



Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”  
Faculdade de Medicina de Botucatu.

**Ana Dourado**

**A voz materna e o bebê prematuro:  
Questões sobre a comunicação no ambiente hospitalar**

Botucatu  
2018

**Ana Dourado**

**A voz materna e o bebê prematuro:  
Questões sobre a comunicação no ambiente hospitalar**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina,  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita  
Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do  
título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gimol Benzaquen Perosa

Botucatu

2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM. DIVISÃO  
TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Dourado, Ana.

A voz materna e o bebê prematuro: questões sobre a  
comunicação no ambiente hospitalar / Ana Dourado. - Botucatu,  
2018

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista  
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de  
Botucatu

Orientador: Gimol Benzaquen Perosa

Capes: 40103005

1. Prematuros. 2. Psicanálise. 3. Mãe e filhos. 4. Voz.  
5. Psicologia infantil.

Palavras-chave: Prematuro; Psicanálise; Voz materna;  
Vínculo.

**Ana Dourado**

**A voz materna e o bebê prematuro:  
Questões sobre a comunicação no ambiente hospitalar**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gimol Benzaquen Perosa

Comissão examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tagma Marina Schneider Donelli – Universidade do Rio Dos Sinos

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elenice Bertanha Consonni - Faculdade de Medicina –UNESP Campus  
Botucatu

Botucatu, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## AGRADECIMENTOS

Antes de começar a agradecer, preciso fazer uma declaração: a vida não para “pra” você fazer mestrado! Você é mestrando e isso se torna uma condição onde quer que você esteja: em aula, em Congresso ou numa praia paradisíaca em outro continente. A vida não para “pra” você coletar os dados. Amigos novos surgem. Você lê e escreve. Relacionamentos se rompem. Você lê e escreve. Feriado. Você lê e escreve. Atende. Escreve. Muda de cidade. Escreve. Apaga. Lê. Escreve. Lê um livro de poesia para fingir que não tem que escrever. Escreve.

Quebrar o computador na véspera ou antevéspera, o pai adoecer, mudar de casa, de consultório, de pensamentos, de vontades não te libera de escrever.... o texto pede para ser escrito, é um empuxo e, paradoxalmente um esforço: as coisas pedem para ganhar estatuto de texto e a gente sua muito pra que isso aconteça. A vida não para “pra” você fazer mestrado e o mestrado também não para sua vida... ele faz viver outras coisas que estavam quietinhas dentro de você!

... quero agradecer às mães que se dispuseram a falar e deram voz a este estudo.

À minha orientadora que topou prontamente o desafio de me orientar! rs! A abordagem teórica era outra, a cidade, às vezes a língua, a voz. À Geni pela gentileza de um olhar cuidadoso. À banca da qualificação que deu fôlego e fez parecer que estávamos num bom caminho. À secretária, professores, colegas de turma, ao Paulinho ... obrigada por estarem perto nesta experiência.

Sou gratíssima aos amigos e familiares que leram, deram sugestões, me ajudaram com papéis, me ofereceram o aconchego de suas casas, jantinhas, colo, longos e necessários papos para significar, ressignificar tantas vezes o desejo na vida de pós-graduanda. Àqueles que aguentaram os chororôs e falações sobre o mestrado: muuuuito obrigada! (acabou!!!!) e, por último, porque por último ele chegou nesse processo, meu companheiro que não economizou em palavras e gestos de cuidado para que eu seguisse escrevendo até aqui.

*"Aquele voz certamente vem de uma pessoa única, inimitável como qualquer pessoa, porém uma voz não é uma pessoa, é algo de suspenso no ar, destacado da solidez das coisas. Também a voz é única e inimitável, mas talvez num outro modo diferente da pessoa: poderiam voz e pessoa, não se parecer. Ou então assemelhar-se de um modo secreto, que não se vê à primeira vista: a voz poderia ser o equivalente daquilo que a pessoa tem de mais oculto e de mais verdadeiro. É um você próprio sem corpo que escuta aquela voz sem corpo? Então que você a escute de fato ou a relembre ou a imagine, não faz diferença. Contudo, você quer que seja o seu próprio ouvido a perceber aquela voz, portanto o que o atrai não é somente uma lembrança ou uma fantasia, mas a vibração de uma garganta de carne. Uma voz significa isso: existe uma pessoa viva, garganta, tórax, sentimentos, que pressiona no ar essa voz diferente de todas as outras vozes. Uma voz põe em jogo a úvula, a saliva, a infância, a pátina da existência vivida, as intenções da mente, o prazer de dar uma forma própria às ondas sonoras. O que o atrai é o prazer que esta voz põe na existência - na existência como voz - , mas esse prazer o conduz a imaginar o modo como a pessoa poderia ser diferente de qualquer outra tanto quanto é diferente a voz."*

*(Ítalo Calvino in Um Rei à Escuta do livro Sob o Sol-Jaguar)*

## RESUMO

DOURADO, A. **A voz materna e o bebê prematuro:** questões sobre a comunicação no ambiente hospitalar. 2018. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2018.

Há evidências na literatura de que a permanência dos prematuros em incubadora, com o propósito de garantir sua sobrevivência, pode gerar um impacto negativo para o vínculo mãe/filho. Na maioria das vezes, a criança está sedada e as mães, impossibilitadas do contato tátil e de oferecer cuidados. Há vários estudos de como as mães vivenciam essa situação, mas poucos centram-se no papel da voz materna que, nessas condições, é uma via disponível para o estabelecimento do vínculo com o bebê, fundamental para sua constituição subjetiva. Este estudo teve por objetivo analisar o conteúdo da fala e a voz das mães frente a seu parto e a seu filho prematuro, pacientes de incubadora. Os médicos responsáveis pelos leitos das crianças da pesquisa também foram entrevistados com o intuito de avaliar seu papel na forma como a mãe subjetiva a criança neste contexto. Em até sete dias após a internação da criança na Unidade de Terapia Intensiva neonatal (UTIN), foi realizada uma primeira entrevista, aberta, com mães de prematuros que permaneciam na incubadora. Uma segunda entrevista ocorreu após a alta da incubadora. Os médicos responsáveis pelo leito da criança também foram entrevistados, a fim de encontrar possíveis relações do discurso médico com o discurso materno. Observou-se, também, como e o que as mães diziam aos bebês e seus comportamentos quando elas falavam com eles. Os dados foram analisados qualitativamente, à luz da teoria psicanalítica. A característica mais presente nos relatos foi a necessidade de reconstruir a história do nascimento prematuro, de forma minuciosa. Frente à perplexidade da situação, as mães tentavam encadear os acontecimentos, recordando detalhes, organizando sua história e tentando preencher com palavras e números o vazio e a angústia do não-saber. Ao “falar a criança”, as características físicas se sobrepunham a outras peculiaridades subjetivas, denotando dificuldade de simbolização diante do real do corpo da criança. Foi frequente recorrer a termos técnicos e ao uso de significantes que evidenciavam sua condição de fragilidade. Todas as mães relataram “falar com a criança” desde a gestação. Apesar do contato ser mediado por aparelhos e do toque estar praticamente excluído, as mães permaneciam próximas à incubadora, apostavam na importância de sua presença, falando em manhês com seus filhos, falas carregadas de afeto. Para

elas, os comportamentos das crianças, assim como as mudanças cardíacas e respiratórias observadas nos aparelhos de monitoração, tinham um propósito e eram interpretados como reação à sua presença e à sua voz. As respostas as alimentavam narcisicamente, retroalimentando um diálogo e devolvendo o lugar roubado pelo nascimento prematuro. Na segunda entrevista, na Unidade de Cuidados Especiais (UCE), a voz e o discurso denotavam que as mães estavam mais tranquilas; as crianças eram incluídas nas entrevistas e nos planos de um futuro próximo. Estar mais longe dos riscos, possivelmente, permitiu algumas elaborações e enunciações caladas pelo trauma da prematuridade. Ter a criança nos braços foi apontado como mágico, apesar de algumas referirem insegurança, sem a proteção da incubadora. Os médicos, sempre presentes na cena de cuidado do recém-nascido prematuro, tinham a preocupação em transmitir o maior número de informações possível, contudo observou-se grande empenho em informar e dificuldade para lidar com questões subjetivas, que a condição da UTIN exigia. Na UCE a equipe incentivava as mães a assumir os cuidados, contudo cuidar não era fácil, apesar de trazer a sensação de ser mais mãe. Os dados apontam para a importância que as mães dão à sua voz no estabelecimento e manutenção do vínculo da díade, mesmo quando separadas da criança pela incubadora, durante um período fundamental da constituição do sujeito. Apesar do ambiente da UTIN não ter sido projetado para favorecer a maternagem, tanto pela formação de pessoal como organização do serviço e isso possa trazer consequências para constituição da subjetividade dos bebês, observou-se um esforço das mães de pressupor ali um sujeito, para além da prematuridade e manter o vínculo com os filhos prematuros, quando ainda permaneciam na incubadora.

Palavras-chave: voz materna; vínculo, prematuros; psicanálise



## ABSTRACT

DOURADO, A. **The mother's voice and the premature baby**: communication issues in the hospital environment. 2018. Thesis (Master) – Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2018.

There is evidence in the literature of the negative impact that keeping premature babies in incubators - to ensure they will survive - can cause to mother-child bonding. Most of the times, the child is sedated and the mother cannot offer tactile contact or care. There are many studies on how mothers manage this situation, but only a few focus on the mother's voice, that is, in these conditions, an available way to bonding with the baby, which is essential to their subjective constitution. The present study's aim was to understand mothers' perception of premature delivery, their role during the child's stay in the incubator and their interaction with the babies. In up to seven days after the internment in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU), an open interview with mothers of newborns in incubators was held. A second interview took place after the discharge from the incubator. The doctors responsible for each crib were also interviewed in an attempt to find possible correlations between the medical and the maternal speech. It was also observed what mothers told their babies, how they did it and their behavior while talking to them. A qualitative analysis of data was done according to the psychoanalysis theory. The need to rebuild minutely the premature newborn story was the most common feature in the mothers' report. Facing the perplexity of the situation, mothers tried to connect moments by recalling details, organizing their story and trying to fill up the emptiness and the not-knowing anguish with words and numbers. When talking about the child, physical characteristics superposed other subjective peculiarities, making it difficult to symbolize before the child's real body. Searching for technical terms and significant that made their fragile condition evident was recurrent. All mothers said that they talked to the child since pregnancy. Although contact is mediated by equipment and touch is basically inexistent, moms kept close to the incubator once they believed their presence was important, talking to their children in mommy talks full of care. For them, the child's behavior, as well as cardiac or respiratory changes seen in the monitoring, had a purpose and was interpreted as reaction to her presence and her voice. Answers fed them in a narcissist way, empowering some dialogues and giving back the place that was stolen by the premature birth. In the second interview, at the Special Care Unit (SCU), voice and speech showed mothers were more at ease; children

were part of the interviews and of near future plans. Being further away from the risks possibly allowed elaboration and enunciation concealed by the trauma of prematurity. Having their children in their arms was pointed out as something magical, although some mothers referred to insecurity without the incubator's protection. Doctors, always around in the premature newborn scenario, worried about offering as much information as possible, but, despite of the engagement in informing, there was difficulty in dealing with subjective matters, which was an NICU condition. At the SCU, the team encouraged mothers to take over, but taking care was not easy, despite the feeling of being more mom. Data suggest mothers value their voice in establishing and maintaining the dyad bonding, even when they are apart from the child in the incubator during a critical period for the subject constitution. Although the environment at the NICU was not designed to favor maternity, both because of staff educational background and lack of service organization - and this can pose consequences to the constitution of babies' subjectivity, the mothers' effort to presuppose a subject, beyond prematurity was noted, and an effort to keep the bonding to the premature children when they were kept in the incubator.

Key words: mother's voice; bonding, premature; psychoanalysis

## Sumário

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>1 - O RECÉM-NASCIDO DE RISCO NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA .....</b>	<b>14</b>
3 - PREMATURIDADE E SEPARAÇÃO .....	17
4 - O AMBIENTE DA UTIN .....	20
5 - A VOZ MATERNA: DA SENSORIALIDADE À CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO.....	21
5.1 - <i>A voz materna e a constituição do sujeito.....</i>	<i>22</i>
5.2 - <i>A fala e a voz na teoria lacaniana .....</i>	<i>23</i>
5.3 - <i>O manhês .....</i>	<i>25</i>
6 - A VOZ DA MEDICINA .....	26
<b>JUSTIFICATIVA DO ESTUDO .....</b>	<b>28</b>
<b>OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>29</b>
<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>29</b>
1 - LOCAL DO ESTUDO .....	29
2 - PARTICIPANTES .....	30
3 - ASPECTOS ÉTICOS .....	30
4 - PROCEDIMENTO.....	30
4.1 - <i>Coleta dos Dados.....</i>	<i>30</i>
4.2 - <i>Análise dos dados .....</i>	<i>31</i>
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>32</b>
1 - CARACTERÍSTICAS DAS PARTICIPANTES .....	32
2 - PARTICULARIDADES DO CONTEXTO DA COLETA .....	34
3 - ANÁLISE DAS ENTREVISTAS .....	34
3.1.1 - FALAR DO PARTO PREMATURO: <i>RECORDAR, REPETIR, RECONSTRUIR, ELABORAR.....</i>	<i>35</i>
3.1.2 - FALAR DA CRIANÇA.....	39
a) <i>primeiros contatos .....</i>	<i>40</i>
3.1.3 - FALAR COM A CRIANÇA.....	49
a) <i>Um projeto anterior ao nascimento - A criança que mora no imaginário do desejo.....</i>	<i>49</i>
b) <i>O encontro: sem palavras.....</i>	<i>52</i>
c) <i>O bebê como um interlocutor.....</i>	<i>55</i>
3.1.4 - OUTRAS VOZES NA UTIN: PAIS, FAMILIARES E AS OUTRAS MÃES .....	57
3.2.1 - <i>O CONTATO TOTAL É MAGICO .....</i>	<i>59</i>
3.2.2 - FALANDO COM A CRIANÇA NOS BRAÇOS .....	66
3.3.2 - <i>MINHA ESCOLHA: SER PEDIATRA DE UTIN .....</i>	<i>71</i>
3.3.3 - <i>SER RESIDENTE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.....</i>	<i>73</i>
3.3.4 - <i>MINHA FUNÇÃO É INFORMAR.....</i>	<i>74</i>
3.3.5 - <i>É PRECISO CONTAR TUDO .....</i>	<i>78</i>
3.3.6 - <i>ELAS NÃO PERGUNTAM! .....</i>	<i>84</i>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>88</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>93</b>

## APRESENTAÇÃO

Na minha prática clínica, em meu consultório privado e em serviços de saúde, escuto questões que ecoam a constituição do sujeito. As primeiras relações inscrevem o sujeito no mundo da linguagem e a linguagem no sujeito (CATÃO,2009). Assim, uma maior compreensão da relação mãe-bebê, que sempre foi um tema de meu interesse, somada às questões relativas ao aumento da sobrevivência de prematuros nos últimos anos, pode contribuir para reflexão, elaboração de programas de intervenção para elas, bem como de suporte psicológico para os pais e para a equipe médica, enquanto permanecem na UTI.

O presente projeto de pesquisa visa compreender a fala materna dirigida ao bebê prematuro, ainda na incubadora, tendo como pano de fundo o referencial psicanalítico.

## INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos e científicos das últimas décadas do século XX permitiram a redução da morbimortalidade dos recém-nascidos prematuros e de muito baixo peso, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Segundo relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), divulgado em 2012, 15 milhões de bebês nascem prematuros no mundo, ao ano (CHRISTOPHER et al, 2012). Na época, o Brasil aparecia na 10ª posição e seu índice de nascimentos prematuros era igual ao da Alemanha e inferior ao dos Estados Unidos, na faixa de 12% de bebês nascidos pré-termo (OLIVEIRA, 2012).

No último levantamento estatístico realizado pelo Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS), referente a dados do ano base de 2013, o índice de nascimentos prematuros foi de 11,5%, em um total de 2.904.027 bebês nascidos vivos. Observa-se assim, um aumento expressivo no índice de nascimentos prematuros que, em 2008, era de 6,7% de um total de 2.917.432 bebês nascidos vivos. As regiões com maior desenvolvimento econômico e acesso às novas tecnologias concentram a maior proporção de nascidos vivos prematuros. As regiões Sudeste e Sul apresentam 11,7% e 11%

de nascimentos prematuros, respectivamente. No Estado de São Paulo, esse índice sobe para 12% (Ministério da Saúde-BRASIL, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012) define como pré-termo, os bebês que nasceram antes de completar 37 semanas de gestação. Dados recentes mostram que quanto ao grau de prematuridade, no Brasil, 1.581 bebês nasceram com menos de 22 semanas, 14.198 com idade gestacional de 22 a 27 semanas, 30.548 com idade gestacional de 28 a 31 semanas e 287.125 bebês nasceram com idade gestacional de 32 a 36 semanas (Ministério da Saúde, 2013). Concomitantemente, a mortalidade neonatal diminuiu, suscitando novas questões referentes aos cuidados desses bebês, que vão além de procedimentos técnicos, medicações e respiradores. Observa-se uma preocupação crescente com o desenvolvimento psíquico, qualidade de vida, vínculo e efeitos da separação mãe/filho nos primeiros momentos de vida (CASTRO et al, 2012).

### **1 - O recém-nascido de risco na legislação brasileira**

Com a preocupação de evitar ou minimizar os prejuízos da separação mãe/filho, a Lei nº 8069 de 1990, art. 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente, estabelece o direito à permanência de um dos pais ou responsável junto ao leito em tempo integral, nos casos de internação da criança ou adolescente. No entanto, ainda que a presença da mãe seja, comprovadamente, o método mais efetivo para minimizar os possíveis traumas psicológicos da hospitalização, em muitas instituições brasileiras, a entrada dos pais ainda fica restrita a horários de visita pré-estabelecidos, justificada pela execução de procedimentos invasivos, horário da visita médica, espaço físico pequeno e escassez de recursos humanos (COSTA et al, 2010; GAÍVA e al, 2005).

Para humanizar a assistência neonatal, em 2014, o Ministério da Saúde lançou uma portaria garantindo à mãe (ou responsável) acesso 24 horas à maternidade ou Unidade de Terapia Intensiva (UTIN), durante todo o período de internação da criança. O cumprimento dessa portaria é requisito para que o Hospital receba a classificação 'Amigo da Criança' e os respectivos incentivos financeiros (BRASIL, 2014).

Em relação aos recém-nascidos de baixo peso (RNBP), uma cartilha do Ministério da Saúde de 2011 recomenda a prática de um procedimento que mudou os paradigmas da assistência a esses bebês e suas famílias: o Método Mãe Canguru (MMC). Este procedimento, mundialmente reconhecido na assistência neonatal, insere a mãe nos cuidados através do contato pele-a-pele, uma alternativa ao cuidado neonatal convencional para bebês prematuros e de baixo peso ao nascer.

Consiste na colocação do recém-nascido contra o peito da mãe (ou familiar) promovendo maior estabilidade térmica, menor taxa de infecção hospitalar e conseqüentemente, alta precoce do bebê e maior qualidade da assistência.

Em trabalho de revisão, Venancio e De Almeida (2004) encontraram evidências sobre os benefícios do MMC, com potencial para melhorar a saúde e a sobrevivência do RNBP, particularmente naqueles locais onde os recursos eram limitados. Mesmo em locais que dispunham de alta tecnologia, o método contribuiu para a humanização da assistência neonatal e para um melhor vínculo mãe-bebê.

## **2 - A importância do vínculo mãe/filho**

Desde a pesquisa pioneira de Spitz, em 1945, a respeito dos efeitos produzidos pela privação parcial e total da presença materna, profissionais da saúde reconheceram a relevância dos laços humanos precoces para o desenvolvimento da criança (DIAS, 2008). Para Spitz (1979), tanto as atitudes psicotóxicas quanto privativas das mães em relação ao bebê estavam associadas com perturbações observadas no desenvolvimento infantil. Segundo o autor, as atitudes psicotóxicas, super-permissivas e ansiosas da mãe produzem sintomas como cólicas ou eczemas no bebê, relacionados com a hostilidade disfarçada de ansiedade em seus atos. A privação de contato, por sua vez, acarreta efeitos deletérios e irreversíveis no psiquismo infantil. Quando a presença materna era parcialmente reduzida, ele observou quadros de depressão anaclítica. Quando a privação emocional era completa, a criança podia apresentar um quadro que chamou de hospitalismo, com um estado de absoluto marasmo e de desmantelamento sensorial, que poderia levar à morte.

Mesmo antes de Spitz, a psicanálise sempre reconheceu a importância das primeiras relações na vida de um bebê, como base para seu desenvolvimento. Em um artigo de perspectiva histórica, Brum e Shermann (2004) relatam que, em 1914, na teoria das pulsões, Freud já abordava o vínculo inicial do bebê com a sua mãe, enfatizando que a criança possui necessidades fisiológicas básicas que, quando satisfeitas por ela, resultam em um vínculo. A mãe, ao acolher e interpretar o grito do bebê como demanda, o faz pelo desejo de que ele sobreviva, sendo capaz não só de cuidar de suas necessidades orgânicas como, também, de fazer um investimento de amor, estabelecendo o que Lacan (1956/1995) denominou de relação primordial. O exercício da função materna<sup>1</sup>, que

---

<sup>1</sup>A função materna implica num conjunto de elementos individuais, históricos, sociais e culturais que captura o bebê no campo do Outro, ou seja, na linguagem. Há uma troca de expectativas, de olhares e desejos entre a mãe (ou outro

tem por base o amor, instaura um funcionamento corporal subjetivado, na medida em que o cuidador enquanto atende às necessidades fisiológicas do bebê (de ser trocado, alimentado), tenta traduzir o que o mesmo deseja. Essas suposições maternas às reações do bebê cumprem a função de sustentar um espaço para que ele se jogue na relação através do vínculo que lhe é ofertado. É assim que o desejo materno, que vai impulsionar o desenvolvimento da criança, fornece ao *infans* elementos que irão estabelecer um lugar de onde ela poderá dar início à sua subjetividade (LACAN, 1956/1995).

Erikson, também psicanalista, enfatizou a importância dos anos iniciais para o desenvolvimento humano e observou que o surgimento de um senso de identidade era resultado da interação do sujeito com seu meio ambiente, desde o nascimento. No primeiro dos oito estágios do desenvolvimento descritos por ele, os cuidados do principal provedor são fundamentais para o estabelecimento de um senso de confiança básica pela criança em relação a si própria e ao mundo que a rodeia. O primeiro estágio é bem-sucedido quando o genitor ama com consistência e reage de maneira previsível e confiante às solicitações da criança. Por outro lado, bebês cujos cuidados iniciais foram erráticos ou severos podem desenvolver desconfiança, prejudicando seu desenvolvimento psíquico e as relações futuras (BRUM; SHERMANN, 2004).

Winnicott, pediatra e psicanalista inglês, também considerava os momentos iniciais decisivos; as patologias mentais seriam decorrência de falhas primitivas no desenvolvimento emocional. Ele descreveu o desenvolvimento emocional primitivo da criança como uma progressão que vai da dependência à independência. Num primeiro momento, a mãe desenvolve um estado que o autor nomeou de *preocupação materna primária*, que faz com que ela seja capaz de compreender o bebê por meio de uma capacidade de identificação, constituindo uma unidade com ele e o auxiliando em sua integração. Se, neste período, não há uma mãe capaz de se conectar a seu bebê, sua integração fica prejudicada e ele se torna apenas um corpo com partes soltas (BRUM; SHERMANN, 2004).

Mas, foram as colocações teóricas de Bowlby e sua teoria do apego, integrando conceitos de psicanálise e etologia, que tiveram maior influência nas formulações e implementação de políticas públicas para evitar os prejuízos que a separação impõe à relação mãe/bebê (BELSKY,

---

cuidador) e seu bebê, funcionando como uma rede que enlaça o *infans* e possibilita a constituição deste como sujeito. (LACAN, 1956/1995).

2009). Assim como Spitz, ele não deu ênfase à satisfação das necessidades fisiológicas, mas à existência de uma relação de afeto e de apego como fator primário, responsável pelo processo que vai sendo construído, paulatinamente, no contato entre mãe e filho e pode resultar em um desenvolvimento adequado (BOWLBY, 1984; BRUM; SCHERMANN, 2004).

Se nos estudos sobre interação mãe-bebê, a maioria dos teóricos deu atenção especial ao papel da mãe nas relações objetais, e não há dúvida quanto à sua relevância, as características da criança foram pouco abordadas (BRUM; SHERMANN, 2004). Sabe-se hoje que a atividade do bebê e seus recursos são fundamentais para a interação e vínculo, isto é, a interação segue um modelo bidirecional em que não apenas o comportamento do bebê é moldado pelo comportamento da mãe, mas também o comportamento materno sofre a influência dos comportamentos do bebê (LINHARES et al, 2006; PICCININI et al, 2001; SEIDL DE MOURA *et al.*, 2004). A existência de uma relação vincular estreita entre o bebê e sua mãe, já nas primeiras horas de vida, mostra as capacidades do recém-nascido para a interação. Há trabalhos demonstrando suas capacidades de percepção, imitação e comunicação, ou seja, desde o início da vida, os bebês apresentam um conjunto de características que os capacitam para os primeiros contatos sociais (SEIDL DE MOURA et al, 2004).

Além das teorias psicológicas, no campo da neurociência, há pesquisas mostrando que uma ligação forte e segura com os pais tem uma função biológica protetora. O estresse vivenciado nas unidades de cuidados intensivos neonatais aumenta o nível de cortisol, afetando o cérebro, o metabolismo, o sistema imunológico. A proximidade afetiva dos pais “resguarda” o bebê desses efeitos (BHUTTA e ANAND, 2002)

Apesar de pontos divergentes, os diversos autores concordam que o período mais precoce da vida é determinante na saúde psíquica do indivíduo e que, portanto, deve-se estar atento às possíveis perturbações neste período. Nos casos em que, para garantir a sobrevivência, a criança é separada da mãe e encaminhada à UTI neonatal, como ocorre quando de um nascimento prematuro, esse espaço pode se configurar em lugar de risco para a interação do bebê com sua mãe e, conseqüentemente, para seu desenvolvimento psíquico.

