah não, ela ficava sempre com a mão aqui, ah não, ela ficava sempre com a mãozinha na cabeça. Sempre tinham comportamento repetitivo, que aqui eles ainda continuam, sabe?

**Entrevistadora:** E você acha que o bebê prematuro, ele se comunica com seus cuidadores?

Sejam vocês que ficam mais tenso, sejam os pais?

**Participante:** Eu acho que sim. Eu acho que eles até interagem.

**Entrevistadora:** E você percebe o padrão de comportamento nessa interação?

Eu percebo, assim, de repente a forma como a gente toca um bebê ele sente, né? Tem neném que a gente pega ele e ele se sente acolhido e tem uns que ele já ele já retrai, mas eu acho que isso é um comportamento do ser humano mesmo. Aquela questão de contato mesmo, de aproximação, eu acho que isso deve começar desde cedo, assim. Tem criança que a gente percebe que é um pouquinho mais sistemática. São mais sistemáticas, por exemplo, a da R. não gosta muito de interação, não. O que ela gosta? De colo, porém, como se diz, pouco riso e muito sismo, entendeu? Aqueles pacientes muito sistemático mesmo, e tem os mais extrovertidos, por exemplo, tinha um bebê lá no leito 7, que foi embora, 7, 8 gente, eu nunca tinha visto, eu vou te mostrar uma foto que você não vai acreditar, eu nunca tinha visto um bebê, não, já vi sim, um bebê que foi intubado no mesmo dia lá na NEO de baixo, eu conversando com aquele e aquele com ela no polo. Você não vai acreditar, ela ficava olhando pra mim. Pra que? Pra mim, eu falei, que que é a fofqueira? Eu chamo eles tudo de fofqueira. Acabou de nascer, no mesmo dia que ela nasceu, que ela foi entubada e extubada. E ela muito atenta, sabe? Então eu penso assim, que os bebês de hoje, eles estão vindo assim numa responsividade, sabe? Eles estão muito responsivos no sentido de você estar falando, eles parecem que já estão te ouvindo e eu percebo isso, uma certa diferença com o comportamento mesmo.

**Entrevistadora:** E você supõe que o bebê prematuro compreende o que você diz pra ele? Por exemplo, você fala, você aguarda o silêncio da reação do bebê, por exemplo. Ah, bom dia. Você espera ali um segundinho, que é o tempo de resposta do bebê?

**Participante:** Eu converso com eles e espero a reação. Tipo assim, é como se ele fosse me responder, sabe assim, às vezes uma expressão facial, uma expressão de dor, às vezes você toca em algum lugar que parece que ele está se espremendo, você toca na barriga, é como se ele

estivesse te respondendo aquele toque, sabe? Aqui mesmo, sabe? Então, assim, tem muito, tem muito, é bem, é uma coisa bem sutil mesmo, sabe? É mais de quem já está um tempo já. Tem que observar bem. Observar o comportamento e uma coisa que que deixa o nenê, que ele dá muitas respostas, é a questão do desconforto, por exemplo. Eu já peguei colega dando no banho frio aqui, entendeu? Você pega na água, você vê que a água tá fria. Assim, colocar o neném pelado pra pesar na incubadora, sabe? Pra pesar fora da incubadora, sabe? Então, essas coisas de... Essa exposição ao frio, sabe? Algumas coisas que tirem lá o que eu tinha do enroladinho, Ele reage imediatamente. Gente do céu, esse olhão, meu Deus. Segurando aqui. Não, e detalhe. Ele estava fazendo translactação. Ele está aqui sugando o dedo da L. Na hora do leite, a N. estava com ele. Na hora do leite, a Natália foi fazer a translactação. Mas ele não quis. Aí a L. falou assim, chama a G. aí. Chama a G. aí, porque a G. é a crush dele, ele vai mamar. Aí eu falei assim, V., você vai pegar esse leite, suga o leite, bebê, é só comidinha, é só janta, toma seu leitinho. E aí ele... Meu Deus! Foi coincidência ou não? Não sei. Eu olhei pra ele e ele olhando. Aí eu lá e ele virando o rosto pra olhar pra mim, sabe?

**Entrevistadora:** Você acha que ele entende a sua voz e percebe que a você identifica?

**Participante:** Eu não. Eu não sei o que ele sente ao ouvir, mas eu penso que a voz pode gerar algum estímulo. Se eu digo assim, eu já ouvi essa voz porque eu conversei com ele o dia inteiro. Eu não estava com ele, mas toda hora eu ia lá interagir com ele. Eu já ouvi essa voz, essa voz me deixa segura. Aquela questão da proximidade, sabe? Tinha muita gente no leito, mas na hora que eu cheguei ele parou. É tanto que eu estava tirando a foto e ele estava olhando aqui na minha cara. Demais. Não, e essa pose de menino rico, olha pra você ver. Não, é super confortável.

**Entrevistadora:** E quando você vai fazer algum atendimento com eles, você nomeia pro bebê, assim, possíveis sentimentos ou sensações, por exemplo. Como você falou no início, né? Ah, eu sei que é triste, eu não tenho isso aqui. É demais, assim, ah, você tá triste, você tá chateado, Você vai nomeando reações do bebê para ele mesmo?

**Participante:** Choroso. Às vezes eu chego e falo assim, por que você está chorando tanto hoje? Por que você está assim triste? Está com saudade da sua mamãe? Porque às vezes acontece muito, acontece muito é da...A gente nota que o neném fica carente. É aquela mesma linha de neném sair do natural dele, vir para cá e já faz aquela separação de vínculo. Às vezes o neném nasce no mamão. por causa da prematuridade e tudo. E tem mãe que no começo vem muito, que é o tempo que ele ainda não sai da incubadora. Quando ele começa a cobrar presença, algumas mães diminuem as visitas. Então, assim, você sente carência mesmo? Que é uma carência.

É, porque esse vínculo é muito importante para eles, aí de repente ele vai começando a sentir mais falta, até o momento que elas começam a faltar, sabe? Então você sente, às vezes, o neném, porque às vezes você pega eles, eles acalmam na hora. É um colo, sabe? É só um colo.

**Entrevistadora:** E você acha que o bebê prematuro, ele pode ser considerado alguém que está em relação com os outros e se comunica, apesar da imaturidade de ser?

**Participante:** Sim, sim. A gente já presenciou, a gente já presenciou lá na Neo.

E presenciou em alguns momentos, assim. Por exemplo, a gente estava com o bebê, ele não era tão prematuro, mas também não vou lembrar qual era a condição dele. Olha, eu não esqueci seu nome, né? Elen. Elen. Sem mentira nenhuma, Elen. O menino estava calmo. Era só a mãe chegar, colocar no couro. Esse menino se agitava de um jeito. Ele se agitava, ele chorava tanto. Então assim, o que eu entendo com isso, eu posso estar errada. Com essa reação que ele tinha toda vez que a mãe pegava ele, é um reflexo. Por exemplo, tem mãe que fica impaciente com

os bebês, então o bebê também vai ficar. E isso vai gerar um embate entre os dois, um incômodo para os dois, entendeu?

É como se a pessoa quisesse querendo algo que o outro não quer dar, então aqui ele já começa a refletir, a achar um...Aí dá um desequilíbrio ali, sabe? Então eu penso que o sentimento da pessoa que está segurando, ele é transmitido para o bebê. Eu penso... Como que um bebê vai ficar desconfortável no colo da mãe? Ele saiu dali. Então a gente não tinha jeito, ela ia chegar e esse menino gritava, ele gritava. Parecia que ele estava sendo torturado, sabe? Então isso era muito marcante, a gente pegava o menino calado. E o neném é difícil, o neném eu percebo também que o toque seguro. E o toque inseguro ele sente

A P., eu amo a P., mas a P. ela é aquela questão de muito tempo na manipulação e não é objetiva e eu já ouvi uma pessoa falar, também não sei, nunca fiz um estudo científico sobre isso, nunca li nada. Eu estou querendo dizer como se eu fosse, eu como paciente adulto, qual que seria a melhor? Eu receber uma sonda no nariz de forma rápida, objetiva, ou a pessoa ficar ali uma hora com essa sonda introduzindo no meu nariz, uma hora e eu lá morrendo de chorar? Cara, é desconfortável, essa manipulação toda não é, eu acho que não é produtivo para o bebê. Então eu penso que é essa forma de um toque, um toque mais seguro ou um toque menos, menos... como é que eu vou dizer?

É, é um toque para fazer uma coisa simples, a pessoa leva uma eternidade para fazer. É desconforto, a pessoa está sendo incomodada ali, ele foi incomodado no sono dele, entendeu?

Às vezes, ele está desconfortado, com duas barrigas. É...Olha, eu tô... Tudo bom? Posso botar meu utilha aqui na pernilha? Pode! Ah, você trouxe o seu bebê? Deixa...Traz aí, moça, por favor. Você é o procurador? É...Gente, a sua cara...Como é que chama esse jovem? Tomás. Oi, Tomás! Tá bominho, gente.