### **3 - Prematuridade e separação**

Durante a gestação, e mesmo antes dela, os pais imaginam o filho, seu rosto, seu sorriso, se será chorão como o pai ou calmo como a mãe, do que gostará de brincar e fazem planos para seu



futuro. Quase sempre, no momento do nascimento, os pais se deparam com o bebê real, que não coincide com o bebê imaginado (KLAUS; KENNEL, 1992). Quando se trata de um bebê prematuro, o impacto é maior, exigindo dos pais um novo esforço simbólico e deste dependerá a qualidade da interação mãe-bebê e pai-bebê. Os pais passam por um processo de luto do bebê idealizado que pode acarretar em dificuldades de vinculação com a criança (DONELLI ET AL, 2017).

Quando o bebê vem antes da hora, a mãe também tem que se fazer prematuramente (DIAS, 2006, MATHELIN, 1999). Além da variável tempo, há uma série de outras adaptações necessárias: ela tem que se adaptar à aparência do bebê real, muito distante do imaginado, à separação e à possibilidade de morte, mais evidente quando o bebê precisa dos cuidados da UTIN. Não há palavras que simbolizem o real que se apresenta, que é, portanto, traumático. Nesse contexto, a discrepância entre o bebê sonhado e o real é ainda maior, o contato é quase sempre mediado pela equipe de saúde, por equipamentos, ruídos de aparelhos, exigindo da mãe maiores esforços para interagir com seu filho (KLAUS; KENNEL, 1992; DIAS, 2008; MATHELIN, 1999).

Segundo Baldissarella e Dell'Aglio (2009) quando os pais chegam à UTIN, o momento é marcado pela coexistência de sentimentos ambíguos e pela visão da criança dentro de uma incubadora. O sentimento dos pais a respeito das "máquinas salvadoras" pode ser ambivalente: por um lado, a expectativa, quase mágica, em relação a elas porque permitem a sobrevivência da criança; por outro, um sentimento de repúdio devido à distância que interpõem entre eles e o filho e, conseqüentemente, os excluem dos cuidados. A incubadora intensifica a separação e os sentimentos de impotência: possui apenas uma escotilha por onde os bebês são alimentados, trocados, medicados e é pequena demais para possibilitar o carinho e contato dos pais com o filho, de forma natural (SHAFFER, 2005; DONELLI ET AL, 2017).

Segundo Dias (2008), os nascimentos prematuros se caracterizam pela marca de um excesso que exige dos pais uma capacidade extraordinária de elaboração, ou seja, de historicização desse nascimento. Esse irrepresentável é, então, potencialmente traumático. As mulheres, separadas de seus filhos após o parto, sentem-se, muitas vezes, culpadas, fracassadas, o que as fere narcisicamente (MATHELIN, 1999). Se a criança gerada é parte do próprio corpo da mãe, na forma de outro objeto, partindo de seu próprio narcisismo, a mãe pode dedicar-lhe todo seu amor objetual (FREUD, 1996-1914). Na prematuridade, entretanto, o narcisismo está fraturado, acentuando a ambivalência do investimento materno (MATHELIN, 1999).

Embora na maioria das UTIs seja permitida a visita das mães, sem restrição de horários, elas nem sempre comparecem diariamente ao hospital ou permanecem por longos períodos com a criança. Algumas mães têm dificuldade de acesso após sua alta da maternidade, moram longe, tem afazeres domésticos e outros filhos para cuidar. Mas, em vários casos, as visitas não são frequentes porque elas temem se apegar ao bebê e este não sobreviver, gerando culpa e um conflito de aproximação *versus* afastamento (LINHARES et al, 2000).

Para Baltazar et al (2010), uma vez que a presença deste Outro<sup>2</sup> é fundante para o sujeito, o valor da presença dessa mãe é inquestionável e ela deveria ser vista como uma intervenção precoce em saúde mental e uma política humanizadora no espaço neonatal. Entretanto, apesar da importância da mãe numa UTI Neonatal e de seu papel de maternagem, em várias instituições ainda não há um acolhimento ou uma relação de parceria entre equipe e família do bebê. Em alguns estudos observou-se que bebês nascidos antes do termo retornavam ao atendimento na Emergência Pediátrica após a alta, por não ganharem peso e/ou não crescerem adequadamente, o que sugeria que os laços afetivos entre mãe e filho não eram suficientemente fortes ou não haviam sido bem estabelecidos, afetando os cuidados no domicílio (WILY,1998; MATOS; FIGUEIREDO, 2001; BRADLEY, 2003). São dados que sinalizam para a necessidade de os profissionais dispensarem uma atenção especial para garantir a presença e tornar as mães mais autônomas para promover a saúde e a qualidade de vida do bebê (BALDISSARELLA; DELL'AGLIO, 2009).

A ausência da formação de uma ligação afetiva ou de prolongadas rupturas dessa ligação, especialmente em momentos primordiais para o estabelecimento desses laços, são um fator reconhecido como de risco para transtornos psiquiátricos, com elevada incidência. (BRASIL, 2011).

Assim, quando um nascimento é prematuro, há um risco potencial, tanto para as crianças quanto para os pais. Do lado dos pais, a interrupção abrupta do processo de gestação psíquica da criança pode levar ao sofrimento e perturbação de suas referências subjetivas. Do lado da criança, a despeito da eficiência das modernas tecnologias de reanimação e manutenção da vida,

---

<sup>2</sup> Grande Outro é um conceito formulado por Lacan que se distingue do *outro parceiro*, semelhante. Define um lugar, que em particular é o lugar da linguagem, situado para além de qualquer pessoa e onde se situa o que é anterior ao sujeito e que, entretanto, o determina. É a mãe que ocupa o lugar de primeiro Outro para o sujeito, o que quer dizer que é ela que torna presente para a criança essa cena em que sua subjetividade vai ser construída por palavras exteriores a ela própria, antes que ela se aproprie delas.

empregadas para garantir o equilíbrio de suas funções vitais, podem ocorrer consequências reais e imprevisíveis para seu equilíbrio físico e psíquico (BRASIL, 2011).

#### **4 - O ambiente da UTIN**

Segundo Vorcaro (2010), o bebê internado na UTIN, em processo de luta pela sobrevivência, vive um momento vulnerável em seu psiquismo nascente e encontra-se em risco. A maioria das UTINs não foi planejada para ser um ambiente tranquilo e agradável. O aproveitamento do espaço e o controle de infecções determinaram as prioridades de configuração física e funcional das unidades, implicando em ambientes ruidosos, com pouco espaço de circulação, de intensa atividade e superfícies altamente reverberantes.

As unidades apresentam níveis de ruído bastante elevados, com uma média de 77,4 dB (A) para os ruídos de fundo, com picos de ruído com média de 85,8 dB(A) que aumentam bastante durante admissão, emergências, na discussão de casos clínicos e passagem de plantão. Alterações na fala, problemas relacionados com a linguagem e uma ampla gama de distúrbios de aprendizagem que acontecem com maior frequência em neonatos pré-termo, mesmo os que não apresentaram um quadro de paralisia cerebral, podem estar relacionados com a caótica experiência auditiva na UTI Neonatal (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, além de o bebê ser submetido a excesso de estímulos e de sofrer com as intervenções dolorosas, ele é privado da continência materna (CAMAROTTI, 2011). Diferentes pesquisas têm demonstrado a importância do toque na recuperação do recém-nascido prematuro, na medida em que criam nas mães uma percepção mais aguçada e um estado de prontidão para detectar e responder às necessidades da criança. Tessier e cols (1998) afirmam que as mães que mantinham o toque com a criança eram mais sensíveis ao filho cujo desenvolvimento estava ameaçado por uma longa internação hospitalar. A importância deste toque está, portanto, no afeto que transmite e é deste que ele carece na incubadora já que o bebê é excessivamente tocado pelos profissionais, mas pouco tocado pelo afeto.

Ramada e Cols (2013) observaram queda de todos os parâmetros vitais (frequências cardíaca e respiratória, temperatura e escore de dor) após o toque terapêutico, principalmente do escore de dor. Em artigo de revisão recente, Ramos, Frias e Rizzo (2016) identificaram que o toque terapêutico em recém-nascidos tem, também, um efeito calmante após procedimentos de enfermagem, diminuindo a dor, reduzindo a atividade motora, diminuindo o nível de cortisol,

facilitando a alimentação, sucção/deglutição. São mudanças que, conseqüentemente, promovem o aumento de peso da criança, a estabilização dos sinais vitais, facilitando o repouso e melhorando a interação com o meio ambiente, o que permite conservar a energia para o crescimento e a cura.

Entretanto, a necessidade de manter a criança na incubadora, para garantir sua sobrevivência, reduz as possibilidades de contato tátil materno. Esse fato sinaliza para a necessidade de investigar o papel de outros tipos de exposição sensorial no estabelecimento e fortalecimento do vínculo e na recuperação do prematuro.

### **5 - A voz materna: da sensorialidade à constituição do sujeito**

Até a década de 70, acreditava-se que o feto somente podia ser alcançado por estimulações táteis. Pesquisas posteriores mostraram que o feto também responde a estímulos de pressão, cinestésicos, térmicos, auditivos, vestibulares, gustativos e dolorosos intraútero (PIONTELLI, 1995).

Nos dias de hoje, sabe-se que o feto já possui o sentido da audição desde a 20ª semana de vida intrauterina e, depois da pulsação da principal artéria abdominal, o som mais frequente que o feto ouve é a voz materna. Estudos com crianças nos primeiros dias de vida demonstram a relevância da experiência auditiva pré-natal para o bebê (SALK, 1973 apud PIONTELLI, 1995).

Após o nascimento, a exposição ao som de batimentos cardíacos da mãe produz efeito tranquilizador (DE CASPER E FIFER, 1980; RAND E LAHAV, 2014). Outros estudos demonstraram que o recém-nascido de dois ou três dias prefere uma voz ao silêncio, uma voz feminina a uma voz masculina e a voz de sua mãe, mesmo gravada, à de outra mulher. Há evidências de que a maioria dos bebês reage às características próprias da voz da mãe quando ela se dirige a ele, provando a preferência pela voz de sua mãe dentre um conjunto de sons do meio ambiente fetal como do aparelho gastrointestinal, do cardiorrespiratório ou ainda dos ruídos ambientais atenuados (WEBB et al, 2015; DECASPER E FIFER, 1980; QUERLEU et al, 1986). Um estudo, em particular, descreveu a preferência do bebê de três dias por ouvir o som de histórias familiares, que haviam sido lidas, sistematicamente, por sua mãe antes do nascimento (DE CASPER E SPENCE APUD HEPPER, 1996).

Para Catão (2009), a sonoridade do período anterior ao nascimento parece deixar traços na memória e constituir um verdadeiro código sonoro pessoal, que contém a base da futura linguagem da criança. Ao nascer, a voz materna funcionaria como um ‘cordão umbilical sonoro’, evocando

sua qualidade de matriz de continuidade entre o período intrauterino e o neonatal. Em outras palavras, escutar a voz da mãe pode atenuar a sensação de descontinuidade e de estranhamento, experimentada pelo recém-nascido, que se encontra separado dela (BRAGA; MORSCH, 2003). Segundo Winnicott, (1994), os bebês, inclusive os prematuros, também mudam de comportamento quando a mãe se dirige verbalmente a eles. Muitas vezes, abrem os olhos, olham em volta, se espreguiçam e têm uma atitude corporal muito diferente daquela que têm quando estão sozinhos.

Estudos mais recentes identificaram que a voz da mãe tinha um importante papel na recuperação de bebês pré-termo (FILIPPA, 2013; RAND; LAHAV, 2014). Enquanto a mãe falava ou cantava, identificaram-se mudanças significativas no estado fisiológico do bebê, com melhora nos níveis de saturação de oxigênio, nos batimentos cardíacos e na redução nos níveis de eventos críticos (FILIPPA, 2013). Nos Estados Unidos, Rand e Lahav (2014), obtiveram resultados semelhantes ao expor bebês prematuros a gravações de sons maternos (voz e batimentos cardíacos). Os autores acreditam que os sons maternos proporcionam, além da estabilização do sistema nervoso autônomo, um ambiente mais tranquilo para os prematuros internados.

Portanto, a voz da mãe parece impor outro ritmo às intervenções voltadas para o bebê, além de, em alguns momentos, quando não se pode segurar ou amamentar o bebê, ser uma possibilidade de contato. Entretanto, a voz materna é mais que isso. Ela é a via que permite a organização do percurso pulsional do bebê e participa da instauração do laço entre este e sua mãe, sendo, portanto, de suma importância garantir condições para que a mãe e sua voz tenham lugar no espaço de cuidado de seu filho (CATÃO, 2009).

### **5.1 - A voz materna e a constituição do sujeito**

O ser humano nasce dependente, desprovido de atributos necessários para sua própria sobrevivência. Esta condição, chamada por Freud (1996/1895) de desamparo primordial, é constitutiva do ser humano, pois o empurra para o amor na medida em que cria uma necessidade vital: ser adotado afetivamente para que sobreviva. Espera-se que esse outro ser humano o alimente, cuide de sua higiene, fale com ele, confira-lhe traços identificatórios, retirando-o desse lugar de desamparo. (FLACH, 2009; VIVÉS, 2012). Para que isso aconteça é essencial que a dupla esteja afinada: que o bebê emita respostas aos diferentes estímulos e que a mãe interprete e atribua significado às manifestações do filho e, a partir disso, execute ações destinadas a atender às suas

demandas. Essa protoconversa o que se estabelece entre m e e beb  tem efeitos estruturantes no sujeito neonatal (VIV S, 2012).

A forma o da subjetividade n o   da ordem do biol gico, n o acontece de maneira natural, ela   constru da. Lacan (1963) afirma que o corpo n o se organiza por suas fun oes musculares ou fisiol gicas, mas pelas marcas simb licas produzidas pelo Outro Primordial.   nele que se encontram as coordenadas simb licas para a constitui o do sujeito: nas rela oes de cuidado, nas experi ncias de satisfa o das necessidades, no estabelecimento das rotinas, na comunica o, na intera o com o Outro (FLACH, 2009).

Assim podemos dizer que a vida   um dom que se recebe do Outro, desde que tenha havido um lugar para ele no desejo daqueles que o antecederam. A constitui o subjetiva est  no simb lico que precede o sujeito, pois antes de existir em si e para si, o *infans* existe para e por outrem (DIAS, 2008). A subjetiva o da crian a depende, ent o, de que a m e, quando est  desempenhando sua fun o materna, suponha no beb  um sujeito, antes que ele esteja ali instalado, de modo que o gesto da crian a seja interpretado em palavras e seu discurso em a o (OLIVEIRA E MARIOTTO, 2008).

## 5.2 - A fala e a voz na teoria lacaniana

Com base na lista dos objetos pulsionais<sup>3</sup> estabelecida por Freud, essencialmente, o objeto oral (o seio), anal (as fezes) e f lico (o falo), Lacan (1955/1998) conceituou a voz como objeto pulsional. A voz (objeto da puls o invocante) adquire, pouco a pouco, estatuto particular em raz o de sua estreita rela o entre o significante<sup>4</sup> e a fala. A emerg ncia do sujeito e a sua inscri o no grupo humano devem ser compreendidas como estando estritamente ligadas ao que se apreende do concerto das vozes que o cercam.   pela voz e pelo olhar que o corpo se subjetiva. Segundo Viv s (2012), pensar a constitui o subjetiva pressup e a exposi o do neonato   articula o da fala a ele dirigida.

---

<sup>3</sup>Para Freud, objeto pulsional   um conceito articulado entre o biol gico e o ps quico. Para Lacan o conceito articula significante e o corpo. Corpo esse que n o   o organismo, mas uma constru o que implica uma imagem totalizante, i (a), em cuja composi o o olhar do Outro desempenha um papel importante.

<sup>4</sup>Lacan (1960) enuncia que “o significante   aquilo que representa o sujeito para outro significante” e que “o Inconsciente   estruturado como linguagem”. (Lacan, 1953/1998).

Para psicanálise lacaniana, há diferenças entre a fala e a voz. Falar implica um emissor, um receptor e a circulação de uma mensagem que, para que alcance seu destino, pressupõe que os implicados no ato de falar partilhem um código comum que permite a produção de significação. A fala está endereçada ao outro e parece visar a instauração da comunicação sem equívoco, sem resto. A voz, por outro lado, é o que traz o sujeito e, portanto, produz lugares heterogêneos e disparidade entre os interlocutores (FLEIG, 2006).

A voz é o suporte corporal e, portanto, pulsional de um enunciado, a fala é o sentido. A voz é carregada de afeto. É na voz que se transfere um afeto do Outro para o sujeito. A voz que é desprovida de afeto é uma voz sem voz (BERGÈS E BALBO, 2003). Assim, a voz, participa da instauração do laço entre mãe e bebê; funda ao mesmo tempo, sujeito e outro, incluindo, além da complexidade anatômica e fisiológica, a subjetividade de quem a produz.

O bebê está exposto à voz materna desde antes do nascimento e a familiaridade deste som propicia ao neonato segurança, e, portanto, conforto, além de favorecer sua inserção no mundo linguístico (PARLATO-OLIVEIRA, 2009). Para Dolto (2002), a criança precisa de alimento simbólico e as palavras são o verdadeiro elemento transicional a que a criança reage, não pela significação que carregam, mas pelo investimento afetivo, pela voz. Os cuidados maternos que a mãe dispensa permitem que as experiências sensoriais façam sentido e a mãe funcione como tradutora, transformando experiências brutas em elementos psíquicos (PIEROTTI et al, 2010).

Um estado de sintonia empática do adulto com o bebê é necessário para que a comunicação verbal (em sua dimensão sensível: a musicalidade da língua materna, os diferentes tipos de comunicação não-verbal, as sensações envolvidas na interação) exerça sua função de continente e o auxilie em seu processo de integração (PIEROTTI et al, 2010). Pierotti et al (2010) observaram bebês de seis meses a um ano em creches e verificaram a angústia vivida por eles diante de uma fala esvaziada de melodia e conteúdo afetivo. Tanto a falta de comunicação verbal como a presença de não-ditos<sup>5</sup> deixava os bebês observados com esse mal-estar. Os acontecimentos não eram narrados ou antecipados, não havia falas que indicassem a hora do banho, das refeições ou o aviso da chegada dos pais, não havia representações que os ligassem às experiências.

---

<sup>5</sup>Não-ditos são elementos que não são verbalizados, mas operam ações e interferem na dinâmica psíquica dos sujeitos em questão.

### 5.3 - O manhês

Quando a mãe fala com o filho ela não emite apenas palavras, mas emprega um ritmo característico diferente da fala dirigida ao adulto, que o bebê tem maior habilidade para discriminar sonoramente, o manhês (PARLATO-OLIVEIRA, 2009). O “manhês” é o modo particular com que as mães falam com seus bebês. Natural e espontâneo, o “*motherese*” é observado nas mais diversas culturas e se caracteriza pelo prolongamento das vogais, que torna o som mais lento e sonoro, pelo aumento da frequência, que o faz mais agudo e por glissandos característicos, que torna mais musical a fala dirigida ao bebê (DUPOUX ET MEHLER, 1990, APUD PARLATO-OLIVEIRA, 2009; FERREIRA, 2001). Segundo Dias (2002):

A musicalidade da voz materna é o meio pelo qual se transmite, à cria humana, a linguagem e a fala. A vocação para nos tornar humanos nos é originalmente transmitida pela sonata materna, pela dupla vocalização que ela abriga: ela se faz ouvir pelo bebê pela continuidade de suas vogais e pela descontinuidade de suas consoantes, fazendo-se passante da lei simbólica que organizará seu mundo. A transmissão do simbólico de forma humanizadora não reside na transmissão do significado, mas naquilo que o som musical tem de mais assemântico. A potência dessa transmissão encontra-se na conservação singular do sopro musical da voz do Outro primordial pelo qual a dimensão do desejo se faz atualizar (p. 44)

Essa musicalidade da voz materna imprime um ritmo em meio à desorganização, funda a alternância significativa que caracteriza o registro simbólico. É a partir da instalação desse ritmo primeiro que outros ritmos são possíveis no desenvolvimento de uma criança (como o dia e a noite, por exemplo) (CATÃO, 2009).

Segundo Falk (2004), mães de homínídeos mais evoluídos teriam desenvolvido, a partir de seus repertórios vocais, certas melodias rítmicas como forma de fazer os pequenos dormirem e também para lhes assegurar que a mãe está próxima. Lutando para sobreviver em situações extremamente hostis, a fêmea necessitava colocar no solo seus bebês de modo a manter suas mãos disponíveis para outras atividades indispensáveis para garantir a sobrevivência dos mesmos. Confrontados com a separação, e por consequência com a descoberta do próprio desamparo, os pequenos choravam e se desesperavam. Pela via do acalanto, do “manhês”, a mãe os reassegurava de sua presença e da estabilidade pacífica de seu mundo. Trata-se de uma forma de manter o contato



ainda que à distância, resultado de um esforço evolutivo da mãe para tornar suportável, através da musicalidade da voz, a separação em relação a seus bebês (PEREIRA, 2015).

Em uma visão psicanalítica, a melodia da voz materna prepara o sujeito para se estruturar. A privação do bebê a esse banho sonoro ameaçaria a aquisição da significação pré-fala (choros, balbucio) e a constituição do sujeito (DIAS, 2002). Em momentos em que a expectativa materna em relação às manifestações do bebê é contrariada, a mãe pode abandonar o manê e não imprimir à sua voz e à sua fala os traços característicos do “motherese” (FERREIRA, 2001).

Frente a essas considerações, se as primeiras relações inscrevem o sujeito no mundo da linguagem e a linguagem se inscreve no sujeito, em situação de hospitalização, como no caso dos prematuros, a fala que invoca o bebê precisa ser preservada porque a voz na fala da mãe (ou do maternante) traz a humanidade para o bebê. Não se trata, apenas, de expor o recém-nascido à linguagem, já que há falas na UTI, em geral, falas técnicas. Em algumas UTIs que buscam a humanização, orienta-se as mães a falar com as crianças, mas é preciso preservar a fala não prescrita, carregada de desejo, que deve se sobrepor ao exercício anônimo de protocolos técnicos de cuidado a que está submetida a criança na UTI (VORCARO, 2010).

## **6 - A voz da medicina**

Quando nasce um bebê prematuro, a construção do laço primordial entre pais e filhos sofre o impacto do discurso técnico-científico e o lugar do saber dos pais é inicialmente deslocado pelo saber médico. O médico, reconhecido como autoridade sobre a vida e a morte, carrega em sua fala um saber quase inquestionável para seus pacientes em situação de vulnerabilidade (DIAS, 2006). Se por um lado há uma relação de confiança entre a família e a equipe, por outro, as mães podem se sentir “mães substitutas” para o próprio filho, o que pode gerar sentimentos de rivalidade e exacerbar a sensação de menos valia e fracasso. O risco de o discurso médico ocupar o lugar e a preocupação tipicamente maternos pode prejudicar o investimento libidinal da mãe com o bebê e o reconhecimento deste como seu (DONELLI et al, 2017).

Segundo Mathelin (1999), as equipes de saúde das UTIs são compostas por profissionais que travam uma luta incessante contra a morte inadmissível de um lactente, contra os riscos catastróficos, contra sua própria angústia, e, algumas vezes, contra os pais que incomodam ou tornam mais difícil o trabalho da equipe. Estão incessantemente em confronto com seus limites e, cada um à sua maneira, com a problemática do luto. No entanto, os médicos, que tanto trabalham para salvar a vida de bebês, para recuperar a criança e devolver às mães o que eles pensam ser o

bebê de seus sonhos, dificilmente consideram a ambivalência dos pais em relação à criança e o sentido que a hospitalização tem para cada família.

A esses profissionais cabe dar notícias sobre o andamento do estado de saúde da criança aos pais e sua expectativa é de que o diálogo se cumpra sem mal-entendidos e sem os efeitos da fantasia parental, como se a fala pudesse ser pura, sem a voz que a sustenta (DIAS, 2008). A fala do profissional, geralmente técnica, não reconhece a relação transferencial que se estabelece e os efeitos que pode produzir na construção dessa história. O que é falado tecnicamente ao redor do berço pode produzir angústia, distanciamento e até o silenciamento da voz materna (WANDERLEY, 1999). Este silêncio em torno do bebê pode provocar intensa ansiedade e esvaziamento afetivo com prejuízos para humanização do bebê (PIEROTTI et al, 2010).

Ao se referir ao seu filho, frequentemente os pais de prematuros, também utilizam termos técnicos. Esse dizer pode não ser apenas a repetição das falas médicas, mas um distanciamento subjetivo dos pais (WANDERLEY, 1999). Percebe-se que o olhar dos pais se encontra mediado pelo olhar da própria equipe terapêutica e, em vários momentos eles têm dificuldade de decifrar o seu bebê. Por algum tempo, as coordenadas que os orientam são aquelas fornecidas pelos aparelhos que monitoram as funções do organismo de seu filho, assim como a palavra do especialista (DIAS, 2008). Isso acaba criando um desafio no espaço de cuidados intensivos em neonatologia: oferecer, apesar das restrições, condições para a estruturação da dupla que se precipitou.

Para essas crianças e suas mães, as condições da estadia na UTI e o sentido da hospitalização são fatores determinantes para a constituição subjetiva (MATHELIN, 1999). Se, para Lacan (1969), a constituição do sujeito depende dos cuidados da mãe marcados por um interesse particularizado, um desejo que não seja anônimo, a perturbação biológica pela qual o bebê está passando não precisa implicar em uma perturbação simbólica desde que sejam preservadas suas coordenadas simbólicas sendo importante, portanto, que a voz materna possa reverberar.

Vemos, assim, que os cuidados médicos, portadores do desejo de vida, nem sempre bastam. É preciso fazer a mãe falar para o bebê viver. E essa fala pode estar prejudicada porque o nascimento pré-termo coloca a mulher diante de dificuldades que não eram até então consideradas. A iminência da morte do bebê está sempre presente e os cuidados maternos, tão importantes para a constituição de uma mãe e, por conseguinte, do bebê, na UTI Neonatal, encontram-se privados ou reduzidos pela interposição da tecnologia e do saber médico (FERRARI; DONELLI, 2010).

Essa situação pode dificultar o estabelecimento da relação inicial mãe-bebê tão fundamental para processo constitutivo do sujeito (MATHELIN, 1999).

Adotando o referencial exposto acima e visto que a maioria dos estudos se centrou no contato tátil, o presente projeto visa ter uma compreensão melhor da questão da voz materna quando do nascimento de um prematuro e o papel das demais falas ao redor do berço, na UTI Neonatal.

### **JUSTIFICATIVA DO ESTUDO**

Baseado no aumento das taxas de sobrevivência de bebês prematuros, na elevação do número de partos pré-termo e de estudos que indicam que recém-nascidos malformados e prematuros com internações prolongadas estão mais suscetíveis a serem abandonados por suas mães (BRADLEY, 2003) e a desenvolverem transtornos do espectro autista (LAMPI et al, 2012; CATHERINE et al, 2008), questões sobre o desenvolvimento psíquico e qualidade de vida de prematuros parecem ter bastante relevância.

A hospitalização do bebê prematuro pode gerar impactos negativos para a maternagem e, por conseguinte para o desenvolvimento da criança. Os essenciais cuidados médicos podem calar a voz da mãe, que muitas vezes se sente impotente para cuidar de seu filho. A elucidação da relação da voz materna para a recuperação de prematuros pode trazer reflexões para a equipe médica e dar subsídios para novas ações em saúde coletiva, como a escuta de mães na UTI, a orientação pela equipe técnica de alguns cuidados que as mães possam dispensar aos filhos internados, entre outros.

A prioridade em garantir a sobrevivência do bebê somada às condições de internação na incubadora que restringem o contato tátil materno indicam a necessidade de investigar o papel de outros tipos de exposição sensorial no fortalecimento do vínculo e na recuperação do recém-nascido prematuro. Facilitar os espaços para a circulação da voz materna pode ser uma forma de facilitar a estruturação do sujeito e sua humanização. Em condições nas quais o bebê fica separado de sua mãe, como quando necessita da incubadora para sobreviver, a mãe, muitas vezes, precisa de suporte (condições) para poder falar com seu filho e transpor a barreira de aparelhos.

## **OBJETIVO GERAL**

Analisar o conteúdo da fala e a voz das mães frente a seu parto e a seu filho prematuro, pacientes de incubadora e a fala dos médicos sobre o bebê para a mãe.

### **Objetivos específicos:**

- Comparar a fala materna quando a criança estava internada na incubadora, com a fala quando a criança passou para a Unidade de Cuidados Especiais (UCE);
- Analisar o discurso dos médicos responsáveis pelo leito das crianças na incubadora afim de avaliar seu papel na forma como a mãe subjetiva a criança nesse contexto;
- Analisar a relação mãe-bebê no ambiente da UTIN, a partir de observações.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de pesquisa longitudinal, de natureza qualitativa, tendo como foco principal a voz materna, via de desejo e constituição do sujeito em dois momentos, e o discurso médico sobre o bebê internado em incubadora.

### **1 - Local do estudo**

As entrevistas e observações aconteceram na Unidade de Terapia Intensiva em Neonatologia, do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Trata-se de um hospital de nível terciário, a maior instituição pública vinculada ao Sistema Único de Saúde da região. Estima-se que sua abrangência de atendimento seja de 2 milhões de pessoas vindas de 68 municípios. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal contava com 29 leitos, sendo 16 de UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) e 13 divididos entre UCI (Unidade de Cuidados Intermediários) e UCE (Unidade de Cuidados Especiais), a depender da demanda.

## **2 - Participantes**

Participaram deste estudo 7 (sete) díades de mães/bebês prematuros que estavam internados na Unidade de Terapia Intensiva, no prazo máximo de 7 dias após o nascimento que ainda permaneciam na incubadora e os respectivos médicos, responsáveis pelos leitos.

As mães que foram convidadas a participar acompanhavam os filhos na Unidade e, para serem incluídas no estudo, não deveriam ter sido pacientes do Programa de Pré-Natal de Alto Risco (para excluir possíveis preparações para um parto prematuro) e precisavam ter condições para estabelecer um diálogo com a pesquisadora.

Com relação aos bebês, os critérios de inclusão foram: ter nascido com menos de 37 semanas de gestação; permanecer na incubadora desde o nascimento; estar em condição estável e sem ventilação mecânica; não ter histórico de hemorragia intraventricular e de asfixia perinatal e não ser portador de doenças genéticas ou metabólicas.

Os médicos participantes eram os responsáveis pelo leito da criança em questão.

## **3 - Aspectos Éticos**

O presente trabalho recebeu aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu com o número 1.622.679. As mães e médicos que aceitaram participar assinaram o termo de consentimento ao final da entrevista. Foi garantido ao entrevistado que poderia se retirar do estudo em qualquer momento sem qualquer prejuízo ao tratamento da criança ou trabalho do profissional. Os nomes dos participantes foram alterados para garantir o sigilo.

## **4 - Procedimento**

### **4.1 - Coleta dos Dados**

No período de agosto a dezembro de 2016, o estudo foi apresentado a mães e médicos que preenchiam os critérios de inclusão e eles foram convidados a participar. As mães e os médicos do respectivo leito, que aceitaram participar, após consentimento verbal, foram entrevistados. Na segunda entrevista perderam-se duas mães: uma não respondeu aos contatos da pesquisadora e, no outro caso, o bebê foi a óbito.

As entrevistas eram abertas, tanto com as mães como com os médicos. A mãe foi entrevistada em dois momentos: até sete dias após o nascimento do bebê, com ele ainda na

incubadora e, apesar de estável, com poucas condições de ser tocado e, na UCE onde já era possível segurar a criança. As entrevistas aconteceram no quarto em que o bebê estava internado e se iniciava fazendo as seguintes perguntas norteadoras “Fale-me de seu filho” e “O que você fala com ele?”. Algumas vezes havia outras mães presentes. A pesquisadora tomou o cuidado de pedir que, quando outros familiares estavam presentes, aguardassem fora do quarto durante a realização da entrevista, a fim de diminuir possíveis interferências na fala das mães.

Uma segunda entrevista ocorreu até 7 (sete) dias após a alta da incubadora quando passavam a ocupar o leito da UCE. As perguntas norteadoras neste momento foram “O que acha que mudou de lá para cá?” e “Qual a sensação de poder segurá-lo no colo?”.

A entrevista com os médicos responsáveis pelo leito aconteceu imediatamente após a primeira entrevista materna, em lugar reservado dentro da UTIN quando estavam presentes apenas o profissional e a pesquisadora. As perguntas norteadoras das entrevistas com os médicos foram: “O que você falou para a mãe sobre o bebê?” e “Como você se sentiu ao dizer?” a fim de apreender algo sobre a comunicação dos médicos com as mães dos bebês.

O prontuário da criança foi consultado para obter informações clínicas, referentes aos critérios de inclusão.

Um diário de campo foi preenchido pela pesquisadora com o objetivo de observar o ambiente as dinâmicas ao redor do berço, assim como as impressões da mesma sobre os sentimentos dos participantes enquanto faziam seus relatos. Procurou-se, também, observar a relação mãe-bebê quando ela estava próxima à incubadora. Nessas ocasiões, a pesquisadora convidava mãe a apresentar seu filho e a falar com ele. Os comportamentos da mãe, a musicalidade e conteúdo da fala materna e os comportamentos da criança como olhar, fixar o olhar, abrir os olhos, abrir a boca, chorar, parar de chorar, franzir a testa, “sorrir” foram registrados nas entrevistas e no diário de campo. Observaram-se, também, as mudanças em sinais vitais como na frequência cardíaca e saturação sanguínea.

#### **4.2 - Análise dos dados**

Recorreu-se à abordagem qualitativa para análise das entrevistas. Nas palavras de Minayo (2012), ela permite “trabalhar com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações das crenças, dos valores e das atitudes” (p. 21). Recorreu-se à análise de conteúdo sistematizada por Bardin (1979) para a apreensão tanto dos conteúdos explícitos como daqueles que vão além dos

manifestos (GOMES, 2012). Especificamente, valeu-se da análise temática, visto permitir “descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 1979, p. 105).

O primeiro passo deste processo consistiu na transcrição das entrevistas, seguido da leitura exaustiva para o contato e familiaridade com o conteúdo do material. A partir das repetidas leituras das entrevistas, assim como das características da fala materna quando se dirigia à criança (como o uso do “manhês”), dos comportamentos da criança nesse momento, registrados no diário de campo e, possíveis associações entre eles e a fala materna, foi possível criar alguns eixos temáticos para análise da primeira e segunda entrevistas das mães e para a entrevista com os médicos. Utilizou-se o material teórico apresentado na introdução e, especialmente, o referencial psicanalítico, para embasar as inferências e interpretação dos dados.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **1 - Características das participantes**

Participaram da primeira entrevista do estudo sete mães de bebês prematuros, internados na UTIN do HC da FMB. Destas, duas não participaram da segunda entrevista, uma (Ingrid) porque o bebê foi a óbito e outra (Thaís) não respondeu às tentativas de contato. Todas as mães viviam com o pai da criança, eram casadas ou amasiadas. Em relação à escolaridade tinham o ensino médio completo, exceto uma. As idades variaram entre 16 e 37 anos, sendo que apenas uma era adolescente. Cinco mulheres tiveram parto cesárea e duas crianças nasceram por via vaginal. Apenas um parto foi gemelar. Duas já tinham filhos, quatro eram primigestas e uma havia perdido uma criança prematura após 45 dias de internação em UTIN. Nenhuma delas teve aborto anterior. Quanto à ocupação, duas cuidavam do lar, uma era profissional liberal, duas cumpriam regime regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e uma era funcionária pública; as 3 últimas estavam de licença maternidade.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Mais informações sobre as mães encontram-se no apêndice A

**Quadro 1 - Perfil das mães**

<b>entrevistada</b>	<b>idade</b>	<b>I. Gest</b>	<b>parto</b>	<b>est. civil</b>	<b>escolaridade</b>	<b>profissão</b>
<b>Carla</b>	31	31s4d	C	casada	e. médio	manicure
<b>Adriana</b>	16	32s	N	amasiada	e. fund.	estudante
<b>Thaís</b>	26	32s3d	C	amasiada	e. médio	do lar
<b>Ingrid</b>	32	25	C	casada	e. médio	aux marketing
<b>Vanessa</b>	37	35s6d	C	casada	e. médio	insp. de alunos
<b>Paula</b>	18	33s	N	casada	e. médio	do lar
<b>Mariana</b>	35	31s	C	casada	e. médio	vendedora

Participaram do estudo 5 (cinco) médicos residentes de neonatologia (R3) que cursavam o 2º semestre da especialidade. Quatro eram mulheres e um, homem.

Os bebês tinham pesos variando entre 575g e 2100g ao nascer. O apgar dos 1º e 5º minutos de vida variaram entre 1 e 8, mostrando diferenças nas condições de vitalidade ao nascer. No geral, os bebês estavam de olhos fechados, mas responsivos à voz das mães durante as observações. Abriam os olhos, a boca, moviam braços e pernas, franziam a testa. Apenas um dos bebês não estava responsivo (RN de Ingrid), contudo isso não foi impedimento para que a mãe falasse com ele e visse possibilidades para acreditar que se salvaria. Este bebê foi a óbito.

<b>RN de</b>	<b>peso (gramas)</b>	<b>Apgar (1º, 5º e 10º minutos de vida)</b>
<b>Carla</b>	1100	3/7
<b>Adriana</b>	1930	5/7
<b>Thaís</b>	900	8/9
<b>Ingrid</b>	575	1/1
<b>Vanessa</b>	1430	6/8
<b>Paula</b>	2100	8/10
<b>Mariana</b>	1290	3/7

Durante a segunda entrevista e observação, além dos comportamentos descritos na primeira observação, a voz de alguns bebês ficou bastante evidente.



## **2 - Particularidades do contexto da coleta**

Antes de iniciar a apresentação dos eixos, vai se oferecer uma percepção da pesquisadora do contexto em que ocorreram as entrevistas. Como a maioria das mães, a pesquisadora, não tinha familiaridade com o ambiente da UTIN. Trata-se de um espaço com muitos ruídos e grande circulação de pessoas. Cada quarto tinha de 2 a 3 incubadoras e uma cadeira ao lado de cada uma delas, para o acompanhante. A maioria das vezes em que a pesquisadora esteve no local, as cadeiras estavam vazias, as mães sempre ao lado da incubadora, olhando para seu filho. Apesar do hospital ter em sua programação a hora do silêncio, com o objetivo de humanizar o ambiente hospitalar (durante 2 horas no meio do dia apagam-se luzes, fecham-se as janelas, evitam-se procedimentos que não sejam urgentes), na UTI, constantemente, os bebês são expostos a ruídos, luzes e procedimentos, um ambiente muito diverso do quarto decorado e tranquilo que as mães preparam para seus filhos.

Algumas vezes os ruídos lembram a linha de produção de uma fábrica. Os profissionais andam apressados e operam balizados pelos equipamentos que sinalizam o estado de saúde da criança: o alarme dos ventiladores, os oxímetros e conversas com outros profissionais. Segundo Yoishiko et al (2007) estes ruídos podem comprometer o bem-estar do bebê e prejudicar seu desenvolvimento, com a perda auditiva bilateral, que acomete cerca de três em cada 1.000 nascidos vivos. Apesar das gravações terem alta qualidade, nas entrevistas, os ruídos da UTIN dificultaram a compreensão de algumas falas.

Durante a estadia na UTIN as mães podem permanecer com os filhos, o tempo que desejarem. Especialmente nos casos mais graves, as mães veem o filho através do vidro de uma “caixa”, a incubadora, que protege e separa. Neste ambiente, sempre há pessoas circulando: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dando informações ou executando procedimentos, muitas vezes dolorosos, em seu filho ou em outro bebê do mesmo quarto. São condições que, possivelmente, interferem no processo de maternagem e interferiram nas entrevistas, que foram interrompidas inúmeras vezes.

## **3 - Análise das entrevistas**

### **3.1 - A criança na incubadora: primeira entrevista**

Após a leitura das gravações da primeira entrevista, realizada quando a criança ainda permanecia na incubadora, e das observações do diário de campo, foi possível identificar os

seguintes eixos temáticos que serão analisados a seguir: *1 - Falar do parto prematuro; 2 - Falar da criança; 3 - Falar com a criança e 4 - Outras vozes na UTIN: pais, familiares e outras mães.*

### **3.1.1 - Falar do parto prematuro: *recordar, repetir, reconstruir, elaborar***

Possivelmente a característica mais presente no relato das mães foi a necessidade de reconstruir a história do nascimento prematuro. O parto prematuro, muitas vezes ocorreu no momento em que a mulher mal sentia os movimentos do bebê no ventre, quando ela começava a ser reconhecida como grávida, a imagem do bebê ia ganhando corpo no imaginário, o vínculo com o filho ficava mais íntimo e o sexo, conhecido há pouco, também permitia a escolha do nome.

“...Porque... eu tava planejando chá de bebê... Umas roupinha... lindinha... bordadinha...! E hoje eu vejo que...eu posso ter... tudo isso... *(sinaliza com as mãos e ombros um gesto que pode ser interpretado por: para quê?)*(I)

Essa mãe, que não teve tempo para festejar o chá de bebê, de organizar as roupinhas da criança, sinaliza que nada disso valeria a pena, já que, agora, não podia vestir-lhe roupas e mal conseguia vesti-lo de planos. Para Mathelin (1999), o tempo da gestação é importante na elaboração do corpo da criança e da fantasia da mãe. Em suas palavras: “*Preparar o enxoval fabrica, para além da roupa, os braços, as pernas, a imagem do corpo do bebê na cabeça da mãe.*” (p. 66). Assim, as mães perto da incubadora pareciam sofrer de uma incapacidade de pensar seu bebê. Como imaginar o futuro de alguém que nasce marcado por um início incerto?

Os relatos foram muito mais marcados pela condição presente e pela reconstrução da história passada, com todas as minúcias: as consultas de pré-natal, o início do parto, os exames, as aferições, o momento em que o médico comunicou algo:

“Olha, eu cheguei depois de 12 horas... Não, depois de 24 horas, é, por causa dos exames, eu não pude subir! E... E... Ele falou assim “Olha, pode ser que você... a gente segure o bebê e você... uma semana, um mês, como pode ser amanhã!” (C)

“Aí eu vim com... 25 semanas... pra cá e daí passei duas vezes no... Passei uma vez no pré-natal, fiquei internada, fazendo exames e fazia todos os dias ultrassom... Aí eu recebi alta,

fiquei oito dias... Recebi alta e continuei vindo todos os dias pra fazer o ultrassom! Fiquei... duas semanas fazendo ultrassom...” (T)

A necessidade de precisar numericamente os eventos pode ter sido influenciada pelo contexto médico, regado por marcadores que sinalizam as condições clínicas e a passagem do tempo. No entanto, a necessidade de remontar a cena, com uma riqueza de detalhes, referindo a medição da pressão, da glicemia, as horas e minutos das ocorrências, também remete ao teor traumático do nascimento prematuro (FREUD, 1914/1996). Diante da situação que apresenta um excesso, algo que não se pode simbolizar, o sujeito é empurrado a encontrar uma causalidade para os acontecimentos, é uma tentativa de simbolização. Esse esforço de reconstruir uma verdade histórica é, segundo Mathelin (1999), indispensável para mães cujos bebês foram separados delas ao nascimento, é uma tentativa de ter algum controle sobre o incontrolável da vivência do parto prematuro:

“Foi... até o 7º mês eu ia lá... certinho, os exames, tudo certinho... eu tinha feito 2 ultrassom, tava tudo bem... daí, no terceiro, ele fez e já falou que era pra vir... rapidinho nós já viemos, no dia seguinte... daí já começou... daí no dia 30 eu amanheci com uma dorzinha, daí já fizeram exame e já foram às pressas, rapidinho, pra fazer cesárea...”. (V)

Parece que, frente à perplexidade do nascimento prematuro, elas tentavam encadear os acontecimentos com detalhes, organizar sua história, preencher com palavras e números o vazio do não-saber. Sustentar um enredo baseado em datas e fatos parece, também, uma tentativa de manter a fala em um nível de objetividade que ajuda a se distanciar de sentimentos, medos e culpas.

“Uma semana... Na semana... retrasada eu percebi que a pressão subiu! Eu senti um pouco de tontura! Isso foi uma segunda-feira! Aí eu liguei no serviço e não fui trabalhar e... depois eu liguei pro meu médico, ele pediu pra tomar um metildopa. Só que daí eu fui controlando, ela não baixava! 14/9, 15/9, 16/9...! E foi! Só que chegou no domingo, aí eu... eu não tava legal! Aí eu passei o domingo inteiro deitada... quando foi à tarde, umas seis horas, eu fui ver a pressão na farmácia! Ela tava 18/11. Aí a farmacêutica: ‘Ah, toma um metildopa que ela vai abaixar! Daqui a pouco cê volta!’ Cheguei na farmácia, tava 20/12! Aí eu fui pro hospital! Nós... Daí deu tempo de fazer o... efeito do remédio! Ela chegou a... 17. Cheguei

no hospital ainda tava com 17. Aí o médico, né, passou um... soro... com medicamento e eu dormi! No que eu dormi... isso deveria ser umas três horas da manhã... ela tava 22/14! E eu não sinto nada! Não tenho sintoma nenhum! Única coisa foi nessa segunda-feira que eu senti um pouquinho... zozza..., mas eu falei... Achei que ainda fosse por causa do calor, porque tava muito quente!” (I)

No caso de I, os marcadores de pressão parecem delinear uma tentativa de se afastar do que produz sofrimento emocional e dar explicações que justifiquem o suposto ‘fracasso’. Como reforço, ela justificava sua falta de ação porque “não sentia nada”, não tinha parâmetros para perceber e fazer algo diferente do que lhe orientavam. A fala parece uma tentativa de encobrir, que acaba revelando, o sentimento de culpa e a negação diante da situação. Para Donelli et al (2017), a culpa é expressa pelas mães na busca de alguma situação ou acontecimento que explique o nascimento prematuro e, muitas vezes, toca a fantasia e a representação de não ter conseguido levar a gestação a termo e não de não ser capaz de ser mãe. Em alguns momentos, isso aparece como impotência, em outros, parece uma tentativa de colocar em outro lugar algo que deixaria cair sobre si a culpa, a responsabilidade pelo que aconteceu ou mesmo pela evolução do quadro da criança.

“Nunca fui de beber, nunca fui de fumar, nunca fui... Nem... na época de solteira chegava tarde em casa... Então sempre foi uma vida...regrada!”(I)

Outra forma encontrada nos relatos de explicar o impensável, o parto prematuro, foi recorrendo à religião, um discurso que parece ter a função de suturar o furo simbólico.

“Olha, Doutora, eu acredito que... não cai nem uma folha de uma árvore se Deus não permitir! Então tem coisas que... a gente tem que passar! E não adianta passar pra você porque é eu que vou passar! Então eu acredito que... tudo tem um propósito! Então talvez eu não enxergue... agora!” (M)

“Ah! Em primeiro lugar eu confio em Deus, né? Acho que Deus quer tudo isso pra gente, Deus quer que aconteça isso, passe por isso, num tem nada que acontece se ele num quiser... Deus, nosso senhor... tudo! É isso que passa... acho que eu tô fraca, tenho que confiar...é só um tempo que ela vai ficar aqui, eu vou ficar com ela, depois nós vamos embora pra casa. Né?” (V)

Essa mãe diz a si mesma que tudo vai ficar bem e pede a confirmação da pesquisadora, ambos comportamentos parecem estratégias para seguir acreditando na melhora da filha. A explicação religiosa parecia trazer tranquilidade, apaziguava e ajudava a enfrentar a situação. O enfrentamento religioso é bastante comum em contextos de cuidados à saúde, considerado um fator de proteção que pode trazer forças para apostar num bom futuro e seguir investindo na criança (FARIA; SEIDL, 2005).

Outro discurso que apareceu para explicar a prematuridade, via de parto e, possivelmente, afastar a culpa, foi recorrer às explicações dadas pelos médicos, especialmente quando implicavam em decisões a serem tomadas. O discurso médico, assim como o religioso parecem acalantar, oferecendo contorno e barram, em maior ou menor grau, a angústia de não-saber (LACAN, 1992). Segundo Lacan (1969/1992), é o efeito da desobjetivação do sujeito provocado por um saber sem autoria.

Recorrer ao discurso médico é esperado nesse contexto, na medida em que é a equipe de saúde que leva informações sobre os diagnósticos, as condutas, tanto em relação à saúde da mãe quanto a de seus filhos. No entanto, a expectativa de que a Medicina responda às incertezas da situação faz com que este discurso seja tomado, por algumas mães, como a Verdade e, por vezes, não facilite a subjetivação. Para explicar o parto prematuro, as mães priorizavam em suas falas elementos do discurso médico, possivelmente, não próprio do seu sentir ou saber:

“...! Bom, os médicos aqui falaram que... o útero era... O colo do útero era muito fino, né?! A minha primeira já nasceu de 32 semanas!” (P)

“A minha primeira gestação foi de 26 semanas e meia com começo de pré-eclâmpsia..... aí, aí eu voltei a tomar remédio tudo, só... A minha pressão só subia... Só subiu na gestação! Virou começo de pré-eclâmpsia... Aí foi, fez os exames... e deu que... ia ter que retirar o feto! Que tava fazendo mal pra mim e pra ele! Aí tirei ele dia 18! Fiz cesariana, sofri muito...!” (C)

“Ele (*o médico*) sabia o que era bom pra mim!” (M)

Assim como o discurso religioso, a Medicina oferece uma resposta que tem o efeito de retirar do sujeito seu protagonismo, a que, possivelmente, ele recorre buscando não sofrer a responsabilidade das consequências que implicam qualquer decisão. Em outras falas, as racionalizações para lidar com o sofrimento foram mais explícitas, como quando, no discurso, apareceu um novo sentido para a vinda prematura da criança.

“... quando eu vi ele a primeira vez aqui, passa um filme pela minha cabeça, né?!... Cê falar: ‘Nossa, tudo de novo?!’ Só que não! Aí é aquela coisa, você tem que se apegar com Deus e falar: ‘Não, não é da mesma forma! É diferente.... Ele veio pra fazer a mudança! Ele veio pra fazer a diferença!’ E é isso que eu tô focando!” (C)

C, que já havia perdido uma filha nascida prematura, possivelmente, para sustentar um desejo em relação à criança atual, tentava separar as duas histórias dizendo que esta iria fazer a diferença, que não repetiria o mesmo “filme” da que foi a óbito. Da mesma forma, o nascimento prematuro de Sofia, no dia em que um tio do marido faleceu, foi ressignificado, ganhando mais investimento e aposta de vida.

“Talvez a Sophia veio pra... Numa hora boa! A melhor hora que a gente... A gente não esperava, mas se tornou a melhor hora! (...) a minha família... da parte da minha mãe, não se conversava...! Todo mundo veio no hospital, entendeu?! Então... é uma coisa assim... Não se conversava... Não se beijava...! Começaram a se conversar...” (M)

Para essa mãe, o nascimento da filha, naquele momento, teve a função de unir a família que não se falava devido a conflitos familiares, ou seja, uma atribuição positiva, uma forma de enfrentamento do mal-estar vivido. A significação atribuída, entretanto, pode se tornar uma marca na vida da criança.

### **3.1.2 - Falar da criança**

Se, em um primeiro momento, as falas se centravam no parto prematuro, em sequência começavam a falar da criança, o medo, o receio de manuseá-la e a estranheza de encontrar um bebê tão distante do imaginado.

### a) primeiros contatos

Em muitos casos, a primeira visita e o encontro com a criança real custaram a acontecer devido às condições do recém-nascido ou da mãe, gerando muita ansiedade.

“...E cê fica na ansiedade porque cê fica querendo ver seu filho logo, cê não pode levantar da cama rápido...! Porque é seis horas que cê tem que ficar deitado... com sonda...! Nossa! O desespero foi muito grande! E aí tô aí agora! (*movimento com a mão e expressão facial que parece indicar resignação por não ter o que fazer*)” (C)

“A hora que ela nasceu, eles tiraram ela e já levaram direto pra uma sala lá! Por causa do pulmãozinho dela que tava fraco ainda... Ia ter que ficar no oxigênio lá... Depois acho que de umas quatro horas que eu vou conseguir vê ela lá! Que eu... pude levantar da cama e ir lá ver ela!” (P)

Segundo Braga e Morsch (2003), os nascimentos em condições adversas deixam de ser um encontro entre genitores e filhos e se transformam numa sucessão de desencontros. Nos relatos se identificam expressões de medo, insegurança, pena ao ver o filho naquela condição e não poder segurá-lo, acalmá-lo em seus braços, mesmo reconhecendo a necessidade do cuidado médico. Percebe-se uma ambiguidade por saber que é um contexto que pode significar a recuperação e a vida do filho e, ao mesmo tempo, afasta a mãe da criança e não permite que exerça plenamente a função materna.

“É...! A hora que eu vim aqui a primeira vez, porque, né, não é fácil, né?!...Uma mãe... ver o filho aqui! Ah, não é fácil! Cê quer levar ele embora, né?! Cê quer... Mas graças a Deus eles tão bem ‘cuidado’!” (T)

A primeira visita é momento em que a mãe se depara com o real do corpo da criança, somado à tecnologia que o mantém vivo. O ambiente é estranho, não se assemelha em nada à concepção de maternidade que ela tinha para os primeiros momentos da vida de seu filho. Algumas não conseguem suportar esse primeiro contato.