A gente não sabia nem que tinha nascido. Deus abençoe ainda. Você é preguiçoso, não é? Não, eu sou preguiçoso. E gordo, hein? Ele é muito fofinho.

Senta aqui, moça.

A última pergunta é aqui. Senta aqui, eu boto um bezinho aqui. Senta aqui um pouco. Essa, na sua experiência...Um pouco na alta.

**Entrevistadora:** Na sua experiência como profissional da UTI, Como é que você enxerga o bebê prematuro hoje?

Tá assustando o menino, hein?

**Participante:** Como que eu enxergo?

**Entrevistadora:** O que mudou, desde que você começou a trabalhar, desde 2015 até hoje? Como é que foi mudando a forma como você enxerga o bebê prematuro hoje?

**Participante:** Olha, no começo, quando eu comecei a trabalhar, eu estava passando por um momento muito difícil da minha vida. E aí eu estava passando por um momento muito difícil da minha vida. E aí eu falei pra minha chefe, assim, ela me cedeu pra UTI, né, que eu era da internação, aí ela me cedeu pra UTI e falou assim, ah, G., você vai gostar muito.

Eu falei, olha, no todo momento eu não gosto de criança, eu não gosto de mexer com bebê, eu gosto de idoso e tal, é minha praia, mas eu não tô no momento nem de começar uma função nova no setor novo com esse tipo de bebê, com esse tipo de paciente e aí assim logo quando eu comecei eu descobri um mundo assim que é... como é que eu vou explicar? A gente entende muito o milagre que é Neo natal eu comecei a acreditar mais em milagre mesmo, eu já vi milagre que sabe muitos lá, que de um médico falar assim pra mãe, pra mãe ouvir, assim, acho que não era a intenção a mãe ouvir, mas não se preocupou se a mãe ouviu, não. De falar assim que o bebê nasceu, falou assim, não, isso aí é inviável, isso aí não vai sobreviver, não. E o bebê

vem pra nós, o bebê vai pra casa lindo e bonitinho, mamando e tudo, prematuro extremo. Então, assim, eu vi que eles têm uma força, sabe, pela vida, todo dia uma sementinha ali, um leãozinho ali que eles matam por dia, e a exame é submetida a tanto processo invasivo e a gente vê eles indo embora assim, sabe? É muito bom você fazer parte disso, sabe? É como se a gente tivesse feito parte de uma gestação aqui fora, E aí a mãe, aí a gente vê a força das mães. É tão cansativo ficar aqui todo dia. A gente que tá aqui e vai embora já é, né? E as mães, tanto que as mães ficam cansadas, mas estão aqui na luta, aqui todo dia, todo dia aqui, sem cessar, sabe?

Então assim, é um mundo, eu entendi que a Neo é um mundo à parte. Eu não fazia ideia. Eu não fazia, porque na época que eu entrei, eu estava totalmente...Eu estava num momento muito difícil da minha vida, tanto que eu perdi minha mãe nessa época também. E aí eu coloquei uma barreira, falei assim, não gente, eu não quero, não vou mexer com o bebê não. Quando eu fazia o curso, eu já não gostava de fazer a parte da pediatria, não quero, não quero. Eu criei uma resistência muito grande. Só que aí eu vi que foi a melhor escolha, porque fazer parte desse processo vai ficar marcado para a gente e para as mães mesmo e para os bebês, então eu não me arrependo nem um minuto, todos os dias eu agradeço a Deus por me dar essa oportunidade de fazer

parte disso, né, porque tem gente que tem pavor, eu não, eu cada dia eu aprendo um pouquinho mais e vejo como os problemas que eu tenho são pequenos, aqui não, aqui a gente vê mães perdendo bebê, a mãe aqui sorrindo, tentando, tentando assim ter um pouco de fé mesmo, acreditando que a criança vai ficar bem, aí vai para outro hospital e a gente fica sabendo que morreu depois. Então, assim, isso quebra a gente, sabe? Porque aqui a gente faz de tudo mesmo. Eu posso dizer por mim, né? Que eu faço de tudo. Essa sensação de ir para casa, colocar a minha cabeça no travesseiro e pensar, eu fiz alguma coisa para melhorar um. Eu conversei com a mãe, expliquei, ela tava com medo, eu expliquei pra ela que vai melhorar, que o começo é assim mesmo, que prematurinha é assim mesmo, que o neném tá fazendo feiúra agora, mas

depois ele vai melhorar, que ele vai engordar, vai ganhar peso, todo dia vai ganhar um pouquinho, sabe? E elas vão se sentindo mais seguras. E a gente percebe muito, que eu percebi, que tem mãe, eu já ouvi várias vezes aqui. Não preciso citar nomes, porque é uma reclamação geral. Tem mãe, você vai ouvir isso também.

Também não sei se você já ouviu. Tem mãe que fala assim, hoje eu estou tranquila porque eu sei que é você que está com o meu bebê. Você já ouviu isso? Pois é. Quando eu era da noite, tinha uma mãe que estava dois dias sem dormir duas noites. Ela falou, G., hoje eu vou dormir, hoje eu não venho, porque eu sei que é você que vai ficar com o meu bebê.

Então, assim, eu e tinha outras colegas, olha, hoje eu sei que é você que tá com meu bebê. Segurança pra ela. É, então hoje eu sei que eu posso deitar minha cabeça e descansar, porque eu sei que minha filha vai estar bem assistida.

Então, isso causa uma sensação muito grande de insegurança, porque é um bebezinho que não fala, né? A criança é vulnerável, então como a mãe se sente sabendo que insegura com quem está, qual é a pessoa que está com o bebê dela, e ela consegue dormir.

Então assim, são coisas assim que é um mundo neo, mundo a parte. É muito boa, né?

**Entrevistadora:** Obrigada, viu? Acho que eu tive uma aula.

### **Entrevista 7 – Mãe de paciente**

**Entrevistadora:** Aline, eu vou te fazer algumas perguntas, faça e responde, e já é porque você é que vier as duas vezes.

Você fala com o seu bebê assim que você se aproxima do bercinho da incubadora?

**Participante:** Sim, eu conheço bastante com ele.

**Entrevistadora:** E o que você costuma dizer?

**Participante:** Ai, o que eu não falo, filho? No começo eu conversava muito, já chamava sim, porque assim, foi tudo muito rápido, né? Então pegou todo mundo e eu creio que ele também de surpresa, né? O quê? Chama sim?

Eu pedia pra ele melhorar, pra ele respirar. Ele já tinha saído da barriguinha. Tá avisando, né?

**Entrevistadora:** E você costuma observar o seu bebê no bercinho, na incubadora?

**Participante:** Sim. Fico horas, passo madrugadas aqui.

**Entrevistadora:** Quais movimentos ou reações do MacGyver te chamam mais a atenção?

**Participante:** O sorriso dele.

**Entrevistadora:** É? Tem alguma coisa mais que ele faz com o corpinho quando você chega?

**Participante:** Sim, ele sempre fica levantando a sobrancelha por início de abrir os olhos. E a mamãe, escutando o que eu estou falando.

**Entrevistadora:** E você percebe a diferença no comportamento e na reação dele na presença de outras pessoas.

Por exemplo, gente da família...

**Participante:** Eu não sei ainda, porque como a gente ainda não teve contato assim, apesar da minha mãe...

**Participante:** Assim, ele é bem tranquilo, pelo menos com o pessoal que cuida dele.

**Entrevistadora:** Mas você acha que ele age de maneiras diferentes com cada pessoa?

reconhece um...gosta de música. Eu chego que as vezes está chorando com elas e ele fica quieto comigo.

**Entrevistadora:** E você acha que ele se comunica com quem cuida dele? Seja você, seja um profissional?

**Participante:** Sim. As meninas estavam até falando que ele estava aqui um tempão com elas conversando e ele rindo.

É?

**Entrevistadora:** E você acha que as pessoas reconhecem o que ele expressa? Falam coisas com ele, apostando que ele vai entender?

**Participante:** Eu creio que sim. Porque ele sempre está mexendo, sempre está mexendo em minha sombra, sempre. Tipo assim, todo esse poder.

Falei que eu só estava com o reingar ainda.

Eu só estou com o privilégio de abrir o olho por olha pra você.

Minha mãe.

**Entrevistadora:** E você consegue perceber algum padrão de comportamento dele, se sim, qual?

**Participante:** Eu acho que eu ainda não, preciso pensar no que é isso. Já só tem uma semana, gente. É porque assim, a gente fica aqui um pouco e às vezes a gente sai, né? Às vezes eles estão dormindo. Agora vamos ver como se é mais fácil em casa, né?

**Entrevistadora:** E você supõe que ele tem algo, que ele compreende que você diz para ele? Você acha que ele compreende quando você diz isso?