“Na verdade, na verdade hoje é o primeiro dia que eu tô ficando aqui com ela...eu cheguei e num consegui muito ficar e num conseguia... eu vi assim, com esses negocinhos assim (*aponta os fios no nariz, a venda nos olhos da nenê*)... daí eu já fui, meu marido foi me buscar, me levar..., fomos pra casa... me levou pra ver se eu me recuperava”. (V)

O rompimento com o plano de gestação, previsto para durar nove meses, e o estranhamento como ambiente hospitalar produzem, muitas vezes, desamparo. As mães encontram poucos pontos em que se apoiar e as condições específicas para a maternagem podem estar em risco. Segundo Linhares et al (2000), algumas mães de prematuros, frente à impotência de não poder cuidá-los e ao medo de apegar-se e ele não sobreviver, vivenciam um conflito de aproximação versus afastamento do bebê. Mas, se, por um lado, o afastamento e o apoio familiar ajudam a se recompor emocionalmente, por outro, não visitar a criança gera sentimento de culpa.

“Ah... fiquei achando que tava abandonando ela.” (V)

“No que eu cheguei na cidade ela faleceu! Ela esperou eu virar as costa pra morrer...! Isso que eu falo! É duro, sabe?! É complicado!” (*se referindo a um parto prematuro anterior*) (C)

Parece que afastar-se da UTIN e não ficar com os filhos que, pelo relato de C, percebem a ausência materna, aumenta a culpa, mesmo quando havia uma orientação da equipe médica para que fosse passar o fim de semana em casa por não ter condições de acompanhar o filho no hospital.

“Mas é que eu mesmo que...tá difícil de... num sei eu tenho culpa...tenho medo de tudo... mas deu tudo certo, né? Deu tudo certo, né?” (V)

Diante da criança pequenina, V se responsabilizava pela prematuridade, pelo sofrimento da filha ligada a aparelhos. Reconhecia que estava abalada emocionalmente, chorava muito, explicitava sentimento de culpa e, para aliviar o sofrimento, pedia que lhe assegurassem que tudo estava transcorrendo bem. Querer e não querer o filho, imaginar os ganhos e perdas quando do nascimento da criança, desejo de vida e morte, são sentimentos comuns nas gestantes. Quando algo



ruim acontece, se sentem culpadas pela fantasia de realização dos pensamentos ruins e sentimentos ambíguos, de seus medos. (MATHELIN, 1999).

“Ah, tinha medo, né, dela não conseguir aguentar... por causa do pulmãozinho dela... Só isso só que me preocupava!” (P)

“Tenho medo de num dar certo...” (V)

Chamou a atenção também, que apesar da morte rondar a UTIN e do evidente medo de perder a criança, dificilmente, as mães pronunciavam a palavra morte como se falar “morte” fosse uma forma de convocá-la e realizar mais uma de suas fantasias.

#### **b) primeiras impressões**

Quando as mães chegam à unidade estão fragilizadas pela situação do pós-parto, pelo estado delicado da saúde do filho e pela quantidade de aparelhos conectados à criança. A dúvida, a ambiguidade, presentes em todas as gestações e nascimentos, se tornam mais presentes num contexto em que os sinais de incerteza quanto à vida da criança e possíveis sequelas são mais evidentes e o bebê não está em condições plenas para “produzir a mãe”, ou seja, pela sua condição física, a criança interage menos e se distancia mais do bebê imaginário.

“Eu achava que eu não ia conhecer!... Ia estranhar muito! (M)

“Só nasceu meio “amarelinho”!... É estranho!” (A)

Diferente do bebê que nasce a termo e renarcisa a mãe, o prematuro apresenta um real que reforça a estranheza e pode exigir muito trabalho psíquico para que a mãe invista libidinalmente nele (MATHELIN, 1999).

Muito “petititico”, né?! Esse já é um pouquinho maior! (T)

“Cê vê, é muito pequenininho, é frágil...! Então eles são muito frágeis! Frágeis, frágeis, frágeis... ao extremo!” (C)

Quando as mães apresentavam o filho à pesquisadora, as características físicas eram as primeiras a ser verbalizadas: eles eram “pequeninhos”, “petiticos”. O pouco peso e tamanho se sobrepunham a outras particularidades e foram interpretados como sintomas de fragilidade. Esses significantes marcam a distância entre a criança idealizada e o real do corpo da criança, exigindo das mães um esforço maior de simbolização com possíveis consequências na maternagem. Szejer (1999) diz que, em condições “normais”, as mães dizem tudo aos filhos, contudo, em situações como a prematuridade, existe o risco dos significantes necessários para se constituir não serem ditos.

**Entrevistada:** Tão pequenininho! Dá um medo até de...!

**Pesquisadora:** Dá medo?

**Entrevistada:** Aquele lá então, meu Deus!

**Pesquisadora:** Cê tem medo do que?

**Entrevistada:** Pra segurar...

**Pesquisadora:** Mas dá medo do que? De machucar?

**Entrevistada:** É!!! (T)

“A enfermeira veio aqui hoje, porque é **molinho**, né?! Dá medo...!” (P)

Para Szejer (1999), a voz é aquilo por meio do que o bebê é simbolizado no Outro, porquanto ele é representado, falado, vocalizado em relação ao outro. Não saber o que fazer ou o que se pode fazer com o próprio filho, “molinho” e “petitico” é algo que retira a mãe de seu lugar esperado de cuidadora, produzindo sentimentos de medo e insegurança que se transmitem na voz materna. Elas não eram protagonistas na cena de cuidado. Chegavam para visitar seus filhos, assistiam a toda uma equipe cuidando dele, sem poder oferecer os cuidados que imaginaram dispensar ao filho e, ainda que cobertas de inseguranças, desejavam levar o bebê para casa, onde poderiam tomar conta dele.

“Ah... tadinho! Nossa! Trocaram a fralda dele de novo!” (A)

“... vai ter que ficar mais um pouquinho, né?! A mãe queria levar o pacote junto, né?! (M)

No relato das mães os diminutivos foram recorrentes. Seu uso não se limitava à descrição de características da criança associadas à prematuridade mas também para relatar procedimentos e quadros clínicos.

“Só nasceu meio “amarelinho”!” (A)

“Ah, difícil de ver a situação deles, né?! Por serem... Nascerem prematuros e... tipo, ver eles... Assim, eu sei que é pro bem, mas é... sendo “picadinho” toda hora... Ficar “mexeninho” neles... Ver o “tamanhinho” que eles são... Sofrendo, né, desde cedo...!” (T)

“... Que nem, ontem eu tava um pouco nervosa, que ele... deu uma “paradinha” de respirar ontem” (T)

Apesar de diminutivos serem comumente utilizados quando se fala de ou com bebês, neste contexto, parecem ter o papel de minimizar o sofrimento. Segundo Jeammet, Reynaud e Consoli (2000), ao usar diminutivos se tem a percepção de um problema menor e seu uso pode estar funcionando como mecanismo de negação da gravidade da situação.

Outra forma de falar da criança prematura foi recorrer a termos técnicos. Segundo Ferrari e Donelli (2010) a apropriação do discurso médico pode funcionar como defesa contra a angústia gerada pela separação e eminência de morte do filho, sendo a palavra médica a única coisa que garantiria a sobrevivência do bebê. Wanderley (1999) também coloca que essa forma de se referir ao filho denotaria um distanciamento subjetivo. Contudo, observou-se que, algumas das mães entrevistadas pareciam ter se apropriado desses termos para melhor se inserir na rotina do filho e no contexto em que se encontravam.

“Ela falou: ‘Olha, mãe, ele só tá no CPAP! A gente não precisou entubar!’ Eu falei: ‘CPAP?’, o que será que é isso, né?!... Olha a mão! Olha! Ele rancou o CPAP de novo! Eu tô... Ele não quer esse CPAP! O Vitor Hugo não quer o CPAP! Óia lá! Ele “ranca” e fica segurando de suporte!” (C)

“...do cateter, tudo... Da entubação que ontem ele precisou... do exame pra ver se... ele tava com alguma infecção... E veio positivo e daí elas... começaram com antibiótico!” (T)

Como se pode perceber, os significantes foram transmitidos pelo discurso dos profissionais e incorporados pelas mães. No caso de C, o termo técnico pode ter sido tomado para saber dizer do indizível da situação e o desejo possibilitou à mãe observar e interpretar subjetivamente o comportamento da criança.

Chamou a atenção também que, nas entrevistas, poucas mães se referiram ao filho pelo próprio nome. Foi comum chamá-los de “o feto”, “nenês”, “menina”.

“...Eu achei que não ia aguentar! Eu até falei pro meu marido: “Se lá em cima tivesse uma escolha, eu escolhia pela *menina!* Não eu!” (M)

“Aí foi, fez os exames, colheu tudo certinho... e deu que... ia ter que retirar o *feto!* Que tava fazendo mal pra mim e pra ele!” (C)

Esta criança, que nasceu com 31 semanas, já tinha um nome, escolhido durante a gestação, mas C referia-se a ele como “feto”. Esta mesma mãe usou termos técnicos durante toda entrevista, tais como CPAP, entubar, saturar, suporte. Pode-se levantar a hipótese de que essa forma de se referir ao filho seja efeito do distanciamento produzido pela internação e seria uma estratégia para se defender da angústia da possível separação no caso de a criança vir a óbito (MATHELIN, 1999).

A mãe de gêmeos, apesar de diferenciá-los pelo tamanho, peso ou vitalidade (termos que circulam no ambiente da UTIN), não os diferenciava pelo nome próprio ou particularizava a fala que dirigia a cada um deles, o que pode ser preocupante na medida em que reconhecer algo de singular em cada um dos filhos é importante para o processo de constituição do sujeito (DIAS, 2008).

**Pesquisadora:** ... Cê fala coisas diferentes pra cada um?

**Entrevistada:** Ah... Acho que... é a mesma coisa!

Nenhuma das mães identificou características físicas suas no bebê, mas apontaram particularidades do marido ou de outra pessoa da família:

“Ah! Eu acho que puxou mais o lado... do meu marido!” (I)

“Eu acho que ela parece mais... mais com o pai! (risos)... Ah, o nariz, a testa... É tudo dele!” (P)

“Essa eu perdi! A cara do pai!” (M)

Observamos, assim, que, mesmo na UTIN com suas barreiras, as mães falicizavam o filho, identificando-o ao pai ou outra pessoa relevante em sua vida. Segundo Freud (1996), falicizar é investir libidinalmente nele, é colocá-lo no lugar de ideal, a partir do qual se pode avistar aquilo que ainda não se encontra ali, mas que, ilusoriamente, está por chegar. É com a inscrição fálica que a criança pode se situar, porque sem isso, haverá riscos à sua constituição. Encontrar semelhanças com pessoas relevantes pode ser a explicitação do desejo materno que permite a fundação do filho como sujeito (NEVES; VORCARO, 2010).

Assim como se disse em relação ao quadro clínico materno, ao falar a criança foi muito frequente recorrer a marcadores numéricos, especialmente o peso do bebê, um dos parâmetros da alta, acompanhado dia-a-dia, grama-a-grama pelas mães.

“Porque no começo eles emagrecem, né?! Ele nasceu com 1 quilo e 1. Ele emagreceu 100 gramas! Ontem ele tava com 1 quilo e 40! Então, tem criança que engorda, tem criança que emagrece...! É tudo relativo, sabe?! (C)

“Engorda logo pra nós ir embora... É? Cê mamou leite que a mamãe mandou procê hoje? Mamou, “fia”?” (M)

Os marcadores numéricos pareciam trazer alguma consistência à intangibilidade da situação, situando a mãe em relação ao estranho que é o ambiente hospitalar, mas principalmente, sinalizando as condições positivas ou negativas da evolução do quadro, a esperança de alta ou um triste desfecho para a vida da criança.

“Eu subi, daí o pediatra dele veio, falou: ‘Olha, Camila, nós fizemos todos os exames nele, ele não tem nada! Ele só tá no oxigênio, respirando 20%... e ele tá bem! Então, quer dizer, ele só tá no CPAP porque ele não consegue respirar ainda sozinho, só que ele tá usando o mínimo e só tem que engordar... Aí ele engordando e saindo do CPAP ele vai pra casa!’. Eu não vejo a hora disso acontecer!” (C)

“Ah, ela veio falar... que tá bem... Mamando de três em três horas...! Tem que tirar! Aí eu tiro (*leite*)... Aí eu tiro três de manhã... Três tiras de manhã e três à tarde! Que são 3 mL, né?! E... trago aqui, eles dão pra ele!” (A)

Para Mathelin (1999), quando os pais se concentram, quase que exclusivamente, no acompanhamento da evolução clínica da saúde do filho, está ocorrendo uma “preocupação médico-primária” em detrimento do estado de “preocupação materna primária” que, para Winnicott (1994), é essencial para o desempenho da maternagem, facilitando a percepção das necessidades e anseios do recém-nascido e seu acolhimento. No contexto da UTI, estar atenta aos sinais clínicos pareceu uma forma de se aproximar e procurar entender quais seriam os cuidados necessários ao seu bebê. Contudo, há o risco de os indicadores clínicos ocuparem um lugar absoluto e a mãe não ficar atenta ao filho de forma integrada, ficando a criança à deriva, como se o que foi programado e desejado para ela ficasse em suspenso. (BRAGA; MORSCH, 2003).

Nesse contexto, assume-se, também, que os profissionais sabem do filho mais que a própria mãe. São eles que trazem novidades, sejam elas boas ou más notícias.

“Ói”, mas não é verdade?! É a verdade! A gente sempre... quando tem uma coisa, notícia boa, notícia ruim... cê assusta! Cê muitas vezes esquece da coisa boa... e lembra só da coisa ruim, né?!” (II)

“...ah... eu num... na verdade... o pior é que eu tenho de ouvir os médicos... eu tenho medo (e chora alto)... Eles vem me dizer... eu tenho medo de ouvir... (chora) (V1)

Há notícias boas a serem transmitidas, mas, as ruins parecem ter um peso maior. Apesar de todo o esforço que as mães fazem para acreditar que tudo vai dar certo, depois de escutar a fala

médica, essa crença pode se romper e uma das formas de se defender é se manter quieta e não perguntar nada.

**Pesquisadora:** E os médicos falaram sobre isso... alguma coisa?

**Entrevistada:** Nem cheguei a perguntar também! Ficava só pra mim mesma isso! (risos)

**Pesquisadora:** Dá medo de perguntar?

**Entrevistada:** Um pouco! (risos) (P1)

O medo de ouvir alguma notícia ruim cala a mãe, muitas vezes, deixando-a ainda mais solitária. Schmidt, Dell'Aglio e Bosa (2007) definem o não perguntar como uma estratégia de evitação, fugir da situação, não tomar iniciativa nenhuma diante de uma situação adversa, até conseguir recursos internos para lidar com o problema. Para Jeammet, Reynaud e Consoli (2000), frente a quadros com possível mau prognóstico, as pessoas lançam mão de mecanismos de defesa, conscientes e inconscientes, como reação de proteção, defesas primitivas frente a um fenômeno de difícil controle. Assim, se para os profissionais a atitude de não perguntar pode ser interpretada como indiferença, ela também pode ser vista como uma repressão e rejeição a circunstâncias desfavoráveis com as quais o ego não tem como lidar (CHVATAL e al, 2009).

Nessas circunstâncias, o processo de comunicação acaba sendo um movimento unidirecional, recheado de aspectos tecnicistas, com ênfase em regras informativas, como se comunicação fosse sinônimo de informação (OLIVEIRA et al, 2004). Por outro lado, algumas mães preferiam ter o maior número de informações possível:

“Eu prefiro que falem, porque... eu quero saber tudo que... tá acontecendo com eles!” (T1)

“Primeiro eu pedi pro médico chegar... e contar pra mim: ‘Ó, conta pra mim tudo que vai acontecer!’ ‘Pelo menos eu vou sofrer um baque, cês vão... cês vão ficar atento porque a minha pressão vai subir...!’ Eu prefiro que chegue e fale... do que ficar sofrendo aos pouquinhos” (I1).

Segundo a literatura, a procura por informações e compreensão real dos pais sobre os aspectos da doença da criança acalmam a ansiedade, possibilitam discussões sobre o tratamento, o cumprimento das orientações e o acompanhamento pode ser planejado em comum acordo

(FERREIRA, 2006). No entanto, é preciso cautela porque, muitas vezes, os pais pedem para ser informados de tudo na esperança de só receber boas notícias, uma atitude que oculta uma angústia importante (JEAMMET; REYNAUD; CONSOLI, 2000) .

### **3.1.3 - Falar com a criança**

As mães, próximas à incubadora, não se limitavam a falar da criança, mas falavam com elas, interagindo, tentando estabelecer uma conversa. A comunicação, conforme a maioria relatou, teve início muito antes de ela nascer. As crianças estavam, na maioria das vezes de olhos fechados, mas pareciam responder aos estímulos movimentando braços, pernas, abrindo a boca, abrindo os olhos.

#### a) Um projeto anterior ao nascimento - A criança que mora no imaginário do desejo

A interação da mãe com a criança, assim como sua história, tem início muito antes de ela vir ao mundo. Os pais, na maioria das vezes, sonham com a criança, planejam seu futuro, seu quarto decorado e rosto corado (KLAUS; KENNEL, 1992). A relação com o filho na barriga determina o investimento libidinal da mãe no bebê atribuindo-lhe características subjetivantes. Segundo elas, eles eram a companhia constante com quem compartilhavam as experiências que vivenciavam neste período.

“Ah! Eu conversava, falava com ela: ‘ah! A mamãe vai indo trabalhar agora, a mamãe tá fazendo isso...’” (V1)

“Conversava...! Perguntava se tava tudo bem... Que... Que ia ficar tudo bem...! Tudo isso! Conversava bastante com eles! Todo dia...! O pai também conversava...!” (T1)

“Ah, geralmente... tudo, né?! Porque... às vezes... durante o dia era só nós duas... Então, até pra fazer um serviço eu pedia ajuda pra ela: ‘Ajuda a mamãe a lavar louça’” (M1)

Mas o tema mais recorrente era sobre a expectativa de sua chegada, os preparativos da casa, sinalizando que era um projeto para elas.



**Pesquisadora:** O que que cê falava?

**Entrevistada:** Tudo! Tudo... Falava que tava esperando ele vim! Que... já tinha o quartinho dele pronto... Conversava com ele como se tivesse conversando com você! (C1)

“Ah, eu falava que não via a hora de ver ele... Sabe? Agradava, passava a mão assim, sabe?!” (A1)

Se o diálogo com o filho na barriga parece mostrar que ele já é considerado um sujeito, a escolha do nome, que ocorria neste período, porta um discurso que antecede e funciona como marca inicial que especifica e determina. Com as cores do imaginário de quem a nomeou, é uma marca de pertença (MARIANI, 2014). Todas as mães, exceto uma (P1), que justificava a escolha do nome por razões puramente estéticas, traziam a história da escolha do nome da criança.

“Desde quando eu soube já que eu... tava grávida assim que eu peguei e falei, né... A gente falou que queria Ana Heloísa se fosse menina!” (P1)

Mesmo a escolha do nome da filha de P1 trazia uma marca: o belo nome já havia sido dado à sua irmã com outra combinação. Dar um nome autoriza sua existência. Para Lacan esse significante inscrito – traço unário – é uma marca distintiva no real, a ser contornada pelo Outro, ou seja, pelo Simbólico, e revestida por sentidos, pelo imaginário (MARIANI, 2014). Nos vários exemplos a seguir pode-se perceber que os nomes são escolhidos por motivos simbolicamente ricos:

“Maria Isabel... é católico. Maria é a mãe de Jesus... que ficou grávida... toda aquela história lá, né? E quando Maria tava grávida de 3 meses, ela ficou sabendo que a prima dela, Isabel, tava grávida de 6. E a prima dela Isabel já era bem idosa...Idosa nesse período, na nossa idade num dava pra gente ter filhos...aí ela ficou preocupada com ela...” (V1)

O nome dessa criança conectava a história bíblica com a história da própria mãe que era a mais velha das mães entrevistadas, em um relacionamento há 20 anos e sempre organizando e planejando o momento certo para engravidar. Segundo Mariani (2014), o nome próprio inscreve o

sujeito em uma linhagem, em uma cultura, na lei. Em outro caso, uma mãe que já havia perdido uma criança em gravidez anterior, para não sucumbir ao medo de que acontecesse o mesmo, tentava encontrar pontos na história que tornassem o filho da gravidez atual especial e digno de investimento. Ela queria um nome composto e imponente, que acabou escolhido por ela, com a ajuda da enteada e do... acaso.

“Aí eu peguei, do nada, tava sentada... Veio Vitor... na minha cabeça! Aí eu falei assim pra ela: ‘Eu gosto de Vitor, Lu!’ Aí ela falou assim: ‘Tem um menino na minha sala, tia, que ele chama Vitor Hugo! Eu gosto muito do nome dele! Ele é um amor de criança!’ Aí tá!.....Daí eu falei: ‘Qual mais?’ Ela falou: ‘Juan Augusto’ ou ‘Luiz... Luiz Renato’! Ficou nesses três nomes! Aí eu falei... Virei assim pra ela, falei: ‘Mas... como que cê acha mais bonito?!’ Ela falou: ‘Aí, eu gostei do Vitor Hugo!’ Eu falei: ‘Eu também!’ Aí ela pegou uma caixinha e fez... Escreveu os três nomes! E nós pegamos de um papel... pra priminha dela... mais nova tirar! Aí saiu Vitor Hugo!” (C)

Frente à escolha prévia da mãe por um nome composto, a enteada agregou o nome de um amigo que era querido e “um amor de criança”. O sorteio selou a escolha. O primeiro nome pensado foi confirmado pela enteada e pelo sorteio. Ele veio marcado no imaginário: Vitor Hugo será um “um amor de criança”, uma aposta de que nessa marca significante está uma predestinação.

Em um dos casos, a condição de prematuridade levou a mudanças na escolha do nome. Em pesquisa sobre o desenvolvimento do apego mãe-filho em grávidas após anúncio de uma má-formação, verificou-se que era frequente a mudança do nome da criança quando da má notícia (PEROSA; TARELHO, 2001).

**Entrevistada:** Aí... o João falou: “Ah, não! Vamo... Vamo procurar um outro nome!” Aí foi onde a gente pesquisou! Né?! É... Os significados! É... Ia ser ou... João... né, João Miguel, ou... é... Maria Vitória! Aí a gente viu... o significado! O João é aquele que anuncia... e Pedro é aquele que tem fé... na rocha! (I)

De João Miguel, o nascimento prematuro o tornou João Pedro, pelo significado. É aquele que tem fé e é forte como rocha. Apesar da dureza da situação, de uma mãe que havia passado por

alguns episódios depressivos e tinha medo de enfrentar nova crise, o nome era uma aposta na força da criança para superar a situação. Para Perosa e Tarelho (2001) se o primeiro nome é, muitas vezes, escolhido por um critério estético, no caso de crianças nascidas prematuras, doentes ou malformadas, o novo nome comporta uma fantasia, um desejo de milagre, de pagamento de promessa com a necessidade de não rejeitar a criança, de reinvesti-la apesar das condições. O nome funciona, então, como uma referência para o sujeito, uma vez que este é designado e se designa a partir desse nome que lhe é dado ao nascer.

### **b) O encontro: *sem palavras***

Os bebês prematuros que precisam da incubadora são crianças que não podem ser tomadas no colo livremente, o que, segundo a literatura seria a forma mais efetiva de aproximar e envolver a dupla (FLACKING, 2016; MS, 2011). Para tocar o filho, a mãe tem que esterilizar as mãos, introduzi-las nas portinholas do equipamento e são os monitores que dão informações sobre o estado de saúde da criança. O contato mediado por aparelhos parecia aumentar a insegurança materna que ficava mais evidente nos poucos momentos em que lhe era permitido pegar a criança no colo, como na troca de incubadoras. Apesar do medo de machucarem a criança, estes momentos foram muito valorizados pelas mães, cheios de emoção.

“...eles tavam limpando a incubadora... e... colocaram ele no colo! Não tem explicação! Não tem o que explicar! É uma sensação tão boa! Cê não sabe se você chora, se você ri...! Só de você olhar, de você saber que é seu e que logo, logo, tipo, vai tá nos seus braços, é sem palavra! É só por Deus mesmo!” (C)

Os sentimentos mais intensos não podiam ser explicados nem traduzidos em palavras. Para quem, desde o nascimento, via o filho através das paredes da incubadora, o contato pele-a-pele era o maior desejo:

“Ah, meu amor! Ai, que vontade de pegar no colo, “Jesusi”!” (M)

No entanto, quando o parto, a incubadora, os fios, a pequena participação nos cuidados, enfim, todo o cenário parecia separar a criança da mãe, elas encontravam brechas para apostar na

relevância de estar próximas ao filho e sustentar o desejo. A crença na importância da presença materna na UTI apareceu em todas as entrevistas.

“Ah, eu acho que eu “tando” aqui com eles eu acho que... já ajuda bastante!” (T)

“Porque é igual eu falo, eu tava conversando com a minha irmã, né?! Não é porque ele tá lá dentro numa incubadora que não quer dizer que eu não possa ir lá e ficar o dia inteiro sentada do lado dele, olhando pra ele! Porque ele vai saber se eu tô do lado dele ou não!”  
(C)

Pelas frases de C e de T, pode-se perceber que elas justificavam a importância de estarem perto de seus filhos porque acreditavam que eles percebiam sua presença. Elas não ficavam apenas próximas da incubadora, mas falavam com seus filhos. Durante a observação, quando as mães se dirigiam à criança, afinavam a voz, usando o *manhês*. Segundo Lasnik e Oliveira (2006), além da presença constante do cuidador, a exposição ao *manhês*, ao ritmo melódico da fala de quem exerce a função materna faz-se necessária, de modo que se torne parte constituinte do psiquismo da criança. A qualidade do *manhês*, transmitida pela voz da mãe, é bem destacada por Lasnik (2011): não são as palavras, mas os contornos melódicos, a entonação, o valor afetivo desta comunicação verbal.