**Participante:** Sim. Eu pedi tanto que ele abrisse o olhinho, ele abriu. Como é que tem tanto valor?

**Entrevistadora:** E quando você conversa com ele, você espera a resposta dele? Por exemplo, você faz silêncio esperando e imaginando que ele vai responder?

**Participante:** Sim, ele sempre fica mexendo a sobrancelha, com a preguiça de abrir os olhos.

Você está escutando, né? É, eu estou fazendo o biquinho.

**Entrevistadora:** E você nomeia para ele os possíveis sentimentos ou imaginando que ele sente?

Por exemplo, filho, você está brava, alguma coisa assim? Como é que você fala? Me dá um exemplo.

**Participante:** Às vezes ele está irritado e eu sempre preocupo muito com ele. Porque eu sei que deve ser muito difícil estar sendo furado toda hora, tirando esparadrapo colocando, tirando a sonda mesmo. Nossa senhora, que mais me dói. Então eu creio que isso tudo...

Neném. Neném, eu estou sonhando, estou sabendo isso também. Você está escutando, né? É, eu estou fazendo o biquinho.

**Entrevistadora:** E você acha que o bebê prematuro pode ser considerado como alguém que está na relação com os outros e se comunica apesar da imaturidade do sistema, apesar da prematuridade?

**Participante:** Eu creio que sim, apesar de ser a primeira vez que está no multinel natal, né?

E apesar dele ter nascido não tão prematuro, né? Porque a gente vê aqui outras crianças que nascem de muito menos semanas, que estão aqui já dois, três meses. Então, realmente deve ser bem mais difícil e com certeza um pouco de diferença entre uma criança e outra em relação a isso, né?

**Entrevistadora:** Você acha que ele pela idade gestacional talvez seja mais disponível, né? E na sua experiência como mãe, como você enxerga um bebê prematuro hoje?

**Participante:** Muito difícil para mamãe. Muito difícil pelo fato de estar numa UTI neonatal, 24 horas. Pelo menos eu. Eu não quis deixar ele aqui, porque eu recebi alta. E eu falei que eu só sairia daqui do jeito que eu entrei com ele. E aqui eu tô. Muitas mães acabam indo, deixando eles. E algumas também acabam tendo outros filhos em casa, saem e voltam depois.

Você tá desesperado. Não pediu pra gente dar pra você o leite? Não? O que você quer? Quero mamar.

### **Entrevista 9 – Profissional de saúde**

**Entrevistadora:** São apenas dez perguntas, tá? A primeira delas, eu vou gravar para depois poder transcrever. Você fala com o bebê prematuro assim que se aproxima de sua incubadora?

Participante: Falo.

**Entrevistadora:** E o que você costuma dizer?

Participante: Eu tento explicar o que pode ser feito, falar onde ele está, na parte da amamentação, então agora a gente vai fazer exercício, agora você vai arrumar. Tento contextualizar ele de algo que está sendo feito.

**Entrevistadora:** E você costuma observar o bebê prematuro na incubadora?

Participante: Sim.

**Entrevistadora:** E você observa o que? O que você percebe quando você vê um bebê na incubadora?

Ah, eu tento olhar o posicionamento, se está adequado, se não estiver, readequale lá no ninho  
olhar a respiração também do passado, olha principalmente os que eu atendo antes eu gostava

de dar uma olhada no geral com o que a criança está e olhar se está bem climitamente, se ele parece estar confortável.

**Entrevistadora:** E quais movimentos ou reações do bebê prematuro te chamam mais a atenção?

Movimentos ou reações?

**Entrevistadora** Alguma coisa que os bebês fazem ou costumam fazer?

Participante: Ai, tanta coisa! Trazendo um pouco assim pra minha parte de atuação, eu acho muito legal como cada um reage quando vai pro peito a primeira vez. Então, tem bebê que por mais que a idade gestacional é baixa, porque a gente vai já estar bem, a gente já consegue iniciar, mas tem uma prontidão e vai e pega. Agora tem neném que é termo, é mais velhinho e é devagar. Então isso eu acho bem legal o comportamento de cada um, né? E vê a mãe também, assim, a mãe que vai mais calmo, tudo vai fluindo melhor e a criança vai acompanhando o que... Como a mãe está naquele momento, às vezes a mãe está angustiada, ansiosa pela alta e não flui, a criança também não. Então isso é uma coisa que eu gosto bem de observar nos bebês.

**Entrevistadora:** Nossa, que massa! E você percebe diferença no comportamento, nas reações do bebê prematuro, na presença de pessoas? Sejam os pais, sejam os profissionais. Por exemplo, você vê algumas preferências? Ou você acha que o bebê age diferente quando é um profissional ou quando é outro?

Participante: Isso, acho que a questão dos profissionais, eu vejo que é muito manejo de cada um. Então, como cada um pega no bebê, tem gente que pega com cuidado, tem gente que perde de qualquer jeito. e nisso vai... e nisso a criança vai respondendo, né? E a parte da mãe vem do que eu já falei, é uma família mais tranquila. Eu vejo que são crianças que, por mais fazer estar com dificuldades, mas são crianças tranquilas e que vão fluindo. Tem criança que a gente vê

super grave e a mãe tá ali do lado, tranquila, depois a gente vê que a criança tá bem melhor. E tem mãe que quando a mãe é ansiosa, nossa, parece que tudo acontece com a criança.

**Entrevistadora:** E você acha que o bebê pretermo, ele se comunica com seus cuidadores, sejam profissionais, sejam familiares?

Participante: Sim, com certeza.

**Entrevistadora:** Como, assim, você observa?

Participante: O olhar, eu vejo que eles olham, fica tranquilo quando vai pro colo da mãe, sente o cheiro da mãe.

**Entrevistadora:** E você consegue perceber algum padrão de comportamento do bebê prematuro quando você está com eles?

Participante: Assim, algum bebê específico, um padrão de comportamento, por exemplo, gosta de ficar mais no colo em uma posição ou em outra, você consegue vendo de cada bebê, algum padrãozinho de comportamento, alguma preferência no seu próprio manejo, quando eu vejo um bebê, por exemplo, um bebê que você atendeu várias vezes, você gosta de mamar nessa posição, ou gosto de ficar com a cabeça de um lado para o outro.

**Entrevistadora:** Você vê alguma diferença ou algum padrão?

**Participante:** Não, nunca reparei não. Varia tanto de bebê para bebê?

**Entrevistadora:** Entendi.

Participante: Foi um padrão exato, assim não.

**Entrevistadora:** E você não fica tanto tempo com o mesmo bebê para poder observar um padrão específico?

**Participante:** Até que a gente fica, até que fica. O que eu vejo muito, por exemplo, é a questão do posicionamento mesmo. Então, um bebê mais bem posicionado, ajustado no colo da mãe, vai mamar melhor, aí...Isso é uma coisa importante, que são as coisas do posicionamento, porque depois parece que se aninha melhor, né? Sim, é um padrão, né? Também é importante.

**Entrevistadora:** E você supõe que o bebê prematuro, ele compreende o que você diz pra ele? Por exemplo, quando você fala, você supõe uma resposta do bebê e aí faz silêncio?

Participante: Por exemplo, ah, boa tarde!

**Entrevistadora:** E aí você espera um segundo, espera até a resposta?

Participante: É como se estivesse conversando. E é tão involuntário que a gente fica vivo, a gente nem percebe. E conversa, não está um pouco.

**Entrevistadora:** Então você supõe que o bebê compreende o que você está falando?

Participante: É compreender, talvez não, assim, exatamente as palavras, mas acho que dá um conforto para ele de primeiro entender que está tudo bem e se sentir seguro.

**Entrevistadora:** Sim, perfeito. E você nomeia para o bebê prematuro, né, as reações ou possíveis, supostos sentimentos dele, por exemplo, você está irritado, né, você está chateado, você calma.

Participante: Geralmente sim. Vamos acalmar. Está tudo bem, mamãe está aqui com você, boa tarde.

**Entrevistadora:** E você acha que o bebê prematuro pode ser considerado como alguém que tá em relação com os outros, que se comunica apesar da imaturidade dos sistemas?

Participante: Sim, com certeza. Só fica um prematurinho que tá lá dentro da incubadora, que não tem sentimento, sentidou. Então ele merece todo o cuidado, como um bebê termo, um

paciente adulto, a gente tem que olhar os sinais do bebê, né? Então as vezes sinais de dor, sinais de fome, sinais que a criança dá pra gente, a gente trabalhar o que ele tá demonstrando.

**Entrevistadora:** Entendi. E a última pergunta, na sua experiência como profissional aqui da UTIM, como você enxerga o bebê prematuro hoje?

Participante: Então, eu tenho 5 anos que eu tô aqui, então desde o início pra cá eu já aprendi muito. Então, e com os cursos do Natu de Canguru também, como sendo tutora, a gente começa a ver o bebê realmente como um sujeito, né? Que a gente olhar pra criança, vendo o que ele precisa naquele momento, todo o suporte pra família, esperar o momento dele, porque o prematuro é mais devagarzinho, eu tento acalmar muito as mães, ele vai demorar um pouquinho mais, no caso da amamentação, ele vai demorar um pouquinho mais pra mamar mesmo, porque ele ainda é prematuro. Tem que explicar até pra calmar a mãe, que vai acalmando essa criança também.

**Entrevistadora:** Entendi. Pra ela poder oferecer esse cuidado pra ele também, né?

Participante: Sim, e não ficar cobrando da criança, uma coisa que ainda não tem maturidade. A gente tem mãe que quer que a criança já mame e fique só no peito, e a criança não está nem pronta ainda. Mas não calma, assim mesmo, aos pouquinhos.

**Entrevistadora:** Que bom, era só isso, né? 10 rapidinhos só.

Rapidinho.

**Entrevistadora:** Tem mais alguma coisa que você queria falar, que você achou interessante no seu prático, assim?

Não, acho que nada por falar.

Ah, graças a Deus.

**Entrevistadora:** Tá, obrigada, Verônica.

### **Entrevista 10 – Profissional de Saúde**

**Entrevistadora:** Então, vou começar. Você fala com o bebê prematuro assim que se aproxima do seu incubador?

**Participante:** Sim.

**Entrevistadora:** E o que você costuma dizer pra ele?

**Participante:** Chamar ele pelo nome, né? Oh, meu Deus. Ele fica assim... Oi, meu amor. Bom dia. Bom dia, tia. Olha, a tia tia vai precisar mexer em você. Vai ser bem chato. Eu sei que você vai ficar bravo comigo, mas a tia tem que aspirar, vamos mudar a posição, arrumar essa touca, tem que mexer no seu narizinho, se estressar, você sabe que você não vai gostar, coisas assim, nesse sentido. E a aspiração antes, né? As coisas de aspirar e que eu tenho que colocar sondinha dentro do nariz e que vai te fazer um incômodo.

**Entrevistadora:** E você costuma também observar o bebê na incubadora quando você está com ele?

**Participante:** Sim.

**Entrevistadora:** E você percebe o que, assim, quando você está observando?

**Participante:** O primeiro horário da gente acaba sendo o posicionamento e o padrão respiratório. Entendimento. E aí quando...

**Entrevistadora:** Isso é da tiragem ou pelo monitor?

**Participante:** Isso, tiragem, intercostal, abastimento de asas. A gente observa esses padrões, abastimento de asas e de nariz. E irritabilidade, né? Às vezes o bebê só está chorando muito, então vamos tentar acalmar.

**Entrevistadora:** Entendi.

**Participante:** Muitos daqui dá pra pegar, tira o decubador e botar no colo, dar um colinho e acalantar. Então a observação assim, de imediato, é essa. O posicionamento e o padrão respiratório.

**Entrevistadora:** Entendi. E quais movimentos ou reações do bebê prematuro te chamam mais a atenção?

**Participante:** Quando ele está muito desorganizado é a ativação de reflexo de moro, muito. E choro, assim, a face de choro, de, às vezes, de dor, né? E também, quando tá nesse momento da irritabilidade é fome, a coisa de estar mexendo a cabeça, abrindo a boca, sugando a sonda. São sinais que você percebe e você já supõe do que seja, né? De que seja, é, desse tipo, fome. E aí, quando tá desorganizado, leito, tentar fazer o charutinho pra ele se acalmar, Então até retirar da incubadora a vez e botar no colo.

Isso é tão legal. Quando você está falando já me vem um monte de coisa aqui interessante. Digo que eu queria ganhar só para botar no colo. Para ficar a tarde toda, o dia todo no colo. E tem muito efeito, sabe? Acho que deve ter muito efeito.

**Entrevistadora:** E você percebe diferenças no comportamento e reações do bebê para termo na presença de pessoas, sejam seus pais ou profissionais? Você acha que ele age de maneiras diferentes com cada pessoa, tendo preferências ou não?

**Participante:** Sinceramente, não. O que eu percebo mais é que se acalmar está relacionado com a gente dar esse aconchego. Mas assim, achar que ou com um profissional, que ele tem uma preferência, eu acho, eu nunca observei, nunca tive esse olhar, não. É sempre que eu vejo, é, se alguém se disponibilizou a acalmar, se já pode botar no colo, colocar no colo, organizar, mas uma preferência do bebê, uma inclinação do bebê a alguém eu nunca votei, não. Tem a ver com a disponibilidade de quem vai fazer algo ali, quem o bebê vai se ajustar ou não.

**Entrevistadora:** E você acha que o bebê pré-termo se comunica com seus cuidadores, sejam profissionais, sejam familiares?

**Participante:** Então, eu tenho a impressão, às vezes, que sim. Eu tenho a impressão de que sim. Os maiorzinhos, sabe? Os pré-termos maiorzinhos, né? Que estão mais ativas, a gente tem uma ali do leito 4, a Bela, que assim, a gente chega, começa a falar, é muito agitada, então ela está desorganizada no leito, que a gente chega, começa a falar com ela e acalmar, então eu percebo essa resposta, então, sim.

**Entrevistadora:** Sim, se comunica, né? E você consegue perceber algum padrão de comportamento no bebê que você, quando você tá cuidando, você tá sempre lá, como você falou da Bela, né?

**Participante:** E eu percebo que elas vêm se desorganizando assim, se acalmando dessa maneira. E cara, esse aqui, eles são mais reativos ao toque, assim. Porque eles vão dar, a gente já pesa uns cuidados, então às vezes o toque mínimo já tá assim, desconfortáveis, né? Já fazendo aquela fase de irritação, de choro. Acredito que, né, toda essa memória não susceptiva deve ficar ali. Então, a ideia de fazer carinho, às vezes, eu percebo que irrita. Então, é realmente, é curtei, é enrolar no charutinho, é colocar aqui no colo da gente na posição, que eu não vou, pode não estar no pé da pele, mas a gente colocar aqui. Então, eu percebo essas reações.

**Entrevistadora:** Você consegue perceber, você supõe que o bebê prematuro compreende o que você diz para ele, por exemplo, você aguarda em silêncio alguma reação, por exemplo, oi, cheguei, você espera ele alguns segundos para uma resposta do bebê?

**Participante:** Sendo muito sincera, esperar alguns segundos, não.

**Entrevistadora:** Mas você supõe que ele é o interlocutor todo que você está colocando?

**Participante:** Tem alguns bebês que é assim, só de ouvir a voz ali, abrindo a porte de nó, ouvindo a voz, parece que já começa a se acalmar. A gente brinca muito que é aquele carente que quer companhia, mas assim, de esperar o retorno, sabe? Não, nunca me percebi assim, eu com esse comportamento.

**Entrevistadora:** Entendi. Você nomeia para o bebê prematuro reações impossíveis, supostos sentimentos dele, se puder também dar um exemplo? Às vezes dizem, ah, você tá triste, você tá chateado.

**Participante:** É mais o chateado, o bravo. Ô bebê, eu sei que você tá brava, eu sei que agora mesmo, eu sei que você tá brava com a tia porque eu tô mexendo no seu nariz, o catete incomoda. Então assim, mais o sentimento do desconforto, do sentimento de desconforto, é mais isso que a gente provoca muito desconforto. Às vezes eu tento compensar a culpa, mas é isso, a gente vai aspirar via aérea e vai colocar aquela touca e arrumar aquela pronga.

Então são sempre movimentos de desconforto. Eu costumo dizer que eu sei que você está brava, que você está chateada com a titia, mas já vai acabar, eu vou ser rápida. É nessa linha.

**Entrevistadora:** E você acha que o bebê prematuro pode ser considerado alguém que está em relação com os outros, que se comunica apesar da prematuridade?

**Participante:** Sim. Quando ele chora e quando ele responde ao nosso contato se acalmando, se acalentando. Isso é uma resposta. Eu entendo assim. É, aquele suspiro magoado, e também quando ele desliga né, o bebê tá sob estresse tão grande que você percebe, tem um nome, essa expressão que eu não me lembro agora, mas desabamento, ou alguma coisa por exaustão né, então assim, é também uma resposta né, de que a gente tá causando muito estresse, além daquela hora.

**Entrevistadora:** E a última perguntinha, na sua experiência como profissional da UTIN, como é que você enxerga hoje o bebê prematuro?

**Participante:** Olha, são dois anos e meio apenas atuando na UTI NEO. Eu passei 14 anos atuando no treino adulto e eu tinha uma aversão a essa área. Então assim, eu me surpreendi muito porque eles são muito surpreendentes, né? Ao mesmo tempo parece muito frágil, mas são muito fortes, para aguentar tanta coisa.

E que mesmo assim, como enxerga, né? É isso, assim, é um paciente que surpreende, que precisa de cuidados intensivos, assim, o que o bebê Dil tinha. É muito delicado, mas ao mesmo tempo não surpreende porque eles melhoram ou pioram muito rápido. Na verdade, o que me surpreende mais é a velocidade da transformação.