Apesar de todas usarem o *manhês*, foram observadas diferenças na sua forma de emissão. Algumas pareciam mais inibidas e menos espontâneas, o que parecia se refletir na qualidade da interação. Assim, as mães A e P, que eram as mais jovens, tinham uma voz menos afetiva, eram mais apáticas e foram as que pareceram ter uma interação mais empobrecida com o filho. Pareciam desimplicadas, ficaram com o celular na mão durante toda a entrevista e olhavam pouco para a incubadora, em comparação às demais mães do estudo. Por outro lado, as que utilizavam mais o *manhês* pareciam estar mais atentas às reações dos filhos, demonstravam maior interesse pela criança e até falavam por elas. Assim T, quando estava na frente da incubadora de um dos seus gêmeos, dizia em *manhês*, como se fosse seu filho:

“Eu nasci primeiro!”

Além da entonação, as frases que emitiam continham palavras de afeto, de amor e, muitas vezes, eram finalizadas por uma interrogação, como que tentando estabelecer um diálogo, como se tivessem a expectativa de uma resposta. Uma comunicação, que não se pretendia unilinear, tinha início.

“A mamãe tá aqui pra cuidar de você... você tá bem? Tá?” (V)

“Oi, amor de mãe! Tudo bem, meu amor?! Hein?! Fiquei sabendo que cê abriu o olho pro vovô hoje? Hein, gata?... Quando nós vai embora, filha? Hein, amor? Ói, é a cara do pai!” (M)

A mãe verbalizava para a criança características subjetivas que ela percebia, em especial relativas ao seu temperamento:

“É?!!! Só puxou o gênio da mãe, foi, “fia”?” (M)

“Ele é bravo! Não pode mexer nele! Ele fica... Chora...! Empurra ali com o “pezinho”! (risos)” (T)

“Eu cheguei aqui ainda falei pra moça, falei: ‘Moça...’ Eu falei: ‘Ele não tá legal!’; ‘Por que?!’ Eu falei: ‘Ele “rancou” o CPAP, ele tá se debatendo! Ele tá irritado!’ Ela: ‘Como é que cê sabe?!’ Eu falei: ‘Eu sei, ele tá irritado!’” (C)

Fios, vendas, apitos sinalizam e a mãe interpreta a reação da criança ao aparelho. Essas falas demonstram momentos em que as mães reconhecem ou atribuem características singulares ao seu bebê. Além de um “jeito de ser” elas interpretavam os comportamentos da criança e lhe atribuíam uma intenção:

“Ó lá! Ele não quer ficar com o CPAP de jeito nenhum! ... É! Aí vai! Daqui a pouco ele tá sem nada, por conta própria! Vai se dar alta! Fica vendo!” (C)

A movimentação de braços e pernas do filho preso ao aparelho respiratório foi vista como um “não querer”, reconhecendo o filho como ser desejante, como sujeito e não como organismo a ser reparado. Em alguns momentos, elas convidavam a criança a emitir determinados comportamentos e se dirigiam a eles como interlocutores:

“Filho... Abre o olho pra mamãe ver você, filho?!” (T)

“Dá a mão aqui pra mãe, dá?! Dá aqui, dá?!” (A)

Olhar para o filho, interpretar suas reações e dirigir-se a ele como um destinatário é trabalho psíquico da mãe que pressupõe um sujeito e uma comunicação (CATÃO, 2009).

“Ai, que “gotoso” essa risadinha aí!” (T)

“Ela deu risadinha.... mexeu o pezinho....Mexeu o pezinho? (dirigindo-se ao bebê em manhês )” (V)

O sorriso, um comportamento reflexo nos primeiros dias de vida, foi interpretado como uma demonstração de prazer e intencionalidade, e pareceu ter função de renarcisar a mãe que se encontrava em condições pouco favoráveis para desenvolver a função materna (MATHELIN, 1999).

### **c) O bebê como um interlocutor**

Algumas mães interpretavam as reações da criança como um sinal de que a comunicação estava se estabelecendo e de que sua voz tinha um lugar especial para o filho:

“Cê tá reconhecendo a voz da mãe? Hein, meu anjo?” (M)

“Ah, cê tá “escutano”, né?!” (P)

Os comportamentos que o bebê emitia eram tomados pela mãe como resposta às suas iniciativas de contato e entravam no circuito de comunicação. O estímulo auditivo (e o que ele

comportava) pareceu produzir efeitos na criança. Essa crença ganhava força na medida em que observavam reações da criança quando se dirigiam a elas, como “sorrir”, abrir os olhos, a boca, mexer braços e pernas e franzir a testa.

“É... Pelo menos aqui, a hora que eu tava conversando com ela, ela tava dando umas mexidinha assim... Abria o olhinho...!” (P)

“...daí hoje eu vim... eu conversei com ela. Na hora que eu cheguei, eu comecei a chorar e ela também chorou.” (V)

Observava-se, também, que os aparelhos de monitoramento mostravam alterações nos sinais de saturação e frequência cardíaca. Estes sinais foram interpretados pela maioria das mães como sendo respostas a sua presença e fala.

“ Os batimentos muda! A hora que você coloca a mão e você conversa... É!!! Porque ele sente, né?! É, porque tudo que cê fala ele escuta, né?! Às vezes eu chego ele tá chorando, eu vou, coloco a mão nele, começo a chacoalhar, ele se acalma...!” (C)

A percepção das mães em relação à importância de sua presença e de sua fala permite supor que as reações do filho alimentavam narcisicamente seu lugar roubado pelo nascimento prematuro, retroalimentavam o diálogo, como se uma comunicação mais próxima se estabelecesse entre a dupla.

Os relatos das expectativas maternas e preparo durante a gravidez, as observações do que a mãe falava à criança frente à incubadora, o manê, suas interpretações das ações do filho, parecem mostrar que, apesar de a UTIN não ter as condições ideais para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê, as mães tentavam subjetivar a criança e, para além da prematuridade, pressupunham um sujeito ali. O que está em jogo no processo de subjetivação é uma operação altamente complexa que humaniza o *infans*, inserindo-o no simbólico pelos significantes do Outro e, por extensão, na lei e na cultura. Entrar na linguagem é então entrar em redes significantes já instaladas e submetidas às leis da história, da cultura e de uma novela familiar específica. (MARIANI, 2014).

### 3.1.4 - Outras vozes na UTIN: pais, familiares e as outras mães

A voz da mãe, que transmite seu desejo, sua condição emocional, depende, também, de elementos que lhe dão apoio, da rede que lhe dá suporte e acolhe. Não foram citados amigos ou parentes, além do marido e dos próprios pais como apoio. Isto pode estar relacionado à incerteza de o bebê sobreviver à UTI, é preciso um tempo para se sentir segura de que vai vingar, como algumas gestantes que só publicizam a gravidez após o terceiro mês, quando a chance de o bebê sobreviver é maior.

Neste contexto de muito sofrimento, todas as mães relataram que contavam com o suporte do pai da criança. Contudo, apesar de terem livre acesso à UTI e oferecerem apoio às parceiras, os pais tinham de trabalhar e só conseguiam realizar as visitas aos finais de semana ou, com intervalos ainda maiores devido à dificuldade de transporte.

“Pra ver os nenês! Mas como precisa trabalhar, né, ficar lá... Aí ele vem quando dá! Mas eu... tô aqui todos os dias com eles!” (T)

**Pesquisadora:** E ... (o marido) tá te dando a maior força?

**Entrevistada:** Muita! Muita! Muito! Até o dia que os médicos... que eu conversei com o médico, eu tava sozinha! Aí eu liguei pra ele! Aí ele veio!...ele pegou férias, ele faz serviço de pintura. Então, ele tava lá. (I).

Na ausência dele, outros familiares acompanhavam as mães ou garantiam a rotina em casa, para que elas pudessem ficar com os filhos internados.

“Ele (o marido) trabalha com carga de caminhão! Tá viajando!...Ele foi viajar ontem! Ele já veio ver o nenê também! ...Aí, eu tô na minha mãe!...” (C)

“Ela (outra filha) tá ca minha avó. Com essa que veio! Agora ela ficou na creche lá... Depois a minha tia pega ela! Aí ela já vai embora! Ela só veio para visitar só (avó)!... Aí fica com a minha avó!” (P)

“Encontreeei... bastante gente que me apoiou, me deu força... fala que nasceu pequenininho, que hoje é grande, tá tudo bem... me ajudaram bastante, mas dói, né? (suspiro)... (chora)...



mas tá tudo bem... minha família tudo me apoia... nossa! Embora seja lá de longe... tudo me apoiam, faz o que pode...” (V)

Além da presença de familiares, a escuta de outras mães, trocar experiências com mulheres que passavam por situação parecida foi apontada como importante rede de apoio:

“Daqui a pouco começa a contar história: ‘Ai, o que que o seu tem?’, ‘Ai, o que que o seu tem?’, ‘O que que o seu tem?’, ‘Aí, vai pegando amizade!’ (C)

“Tem uma senhorinha que ela não tem noção o quanto que ela me ajudou!... Ela falou que a filha dela há 42 anos atrás nasceu de seis meses! E que tá tudo bem!” (I)

“Aí, é bem melhor... ouvir... o... assim, a história de outras mães, né?!” (T)

A troca de informações sobre os quadros dos filhos, sentir que outras pessoas passavam pela mesma situação era reconfortante. Pesquisas em outros contextos na área da saúde relatam a importância de compartilhar experiências com outros usuários (CAMARGO E COLS, 2004). Como na maioria das vezes elas permaneciam sozinhas no quarto, frente à incubadora, os encontros com as outras mães ocorriam em outros contextos.

“...tem as meninas que a gente vai conversando no banco de leite, sabe?! Que vai tirando leite, você vai conversando com elas!” (C)

Como se pode observar na fala de C, o Banco de Leite Humano foi apontado como espaço privilegiado para o encontro e compartilhamento de experiências. Enquanto faziam a ordenha do leite materno para os prematuros, conversavam. Outro local em que se encontravam era a Casa de Apoio, espaço oferecido para o pernoite, àquelas que não moram em Botucatu.

“Aí foi aonde... é... eu tava no quarto (*Casa de apoio*) com mais pessoas e vinha pessoas visitar... as outras meninas! E falando! Aí começou a me dar mais um ânimo! Porque... várias crianças já nasceram de seis meses... que tão tudo bem...!” (I)

Especialmente, apontaram que escutar histórias de sucesso foi um fator importante para enfrentar a situação, se animar e seguir apostando na criança. Elementos que deem suporte à experiência e permitam a mãe entrar em contato com angústias e dificuldades, além das do seu bebê, como as que foram proporcionadas pela rede de apoio, pareceram facilitar o encontro da díade.

### **3.2 - A Criança na Unidade de Cuidados Especiais (UCE): segunda entrevista**

#### **O contexto da segunda entrevista**

Ainda que muito próximos aos leitos de UTI, havia uma outra atmosfera no ambiente em que ficavam os leitos da Unidade de Cuidados Especiais (UCE), com mais leveza, sorrisos, talvez porque a morte não estivesse tão presente. Na UCE, o risco de morte do bebê é menos temido que na UTI. As crianças estavam, na maioria dos casos, no colo, as mães tinham uma expressão mais tranquila e o ânimo com seus bebês também ficava evidente pela voz. Segundo Gratier (2011), a voz carrega as intenções e emoções que surgem, espontaneamente, nos encontros comunicativos entre a mãe e o bebê. Difícil de ser controlada, a voz não tem mediação, o que ela transmite é percebido na instantaneidade de seu acontecimento.

Após a leitura das gravações da segunda entrevista, e das observações do diário de campo, foi possível identificar os seguintes eixos temáticos que serão analisados a seguir: *1 - O contato total é mágico e 2 - Falando com a criança nos braços.*

#### **3.2.1 - O contato total é mágico**

Na UCE, as mães podiam pegar as crianças quando desejavam e eram estimuladas a amamentar e trocar seus bebês. Mesmo assim, algumas mães vindas da UTIN, ainda que tivessem experiência em cuidar de bebês, sentiam-se inseguras:

**Entrevistada:** Aí, ó! Eu já tinha trabalhado em creche! Eu trabalhei cinco anos na... na creche, na Prefeitura em Avaré! Então eu sempre cuidei de criança no berçário!

**Pesquisadora:** Mas é a sua, né?!

**Entrevistada:** É! Aí que... dá medo! Dá uma insegurança, porque parece que, sei lá, parece que você vai quebrar ele! Por ele ser “pequeninho”... Aí, você coloca a mão por baixo dele!

Então, tipo, a primeira vez eu tremi bastante! Eu fiquei com medo! Eu fiquei nervosa! Me deu uma tremedeira tão grande! Eu falei: “Nossa!” Eu falei: “Eu vou trocar uma coisa que é minha, né?! Porque é meu filho!!!” (C)

Neste novo contexto a vivência do tempo pareceu mudar, as mães perdiam a noção do tempo:

**Pesquisadora:** E aí, que dia que cê veio pra cá?

**Entrevistada:** Nossa, que dia que eu vim pra cá agora?!

**Pesquisadora:** Esses dias, né?! (risos)

**Entrevistada:** É, foi esses dias! (risos) Não lembro o dia certo, né?!” (P)

“Eu não marquei a data, mas acho que já faz umas duas semanas que eu tô aqui!” (M)

“porque na quarta começou a estimular ele a mamar e na quinta... É, na quinta! Acho que foi quinta ou sexta-feira ... eu não me recordo!” (C)

Parece que, imersas nos cuidados do bebê, prescindiam de indicadores numéricos, diferentemente de quando estavam separadas do filho pela incubadora e precisavam preencher a distância e o vazio. Essa mudança pode ser indício de uma identificação da mãe com o bebê e do estabelecimento da preocupação materna primária (WINNICOTT, 1994). Os cuidados, signos da maternagem, eram citados com emoção, transmitida pela voz.

**Pesquisadora:** E aí, o que que mudou de vir pra cá?

**Entrevistada:** Tudo, né?!

**Pesquisadora:** Tudo? (risos)

**Entrevistada:** Agora já pode pegar...! (risos) Já pode dá mamá à vontade...

**Pesquisadora:** É diferente ser mãe assim?

**Entrevistada:** É! (risos) (P)

“Sensação... maravilhosa, né, filha?! Que a mamãe pega, a mamãe amamenta...! A mamãe troca, a mamãe dá banho... Porque lá o contato é bem pouco, né?! Quando pode fazer é o

“canguru”! Agora não! Agora cê faz o “canguru”, cê pega...! Cê pode dar o banho, cê pode trocar...! E é uma coisa que... não tem preço, né?!” (M)

Poder oferecer os cuidados maternos mudou “tudo”, fazendo com que a mãe se sentisse mais mãe. Confirmando a literatura, por um lado, o contato físico, o toque, foi importante para o estabelecimento e manutenção do vínculo (TESSIER ET AL 1998; RAMADA et al, 2013). As mães tinham certeza que as crianças percebiam sua presença, se acalmavam, paravam de chorar e isso era... mágico:

“Não tem... Não tem como explicar! É muito gostoso! Eu não sei se é porque eles sentem o cheiro da gente, mas acalma, sabe? É mágico!... Às vezes ele tá chorando, chorando no berço, aí eu vou, pego, já acalmo ele na hora! Já até sabe quando vai pro colo!” (C)

“Porque é uma coisa que eu tava falando com a minha irmã, que eu acho impressionante porque na hora que... eu chego de manhã que a enfermeira vai tirar ele da incubadora, ele já sabe que é a hora que ele vai vim pro meu colo! Então ele resmunga, aí chega perto de mim ele dá um choro e para! É uma coisa mágica! E na hora de sair do colo também ele já sabe que vai voltar pro “bercinho” então acho que ele pensa: “A minha mãe já tá indo embora”, né?! Ontem ele chorou muito na hora de ir embora! Na hora que eu fui embora!

**Pesquisadora:** Cê acha que a ligação muda, né?!

**Entrevistada:** Muito! Demais! Se torna uma! Uma pessoa única! Uma ligação muito forte!  
(C)

Para Lasnik (2013), o bebê identifica a voz da mãe antes mesmo da primeira mamada, portanto, antes que qualquer leite possa acalmar suas necessidades biológicas ele se alimenta de palavras e, possivelmente, se acalma. As mães percebiam que, finalmente, a criança estava livre dos fios, da fototerapia, das vendas; não estava mais isolada como quando ficava na incubadora. O contato no colo não ficava mais restrito a leves toques pela portinhola, mas era um contato total.

“É bem gostoso pegar no... no colo do que... ver ela ali! Naqueles... Mais... Tinha mais fios... E ver ela com aquela luz... Não sei ainda se tem mais luz ou não... Agora não tá! Não sei... Tem uma luz com aquele... coisinha no olho, assim, dá muito dó!” (V)

“Ah, porque lá é aquela coisa! Cê só coloca a mão só, né?! Aí cê... Cê toca, cê sente, mas cê não tem aquele contato total que você tem agora!” (C)

**Entrevistada:** Agora aqui fica o dia inteiro no colo!

**Pesquisadora:** E cê acha que cê fica mais próxima... da nenê assim?

**Entrevistada:** Bem mais próxima! Nossa! Porque lá ela fica... Parece que tá... sozinha ali! Agora aqui não! (P)

Nesse momento, algumas mães racionalizavam, atenuavam a gravidade e o sofrimento da filha quando estava na incubadora ou enumeravam benefícios por ter passado por tal situação, mecanismos que pareciam aliviar a culpa:

“Ai, eu acho que... não é tão quanto a gente imagina assim... difícil, né?! Porque ela... coitadinha... Ela não sabe... Era pra tá dentro da barriga ainda, saiu da barriga, já veio... pra dentro disso aí, com um monte de... Acho que talvez pra mim seja mais dolorido do que pra ela, né?! Eu acredito que seja... assim! No começo eu não pensava assim! Pensava: “Ai, meu Deus! Tudo aquela “coisera” na coitadinha! E fio e agulhada e... Nossa, gente, que... Mas agora eu imagino que... Né?! Não seja tão difícil assim pra ela! Porque ela não sabe como que... Não sabia, né, como que era...” (V)

“Eu acho que eu aprendi a ser mais... Eu... Eu acho que eu aprendi a ser mais humana! Que antigamente eu pensava só em mim, igual eu te falei! Era só eu e meu marido! Eu e meu marido e a filha dele! Então tinha... Era aquela coisa... Era só nós três! Quando eu engravidei pra mim foi um choque muito grande, porque eu engravidei tomando remédio!” (C)

Apesar de as mães relatarem quão prazeroso era cuidar e o quanto sonharam com isso, várias deixavam claro que segurar no colo, trocar, amamentar eram orientações médicas:

“Eu dou de mamá e eu tenho que trocar ele! É! Tem que trocar, porque eles falam que tem que aprender! (risos)” (A)

“Aí a médica foi e falou pra mim: ‘Ó, C., isso é bom que... vai estimular ele no crescimento, né?! Pra ele ficar mais próximo de você...!’ Eu falei: ‘O que mais?’ Ela falou: ‘Em tudo!’ Ela falou: ‘Em tudo, vai ser... melhor 100% pra ele!’... Não, não explicou nada! Só falou que era bom pra ele!” (C)

As mães percebiam que, diferentemente da UTI, na UCE, a equipe diminuía os cuidados e as orientações tinham por objetivo incentivar a genitora a cuidar de seu próprio filho:

“Então, tipo, quem cuida é a mãe! É a mãe! Elas (*enfermeiras*) só vêm aqui pra dar o leite pra ele só...E pra perguntar se tá tudo bem! ‘Tá tudo bem, C.?’ , ‘Tá!’ , ‘Então tô indo embora! Tchau!’ . Então, quer dizer, o filho é meu...” (C).

Para Mathelin (1999), é importante que a equipe renuncie à posição “superpoderosa” em relação ao bebê e autorize os pais a se tornarem pai e mãe, ainda durante o período de internação, a fim de que se sintam capazes de cuidar do recém-nascido após a alta e diminuam as chances de o bebê retornar ao hospital. Com o objetivo de humanização da assistência ao recém-nascido de baixo peso (BRASIL, 2002), o incentivo ao método Canguru nas maternidades tem feito com que as equipes de saúde, responsáveis por proporcionar o suporte assistencial à díade mãe/criança, se retraiam dos cuidados, incentivem o contato e deixem as mães como protagonistas.

“Só o “canguru” que eles falaram, porque todo mundo só fala do “canguru” aqui! A única coisa que eu escuto falar é o “canguru”! O tempo todo! O dia inteiro no colo! Só quando eu vou no banheiro, alguma coisa pra trocar, só! Que os médicos falam que é melhor pra ele, pra desenvolver, pra ele engordar, pra pegar o peito!” (C)

Pela fala das mães, percebeu-se que as orientações médicas não se limitaram a incentivar a amamentação, o banho e a troca de fraldas, mas, também, recomendavam que as mães falassem com a criança. Apesar de algumas mães entenderem essas orientações como uma prescrição, o que podia colocar em risco a fala espontânea, não deixava de ser um estímulo para falar com o bebê:

**Pesquisadora:** E cê tá conversando com ele?

**Entrevistada:** Ah, tem que conversar...

**Pesquisadora:** O que que cê fala pra ele?

**Entrevistada:** Ai, eu fico falando pra ele que eu não vejo a hora de levar ele embora daqui!  
(risos)

Apesar de a equipe se retirar para que ela tomasse conta de seu filho e do prazer em cuidar que se esperava da mãe na nova unidade, a situação era, algumas vezes, ansiogênica e ela sentia dificuldades em ocupar seu lugar de cuidadora.

“Porque eu não sei, eu nunca dei! Então é aquela coisa, é...Dá medo dele afogar! Porque... hoje mesmo de manhã ele quase afogou! Então, cê não sabe... cê não sabe... o que fazer, sabe?! Porque, aquela coisa: Pelo menos no “canguru”, antigamente era assim: Eu só pegava no colo... Acabou! Não fazia mais nada!” (C)

**Pesquisadora:** Cê acha que a incubadora ela... separa um pouco?

**Entrevistada:** Um pouco! Ah, mas eu acho que lá também fica bem mais protegido de vírus, essas coisas!

**Pesquisadora:** Ah, sim! Sim! É necessária a incubadora, né?!

**Entrevistada:** Eu prefiro... Olha, foi igual... eu tava conversando com a enfermeira hoje eu perguntei pra ela: “Quando que ele vai sair da incubadora?” Ela falou: “Logo, logo!” Eu falei: “Ai, eu não queria que ele saísse!” Porque eu tenho medo de infecção, essas coisas, bactéria! Porque a maioria das meninas que tão comigo na casa... Todos os filhos delas tão pegando bactéria! (C)

Mesmo sendo incentivadas a assumir os cuidados, após um parto prematuro e passar um período em que a criança foi quase exclusivamente cuidada pela equipe, as mães se sentiam inseguras em oferecer os cuidados necessários. Parecia haver a crença que a criança estava mais protegida na incubadora. Em algumas ocasiões, se a alta da incubadora e as notícias sobre a melhora do quadro bebê eram bastante esperadas, a forma como se deu a transferência e a comunicação com a família podem ter dificultado a adaptação materna a essa nova realidade.

“Aí chegou uma equipe médica e... e uma das enfermeiras padrão estavam conversando! Aí tava falando do... do nenê do lado, que tava com problema, falando dum outro que tava com problema, aí chegou no Vitor Hugo; Falou: “Ó, o Vitor Hugo tá bem! Tá evoluindo super bem! E o que que vocês acham de ele ir pra UCE?!” Aí eu fiquei olhando, eu falei: “UCE?” Eu falei: “Será?” “É, a gente vai discutir!” Aí... ficaram conversando e saíram! Aí foi quando eu conversei com a... com a Larissa, que é a enfermeira! “Larissa...” Eu falei assim... “Eu escutei direito ou parece que... o Vitor Hugo vai pra...” “Então, eles tão discutindo, C.! Conforme for acho que ele vai sim!” E nisso... deu o horário do almoço, desci pra mim poder tirar leite! No que eu voltei, a incubadora não tava mais ali! Aí eu peguei, cheguei e falei assim pra enfermeira, falei: “Viu?! Cadê meu filho???” Aí ela falou: “Não sei... Ele tava aqui agora!” Eu falei: “Nossa, mas é coisa de meia hora, meu Deus do céu?!” Eu falei: “Cadê meu nenê?!” Na hora já comecei a tremer! Ela falou: “Não sei, C., onde ele tá!” E dando risada! Eu falei: “Como que você não sabe se você que tava cuidando dele?!” Ela falou: “C., ele já foi pro berçário!” Na hora que eu cheguei ele já tava no berçário!” (C)

As mães se ressentiam, também, da criança não ter um acompanhamento individualizado, com o mesmo médico responsável pelo leito, como ocorria na UTI.

“Porque, é igual eu falo, cada dia passa uma médica diferente! Você fica meio perdida, né?! Que tem um dia que é um... Hoje nem sei nem quem que é a médica dele! Não! Eu sei que ela veio aqui, foi lá, depois foi buscar os potinhos pra tirar leite! Depois disso eu não vi mais ela! Ela tava examinando ele de manhã... Aí, depois, eu não vi mais ela! Aí daqui a pouco já entrou uma outra doutora perguntando se tava tudo bem: “Tá tudo bem, C.?” “Tá!” “E ele? Como é que ele tá? Se adaptou bem?” Eu falei: “Sim!” “Ai, então tá bom!” Aí saiu pra lá! Vem um monte lá no quarto dele tá...!” (C)

Entretanto, de um modo geral foi possível verificar que, apesar das inseguranças, a maioria delas verbalizava que, emocionalmente, estava mais próxima do bebê:

*“A mamãe tá feliz agora! Tá! Sabia?! A mamãe tá feliz! Sabia?” (V)*



**Entrevistada:** Muito! Bem mais próxima! Bem mais próxima! *Falando com o bebê:* “Né, moço?!” E é porque já até sabe, né, na hora que tá chegando perto...! Na hora que cê levanta a blusa... Porque é uma coisa que eu tava falando com a minha irmã que eu acho impressionante porque na hora que... eu chego de manhã que a enfermeira vai tirar ele da incubadora, ele já sabe que é a hora que ele vai vim pro meu colo! Então ele resmunga, aí chega perto de mim ele dá um choro e para! ..É uma coisa mágica! E na hora de sair do colo também ele já sabe que vai voltar pro “bercinho” então acho que ele pensa: “A minha mãe já tá indo embora”, né?! Ontem ele chorou muito na hora de ir embora! Na hora que eu fui embora!

**Pesquisadora:** Cê acha que a ligação muda, né?!

**Entrevistada:** Muito! Demais! Se torna uma! Uma pessoa única!

**Pesquisadora:** Uhum...!

**Entrevistada:** Uma ligação muito forte!”(C)

### 3.2.2 - Falando com a criança nos braços

Em um contexto menos aversivo, quando o colo garantia a proximidade e o toque, a voz da mãe adquiria outras cores: elas falavam mais com seus filhos, traduziam o mundo ao seu redor, contavam o que estava acontecendo utilizando o manhês.