Eles ou pioram muito rápido. E aí a resposta também é muito rápida. E era isso que eu vivenciava em adultos. É diferente. Então, isso que até hoje me surpreende, assim. E que me dá otimismo. Porque quando eu vejo um dia que tá...De manhã, que tá ali meio arrastado, e a tarde já deu aquela melhorada, isso também dá uma revigorada pra gente. Dá uma esperança.

Nossa, essa bebê da osteogênica imperfeita tem trazido isso muito pra gente, de esperança.

**Entrevistadora:** A do 9, né?

**Participante:** A do 9. É uma bebê muito difícil, a condição da doença já é difícil, mas ela de um nível ainda mais difícil, mais grave e surpreendendo o tempo todo, crescendo, ganhando peso, com várias fraturas, extubado e ninguém ajudava a conseguir explicar. Então assim, esse nível de recuperação, essa velocidade de recuperação, ou de piorar. Isso que ainda me surpreende muito.

**Entrevistadora:** Obrigada.

**Entrevistadora:** É muito incrível, né?

**Participante:** É muito incrível. Eu trabalho assim, mas vindo pra cá pra observar, eu percebo sim saber alguma coisa, se mobiliza muita gente, gera muita angústia, mas ao mesmo tempo

tem umas coisas que são muito prazerosas de ver, quando o bebê dá uma piscada, um sorriso, uma melhora, assim.

E essa bebê a gente consegue colocar ela no catete nasal e ela tomar um banho na banheira e ficar no charutinho e ela assim, olhando, tentando interagir, as músicas duraram um pouquinho assim e ela com o olhinho assim, sabe? Tentando acompanhar. Não soa? É muito incrível.

### **Entrevista 10 – Profissional de saúde**

**Entrevistadora:** Rejane, você fala com o bebê prematuro assim que se aproxima de sua incubadora?

**Participante:** Falo.

**Entrevistadora:** E se sim, o que você costuma dizer?

**Participante:** Bom dia, boa tarde, tenta chamar o bebê pelo nome, observa se ele está dormindo ou não, se ele está com uma alimentação ativa, fala que eu vou fazer algum procedimento, que ele é um bebê fofinho, que você é só uma furadinha, se ele não tem veio, fala menino, cadê as suas veias?

**Entrevistadora:** E você costuma observar esse bebê prematuro na incubadora também? O que você percebe assim das suas observações?

**Participante:** Eu observo a frequência cardíaca, se ele está em sono profundo ou não, eu olho a movimentação dos membros, a respiração.

**Entrevistadora:** Entendi. E quais movimentos ou reações do bebê prematuro te chamam mais a atenção?

**Participante:** As extensões. Do braço, das penhas, a face, de que está sendo incomodado ou não, que não gostaria de que ninguém mexesse nele. Às vezes eles empurram a mãozinha, assim, né?

**Entrevistadora:** Aham. E você percebe diferenças no comportamento e reações do bebê pré-termo na presença de pessoas, sejam seus pais ou profissionais, você acha que ele age de maneiras diferentes com cada pessoa, como uma preferência, ou que não é um negócio dessa pessoa?

**Participante:** Assim, individual, de profissional para profissional, não, mas de profissional para os pais, sim. E como é que você percebe essa gente? Às vezes, quando as mães e os pais falam, eles abrem mais os olhos, eles viram um rostinho assim pro lado do pai, da mãe, agora quando é a gente, algumas vezes eles abrem mais os olhos, assim, querem saber quem tá falando pra ver se identifica alguma coisa, mas não dá muita moral, assim, de virar o corpinho e posicionar o corpinho pra gente. Ah e eles têm preferências.

**Entrevistadora:** Você acha que o bebê pré-termo se comunica com seus cuidadores?

**Participante:** Sim.

**Entrevistadora:** Como? Como é que você percebe algo da situação?

**Participante:** Eu acho que eles percebem quando eles tiram os membros. Eu acho que eles percebem quando eles fazem expressões faciais, marcantes de que está sendo incomodado, de não quer aquele toque naquele momento, sabe? Só que às vezes não dá pra gente respeitar isso, né?

**Entrevistadora:** Você consegue perceber algum padrão de comportamento no bebê prematuro que você cuida? Como assim? Por exemplo, você fica mais tempo com o bebê, você vai

perceber algum padrão de comportamento, alguma coisa mais específica nesse bebê, alguns que são mais reativos ou mais receptivos?

**Participante:** Sim, isso também, eu acho que inclusive de cada pessoa né, tem bebê que não se importa de ser manipulado. Às vezes você conversa, você manipula, você faz procedimento. É um bebê que não reclama. Não é um bebê que tá epático, nem apático, mas é um bebê que não se incomoda. Aparentemente ele não se incomoda de ser tocado, de ser manipulado. Já tem outros que são nervosos mesmo, bravos, querem bater na gente, saí daqui desse jeito.

**Entrevistadora:** E você supõe que o bebê prematuro, ele compreende o que você disse pra ele, ao falar, você aguarda o silêncio de alguma reação dele?

**Participante:** Não, assim, eu não aguardo, mas eu sei que ele, talvez, eu acho que ele não compreende, **mas** eu acho que quando a gente fala, ele compreende que alguma coisa vai acontecer com ele, entendeu? Então, assim, ele estava lá dormindo no sono, tranquilo dele e, às vezes, a gente fala, acho que aquilo ali já dá a entender, assim, que ele vai sofrer alguma manipulação. É isso, lá vem, né?

**Entrevistadora:** E você nomeia para o bebê as reações, é o possível e suposto sentimentos dele? Por exemplo, você está chateado comigo, né? Você ficou zangado ou...

**Participante:** Eu falo, com certeza. Eu falo, nossa, você não me odeia, porque eu preciso fazer o procedimento, preciso coletar um sangue, preciso funcionar você, mas é pro seu bem, isso faz parte pra você sair logo daqui. Então, eu falo assim, mas de nome a outros sentimentos, além de dor, uma picadinha de formiga, eu não costumo falar muito assim, sabe?

**Entrevistadora:** Você acha que bebê prematuro pode ser considerado como alguém que está em relação com os outros e se comunica, apesar da imaturidade de seus sistemas?

**Participante:** Eu acho que sim, eu acho que a gente só precisa aguçar mais a nossa percepção para a linguagem não-verbal, assim, entendeu? Eu acho que a gente precisa refinar isso porque a gente está cuidando de pacientes que não têm uma linguagem, além do choro, né? Propriamente dito, acho que a gente tem que refinar essa questão da linguagem não-verbal dos bebês.

**Entrevistadora:** E na sua experiência aqui como profissional da UTIN, como você enxerga um bebê prematuro hoje?

**Participante:** Eu enxergo como um bebê que é indefesa, que a gente precisa brigar para que ele fique em paz, para que ele tenha períodos prolongados de som, de silêncio, de repouso, para que ele fique o máximo possível no canguru, sabe? E, infelizmente, fazer as intervenções assim o mais rápido que a gente consegue. Nem sempre isso é possível, né, demandando da necessidade clínica do bebê, mas eu acho que é uma pessoa que precisa ser defendida, sabe, que verbalmente, né, ele não consegue se defender, ele não consegue se esquivar dos procedimentos, mas a gente precisa defender. Nós temos um grande colo.

#### **Entrevista 11 – Mãe de bebê**

**Entrevistadora:** Você fala com o seu bebê prematuro assim que se aproxima da incubadora?

**Participante:** Falo. Todos os dias.

**Entrevistadora:** E o que você costuma dizer?

**Participante:** A primeira coisa que eu faço é eu ouro junto com ela. E depois eu falo pra ela da família. Sempre procuro falar do pai, da minha filha, da minha saudade. Porque eu sempre explico. O pai pode ver, mas o meu pequeno ainda não. Não deve contar. Explico isso pra ela e falo pra ela também que eu amo. Que peço pra Deus pra tirar logo daqui pra se recuperar. E para ela se esforçar sempre nas coisas, entendeu?

**Entrevistadora:** E você costuma observar a A., na incubadora?

**Participante:** O tempo todo.

**Entrevistadora:** E você percebe?

**Participante:** Assim, na questão da Ayla, eu fico tranquila, eu fico bem cuidada, sempre tá limpinha, as meninas sempre organizam ela com tudo, porque ela é meio enjoadinha no caso de ficar mexendo, né? Mas como as meninas já me passam se troculeando, eu também já observei que ela não volta muito, que mexe. Eu já me acostumei, mas eu sempre fui por vez, não fui fora de lugar, tem uma coisa fora da ordem que possa ser que eu não goste. Até hoje, graças a Deus, eu não encontrei nada. Sempre foi tudo bem certinho com ela.

**Entrevistadora:** E você observa alguma coisa no comportamento dela, movimentações, ou algum padrão de comportamento dela que te chama mais a atenção?