*“Sabia que ela veio conversar com a mamãe! Olha pra ela...! Olha então pra ela...! Ah, tá com “peguiça”? Quer dormir? Tá bom! Então dorme!... É...! Ah... que foi??? Espirrou? Tá espirrando só? Hm??? Você só tá espirrando? É? É isso? É, né?! (risos) Saiu essa touca? Saiu!” (V)*

*“...Às vezes é o meu marido chegar e... cheirar ela! Aí ela já abre o olhinho, já!!! Ela conhece o cheiro! Falando com a bebê: “Eu gosto do cheiro da minha mãe!” (M)*

As modulações da voz pareciam dizer aquilo que as palavras não diziam. Segundo Gratier (2011):

*“há uma continuidade entre o verbal e o musical, ligada à natureza da voz humana que, de um lado musicaliza a fala lhe atribuindo as formas temporais expressivas, através da modulação sutil das dimensões como a altura, a duração, a intensidade, o timbre; e de outro*

lado aporta o sentido aos sons musicais que ela produz, expressando o sentido para além das palavras” (p. 83).

Na segunda entrevista, P apresentava uma voz menos apática que na UTI e, pela primeira vez, se referiu à filha pelo nome próprio:

**Pesquisadora:** *Falando com a bebê: “Ei, Ana?! Ana???”* Fala com ela, pra ver se ela... Vamo ver!

**Entrevistada:** Heloísa???

Pode-se perceber, também, que os bebês eram incluídos na entrevista por suas mães:

**Pesquisadora:** Quem que já veio ver?

**Entrevistada:** Meu pai, minha irmã, a minha irmã, minha cunhada e outra vó... As tias... Só meu irmão que não pôde vim ainda! Falando com a bebê: *“Né?! A Danile... já vinha de novo? É?! É, vovó veio ver você, né?! Veio! Vovó veio, ela vai vim de novo! O vovô vai vim... Tá bom?! Eles vão vim vê você! Tão saudade de você, né?!”* (risadas!) (V)

As mães contavam para os bebês as visitas que haviam recebido e, assim, os introduziam na família. Segundo Dolto (1999), é importante que a mãe esteja e que fale com a criança, que a insira na história familiar e no mundo. A linguagem faz a ponte emocional entre as pessoas e os recém-nascidos se incluem nela a partir da voz materna, a língua materna. Eles precisam dos pais para fazer a ponte entre as sensações antes e depois do nascimento. Assim, a voz da mãe direciona o bebê à cultura, sendo os espaços sonoros íntimos das primeiras trocas vocais, espaços culturais em que o bebê incorpora hábitos não-verbais do mundo a que pertence (GRATIER, 2011). Na UCE, as falas das mães também eram mais íntimas e pareciam menos tensas, às vezes, pronunciadas em tom de brincadeira.

“A gente conversa de tanta coisa, né, filha?!... A mãe briga, a mãe conversa... Ah...!!! Quando não quer pegar a teta a mãe briga!!! Falo: ‘Nós vamo pegar a teta pra nós ir embora logo!!!’” (M)

Além de apresentar uma voz mais firme, no novo contexto, as falas maternas deixavam cada vez mais explícito, que os filhos estavam incluídos e faziam parte de um futuro próximo

“...antigamente eu falava pra ele que ele tinha que sarar logo pra ele poder ir pra casa! Agora eu já conto pra ele como é que tá em casa, como que tá ficando o quarto dele...!” (C)

“Às vezes ela dá uma resmungadinha assim dormindo, sonhando... Aí eu falo: ‘Ai, que delícia! Imagina quando tiver falando com a gente!!!’ (risos) Não vejo a hora, né?! Né?!” (M)

Se na UTIN os relatos foram mais marcados pela reconstrução da história passada e pela condição presente, quando cada dia era mais uma luta vencida, na UCE já era permitido à mãe sonhar e desenhar um futuro. Assim, se antes de nascer os bebês eram projetos que foram interrompidos pelo parto prematuro, estar em um lugar em que a morte já não rondava tão perto possibilitava a retomada desse projeto, pelo menos a curto prazo, com a criança chegando em casa e dando curso ao seu desenvolvimento, andando, falando... É possível hipotetizar que, tendo a criança no seu colo e sob seus cuidados, de forma mais concreta, a mãe começou a dar curso e a explicitar seus desejos, o que pode impulsionar o desenvolvimento da criança, fornecendo-lhe mais elementos para constituição de sua subjetividade (LACAN, 1956/1995). O olhar unificador da mãe que amamenta seu bebê no colo, o alimenta inserindo o pulsional que a máquina não permite. A boca não é mais apenas lugar de entrada e passagem de sonda, mas onde o bebê passa a sugar o seio e a verbalizar, a pele é menos tocada para procedimentos e mais para trocas afetivas (QUINIOU, 1999).

Na UCE, com a melhora do quadro, diminuição da sedação e pelo próprio curso do desenvolvimento, as crianças se movimentavam mais e, inclusive, em algumas entrevistas a voz das crianças era audível. As mães não tinham dúvida de que os movimentos eram reações dos bebês à sua fala.

“E tipo, eu não sei, eu acho que eles devem entender o que a gente fala, né?! Porque cê conversa com ele, ele para, ele fica olhando...!!! Aí faz bico, aí resmunga...!” (C)

Em um episódio vivenciado pela pesquisadora foi interessante observar que, possivelmente, não se tratava de fantasia materna, mas havia uma diferença de resposta do bebê à voz de sua genitora e à de outras pessoas. Apesar de a pesquisadora se dirigir ao bebê e também falar em manhês, a criança reagiu muito mais intensamente ao som da voz da mãe.

**Pesquisadora:** Falando com a bebê, *“E aí Dona Maria! Uhn?! (risos) Ai, carinha mais linda!”*

**(Criança não se mexe)**

**Pesquisadora:** Ah lá! Eu falo, ela não dá nem bola! Eu acho que tem que ser você falando mesmo, né?

**Entrevistada:** Falando com a bebê, *“É a Ana! Conversa com ela!”*

**(bebê vocaliza)**

**Pesquisadora:** Olha, gente!!!

**Entrevistada:** Falando com a bebê, *“Conversa com ela...! Ela veio conversar com a mamãe! Sabia?!”*

**(bebê vocaliza e franze a sobrancelha)**

**Pesquisadora:** Olha lá! Gente, cê viu???

**Entrevistada:** Falando com a bebê, *“Por que você não quer conversar...?”*

**Pesquisadora:** Quando eu falo ela nem liga!!!

**Entrevistada:** Falando com a bebê, *“Por que... Por que você não quer conversar...? Ah, você quer dormir? Você quer dormir? Ah, sua folgadinha!!!”*

**(criança sorri)**

**Pesquisadora:** (risos) Ela ri!

**Entrevistada:** Falando com a bebê, *“Ah, sua folgadinha...!”*

**(criança pisca)**

**Pesquisadora:** Mexe o olho!

**Entrevistada:** Falando com a bebê, *“Conversa com a moça!... Ela veio conversar com a mamãe!”*

**Pesquisadora:** Falando com a bebê, *“Quer dizer: cê só responde a sua mãe, é isso?! Eu venho aqui, falo com você e cê não tá nem aí!” (V)*

Essa observação dá força aos achados de De Casper (1980) a respeito da responsividade dos bebês para a voz humana e, em especial para a voz materna, principalmente quando se dirige

ao filho usando o manhês. Para Lasnik (2011) a grande novidade nos estudos sobre a linguagem dos bebês é o reconhecimento de suas competências para o diálogo com sua mãe. Se Jakobson influenciou décadas de pesquisadores com a afirmação de que havia uma descontinuidade entre as primeiras produções vocais do bebê e a linguagem, Dolto rompe com esse pensamento apontando as extraordinárias competências do bebê e seu papel decisivo como parceiro na relação dialógica, inclusive na prematuridade.

Em síntese, ao comparar as duas entrevistas é possível dizer que a mudança na condição de saúde da criança, um bebê com mais condições de "produzir a mãe", a possibilidade de tomar a criança no colo, poder cuidar do filho, pareceu devolver a ela um pouco do seu lugar, tão esperado. Mudou a vitalidade na voz, mudaram as palavras. O medo não era mais de estranhar o aspecto físico, mas de não conseguir cuidar do filho. Os diminutivos já não marcavam a fragilidade da criança, as palavras eram outras, as crianças no colo pareciam fazer parte da cena, não estavam segregadas por uma "caixa". O tempo, também, era outro: se antes estava marcado pelo presente e preso aos acontecimentos passados, na segunda entrevista os verbos e planos futuros ganhavam a cena. Agora, as preocupações eram que a criança conseguisse mamar, engordar, ir para casa, andar, falar. O narcisismo fraturado pela prematuridade começava a se restabelecer, a criança podia receber mais cuidados, mais investimento libidinal materno (FREUD, 1914/1996; MATHELIN, 1999).

### **3.3 - A entrevista com os médicos**

#### **3.3.1 - Por que falar com os médicos?**

Quando um bebê nasce prematuramente e precisa de cuidados médicos para garantir sua sobrevivência, muda o cenário planejado, aumentam os atores da cena e, muitas vezes, deslocam-se os papéis. Os pais, que até então cuidariam de seus filhos, saem de cena ou tomam um lugar de coadjuvantes pois, na UTIN, ainda que o trabalho seja sustentado e circulem outros profissionais da saúde, trata-se de um lugar que está centrado na figura do médico. No caso específico deste estudo, como se trata de um hospital-escola, o serviço é organizado de forma a que os responsáveis pelo leito, pelos cuidados diretos ao bebê e por informar os pais sejam os residentes de pediatria e da subespecialidade neonatologia.

Quase tudo o que os pais sabem sobre seu filho é intermediado pelo médico, especialmente

a comunicação de más notícias, uma das tarefas mais frequentes e difíceis a serem desempenhadas por esses profissionais (PINHEIRO et al, 2009; CABEÇA E SOUZA, 2017), especialmente pelos que estão no início de carreira.

A comunicação é uma via de mão dupla e o modo como a família decodifica e atribui significados às notícias que recebe dos profissionais pode facilitar ou dificultar a vivência do processo de hospitalização, a percepção da criança e, conseqüentemente, o que se diz para ela. Assim, escolheu-se entrevistar os residentes responsáveis pelos leitos das crianças da pesquisa, com vistas a avaliar seu papel na forma como a mãe subjetiva a criança neste contexto. A partir do discurso dos médicos foram identificados cinco eixos temáticos que serão analisados a seguir: 1 - *Minha escolha: ser pediatra de UTIN*; 2 - *Ser residente de um Hospital Universitário*; 3 - *Minha função é informar*; 4 - *É preciso contar tudo*; 5 - *Elas não perguntam!*

### **3.3.2 - Minha escolha: ser pediatra de UTIN**

Apesar de o curso de medicina permitir que o recém-formado exerça a profissão, seja por conta do saber científico ou do mercado de trabalho, na maioria as vezes, ele continua sua formação, se especializando. No Brasil, a residência médica é a maior responsável pela formação de especialistas, em sua maioria, ligada a hospitais universitários (GROSSMAN; PATRICIO, 2004; BELLODI, 2001). A escolha pela especialidade, isto é, pela residência, está presente durante todo o curso médico ou antes do ingresso na faculdade, mas ela só se concretiza, no último ano, motivada por valores e contextos diversos (GROSSMAN; PATRICIO, 2004).

“E meu pai é de lá, então eu, mesmo na Faculdade, eu acompanhei bastante... com ele assim... Vi que eu gostava de criança, tinha jeito assim... e aí, quando eu fiquei na dúvida com Clínica e... e Pediatria, eu lembrei de tudo que eu já tinha passado, que eu gostava, tudo! Falei: ‘Ah, acho que... não tem porque fugir!’ ... Mas eu... eu fui mesmo por isso: Dar mais oportunidades... profissionais! E eu gosto de... recém-nascido!” (M, médica de P, R3)

Pela fala da residente pode-se perceber que, em primeiro lugar, ela escolheu a pediatria influenciada pelo pai, pediatra, cujo trabalho acompanhou. Já a neonatologia foi uma opção pensada a partir da oferta de trabalho e por preferir recém-nascidos como pacientes. Um outro residente especifica melhor as vantagens de trabalhar com essa clientela.

“...entrei no internato de Pediatria e comecei a trabalhar com as crianças! ...é um paciente que é assim, um paciente sempre verdadeiro, é um paciente que nunca vai mentir pra você, é um paciente que você faz o mínimo que você faz, eles têm grandes respostas” (V, médico de C).

Segundo V, as crianças são “bons” pacientes porque respondem rapidamente às intervenções. Esse fato é particularmente verdadeiro na UTI, onde, graças à alta tecnologia, há possibilidade de maior controle sobre as intercorrências e se obtém uma pronta resposta da criança (ROCHA; SOUZA; TEIXEIRA, 2015). Mas, contrapondo a criança ao adulto, o residente cita o fato de elas não mentirem, suas queixas serem verdadeiras, possivelmente, dando força à representação popular da criança como espontânea, sem malícia (ARIÉS, 1981).

Apesar de a pediatria ser vista como uma área de atuação que visa propiciar a assistência ao binômio mãe/filho (ZANNOLI E MEHRI, 2001), ao mencionar o motivo da escolha pela neonatologia, nenhum dos entrevistados referiu que uma das funções do seu papel profissional era de se relacionar com os familiares. Entretanto, eram os residentes os responsáveis pela comunicação às famílias sobre o estado de saúde da criança.

“Então, teoricamente, o mais adequado, assim, o que a gente tenta preservar é a gente falar! Nós, os residentes, que estamos... responsáveis pelo bebê! A gente que chega na linha de frente pra mãe e fala.” (I, médica de T).

Apesar de I. assumir que quem está responsável pelos cuidados da criança é a pessoa mais apta para informar a família, há relatos de que, em um contexto em que os procedimentos tecnológicos são essenciais para a manutenção da vida, outros saberes e interações são avaliados como de menor importância, o que pode comprometer a qualidade do cuidado e a adaptação dos pais. Entretanto, é exatamente no momento em que há um jogo sutil sendo travado entre a vida e a morte, que o médico precisa ter igual sutileza, tanto no trato do seu paciente, como no seu relacionamento com quem está ao redor: a família, a equipe e seu próprio saber (ALMEIDA, 2001).

### 3.3.3 - *Ser residente de um hospital universitário*

De forma geral, os entrevistados pontuaram que trabalhavam em um cenário com características próprias, tanto em relação ao compromisso com a formação, atribuições, hierarquia, como à carga de trabalho.

“Eu acho que existe o cuidado da... Às vezes, a gente discutir a forma como vai falar... Então você sempre tem alguém perto de você pra perguntar uma opinião: *‘Puxa, como dizer? Você já fez isso antes?’* Né?! Então... eu acho que é... Tem muitas vezes que trabalhando aí fora... ou você é o único profissional do plantão ou tem um colega que também não é tão experiente... Ou com quem você não tem um bom diálogo, né?! Mas é isso! Eu acho que é assim.” (I, médica de V)

Os hospitais universitários se propõem a ser modelo de atendimento, recebem estudantes dos cursos de medicina, enfermagem, fisioterapia, entre outros que vêm para aprender uma prática profissional (CAMPOS, 1999). Pelo relato da médica, pode-se perceber que ela considera positivo contar com uma preparação para dar as notícias, o apoio que recebe de pessoas mais experientes, não estar só num ambiente onde tantas decisões precisam ser tomadas e ela acaba comparando esse ambiente com o de UTINs que não estão vinculadas à instituições de ensino.

“Primeiro, pra começar: A gente já tem um banco de leite, né?! Então a gente incentiva mais a amamentação... Acho que fora... as pessoas não tão nem aí, porque amamentar é muito difícil! A gente vê a dificuldade... né, aqui... todos os dias com as mães... E aí fora, eu não sei, acho que a pessoa vai se dar ao trabalho: *‘Não, vamo lá, vamo por no peito...’*” (B, médica de A)

Para B, a UTIN deste hospital-escola era um ambiente diverso, com equipamentos próprios como o Banco de Leite Humano, que permitia dar atenção especial a diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, como incentivar os cuidados maternos, em especial a amamentação, procedimentos não “estritamente” médicos.

“Todo mundo fica comprometido, né?! E aí cê pede uma coisa pra enfermeira, ela te ajuda... porque ela sabe que cê começou, tá em processo de formação e aí o pessoal da enfermagem



também tá em processo de formação... Então, assim, todo mundo é mais... gentil... na parte de ensinar algo, porque é um hospital escola... assim!” (B, médica de A)

Segundo a médica, em momentos difíceis ou quando se requer mudanças de hábitos, como aumentar os índices de amamentação exclusiva, a chance de sucesso está em compartilhar as ações com outras pessoas em formação, comprometidas com os mesmos objetivos, que acabam se ajudando mutuamente. Essas colocações estão de acordo com Silva e Moreira (2015), para quem os profissionais que atuam na atenção neonatal, além da alta capacidade tecnológica e da especialização que este serviço requer, precisam participar de negociações, reconhecer os limites da autonomia e ter noções de pertencimento e de reconhecimento do outro, indispensáveis para a construção do trabalho em equipe orientado pelas necessidades de saúde dos bebês.

### ***3.3.4 - Minha função é informar***

Nas entrevistas, observou-se uma preocupação geral dos médicos em transmitir às mães o máximo de informações possível, tanto notícias boas como ruins, sem esconder nada.

“A gente às vezes esquece detalhes! Mas eu... eu prefiro sempre falar tudo que eu sei, sabe?!” (I, médica de T)

“O maior número possível, na verdade! Tanto das coisas boas, como... como um paciente que tá evoluindo bem ou se ele tá evoluindo mal eu sempre procuro dizer tudo assim” (I, médica de V)

Em um estudo de revisão, a respeito de como os médicos se posicionam em relação à comunicação de más notícias, encomendado pela OMS nos anos 90, Premi (1993) identificou três posturas diferentes, cada uma representando o pensamento majoritário de determinada época. Assim, se em trabalhos mais antigos, da década de 1960, a maioria dos médicos preferia não contar aos pacientes o que eles tinham, lançando mão de mentiras e enganos para garantir a adesão ao tratamento, a partir dos anos 1970 a maioria se sentia na obrigação de dar toda a informação disponível. Alguns profissionais assumiam uma postura mais flexível, considerando fatores psicológicos e sociológicos da doença para tomar a decisão de contar sem, contudo, respeitar a

subjetividade do paciente (PEROSA, RANZANI, 2008).

Oferecer todas as informações, enfatizando a gravidade do quadro e não criando falsas esperanças, parecia ser uma estratégia utilizada por todos os profissionais, como se estivessem seguindo um protocolo para lidar com a emoção do momento e acalmar a ansiedade.

**Pesquisadora:** Cê fica tranquila pra falar assim com a mãe?

**Entrevistada:** Eu fico! Fico! Mas pra falar pra mãe eu fico! Assim, sempre que elas perguntam se é grave, se tem risco, eu falo que sim! Porque, né, é imprevisível o neném aí... O que pode acontecer! Então, sempre deixo bem claro: “Olha, é grave, tá tudo sob controle, mas...”

**Pesquisadora:** Cê fala pra mãe: “É grave...”?!

**Entrevistada:** Falo! Falo! Então eu falo: “Ó, é grave, tá entubado, precisando de ajuda pra respirar, é... mas tá tudo sob controle, “tamo” colhendo os exames, tá estável no momento...” Então, mesmo quando o nenê tá com droga, tá... Se tá estável a gente fala: “Tá estável, mas é muito grave... .. “Precisamo” ver ele de novo... “Vamo” fazer vários exames ainda...!” A gente fala assim! Fala!” (M, médica de P)

Percebe-se na fala da médica o mal-estar causado por dar informações que poderiam ser interpretadas como boas notícias e serem equivocadas, como já havia acontecido em outra ocasião em que um exame de rotina não confirmou as expectativas positivas:

“Então, preparei ela mais para uma coisa normal! Era um neném que tava mamando no peito, no alojamento, tudo certo! Veio fazer o eco, ele tinha uma alteração anatômica gravíssima com um prognóstico super reservado...” (M, médica de P)

Os cursos médicos estão baseados em uma extensa formação clínica, centrada nas ciências biomédicas que, com e os avanços científico-tecnológicos atuais, têm permitido diagnósticos cada vez mais precisos, responsáveis pelo prestígio e reconhecimento do profissional (GROSSMAN; PATRICIO, 2004). Por outro lado, segundo Clavreul (1983), o discurso médico não reconhece a falta, se supõe todo, não permitindo a existência de um “não saber”. Nesse sentido, é angustiante para o médico, especialmente no início do desempenho profissional, experimentar a sensação da imprevisibilidade e da incerteza quanto ao conhecimento (ABREU-CERQUEIRA et al, 2005).

“Essa coisa de recém-nascido é uma surpresa, né?! Eu uso uma expressão... Eu sempre gosto de usar, na verdade! (risos) Uma expressão que um professor nosso daqui fala, que é: *‘Você nunca deve confiar num recém-nascido!’* Que ele pode te dar uma surpresa! De uma hora pra outra ele pode melhorar muito ou piorar muito! Eu não falo nesse exato termo.... do melhorar muito ou piorar muito com a família! Mas eu falo: *‘Eles sempre podem ter surpresas!’* Então, é... A gente tem que ir passo a passo!” (I, médica de V)

Na UTIN, onde as mudanças do quadro, muitas vezes, são imprevisíveis e exigem do profissional um constante estado de alerta e vigilância ininterrupta dos pacientes internados (ALMEIDA, 2001), há, também, a preocupação em informar a família sobre cada mudança no quadro do bebê:

“Outra coisa que eu gosto de salientar é que, pra nós, cada hora de vida do bebê é uma hora! Entendeu?! Então, ele pode estar assim agora, pode estar diferente já, já...! Então, por isso a gente vê muitas vezes... Salientar que tá no cuidado intensivo...! Né?! A família se preocupa muito... se a gente tá olhando o bebê toda hora...! Entendeu?! (I, médica de V)

A fala acima deixa claro que os médicos sabem que, se, por um lado, eles têm que manter observação constante da criança, por outro, eles estão sendo vigiados pelos pais que, muitas vezes, têm uma atitude de pouca confiança no trabalho do residente e a quem vão ter que prestar contas.

“E... É... Porque, assim, esse pai, por exemplo, na primeira reação, ele falou: ‘O que que cês tão achando no meu filho???’ Se fosse filho de vocês não ia ter nada disso!!!” (M, médica de P)

Como se pode constatar, trata-se de um trabalho realizado sob forte clima de tensão, com a frequente oscilação entre sucesso e fracasso, com exigências impostas à equipe em estado constante de atenção e vigilância (ROCHA; SOUZA; TEIXEIRA, 2015).

“É um monte de coisa! ... Depois de 24 horas.” (V, médico de C)

“... principalmente o noturno... técnicas de enfermagem em número reduzido... E aí a gente vê consequências disso!” (I, médica de T)

Acresce-se a esses fatores a sobrecarga de trabalho e restrição de sono (alguns residentes disseram trabalhar 60hs semanais), a superlotação e, em alguns momentos, falta de profissionais, condições geradoras de stress, que, além do desgaste físico e mental, repercutiam na relação que os médicos mantinham com os familiares.

“Ah, a minha abordagem assim, ser o mais verdadeiro possível... Tentar... conversar com ela, falar... Ah! Passar um quadro geral do bebê, o que tá acontecendo... Não esconder nada... E ser sensível!” (V, médico de C)

O Ministério da Saúde instituiu, em 2003, a Política Nacional de Humanização cujo eixo estruturante é a horizontalidade das relações, o vínculo e a escuta sensível, a valorização do outro como sujeito de direitos, para romper com o modelo biologicista e tecnicista de atenção à saúde, vigente até então (CABEÇA; SOUSA, 2017). Apesar de V. falar na necessidade de ser sensível para uma comunicação adequada, foi possível observar que, na maioria das vezes, quando os residentes se encontravam com as mães, a voz não transmitia horizontalidade e sensibilidade, pareciam apressados e sua voz não transmitia, pelas palavras, algo da ordem do sensível. Fogaça, Carvalho, Nogueira e Martins (2009), em uma UTI pediátrica e uma UTIN na cidade de São Paulo, observaram que, no geral, os contatos eram muito impessoais. Fato semelhante pode ser constatado no caso descrito a seguir.

Um residente, bastante elogiado pela mãe, tanto pelas informações dadas como pelo cuidado que teve com ela, a encontrou no corredor um pouco antes da entrevista. No momento em que estava sendo entrevistado, para espanto da pesquisadora, contou que não se recordava dessa mãe.

**Pesquisadora:** Cê não lembra nem de ter contado nada pra ela?!

**Entrevistado:** É um monte de coisa!

**Pesquisadora:** Tá bom!

**Entrevistado:** Depois de 24 horas...

**Pesquisadora:** Cê jura? E ela falou assim pra mim: “Nossa, o médico que atendeu falou... falou super... é... Que ele tava bem... Que eu tinha que ficar tranquila... Foi super cuidadoso...” Aí ela falou que era você, eu...

**Entrevistado:** Entendi! A gente passa isso na hora, mas acaba não lembrando, que é um monte de gente aqui...

**Pesquisadora:** É um monte de gente, né?! Mas acho que pra ela marcou, porque foi você que... deu a notícia assim de como que tava a criança logo no começo!

Mesmo a mãe tendo elogiado o trabalho do médico, e possivelmente tendo estabelecido uma relação transferencial, ele não se lembrou dela. Alegou vários motivos para justificar a relação impessoal: excesso de trabalho, de responsabilidades, de pessoas sendo atendidas. Para ela, pode ter sido uma fala adequada, reconfortante até, mas não foi dirigida a uma pessoa específica. Segundo Jorge (apud Clavreul, 1983), esse discurso se aproxima do discurso do Mestre, exposto por Lacan, que prima por excluir a subjetividade tanto daquele que enuncia quanto daquele que o escuta. Na UTI, esse discurso pode não ficar restrito ao profissional da medicina, mas estar nas falas de outros profissionais e na dos próprios pais.

### **3.3.5 - *É preciso contar tudo***

No caso dos médicos da presente pesquisa percebeu-se que, além do compromisso de informar sempre na íntegra, independente das percepções ou necessidades individuais de cada paciente, eles tinham uma preocupação em comunicar os procedimentos que estavam sendo realizados.