**Participante:** Eu acho que ela tem uma hora mais inquieta, sacou muitas pernas. Ela gosta, acho que é por causa do excesso, também incomoda muito ela e tudo, mas ela, em certos aspectos, eu acho ela bem tranquila, ela dorme bastante, o bebê que ela gosta bastante. Até perguntei uma vez se isso era normal, porque como ela é prematura e eu nunca tive um bebê prematuro, eu não sei, né, a doutora disse que isso é supernormal, que é prematuro, né. Às vezes acho até que ela tá dentro da barriga e tal, ela tá trabalhando isso, né, associar as coisas, então ela é mais quieta, é só mesmo quando mexe muito nela, ela não gosta.

**Entrevistadora:** E você percebe diferenças no comportamento e na reação dela de acordo com a pessoa que está aqui? Se é você ou se é um profissional, você acha que ela distingue ou ela age diferente quando é você?

**Participante:** Eu acho que quando ela é...eu acho que ela é mais... eu acho que quando ela é muito quieta dá para associar mais ou menos ainda e tentar esse processo. Mas isso depende

também do profissional que esteja com ela. Eu reparo que ela sabe um pouco mais quem tem mais aquela presa, quem mais que não tem. Tanto que tem uns que ela já fica bem mais agitada, mas já tem uns que parece que já conhece, ela já fica bem mais quieta. Eu reparo bastante isso aí.

**Entrevistadora:** E você acha que o bebê pré-termo, né? Prematuro, se comunica com seus cuidadores?

**Participante:** Acredito que sim pela forma que eles agem, né? Ou se mexer muito, ou ficar muito quieto, tudo. Isso é questão de conhecimento, isso vai muito pelo cuidador que está, de querer conhecer um pouco do paciente ali, né? Então, eu acho que é isso.

**Entrevistadora:** Você acha que ela se comunica com quem está mexendo com ela?

**Participante:** Acredito que sim. Ela não pega em mim, ela não me toca. Geralmente quando eu pego ela é bem mais quieta. Quando outra pessoa diferente pega ela já é bem mais imperativa. E, quando é um cuidador que já passou por ela, eu já noto que ela já é bem mais quieta. É como se estivesse oceano, que também é meio parecido comigo, entendeu?

**Entrevistadora:** E você consegue perceber algum padrão de comportamento na A.? Por exemplo, quando você chega, ela tenta abrir o olho ou passar a mão? Quando conversa, ela tenta abrir o olho.

**Participante:** Eu acho que os fones da voz, né? Porque eu comecei muito, eu não gravei, sempre fui muito conversadoura e canto muito, cantei muito. Conversar e cantar era um dos meus dois focos na graviteira, então eu acredito que ela consegue associar isso aí. Tanto que eu fiquei poucas vezes sem ver o olhinho, e ela falou, meu Deus, minha filha, eu não abro o olho aí. Quando eu comecei a conversar muito e cantar, ela já consegue abrir o olhinho, faz aquelas expressões faciais, né? de ficar abrindo, porque eu acho ela bem preguiçosa, eu falo para ela que ela é um pouco preguiçosa, porque ela se mexeu um pouco mais. Mas, quando eu

fico falando muito, ela bota um muzinho, perdoa a vida, e já dá aquela brilha de outro. Então, eu acredito que ela já entende que sou eu, pela forma que é a mãe dela que está falando.

**Entrevistadora:** Você supõe que o bebê prematuro compreende o que você disse para ele? E, quando você fala com o seu bebê, você aguarda o silêncio? Você aguarda em silêncio alguma reação?

**Participante:** Não tenho harmonia. Eu acho que é um pouco mais...bate aquela ansiedadezinha. Pelo menos escutar um chorinho, tipo, ah, eu entendi, entendeu? Bate aquela ansiedade pra saber qual é a reação, né? Ou é uma expressão, ou é um chorinho. A gente sempre aguarda. É porque é um bebê prematuro, mas a gente fica aquela coisa assim, é um filho, eu tô falando, mas ela tá escutando. Talvez não possa me responder da maneira que eu vou escutar, mas aí uma expressão já vale como se fosse entendendo o que eu estou te falando. Para mim, assim, entendeu? Significa isso.

**Entrevistadora:** Então você supõe que ela vai compreendendo.

**Participante:** Compreendendo o que eu vou falando.

**Entrevistadora:** E você nomeia para ela as reações, possíveis sentimentos, assim?

**Participante:** É, tipo, sorriso, né? Você fala, ela sorri, ela fecha a cara, ela fecha a cara, ela sorri bastante, tem hora, sabe? E ela dá um choradinho. As quadradas. Quando eles choram a gente fala, oh, mãe, isso é aquele tom mais mesmo. Ela está chorando. Aí ela chora mais manhãzinha. Quando eu fico expressando que ela está chorando, ela dá aquele chorinho continente. Quando eu fico falando, ah, está sorrindo. Ela dá um sorrisinho mais intenso. Eu acredito que ela se expressa muito assim também.

**Entrevistadora:** E você acha que o bebê prematuro pode ser considerado como alguém que está em relação com os outros e se comunica, apesar da imaturidade do corpo?

**Participante:** Eu acredito que sim, que eles têm conexão com outras pessoas. Eu acredito que sim, comigo e com as outras pessoas. Dá pra perceber isso pela forma que eles agem, entendeu? Porque quando é um bebê que acha que não tem conexão nenhuma, eles não têm expressão, não têm reação, são mais quietos e coisas, não, eles são mais interativos. Eu acho que eles são muito interativos com as pessoas que trabalham aqui. Aí eu acredito que seja pela forma em que, como eu falei, alguns têm a forma muito específica de ficar assim, ter aquele muito mais cuidado, aquela que tem sempre um que conversa mais, não tem mais as reações, não. Eu acredito que eles tenham as mesmas reações com eles, para passarem o mesmo carinho. Eu acredito que seja isso, mesmo sendo prematura.

**Entrevistadora:** E você, na sua experiência como mãe, como é que você enxerga um bebê prematuro hoje?

**Participante:** Eu sinto um pouco de dificuldade, porque como os partos sempre foram cesárias, mas eu nunca tive uma complicação tão intensa como eu tive ela. Estava esperando, sim, ser prematuro, mas não, de certa forma, a gente estava programando para 36 semanas tirar. Eu cheguei só 31, né, e tudo, e nos meus outros partos eu não tive a experiência de estourar a placenta, estourar a bolsa, já estourou em casa e tal, mas é uma coisa bem mais intensa porque você fica naquele medo, aquele risco, eu acho que dá um pouco mais de tensão na gente eu gosto de falar isso, agora eu me sinto muito ansiosa, porque a gente fica querendo ou não se ficar naquele medo um pouco mais excessivo do que a gente ter um filho com a idade, nascimento, mais certa, né?

**Entrevistadora:** Como é que você enxerga ela hoje, como prematura?

**Participante:** Eu enxergo minha filha como uma guerreira. Porque como eu vi ela lá na Santa Maria, como ela ficou, eu acreditei que ela não ia chegar muito longe. Mas eu vejo a minha filha como uma guerreira. Ela lutou e cada dia está evoluindo. Está evoluindo bem mais.

## **Transcrição 012 – Profissional de Saúde**

**Entrevistadora:** Fernanda, você fala com o bebê prematuro assim que se aproxima do seu incubador?

**Participante:** Sim.

**Entrevistadora:** E o que você costuma dizer pra ele?

**Participante:** Eu costumo falar de forma bem infantilizada. Às vezes comento sobre a condição clínica dele. assim, alguma clínica não, sobre a aparência, tipo ae, da barriga muito grande, as vezes eu comento do pezinho que eu acho bonitinho os pezinhos, ou então eu chego a falar fica quieto, ai você está aprontando, meu Deus você está muito bonitinho hoje, esse tipo coisa. Não é muito adulto não.

**Entrevistadora:** Você costuma observar o bebê prematuro na incubadora?

**Participante:** Sem estar examinando? Isso, sim. E o que você percebe, assim, em termos de movimentação, de algum padrão, alguma coisa assim? Geralmente eles são bem hipoativos, né? Apesar de, assim, quando comparado com o bebê maior, né? Mais velho. Mas eles se mexem bastante, levam muito a mão no rosto. Eu observo muito isso, a mão no rosto sempre é uma coisa muito comum.

**Entrevistadora:** Entendi. E quais movimentos ou reações do bebê prematuro chamam mais a atenção?

**Participante:** Acho que é mais isso, a mão no rosto. A mão na cabeça, a mão no rosto. Eles abrem muito a mão, acho que é mais um reflexo, mais mão e pé. Eles abrem, não o pé, mas as perninhas, eles chegam a abrir bastante quando você mexe e quando você não mexe, eles sempre estão com a mão sobre a cabeça ou sobre o rosto.

**Entrevistadora:** E você percebe diferença no comportamento e reações do bebê para ter na presença de pessoas, sejam seus pais ou profissionais, você acha que ele age de maneiras diferentes com cada pessoa?

**Participante:** Não. O prematuro não. Não vejo muita diferença.

**Entrevistadora:** E você acha que o bebê pré-termo se comunica com seus cuidadores?

**Participante:** Não.

**Entrevistadora:** Não? Você consegue perceber algum padrão de comportamento no bebê prematuro quando você está cuidando dele? Algum padrão de comportamento?

**Participante:** É muito isso, assim, ele sempre... é como se ele se incomodasse com a minha manipulação sempre, isso aí é um padrão. Ele se incomoda, ele mexe de forma que quando eu paro ele se acalma. Tira a mão de mim.

**Entrevistadora:** Você supõe que o bebê prematuro compreende o que você diz pra ele ao falar, você aguarda em silêncio alguma reação dele?

**Participante:** Não.

**Entrevistadora:** E você nomeia para o bebê as reações impossíveis, supostos sentimentos dele?

**Participante:** Não.

**Entrevistadora:** Ah, você está meio triste hoje, ficou chateado ou alguma coisa assim?

**Participante:** Não. Em termos de sentimento, não.

**Entrevistadora:** E você acha que o bebê prematuro pode ser considerado como alguém que está em relação com os outros e se comunica apesar da imaturidade de seus sistemas?

**Participante:** Não. Pra mim, ele é como se fosse indiferente ao resto do ambiente.

**Entrevistadora:** E nas suas experiências como profissional da UTIN, como você enxerga um bebê prematuro hoje?

**Participante:** É um bebê mais frágil, que merece mais cuidado. Eu acho que a questão do canguru, do acolhimento, é mais para a mãe do que para o próprio bebê mesmo, eu não sei se isso para ele faz tanta diferença, mas para a mãe estabelecer vínculo com ele é importante, então eu acho importante estimular por conta disso. E é isso, mas assim, questão de... é um bebê mais frágil e que requer mais atenção, que ele tem um potencial de piora muito grande de forma rápida, mas... e em termos de cuidados psicológicos e tudo, acho que a nossa atenção maior é em relação à mãe, sabe? Eu tenho a impressão de que para ele o resto do mundo é indiferente, o que acontece com ele também e talvez isso não seja levado para o resto da vida, mas é importante para a mãe estabelecer vínculo, é importante para ela, ela se sente importante no cuidado, ela se sente importante e participante ali na hora que você coloca no colo e tudo, é isso.

**Entrevistadora:** Obrigada.

**Participante:** Obrigada.

### **Entrevista 013 – Profissional de Saúde Médica.**

**Entrevistadora:** Érica, você fala com o bebê prematuro assim que se aproxima de sua incubadora?

**Participante:** Sim.

**Entrevistadora:** E o que você costuma dizer?

**Participante:** Eu costumo cumprimentar, bom dia, boa tarde, né? Sempre falo que eu vou examinar, pergunto como é que tá, certinho.

**Entrevistadora:** E você costuma observar o bebê prematuro na incubadora?

**Participante:** Sim.

**Entrevistadora:** E o que você percebe?

**Participante:** Assim, a gente observa mais como aquele olhar clínico, né? Você está tendo alguma manifestação diferente, como é que está a movimentação, você está tendo alguma expressão que indique dor, fome, este tipo de coisa.

**Entrevistadora:** E quais movimentos ou reações do bebê primaturo te chamam mais a atenção?

**Participante:** Sei, movimentação talvez, o choro.

**Entrevistadora:** Você percebe diferenças no comportamento e reações do bebê na presença de pessoas? Sejam os pais ou os profissionais, você acha que o bebê age de maneiras diferentes com cada um?

**Participante:** Não percebo uma mudança tão diferente das pessoas da equipe ou dos familiares, não. Mas eu percebo que eles gostam de ficar naquela posição canguro, que a gente chama, e isso geralmente faz com os pais, talvez seja essa a diferença, eles ficam mais quietinhos, mais aconchegados.

**Entrevistadora:** E você acha que o bebê prematuro se comunica com os seus cuidadores?

**Participante:** Acho que sim.

**Entrevistadora:** Algo que você percebe, algo de uma movimentação, algo de uma reação?

**Participante:** Na verdade eu acho que é mais uma maneira geral, assim, se comunica com o churro, dessa forma de ficar mais quietinho, mais aconchilhado.

Você acha que ele se comunica? Você já perguntou aí?

**Entrevistadora:** E você consegue perceber algum padrão de comportamento do bebê quando você está cuidando?

**Participante:** Não, um padrão eu acho que não, mas é pouca experiência ainda, né?

**Entrevistadora:** E você supõe que o bebê prematuro compreende o que você diz pra ele ao falar, você aguarda o silêncio, alguma reação?

**Participante:** Eu acho que sim. Isso, acho que todos eles, na verdade, eles de alguma maneira, eles percebem que tem alguém ali, que tem alguém que vai se aproximar, tocar.

**Entrevistadora:** E você nomeia pro bebê prematuro as reações e possíveis ou supostos sentimentos dele, assim, por exemplo: Você ficou triste que eu te furei, alguma coisa assim? Você ficou chateado? Você está zangado comigo?

**Participante:** É, geralmente eu falo, né? Às vezes quando a gente encosta o estetozinho neles, fica mais, um pouquinho agitado. Aí eu falo assim, mas, ah, você ficou brava? Vai acabar logo.

**Entrevistadora:** E você acha que o bebê prematuro pode ser considerado como alguém que está na relação com outro, que se comunica apesar da imaturidade do sistema?

**Participante:** Acho que sim.

**Entrevistadora:** Tem alguma coisa que você pensa sobre isso?

**Participante:** Eu acho que ele interage de uma maneira um pouco diferente do que os outros bebês já têm, que já tem um movimento um pouco mais maduro. Mas eu acho que sim, ele tem alguma interação.

**Entrevistadora:** E na sua experiência como profissional da saúde, da UTIN, como você enxerga o bebê prematuro hoje?

**Participante:** Difícil essa pergunta, né? Mas além de muito fofinhos, são bebês que precisam de um **cuidado** diferenciado, negligenciado, né? Isso a gente não pode negligenciar, mas que tem muito potencial para evoluir satisfatoriamente com saúde.

**Entrevistadora:** É só isso. Obrigada.

#### **Entrevista 014 – Profissional de saúde medica residente R1**

**Entrevistadora:** Tá, Jamiele, são dez perguntinhas só. Jamiele, você fala com o bebê primaturo, assim que se aproxima da encubadora?

**Participante:** Sim.

**Entrevistadora:** E o que você costuma dizer?

**Participante:** Ah, assim, não só de experiência de agora, mas como aluna também, é muito de chegar a cumprimentar o bebê. É, pedir licença todo sempre que eu toco, né, no bebê. É, geralmente é isso.

**Entrevistadora:** Sim, e você costuma observar o bebê prematuro na incubadora, e o que você percebe, do que você foca a sua atenção?

**Participante:** Geralmente a gente está mais focada na avaliação mesmo, né, parâmetro mais objetivo pra poder fazer o que eu adoro, né, no exame físico, mas também vendo se tem alguma característica ali de dor, de inquietude, realmente é isso que eu procuro.

**Entrevistadora:** E quais movimentos ou reações do bebê prematuro te chamam mais a atenção?

**Participante:** Geralmente, o movimento expiratório, que não deixa mais a flita. Se tem muito sinal disso que ele está com esforço, ou se contorcendo, com sinal de dor talvez, tremores, acho que isso.

**Entrevistadora:** E você percebe diferenças no comportamento e reação do bebê na presença de outras pessoas, sejam pais ou profissionais, você acha que ele age de maneiras diferentes com cada pessoa?

**Participante:** Eu nunca consegui perceber, mas eu imagino que sim, mas objetivamente eu nunca consegui perceber.

**Entrevistadora:** E você acha que o bebê pré-termo se comunica com seus cuidadores?

**Participante:** Acredito que sim. Como a gente? Acho que tem um pouco de linguagem corporal, talvez uma calma, um barulhinho.

**Entrevistadora:** Você consegue perceber algum padrão de comportamento no bebê prematuro que você cuida?

**Participante:** Hoje não, ainda não. Não percebi.

**Entrevistadora:** E você supõe que o bebê prematuro compreende o que você diz pra ele ao falar? Você aguarda um silêncio? Aguarda alguma reação?

**Participante:** Eu espero alguma reação, sim. Tipo, não sei, uma tranquilidade. Oitinha. tudo bom, se pega na minha mão, algo do tipo.

**Entrevistadora:** E você nomeia para o bebê prematuro as reações ou possíveis supostos sentimentos dele em relação a algum procedimento, assim, então, por exemplo, você ficou chateada, desculpa, você ficou triste, né, que eu fui você ou algo assim?

**Participante:** Nunca fiz procedimentos em si, mas, às vezes, de fazer um exame, né, se vai ficar mais chateada, geralmente eu nomeio.

**Entrevistadora:** E você acha que o bebê prematuro pode ser considerado como alguém que está em relação com os outros e se comunica apesar da imaturidade dos seus sistemas?