“Que... o bebê era prematuro, né, que por isso tinha imaturidade pulmonar e aí ele... que ele ficou somente no CPAP depois que foi... entubado. Eu falei que era consequência... que a gente tinha feito... a medicação pra ele... pra melhorar o pulmãozinho dele e aí ele foi... melhorando depois!” (B, médica de A)

“Eu falei que ontem a gente já tinha colhido exames pra infecção e esses... eletrólitos, por causa da condição de nascimento, e que tinha vindo uma alteração do sódio que tava baixo! A gente tava... já fazendo a correção com o “sorinho” que o nenê tava recebendo... mostrei pra ela, tudo, e que hoje a gente ia colher esse exame de novo!” (M, médica de P)

Possivelmente, ao relatar os procedimentos além do estado da criança, os profissionais tentavam deixar claro que estava sendo feito tudo que era necessário para garantir a sobrevivência do bebê, o que incluía procedimentos invasivos, como a intubação que, na percepção de uma das

médicas, era mais assustador que o uso do CPAP (Continuous Positive Airway Pressure). Comunicar as intervenções e cuidados vem ao encontro de uma das fases sugeridas no protocolo Spikes<sup>7</sup>, instrumento altamente difundido na formação médica, que orienta o médico a revelar o plano terapêutico e o que pode vir a acontecer com o paciente, visando diminuir a ansiedade de quem vai receber más notícias (LINO et al, 2011). Também seguindo as orientações do quarto passo do Protocolo Spikes, os médicos pareciam ter uma preocupação real de que as mães entendessem o que diziam e, para tanto, procuravam “traduzir” o vocabulário médico em termos mais simples:

“Mas não usei termos técnicos, tipo, que ele fez a “CDR”... (00:41) Falei da imaturidade pulmonar, que é isso, né?!” (B, médica de A)

Mas nem sempre passar as informações era uma tarefa fácil, especialmente quando era preciso explicar a etiologia do quadro, a possível implicação da mãe ou as consequências futuras adversas.

“A gente tá muito acostumado entre nós a falar rápido e siglas, né... a gente usa muito... e na verdade, é... pra falar com a família a gente tem que explicar tudo bem certinho! Então, falar da prematuridade é uma coisa, falar da doença da mãe que levou ela... levou a bebezinha a ter essa sequela, vamos dizer assim...” (I, médica de V)

Os momentos mais difíceis pareceram relacionados a dar informações sobre óbito ou parar de investir, quando o profissional tinha que se deparar com o seu próprio limite, os limites de seu paciente e os limites da medicina (ABREU-CERQUEIRA et al, 2005).

“Algumas vezes eu me emociono...óbito... ou doenças muito graves... ou aquele momento em que a gente tem que conversar com a família sobre... é... o que fazer pra... pra um bebê; Por exemplo, algum bebê que é gravemente enfermo... Ou então que tem alguma má-formação muito grave, tem momentos em que a gente decide... não fazer nada, na verdade,

---

<sup>7</sup>O Protocolo Spikes oferece algumas orientações gerais sobre como transmitir uma má notícia em seis passos: 1 - preparação do médico e do espaço físico para o evento 2 - verificar até que ponto o paciente tem consciência de seu estado 3 - procurar entender quanto o paciente deseja saber sobre sua doença 4 - transmitir da informação propriamente dita (LINO et al, 2011).

né?! Que é dar aquele conforto... Cuidado paliativo, na verdade! E é... Esse momento... é muito complicado no período neonatal, porque... um... um... Uma nova vida, né?! Um bebê é esperança de vida, né?! E aí de repente você tem que dar uma notícia de... de interrupção disso, vamos dizer assim, né?! Que rompe com essa lógica e aí... (I, médica de V)

Se I relata que ficava emocionada pelo tipo de notícias que tinha que transmitir, para M, a situação mais difícil aconteceu quando ela não conseguiu transmitir as informações porque um dos pais ficou emocionalmente perturbado e se revoltou com o prognóstico e com os próprios médicos.

“E, sabe, a gente foi ficando mal, o pai aqui... Aí o pai teve uma reação horrorosa, socava a parede, começou a xingar, e a gente também assim, sabe, né?! Querendo falar com ele, falar sobre tudo o que a gente tava vendo e ele... Né?! Tendo uma reação mais... Assim, dá pra gente compreender, né, que ele tenha... ficado tão abalado, né?! Mas, né, ao mesmo tempo a gente não conseguia... nem contar pra ele as coisas, porque ele tava bem... bem nervoso, tudo, então teve que...” (M, médica de P)

Para Quintana et al (2006), é grande o temor dos profissionais que os pacientes ou seus familiares dirijam sua raiva a eles, seja devido a uma falha do profissional, ou deslocamento de sentimentos de culpa. Na visão de um intensivista, o médico se percebe na ponta de um triângulo em que o paciente ocupa a outra e, na terceira, está o tecido social do paciente, sua rede humana de relações mais íntimas. As duas linhas que chegam à ponta do triângulo do médico são de natureza diferente: a que o une ao paciente é, essencialmente, técnica, formada pelas siglas e fórmulas que tecem seu manto de autoridade, a que o une à outra ponta é composta de um material ao mesmo tempo sutil e explosivo, capaz de perturbar ou até mesmo romper a linha que o liga a seu paciente (ALMEIDA, 2001).

Mas, se há residentes que se emocionam, há os que tentam mostrar controle, com afastamento subjetivo e impessoalidade. Para ilustrar, vamos apresentar um episódio que antecedeu uma entrevista. Uma médica deu à mãe a notícia de que não havia mais nada que pudesse ser feito pela filha além dos cuidados paliativos, em seguida se dirigiu ao computador para evoluir o prontuário e estava nitidamente emocionada com a situação: apoiava a cabeça com uma das mãos, cabisbaixa, expressão de pesar, suspirava. Alguns minutos depois, a pesquisadora, perguntou.

**Pesquisadora:** Como você se sentiu ao dar essa notícia para a mãe?

**Entrevistada:** Ah, eu acho que... quando é assim tão prematuro a gente já não espera que... O prognóstico é muito ruim mesmo! (M)

A médica tenta mostrar que se trata de situação corriqueira e normal, fala de forma a não transparecer suas emoções, não fala como sujeito. Parece que se protege do inevitável desgaste, pelo isolamento da emoção (JEAMMET; REYNAUD; CONSOLI, 2000). Almeida (2001) diz que ao falar com o paciente ou familiar, o médico tem várias formas de manipular o desgaste emocional: alguns mantêm uma distância física, dão uma longa explicação e, depois de um respeitoso silêncio, um abraço frio e profissional, outros apelam para o discurso científico e ainda há os que apresentam um tom caloroso, com gestos vivos, discurso simples e informal, mas o olhar é distante, vago, evitando o olhar de quem escuta (ALMEIDA, 2001).

Segundo Perosa e Ranzani (2008), há estudos mostrando que nas escolas médicas, desde a graduação, se cria um clima em que demonstrar sofrimento frente à uma situação difícil é considerado uma covardia ou fraqueza. Há uma negação das emoções, incentiva-se a resistência emocional, espera-se que os alunos se mantenham emocionalmente distantes da sua própria finitude, dos seus entes queridos e dos limites da própria medicina frente à vida. A proteção emocional a que recorrem parece ser uma necessidade, pois expostos a situações de sofrimento constante e sem receber apoio para lidar com os próprios questionamentos ou com a complexidade das demandas, que não se apresentam como nos livros e manuais, precisam desenvolver estratégias para continuar trabalhando (GROSSEMAN E PATRICIO, 2004). Dentre as estratégias de que lançam mão estão o afastamento subjetivo e a impessoalidade (ALMEIDA, 2001), mecanismos facilitados pelo pouco conhecimento acerca dos familiares e de como estes experienciam a internação (GAIVA, 2002). Essas estratégias parecem facilitar a tarefa de informar e de centrar a fala apenas na doença:

“Mas... tudo depende! Então, por exemplo, se é uma família que eu não conheço muito... Talvez seja o primeiro ou segundo contato, eu... no meu caso, eu tenho um pouco mais de naturalidade pra falar assim! No sentido de que eu não tô envolvida...” (I, médica de V)



Na fala acima, pode se perceber que as posições subjetivas do médico e do paciente estão excluídas. Nas palavras de Jorge (Jorge, apud Clavreul, 1983), “Ele (*o médico*) se anula enquanto sujeito perante a exigência da objetividade científica” (p. 11). Entretanto, em algumas ocasiões, a angústia tomava conta e a subjetividade emergia, especialmente quando o saber vacilava.

“Mas tem alguma coisa assim que às vezes você não tá muito seguro... Porque... tem dúvidas, né?! De diagnóstico... Às vezes a criança tá muito grave daí é... mais difícil você falar pros pais, porque... nem você sabe direito e você tem que dar a notícia... E as notícias nem sempre são boas, né?! Eu acho que é pior quando é... quando é nesse sentido!” (B, médica de A)

No geral, nessas situações, quando estavam atuando, realizando um ato médico, frente ao desconhecido e a fenômenos difíceis de prever, tentavam controlar as emoções ou excluí-las. Mas, como ainda estavam em formação, uma situação corriqueira era assistir um docente ou profissional mais graduado falando com a família sobre o bebê. Nesses momentos, quando assistiam e não ocupavam o lugar institucional, a subjetividade parecia encontrar uma brecha para se expressar:

“Algumas vezes eu me emociono até mais quando é outra pessoa falando! é ... quando tem alguém falando por mim e eu tô em silêncio... Porque quando você fala eu acho que dá pra você... aos poucos ir controlando, né?!” (I, médica de V)

Pode-se perceber que, quando não ocupa a posição de responsável direta pela informação, a médica foi tocada, se permitiu estar em falta, abrindo possibilidade para uma posição de sujeito.

Em vários momentos no curso médico, especialmente quando se tem por objetivo ensinar o aluno a forma de se relacionar com o paciente ou com o familiar, o ensino parece limitar-se à demonstração do professor da conduta a ser adotada, prescindindo de orientações verbais. Acredita-se, que essa aprendizagem implícita é a melhor forma de transmitir as normas de conduta da relação médico-paciente. Outras vezes, se oferecem cursos de curta duração ou discussões sobre como lidar com a morte ou comunicar más notícias, sem perguntar sobre os conflitos ou os fatores geradores de angústia nos residentes, nem sobre as estratégias que utilizam para lidar com elas (PEROSA E RANZANI, 2008; QUINTANA et al, 2008). Em um segundo momento, cabe a eles desempenhar

o papel, na maioria das vezes, sem saber lidar com demandas emocionais a que estão frequentemente expostos:

**Entrevistada:** ...explicar toda a situação pra ele! Foi horrível, né?! A família inteira também chorando, tudo... Porque, né, é...

**Pesquisadora:** Cês tem formação pra isso?

**Entrevistada:** Pra dar as notícias?

**Pesquisadora:** É!

**Entrevistada:** A gente faz um... Tem um curso aqui que eu não consegui fazer, né?! Todas as vezes que eu fui fazer... eu tava de plantão...!

**Pesquisadora:** Mas a formação assim obrigatória, curricular, não tem?!

**Entrevistada:** Pouca coisa!

(M, médica de P)

M explicita que os médicos, especialmente os intensivistas, trabalham com o sofrimento humano, contudo não parecem ter formação para atravessar situações que implicam sofrimento psíquico do paciente e nem mesmo suporte para encaminhá-los.

“Uma coisa que a gente sempre fala é... Aqui na “UTI” neonatal precisava de mais... Ter mais alguém assim fixo, sabe?! Tinha antigamente... acabou que acabou... não sei se contrato, o que que foi, e a gente ficou sem! É muito ruim nessas horas de... de estado grave das crianças, sabe?! De dar a comunicação, de querer... querer, tipo, igual assim, a gente não tem nem sala às vezes, sabe?! Se acontece alguma coisa, às vezes a gente tem que: ‘Gente, saí da sala aí que a gente precisa sentar aqui e conversar com os pais!’ Entendeu?!”

(M, médica de P)

Em um período em que a UTI não contava com psicólogo, e que apenas os casos muito graves eram referenciados para o serviço de interconsulta psicológica, a residente se ressentia da falta de um profissional de saúde mental para atender a demanda, no caso, os pais das crianças internadas. Não parece considerar que os residentes, também, precisariam desse profissional para trabalhar sua própria sobrecarga emocional. No trabalho de Cabeça e Sousa (2017), observou-se que as experiências vivenciadas pelos profissionais eram, na maioria das vezes, mantidas para si ou divididas com os colegas mais íntimos, sendo raramente compartilhadas nos espaços

institucionais. Segundo Quintana e al (2008), o pouco investimento na formação dos profissionais para lidar com a morte e com suas próprias dificuldades emocionais não é um mero descaso, mas uma maneira de transmitir uma postura de negação da vulnerabilidade pessoal e emocional do aluno.

O pouco preparo dos profissionais para comunicação de notícias difíceis, somado ao suporte emocional deficitário para as famílias, pode gerar comunicações abruptas de diagnósticos e prognósticos, com sérios prejuízos para a relação terapêutica entre profissionais e a família (CABEÇA; SOUSA, 2017)

### ***3.3.6 - Elas não perguntam!***

Os médicos, que viam como tarefa prioritária informar, percebiam que não se estabelecia um diálogo com as mães e eles se ressentiam com isso.

“Então, eu sempre pergunto, toda vez que ela vem aí, eu pergunto: ‘Cê tem dúvida? Cê tem dúvida?’ Que ela não pergunta nada!” (B, médica de A)

“Nesse começo assim elas... Acho que elas tão tão assustadas que elas não perguntam muita coisa! Elas escutam... Depois de uns dias que elas vão começar a perguntar... Quer dizer, vamo falar no caso dela assim! Dificilmente! Ela, por exemplo, não me perguntou nada!” (M, médica de P)

Os médicos não encontravam nas mães, interlocutores. Eles transmitiam os indicadores de saúde da criança e elas, em geral, não faziam perguntas, não questionavam nada. Da mesma forma, Lamy (1997; 2000), que teve como sujeitos mães em UTIN, constatou que estas tinham dificuldades em se comunicar com a equipe médica, não perguntavam, não expunham suas dúvidas, especialmente as que não estavam diretamente ligadas à prática e às recomendações médicas porque encontravam poucos “espaços” para falar e reconheciam o saber médico como detentor da verdade.

Uma das residentes que tentou abordar sentimentos com a mãe relatou que, apesar de ela demonstrar emoção, não estabeleceu um diálogo com ela.

“Ela não me perguntou nada! Eu falei pra ela: *‘Cê pode se sentir à vontade pra me perguntar o que você quiser! Me fala as suas angústias, o que que cê tá sentindo!’* Quando eu falei isso ela começou a chorar muito!” (I, médica de V)

As observações mostraram que eram muito raros os momentos em que se perguntava aos pais como se sentiam ou quais eram suas angústias, como se houvesse uma expectativa da equipe médica na UTIN de estabelecer um diálogo, mas sem mal-entendidos e sem os efeitos da fantasia parental (DIAS, 2008).

Possivelmente a falta de diálogo se explique porque a prática de comunicação na UTIN parece estar baseada em um modelo comunicacional que pressupõe a transmissão das informações do estado de saúde pela equipe técnica aos pais, o saber dos pais ocupa lugar marginal, interferindo pouco no tratamento do bebê. Estabelece-se, então, uma comunicação assimétrica e não dialógica ficando os pais como expectadores e ouvintes, muitas vezes passivos, na dinâmica (GAIVA, 2002)

Os médicos enfatizavam que a presença da mãe era muito importante e que faziam de tudo para mantê-la perto do leito.

“Geralmente eu uso... a... a questão de... ela estar perto vai fortalecer porque ele ainda é muito pequenininho, muito imaturo...Então ela estar perto significa que ela ainda tá protegendo ele! Eu... Eu tento pensar mais ou menos nessa linha, porque aí a mãe se sente... assim, eu imagino, né, claro!...Eu quero que ela se sinta importante também no cuidado do bebê! Então é importante que você fique com ele, que você pegue nele, que você pegue no colo, que você esteja aqui porque ele precisa de você! Pra eles estarem do lado, é importante que acompanhe tudo! Primeiro, pra saber tudo que tá acontecendo! E, segundo, pra ficar com o bebezinho, né?!” (I, médica de T)

“É... Eu tento tratar ela como uma mãe, né?! Eu tento colocar ela, não penso nela assim... Como ela... teve com 16 anos eu sei que isso limita, né?! Mas... tento colocar ela no lugar de mãe! Se eu vou passar uma informação, eu vou falar com ela, não com a avó, porque eu quero que ela... cuide dessa criança.” (B, médica de A)

Ainda que possamos escutar da maioria dos profissionais sobre a importância de a mãe estar na UTIN, é interessante notar que, em primeiro lugar, a preocupação estava em mantê-la informada, saber, diretamente do médico, tudo o que estava acontecendo com seu filho e, depois,

ficar perto dele e assumir os cuidados. Os médicos compreendiam, entretanto, que várias tinham dificuldade em permanecer junto à criança:

“Cê repara assim que tem umas mães que não... Quase não ficam aqui, né?! Então, às vezes “rola” distância... de... tipo, geográfica! Fator geográfico! “Rola” o fator... Muitas mães não gostam de ficar na Casa de Apoio, eu acho! As mães que são de fora!” (I, médica de T)

Apesar de todas as mães entrevistadas estarem ao lado do leito quando a pesquisadora as convidou a participar, os médicos reconheciam que permanecer por longos períodos na Casa de Apoio, dispositivo do hospital criado para facilitar a permanência de familiares junto ao seu parente internados, era difícil. A mãe estava passando por um momento estressante, preocupada com a vida do prematuro, não tinha privacidade e tinha que se responsabilizar pelas tarefas da casa.

“É, tem umas que falam! ‘Ai, mas tô cansada de ficar lá!’ Porque eu acho que, assim, tem que dividir quarto, dividir espaço com outras pessoas... É, então! Muito tempo! E eu acho que isso deve ser sacal, né, muitas vezes!... Cansada, ela tem que se cuidar também, né?! Toda a questão grande de ter tido um prematuro, alguma coisa!” (I, médica de T)

Foi possível, também, observar que alguns pareciam perceber as angústias das mães e, de forma empática, citavam falas delas.

“‘Ai, ele tá fechado ali! Ele tá cheio de coisa! Ai, não quero pegar! Porque ele tá...’ E se acontecer alguma coisa, entendeu?!” (I, médica de T)

Confirmando as falas maternas, os médicos também percebiam o medo da mãe de segurar a criança quando estava ligada aos aparelhos, de prejudicar seu estado, medo que persistia quando saíam da UTI.

“Nesse começo assim elas... Acho que elas tão assustadas” (M, médica de P)

“Eu acho que existe muito esse medo! ‘Ai, ele tá com a sonda! Mas, ai! E se, de repente, eu tô com ele no colo e sai a sonda?!’ Então, logo quando a gente vai colocar os bebezinhos

no colo, eles tão mais estáveis, e vai pro “canguru”, pra colo, elas ficam assim... desajeitadas! Eu acho que com medo! É... É um grande tabu mesmo, né?!” (I, médica de T)

Uma das médicas, com uma visão mais crítica e bastante diferenciada dos demais entrevistados reconheceu que existe um tabu, segundo o qual apenas o médico tem competência para tocar a criança e apenas o saber médico tem valor na UTIN.

“...é uma coisa colocada no Olimpo, né...?! Medicina é uma forma de poder, né?! A gente ainda tem... poder! O conhecimento é um poder! Então você tem um poder sobre aquela população! Bom! Enfim! Isso daí é toda uma teoria... Eu acho que a gente às vezes falha um pouco em... tirar o tabu da UTI, por exemplo: mães que mesmo presentes ficam assim, ó! (cruza os braços) Tipo, olhando de longe o que tá acontecendo! Então, tem muito medo... Existe medo de pegar no bebezinho... Existe: ‘Ai, eu não posso, porque os médicos tão cuidando!’” (I, médica de T)

A médica acredita que o medo das mães diante dos aparelhos deveria ser desmistificado pelos profissionais. Estimular a presença materna aumentaria as chances de inseri-las nos cuidados, conhecer a rotina da unidade e, portanto, diminuir a ansiedade (GAIVA, 2002). Segundo DONELLI et al (2017), apesar de cada criança ter um médico responsável por ela, a prioridade dada aos procedimentos médicos torna, muitas vezes, o cuidar mecânico, desprovido de um envolvimento mais profundo do toque, da carícia, do olhar, importantes do ponto de vista da constituição do sujeito.

A promoção de uma abordagem mais humana, mais individualizada é importante não apenas para melhorar a satisfação dos pais em relação à assistência, mas para garantir a recuperação do bebê fisiologicamente e sua constituição psíquica (DIAS, 2008). Os profissionais de saúde, portanto, devem primar por promover a aproximação dos pais através da inserção destes na rotina da unidade, da escuta empática e da comunicação dialógica (TEIXEIRA, 1997).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de o contexto pouco favorável interferir e, possivelmente, as mães não falarem o que falariam para seus filhos se estivessem sendo cuidados no lar, percebeu-se um esforço das mães para se manterem vinculadas e para que as crianças as reconhecessem e continuassem ligadas a elas. As vozes chorosas, deprimidas, apáticas não deixaram de entoar frases de amor, em manhês, de evocar o filho para o mundo da linguagem, cerzindo com palavras o furo deixado pelo corte no real, apesar da árdua tarefa para as mães “de UTI” de conseguir se sustentar na posição materna.

Em primeiro lugar, seu colo estava interditado, seu leite, intermediado. A troca entre o bebê e a mãe não era favorecida nem pelo ambiente nem pela condição em que se encontravam, os bebês fisicamente debilitados e as mães enlutadas por sua gestação interrompida e pela perda de seu bebê idealizado. Nem o reconhecimento social da maternidade lhes pertencia, a festa social do nascimento, as felicitações dos familiares e amigos. A mãe tinha que elaborar, neste momento, sentimentos de dor, angústia, tristeza, que despertavam ou reativavam vivências de castigo e perseguição, determinando uma regressão afetiva tanto na libido objetal como narcísica (MARSON, 2008).

Por sua vez, os bebês, que tiveram a mãe como primeira morada, passaram a ser tocados e interpretados mais por outros do que pela própria mãe. Elas, que já sabiam dizer sobre seu humor, interpretavam sua agitação quando chutava o ventre e compartilhavam com ele determinada música no fim da tarde, essa história tão íntima, tão própria, é interrompida abruptamente e recebe novos tons e personagens. Uma música incidental pede para fazer parte dessa melodia singular. Adentram o som dos bips do respirador, o alarme do oxímetro, a voz do médico, das enfermeiras, tudo é som e tudo é ruído na comunicação mãe-filho que permanece na UTI.

Para as mães, a relação com a incubadora era ambígua, por um lado, ela queria participar e cuidar, mas se encontrava diante de um ser que não sobreviveria apenas com seus cuidados. Segundo Vanier (2013), o bebê que nasce prematuro e precisa de cuidados intensivos sofre uma descontinuidade. É separado de sua mãe, perde seus sinais como voz, calor, odor, ritmo ocupados pelo puro real de uma máquina, que se coloca como parte de seu corpo. A incubadora dá oxigênio, alimenta sem interrupção, sem descontinuidade, sem fazer esperar. Não há falta, não há como se instaurar o circuito pulsional, não há ritmo. Caso ninguém se ocupe desse bebê ele pode se confundir com esse Outro absoluto que é a incubadora, e, nas palavras da autora, as crianças existirão, sem existir verdadeiramente.

A dependência da incubadora era também materna, tanto que, apesar de um dos maiores desejos das mães, quando a criança estava na Unidade de Tratamento Intensivo, fosse segurar a criança no colo, ao adentrar na UCE muitas se sentiram inseguras, verbalizando que era melhor o filho ficar na incubadora, vigiado e protegido, que aos seus cuidados.

Mas apesar da insegurança, depois do impacto inicial de se deparar com um filho dentro da incubadora e conectado a vários fios, quando a criança ainda estava na UTI, era possível ouvir a voz materna misturada ao som dos aparelhos, trazendo ritmicidade e inserindo o bebê na cadeia simbólica que vai especificá-lo como ser humano. Elas estranhavam o corpo frágil do bebê, ficavam impressionadas por seu diminuto tamanho, fragilidade e, apesar de o aspecto físico ser predominante, desde o início, não deixavam de falar com carinho com eles. Percebiam que o recém-nascido se interessava pelas palavras endereçadas a ele, sua fala era um cordão umbilical sonoro (CATÃO, 2009), consideravam a criança uma interlocutora, uma protoconversa se estabelecia (VIVÉS, 2012), pressupondo ali um sujeito (OLIVEIRA, MARIOTTO, 2008).

Foi possível observar que a fala materna dirigida ao bebê, na maioria das vezes, era melódica (em manhês) e fazia a ponte entre o externo e o interno da incubadora. O bebê, por sua vez, parecia responder, mexendo os pés, os braços, franzindo a testa, sorrindo; perceberam-se, também mudanças nos sinais vitais emitidos dos aparelhos, enquanto elas falavam com eles. Pesquisas recentes ressaltam a importância da participação do bebê na qualidade da prosódia, do manhês pelo adulto, e parece que o interesse da criança pelo manhês é um sinal de bom prognóstico para a vida psíquica (LASNIK, 2011).

Mas foi a partir do ingresso na UCE, em um contexto mais distante da morte que rondava a UTIN, que se pode perceber uma real mudança na maneira de se sentir mãe, mais tranquila, a voz mais entusiasmada, mais brilhante. Incluía os filhos na entrevista, traduzindo o que conversavam com a pesquisadora, descreviam o que se passava ao redor, lhes apresentavam a família. A criança passou a fazer parte de um futuro próximo, com mais cores, mais detalhes, mais perto da realidade que do sonho, a mãe já podendo imaginá-lo em seu cantinho, arrumado para sua chegada, sendo finalmente seu filho “total”.

Se, durante a estadia na Unidade de Tratamento Intensivo, um dos grandes desejos era segurar a criança no colo, quando a criança foi transferida para a Unidade de Cuidados Especiais, isso se tornou possível e foi estimulado. Todas as mães enfatizaram a importância de pegar a



criança no colo, ter um contato sem a mediação de aparelhos, com menos interferências dos médicos e da equipe de saúde.