**Participante:** Sim, com certeza, da sua própria mágoa.

**Entrevistadora:** E na sua experiência como profissional de saúde, como é que você enxerga o bebê prematuro hoje?

**Participante:** Como profissional de saúde, é um paciente de cuidados, que quer cuidados mais específicos, especiais. É um paciente mais difícil de cuidar, também por conta da comunicação, que não é essa comunicação clara. Estou sentindo isso, eu estou passando por isso. Mas não deixa de ser menos satisfatório, na verdade acho que até mais satisfatório cuidar com o bebezinho, justamente por esses enigmas, né? E acho que é isso.

**Entrevistadora:** Obrigada!

**Participante:** E parabéns!

#### **Entrevista 15 – Profissional de Saude – Técnica de enfermagem.**

**Entrevistadora:** Você fala com o bebê prematuro assim que você se aproxima da incubadora?

**Participante:** Sim.

**Entrevistadora:** E o que você costuma dizer?

**Participante:** Geralmente quando eu entro, eu falo oi, dá um bom dia.

**Entrevistadora:** E você costuma observar o bebê prematuro na incubadora?

**Participante:** Em que sentido?

**Entrevistadora:** Seja para avaliar clinicamente, seja para observar a movimentação, como é que você faz?

**Participante:** Quando você entra no leito do bebê, você já olha ele num porco. É um ofício que está fora, ou às vezes é um bebê que está cansadinho. Você consegue rapidinho, no olhado de ele. Sim, no geral. Piscado no geral, você dá uma olhadinha no geral.

**Entrevistadora:** Sim, e quais movimentos ou reações do bebê prematuro te chamam mais a atenção?

**Participante:** Dispneia.

**Entrevistadora:** Dispneia?

**Participante:** O cansaço.

**Entrevistadora:** Entendi.

**Participante:** É que tem uns que é bem ofegante, e outra coisa, que devido a ele estar assim, automaticamente a preguiça cai e a saturação. Fica de olho nisso, né? São os movimentos que mais te chamam a atenção.

**Entrevistadora:** Você percebe diferença no comportamento e na reação do bebê prematuro, na presença de pessoas? Por exemplo, se é o profissional que está cuidando dele, ou se é a família. Você acha que o bebê age de formas diferentes?

**Participante:** Eu acho que ele age num tempo que ele fica mais. Porque às vezes a gente tem bebê que fica um mês, dois meses. Tem bebê que você fala e ele já fica olhando, pressionando a atenção, aquele barulho. Eu acho que é familiar pra ele, entendeu? Eu acho que ele se sente até mais seguro quando você pega, se confessa, pra essa mãozinha. Eu geralmente, quando dou banho, gosto de dar banho e fazer massagem. Os meninos dormem, né? Deita aqui assim, vai fazendo a massagenzinha assim, as colas, ai, chega a bala. Tudo bem. É molinho.

**Entrevistadora:** E você percebe, Enta, você acha que o bebê pre-termo se comunica com seus cuidadores?

**Participante:** Eu acho que sim.

**Entrevistadora:** Como? O que você percebe que ele faz de diferente para você comunicar?

**Participante:** Às vezes o modo que você pega assim, que você pega na mãozinha, entendeu? Às vezes é um olhar, sei lá, a gente sente, né? Que ele olha assim, um olhar diferente, entendeu? Mas é no toque mesmo, pegar. E eles correspondem, uns que pegam assim, de gruda assim, ó. Eu acho que foi você que foi a glória. Segura a minha mão, eu acho que eu consigo. Se você for mais, segura a minha mão.

**Entrevistadora:** E você consegue perceber um padrão de comportamento nesse bebê que você está cuidando?

**Participante:** Pra um, tipo, um grito, uma reação no comportamento, alguma coisa assim? Quando entra?

**Entrevistadora:** Não, assim, algum padrão que você está acompanhando mais vezes, assim? Você percebe um jeito específico do bebê?

**Participante:** Talvez seja o jeito que ele goste, talvez seja isso, eu entendo isso. Por exemplo, com a posição, a maioria dos bebês gostam de ficar mais pronadinhos, bem juntinhos, entendeu? É nesse sentido. Deixar ele mais de ladinho, mas a posição predileta dele é pronada.

**Entrevistadora:** Entendi. E você supõe que o bebê prematuro compreende o que você disse pra ele?

**Participante:** Eu acho que sim.

**Entrevistadora:** Quando você fala, você espera a reação dele. Às vezes a gente vê que tem uns meninos muito ariscas, fatos meninos que não gostam, que toca. Aí eu pergunto pra mãe, me chamou tão barriga? Ah, me chamou demais. Tem uns que não gostam, você sente. Já tem outros não, que você já pega e quando você pega ele e põe aqui? Não sei se é por causa da UTI, por causa da tecido forado, ou por qualquer razão que a gente chega aqui e pega pra trocar o óxido, você sente assim, sei lá, pensa na ralinha forar, vai doer, vai isso, entendeu?

Mas quando você pega ele bem juntinho, pode fazer o que quiser, tá?

**Entrevistadora:** Você não meia pro bebê as reações ou supostos sentimentos dele? Por exemplo, você ficou chateada, você tá triste com a tia, alguma coisa assim? Ficou zanguada?

**Participante:** Não, eu costumo assim, mas é conversado, porque eu falei pra você, eu chego Ou as vezes quando a mãe tá aos entes, né? E eu falo, a sua mãe não vem, deixa a sua mãe chegar e eu vou brigar com ela Tudo bem? Tipo assim, que a mãe fala que vem e não vem. Fazer um canguru, né? Pra dar o peito. A Letícia também, ela me dá uma e eu falei, mas tu me engana ou eu sei? Eu falei que tem um menino, ela começa a rir, entendeu? Então são esses tipo de coisa que...

**Entrevistadora:** E você acha que o bebê prematuro pode ser considerado como alguém que está em relação com os outros e se comunica apesar da imaturidade de seus sistemas?

**Participante:** Sim, eu acho que é assim.

**Entrevistadora:** Tem alguma coisa que você já viu, que você já percebeu deles?

**Participante:** Eu acho que isso se comunica assim, através de um choro. Às vezes você vê aquela criança que tem prematura que também já trabalha muito tempo e já conhece. Tem aquele chorinho mais assim, tem um chorinho assim que você vê que é de mãe, a gente já conhece, entendeu? Então eu acho que é mais pelo choro deles. Ou que você chega perto e conversa, às vezes, não só que você falar, ouvir a voz, jaqueta, entendeu? Eu observo nesse sentido.

**Entrevistadora:** Sim, ótimo. E na sua experiência como profissional da UTI, como você, da UTI Neonatal, como você enxerga o bebê prematuro hoje?

**Participante:** Ai, eu acho que isso é mais lindo do mundo, é poder se apegar a todos. Ai, isso é muito paixão. É muito paixão, sabe, o que eu faço, entendeu? Assim, tem épocas que são

pacientes que ficam muito tempo com a gente, você se apega, e com isso que vai embora. Então, isso é muito triste, né? Como nós estamos com uma paciente aqui, vocês nem se tem a ver com isso aí. E quando cê era que cê veio, quando cê era que cê encontrou, faz um mês, dois meses, ou mais. Tem um tipo de paciente que, tipo assim, se for, a gente sabe que vai ser o melhor pra criança, então a gente diz que você aceita, porque sabe que você é o melhor pra criança e pra família. Mas tem um bichinho aí que vai, já tem muitas histórias, de pessoas que se, como dizia o pai, Meu primogênico, um cara cadeirante, eu não esqueci nunca, a criança morreu, passou uns 3 meses com a gente aqui. Acabou que morreu, foi uma coisa mais triste, não gosto nem de lembrar. Tem momentos muito dolorosos, mas a maioria não. 90% eu digo que é tudo, sabe, a equipe é muito boa, os meninos saem rapidinho, entuba, fica dois, três dias. Então assim, nesse sentido é muito bom. Aí como a R., mãe da A. ficou com a gente há uns dois, três meses.

**Entrevistadora:** A mãe da A. Vocês têm contato?

**Participante:** A Aurora. e a Rosa. (filha e mãe) As meninas têm. Hoje mesmo me mostraram uma foto. Você fica encantada. Você vê como é que tá.

**Entrevistadora:** Ela já foi pra casa?

**Participante:** Não, ainda tá no hospital. Muitas vezes, pega o contato e passa pra gente. Mas ela tá outra pessoa. Entendeu?

**Participante:** Entendeu? E por mais que você também não pegar vínculo, quando fica muito tempo não tem como. Então às vezes a gente pega, dá um colo, e você acaba se apegando. Dá um carinho. Assim, quando eu tá assim, tá bem. Você vê que ela tá bem, mas quando é criança aqui, vai embora. É isso, é muita coisa.

**Entrevistadora:** É muita coisa. Obrigada, Cátia.