Fora do contexto hospitalar é comum escutar recém-mães se queixarem do excesso de palpites de outras “sabedorias maternas” (mães, vizinhas, sogras...), mas, no caso da UTI, o saber que as mães vinham construindo era atravessado por tantos outros saberes que o apequenavam. As mães sentiam que seu saber valia pouco diante do corpinho frágil que precisava de uma equipe especializada (cheia de saberes) para mantê-lo vivo. Assim, a fala dos profissionais, em geral, técnica, foi incorporada na fala das mães, entretanto, na maior parte das vezes, não pareceu substituir sua percepção da criança. Utilizar o linguajar médico pareceu uma forma de se apropriar do que acontecia com o filho; dominar os termos que explicavam o quadro, em última análise era uma forma de se mostrar informada e cuidando. As palavras médicas que tomavam centralidade em importância e volume, em alguns momentos, abafaram, mas não calaram as mães na UTIN. As que suportaram a angústia de estar, de permanecer ao lado da incubadora, falaram, falaram o parto, o bebê e com o bebê. Construíram narrativas que preenchiam de explicações, de sentido, para seguir diante do não sentido do trauma da prematuridade.

O Ministério da Saúde, em suas políticas para a área neonatal, tem apresentado a humanização como novo paradigma assistencial com o intuito de minimizar os efeitos da internação sobre os bebês, suas mães e familiares (BRASIL, 2002). A humanização passou a ser enfatizada nas UTINs, valorizando a interação da tríade profissional-mãe-família, com o objetivo de alcançar um cuidado integralizado ao recém-nascido prematuro. Contudo, diante das condições clínicas dos prematuros, no dia-a-dia das instituições, o processo de cuidar enfoca, prioritariamente, tecnologias sofisticadas destinadas ao suporte vital, com pouco espaço para as tecnologias leves. Segundo alguns trabalhos, embora esteja comprovada, cientificamente, a importância da inserção dos pais nos cuidados, de apoiá-los e acompanhá-los, o acolhimento ainda não é realizado de maneira efetiva (MELO, SOUZA, PAULA, 2012) e, segundo SZEJER, (1999) quanto mais se avança tecnologicamente nos hospitais, mais os cuidados são medicalizados e maior o risco de que não sobre espaço para as palavras.

Na UTIN do HC-FMB, onde foi realizado o estudo, os profissionais eram orientados a incentivar a presença dos pais e a manter um diálogo efetivo com eles, entretanto, como se pode perceber, tanto pelas prioridades do serviço como pela formação deficiente, essa meta ainda é um grande desafio a ser alcançado. Pela fala dos médicos pode-se perceber que, na maioria das vezes,

a comunicação era verticalizada e informativa, sentiam-se pouco preparados para dar más notícias e, confirmando as colocações de Cabeça e Souza (2017), mantinham as dificuldades na sua intimidade, raramente compartilhadas, apenas confidenciais com amigos mais próximos. Ao abordar os pais, procuravam informá-los sobre o quadro, mas pouco escutavam as particularidades de cada mãe e pressupunham que as inquietações, medos e necessidades eram iguais para todas. Nessas condições, muitas mães se calavam, nada perguntavam, o que, muitas vezes foi interpretado como desinteresse. Contudo, podemos relacionar essa postura das mães com a posição do bebê prematuro, menos responsivo que um bebê nascido a termo. Mantendo a analogia das posições, o médico se angustia como as mães ao ver que o filho responde muito menos que o esperado. Não ter um interlocutor explicitando suas dúvidas e angústias levava os médicos a comunicações abruptas de diagnósticos, prognósticos e condutas terapêuticas, com sérios prejuízos para relação terapêutica entre profissionais e família.

Se a maioria das mães, apesar das indeléveis marcas deixadas pelo impacto da prematuridade, conseguiram se manter na unidade, dando suporte ao filho, outras apresentaram uma voz apática, dificuldades para assumir os cuidados especialmente quando da transferência para a UCE e, talvez, precisassem de um suporte maior da equipe para conseguir ficar no hospital e se tornar mães mais autônomas, promovendo a saúde e a qualidade de vida do bebê (BALDISSARELLA; DELL'AGLIO).

Antes de finalizar, é preciso fazer algumas considerações de ordem metodológica que podem ajudar a direcionar novas pesquisas. No planejamento inicial, como um dos objetivos era coletar dados da interação mãe/filho, pretendia-se um maior controle da situação observacional, inclusive gravando episódios, para poder ter dados mais fidedignos sobre a associação entre as reações da criança e a voz materna. Entretanto, não foi possível instalar equipamentos ou contar com outro pesquisador que se responsabilizasse pela observação. Assim, os dados apresentados ficaram restritos ao momento das entrevistas, registrados no diário de campo pelo entrevistador. Apesar de não ser a condição ideal, essas observações iniciais sugerem que se estava frente a momentos importantes de interação mãe/filho que poderiam ser e, que merecem, ser melhor investigadas em novos estudos observacionais.

Na análise dos dados, optou-se pela análise temática visando descobrir, a partir das fala dos entrevistados, núcleos de sentido cuja presença ou frequência dessem sentido ao objetivo analítico

escolhido (BARDIN, 1979). Entretanto, os dados coletados, também poderiam ser utilizados em pesquisas com outros delineamentos, como estudos de caso das tríades mãe/bebê/médico, em que cada história individual e subjetiva poderia ajudar a compreender melhor o processo de formação da subjetividade de crianças internadas em UTI.

Finalmente, neste estudo só foi possível avaliar as primeiras falas e observar as primeiras interações entre pais e filhos prematuros. Partindo do pressuposto que a formação do vínculo e a constituição do sujeito são processos e, tendo em vista as mudanças observadas na passagem da UTI para a UCE, sugere-se que se realizem trabalhos longitudinais, acompanhando a díade após a internação e nos primeiros meses de vida, o que possibilitaria uma melhor compreensão do papel da voz no desenvolvimento dos laços afetivos, assim como da vida psíquica da criança.

Espera-se que este trabalho, que pretendeu dar voz aos personagens envolvidos na cena, mães, médicos e, indiretamente os bebês, tenha contribuído para elucidar questões acerca da constituição do sujeito e da importância das vozes ao redor do berço, sejam palavras, silêncio ou musicalidade (VIVÉS, 2012). Apesar de ser um hospital compromissado com o Programa de Humanização, em que os profissionais reconheciam e incentivavam a presença dos pais na UTIN, observou-se que, devido ao lugar que ocupam na história das famílias que necessitam de seus cuidados, eles precisariam ter maior sensibilidade aos sentimentos maternos e à relevância da relação mãe-bebê naquele momento. Da mesma forma, as instituições precisariam criar espaços para que, individualmente ou em grupo, as mães falassem de suas angústias e medos, que pudessem *recordar, repetir, elaborar* (FREUD,1996) a vivência da prematuridade, o que possivelmente produzirá efeitos em sua voz, em sua fala com a criança, em seu desejo, favorecendo o vínculo e o desenvolvimento do bebê.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. L. J. Emoção, ensino e prática médica. In: SIMPÓSIO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, PSICANÁLISE E PSICOLOGIA, 1., 2001, São Paulo. *Anais de Congresso*. São Paulo, 2001.
- ARIÈS, P. *História Social da Criança e da Família*. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- BALDISSARELLA, L.; DELL'AGLIO, D. D. No limite entre a vida e a morte: um estudo de caso sobre a relação pais/bebê em uma uti neonatal. *Estilos Clin.*, v. 14, n. 26, p. 68-89, 2009.
- BALTAZAR, D. V. S.; GOMES, R. F. S.; CARDOSO, T. B. D. Atuação do psicólogo em unidade neonatal: rotinas e protocolos para uma prática humanizada. *Rev. SBPH*, v. 13, n. 1, p. 2-18, 2010.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 1979.
- BELSKY, J.; PLUSS, M. The nature (and nurture?) of plasticity in early human development. *Perspect. Psychol. Sci.*, v. 4, n. 4, p. 345-351, 2009. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01136.x>.
- BERGÈS, J.; BALBO, G. *Jogo de posições da mãe e da criança: ensaio sobre o transitivismo*. Porto Alegre: CMC, 2003.
- BHUTTA, A. T.; ANAND, K. J. S. Vulnerability of the developing brain. Neuronal mechanisms. *Clin. Perinatol*, v. 29, p. 357-372, 2002.
- BOWLBY, J. *Apego e perda: separação*. São Paulo: Martins Fontes, 1973/1984. v. 2.
- BRADLEY, D. Perspectives on newborns abandonment. *Pediatr. Emerg. Care*, v. 9, n. 2, p. 102-111, 2003.
- BRAGA, N. A.; MORSCH, D. S. Os primeiros dias na UTI. In: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. A.; MORSCH, D. S. (Org.). *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 51-68. (Criança, Mulher e Saúde collection).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Mãe Canguru: manual técnico*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. *Cadernos de informação de saúde*. 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm#cadernos>>. Acesso em: 27 abr. 2017.

BRUM, E. H. M.; SCHERMANN, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 9, n. 2, p. 457-467, 2004.

CABEÇA, L. P. F.; SOUSA, F. G. M. Dimensões qualificadoras para a comunicação de notícias difíceis na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. Fund. Care Online*, v. 9, n. 1, p. 37-50, 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361>. 2017. v. 9 i1. 37-50.

CALVINO, I. Um rei à escuta. In: \_\_\_\_\_. *Sob sol-Jaguar*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

CAMARGO, C. L. et al. Sentimentos maternos na visita ao recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva *Ciênc., Cuid. Saúde*, v. 3, n. 3, p. 267-275, 2004.

CAMAROTTI, M. C. O bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: dor e psiquismo precoce. In: \_\_\_\_\_. *O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa*. São Paulo: Instituto Langage, 2011. p.129-136.

CAMPOS, G. W. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 15, n. 1, p. 187-193, 1999.

CASTRO, M. P.; RUGOLO, L. M. S. S.; MARGOTTO, P. R. Sobrevida e morbidade em prematuros com menos de 32 semanas de gestação na região central do Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 34, n. 5, p. 235-242, 2012.

CATÃO, I. *O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo*. São Paulo: Instituto Langage, 2009.

CHRISTOPHER, H.; KINNEY, M.; LAWN, J. Pre-term birth matters, march of dimes, PMNCH, Save the Children. In: HOWSON, C. P.; KINNEY, M. V.; LAWN, J. E. (Ed.). *Born too soon: the global action report on preterm birth*. Geneva: World Health Organization, 2012. p. 8-15.

CHVATAL, V. L. S.; BOTTCHER-LUIZ, F.; TURATO, E. R. Respostas ao adoecimento: mecanismos de defesa utilizados por mulheres com síndrome de Turner e variantes. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, v. 36, n. 2, p. 43-47, 2009.

CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COSTA, R. et al. Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. *Hist. Enferm. Rev. Eletron.*, v. 1, n.1, p. 55-68, 2010.

DATASUS. *Informações de Saúde*. 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>>. Acesso em: 6 de março de 2016.

DECASPER, A. J.; FIFER, W. P. Of human bonding: newborns prefer their mothers' voices. *Science*, v. 208, n. 4448, p. 1174-1176, 1980.

DIAS, M. M. *A clínica do bebê pré-termo e a escuta dos pais: questões para a psicanálise*. 225 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

DIAS, M. M. A dimensão da voz na experiência da análise. *Rev. Literal*, n. 5, p. 39-48, 2017.

DIAS, M. M. Uma escuta psicanalítica em neonatologia. In: MELGAÇO, R. (Org.). *A ética na atenção ao bebê: psicanálise, saúde, educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. P 137-148.

DOLTO, F. *Tudo é linguagem*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

ESTEVES, C. M. *A preocupação materna primária em mães de bebês nascidos pré-termo*. 2009. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

FALK, D. Prelinguistic evolution in early hominins: Whence motherese? *Behav. Brain Sci.*, v. 27, p. 491-543, 2004.

FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicol. Reflex. Crit.*, v. 18, n. 3, p. 381-389, 2005.

FERRARI, A. G.; DONELLI, T. M. S. Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. *Contextos Clín.*, v. 3, n. 2, p. 106-112, 2010.

FERREIRA, E. A. P. Adesão ao tratamento em psicologia pediátrica. In: CREPALDI, M. A.; LINHARES, M. B. M.; PEROSA, G. B. *Temas em psicologia pediátrica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 147-189.

FERREIRA, S. S. Por que falar ao bebê se ele não compreende? In: CAMAROTTI, M. C. (Org.). *Atendimento ao bebê: Uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 97-116.

FILIPPA, M. et al. Live maternal speech and singing have beneficial effects on hospitalized preterm infants. *Acta Paediatr.*, v. 102. n. 10, p. 1017–1020, 2013.

FLACH, F.; SORDI, R. O. A educação infantil escolar como espaço de subjetivação. *Estilos Clin.*, v. 12, n. 22, p. 80-99, 2007.

FLACKING, R. et al. Pathways to emotional closeness in neonatal units – a cross-national qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, v. 16, p. 170, 2016.

FLEIG, M. A função da fala, a voz e a letra. In: ENCONTRO NACIONAL DE FILOSOFIA DA ANPOF, 2006, 12., ENCONTRO NACIONAL DE FILOSOFIA DA APONF, 12, 2006, Salvador. *Anais...* Salvador, 2006. p. 400-400, 2006.

FOGACA, M. C.; CARVALHO, W. B.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Preliminary study about quality of life of physicians and nurses working in pediatric neonatal intensive care units. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 44, n. 3, p. 708-712, 2010.

FREUD, S. *A experiência da satisfação*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. *À Guisa de introdução ao narcisismo*. Rio de Janeiro: Imago, 1914/1996.

FREUD, S. *Recordar, repetir, elaborar*. Rio de Janeiro: Imago, 1914/1996.

GAIVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. A comunicação entre a equipe e os pais em uma UTI neonatal de um hospital universitário. *An. 8. Simp. Bras. Comun. Enferm.*, maio 2002.

GAIVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 58, n. 4, p. 444-448, 2005.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados e pesquisa qualitativa. In: DESLANDES, S.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social, teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 44-53.

GROSSEMAN, S.; PATRICIO, Z. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para promoção da educação médica. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, v. 28, n. 2, p. 99-104, 2004

HEPPER, P. Fetal memory: does it exist? What does it do? *Acta Paediatr. Suppl.*, v. 416, p. 16-20, 1996.

JEAMMET, P.; REYNAUD, M.; CONSOLI, S. *Psicologia médica*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2000.

KAKEHASHI, T. Y. et al. Nível de ruído em unidade de terapia intensiva neonatal. *Acta Paul. Enferm.*, v. 20, n. 4, p. 404-409, 2007.

KLAUS, M. H.; KENNELL, J. H. *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *Hist., Ciênc., Saúde - Manguinhos*, v. 8, n. 1, p. 48-70, 2001.



LACAN, J. *O Seminário, Livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1969/1992.

LACAN, J. *O seminário, livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, (1956/1995).

LACAN, J. *O Seminário: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1963/2005.

LACAN, J. *Os complexos familiares na formação do indivíduo (Outros Escritos)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1938/2003.

LACAN, J. Variantes do tratamento-padrão. In: \_\_\_\_\_. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1955/1998.

LAMPI, K. M. et al. Risk of autism spectrum disorders in low birth weight and small for gestational age infants. *J. Pediatr.*, v. 161, n. 5, p. 830-836, 2012.

doi:10.1016/j.jpeds.2012.04.058. Epub 2012 Jun 5.

LASNIK, M. C. *A voz da Sereia: o autismo e os impasses da constituição do sujeito*, Salvador: Ágalma, 2013.

LASNIK, M. C. Linguagem e comunicação do bebê até os três meses. In: \_\_\_\_\_. *O bebê e seus Intérpretes: clínica e pesquisa*. São Paulo: Instituto Langage, 2011. p. 93-100.

LIMA, G M. L.; MARBA, S. T. M.; SANTOS, M. F. C. Triagem auditiva em recém-nascidos internados em UTI neonatal. *J. Pediatr.*, v. 82, n. 2, p. 110-114, 2006.

LIMPEROPOULOS, C. et al. Positive screening for autism in ex-preterm infants: prevalence and risk factors. *Pediatrics*, v. 121, n. 4, p. 758-765, 2008.

LINHARES, M. B. M. et al. Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, v. 10, n. 18, p. 60-69, 2000.

LINO CA, et al. Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 35, n. 1, p. 52-57, 2011.

MARIANI, B. Nome próprio e constituição do sujeito. *Letras (Santa Maria)*, v. 24, n. 48, p. 131-141, 2014.

MARSON, A. P. Narcisismo materno: quando meu bebê não vai para casa. *Rev. SBPH*, v. 11, n. 1, p. 161-169, 2008.

MATHELIN, C. *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

MATOS, R.; FIGUEIREDO, B. Maus tratos à criança: factores de risco e factores protetores. *Psiquiatr. Clín.*, v. 22, n. 3, p. 272-280, 2001.

MELO, R. C. J.; SOUZA, I. E. O.; PAULA, C. C. O sentido do ser-mãe-que-tem-a-possibilidade-de-tocar-o-filho-prematuro na unidade intensiva: contribuições para a enfermagem neonatal. *Esc. Anna Nery*, v. 16, n. 2, p. 219-226, 2012.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 9-29.

NEVES, B. R. C.; VORCARO, A. M. R. A intervenção do psicanalista na clínica com bebês: Rosine Lefort e o caso Nádia. *Estilos Clin.*, v. 15, n. 2, p. 380-399, 2010.

OLIVEIRA, C. M.; MARIOTTO, R. M. M. Dois casos e uma questão: qual é o lugar do cuidador na subjetivação da criança?. *Estilos Clin.*, v. 13, n. 24, p. 176-189, 2008.

OLIVEIRA, T. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. *Rede Cegonha busca reduzir índice de prematuros*. 2012. Disponível

em:<<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4925/162/rede-cegonha-busca-reduzir-indice-de-nascimentos-prematuros.html>>. Acesso em: 27 abr. 2017.

PARLATO-OLIVEIRA, Erika. À escuta da linguagem na clínica de bebês. In: FORMACAO DE PROFISSIONAIS E A CRIANCA-SUJEITO, 7, 2008, São Paulo. **Proceedings**

**online...** Available from:

<[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC0000000032008000100031&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032008000100031&lng=en&nrm=abn)>. Acesso em: 28 Jan. 2018.

PEREIRA, M. E. C. O acalanto: entre o erotismo e o desamparo. In: \_\_\_\_\_. *A voz na experiência psicanalítica*. São Paulo: Zagoni Editora, 2015. p. 25-35.

PEROSA, G. B.; RANZANI, P. M. Capacitação do médico para comunicar más notícias à criança. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 32, n. 4, p. 468-473, 2008.

PICCININI, C. Diferentes perspectivas na análise da interação pais-bebê/criança. *Psicol. Reflex. Crit.*, v. 14, n. 3, p. 469-485, 2001. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722001000300004>, 2001.

PIEROTTI, M. M. S.; LEVY, L.; ZORNIG, S. A. J. O manhês: costurando laços. *Estilos Clín.*, v. 15, n. 2, p. 420-433, 2010.

PINHEIRO, E. M. et al. Percepções da família do recém-nascido hospitalizado sobre a comunicação de más notícias. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 30, n. 1, p. 77-84, 2009.

PIONTELLI, A. *De feto a criança*. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

QUERLEU, D. et al. Commentary. Can the fetus listen and learn? *Int. J. Obstet. Gynaecol.*, v. 93, p. 411-412, 1986. doi: 10.1111/j.1471-0528.1986.tb07920.x, 1986.

QUINIOU, Y. Alimentar, ser alimentado em UTI Neonatal – prescrição ou alimentação?. In: \_\_\_\_\_. *Agora eu era o Rei: Os entraves da prematuridade*. Salvador, BA: Ed. Ágalma, 1999.

QUINTANA, A M. et al. A angústia na formação médica. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, v. 32, n. 1, p. 7 – 14, 2008.

QUINTANA, A. M. et al. Sentimento e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. *Paidéia*, v. 16, n.35, p. 415-425, 2006.

RAMADA, N. C.; ALMEIDA, F. A.; CUNHA, M. L. Therapeutic touch: influence on vital signs of newborns. *Einstein*, v.11, n. 4, p. 421-425, 2013.

RAMOS, A. C.; FRIAS, A.; RISSO, S. Resultados da intervenção de toque terapêutico no recém-nascido: uma revisão sistemática da literatura. *Rev. Ibero-Am. Saúde Envelhecimento*, v. 2, n. 1, p. 503-518, 2016.

RAND, K.; LAHAY, A. Maternal sounds elicit lower heart rate in preterm newborns in the first month of life. *Early Hum. Dev.*, v. 90, n. 10, p. 679-683. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2014.07.016. Epub 2014 Sep 9. 2014.

ROCHA, A. P. F.; SOUZA, K. R.; TEIXEIRA, L. R. A saúde e o trabalho de médicos de UTI neonatal: um estudo em hospital público no Rio de Janeiro. *Physis*, v. 25, n. 3, p. 843-862, 2015.

SEIDL DE MOURA, M. L. et al. Interações iniciais mãe-bebê. *Psicol. Reflex. Crit.*, v. 17, n. 3, p. 295-302, 2004.

SHAFFER, D. R. *Desenvolvimento e personalidade da criança*. 6. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

SILVA, E. M.; MOREIRA, M. C. N. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 20, n. 10, p. 3033-3042, 2015.

SPITZ, R. A. *O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetivas*. Tradução Erothildes Millan Barros da Rocha. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

SZEJER, M. *Palavras para nascer: a escuta psicanalítica na maternidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

TARELHO, L. G.; PEROSA, G. B. O desenvolvimento do apego mãe-filho em grávidas, após o anúncio de má-formação fetal. *Rev. Paul. Pediatr.*, v. 19, p. 79-83, 2001.

TEIXEIRA, R. R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. *Interface (Botucatu)*, v. 1, n. 1, p. 7-40, 1997.

TESSIER R, C. M. et al. Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. *Pediatrics*, v. 102, p. 17-23, 1998.

VANIER, C. Os mecanismos operantes do desenvolvimento psíquico do bebê prematuro e os riscos eventuais de patologia. In: \_\_\_\_\_. *Os bebês e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê*. São Paulo: Instituto Langage, 2013. p. 59-74.

VENANCIO, S. I.; DE ALMEIDA, H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *J. Pediatr.*, v. 80, n. 5, supl., S173-S180, 2004.

VIVÈS, J.-M. *A voz na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2012.

VORCARO, A. Urgência subjetiva do neonato em UTI. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.*, v. 13, n. 4, p. 617-634, 2010.

WANDERLEY, D. Agora eu era o rei. In: \_\_\_\_\_. *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador: Agalma, 1999. p. 141-151.

WEBB, A. et al. Mother's voice and heartbeat sounds elicit auditory plasticity in the human brain before full gestation. *PNAS*, v. 112, n. 10, p. 3152–3157, 2015.

WILY, V. *Premature infants and their families*. London: Singular Publishing Group, 1995.

WINNICOTT, D. W. *Preocupação materna primária. Textos Selecionados da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Born too soon: the global action report on preterm birth*. Geneva: WHO. 2012.

ZANOLLI, M. L.; MERHY, E. E. A pediatria social e as suas apostas reformistas. *Cad. Saúde Pública*, v. 17, n. 4, p. 977-987, 2001.

**APÊNDICE A** - Descrição dos participantes:1- **Carla**, 31 anos, manicure, casada

Teve gestação anterior e uma filha internada por 45 dias em UTIN em Jaú que foi a óbito. O evento a deixou bastante temerosa sobre a situação que parecia se repetir. “Tava vendo o mesmo filme”... Já tinha desistido de ter filhos quando engravidou. O parto foi antecipado devido à elevação da pressão arterial materna que resultou em quadro de pré-eclâmpsia, o feto estava em sofrimento agudo.

O filho nasceu de 31 semanas e 4 dias. Seu bebê reagia à sua fala abrindo a boca e os olhos. Os batimentos cardíacos do bebê mudavam no visor do aparelho e a mãe acompanhava atenta os indicadores.

2- **Adriana**, 16 anos, estudante, morava com companheiro (amasiada)

Primigesta. Teve parto normal na 32<sup>a</sup>. semana de gestação devido à elevação da pressão arterial. Ela e o irmão também nasceram prematuros. Mãe e companheiro estavam sempre presentes. Ficava sentada ao lado da incubadora usando o celular, demonstrava apatia ao falar. Teve o filho porque o companheiro queria.

O bebê esticava os braços e as pernas, abria a boca, os olhos, mas sua mãe parecia pouco atenta a seus sinais.

3- **Thaís**, 26 anos, amasiada, do lar

Primigesta. Parto gemelar, com 32 semanas e 3 dias de gestação. Teve uma cesárea de urgência porque o 2<sup>o</sup> gemelar estava em sofrimento. Os bebês tinham desenvolvimentos muito diferentes sendo que tiveram alta em momentos distintos. O primeiro gemelar pesava quase o dobro do 2<sup>o</sup>. Não respondeu às tentativas de contato e, portanto, não participou da 2a entrevista.

O segundo gemelar abria o olho, sorria e franzia a testa quando a mãe falava com ele.

4- **Ingrid**, 32, casada, auxiliar de marketing

Primigesta. Anteriormente teve crises de depressão e estava apreensiva com uma possível crise devido à situação do parto prematuro e da condição de saúde do bebê. Mesmo diante da frágil condição de seu filho era otimista e dizia que ele ficaria logo bom.

Filho nasceu na 25ª. semana de gestação e foi à óbito 7 dias após seu nascimento. Foi um bebezinho que pouco reagia.

5- **Vanessa**, 37 anos, casada, inspetora de alunos

Primigesta, esperou 20 anos para casar e engravidar. Queria tudo direito, na ordem correta. Ficou muito abalada com o parto prematuro sendo orientada a ir para casa para se cuidar e ter condições para ficar com o filho. Teve pré-eclâmpsia.

Filha nasceu pequena para idade gestacional devido à placenta prévia. Quando falava com a filha em manhês esta sorria, franzia a testa, abria a boca. Na segunda entrevista vocalizava, sua voz era bastante presente no diálogo mãe-bebê.

6- **Paula**, 18 anos, casada, do lar

Tem uma filha que também nasceu prematura e também tem o mesmo primeiro nome desta com outra combinação. Paula teve pré-eclâmpsia grave o que a fez entrar em trabalho de parto prematuramente. Falava pouco, demonstrava certa apatia.

Filha nasceu com 33 semanas de um parto vaginal. A bebê dormiu a maior parte da observação, mas abriu os olhos quando a mãe falou com ela.

7- **Mariana**, 35, casada, vendedora

Tem uma filha de 17 anos que nasceu a termo. Bastante religiosa, sua interpretação sobre a chegada precoce da filha era sempre carregada deste discurso. Teve pré-eclâmpsia e Síndrome de Hellp e necessitou de uma cesárea com 31 semanas de gestação.

A bebê era bastante ativa: mexia braços, pernas, sorria para a mãe.