

UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO
SUL
DEPARTAMENTO DE HUMANIDADES E EDUCAÇÃO
CURSO DE PSICOLOGIA

KARINA GENTILE MACHADO DOS SANTOS

**IMPLICAÇÕES SUBJETIVAS ACERCA DO NASCIMENTO DO BEBÊ
PREMATURO: LAÇOS E ENLACES EM TORNO DO BERÇO**

Ijuí
2019

KARINA GENTILE MACHADO DOS SANTOS

**IMPLICAÇÕES SUBJETIVAS ACERCA DO NASCIMENTO DO BEBÊ PREMATURO:
LAÇOS E ENLACES EM TORNO DO BERÇO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Psicologia do Departamento de Humanidades e Educação da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Me. Kenia Spolti Freire

Ijuí
2019

KARINA GENTILE MACHADO DOS SANTOS

**IMPLICAÇÕES SUBJETIVAS ACERCA DO NASCIMENTO DO BEBÊ
PREMATURO: LAÇOS E ENLACES EM TORNO DO BERÇO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Psicologia do Departamento de Humanidades e Educação da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Banca Examinadora:

Prof.^a Me. Kenia Spolti Freire
(Orientadora)

Prof.^a Dra. Angela Maria
Schneider Drügg (Banca)

Ijuí, 19 de dezembro de 2019

Aos bebês nascidos prematuros e suas famílias, cuja as histórias compartilhadas comigo, atravessaram profundamente meu percurso.

AGRADECIMENTOS

Com a satisfação da conclusão deste trabalho, minha gratidão se estende...

Primeiramente aos meus pais e familiares, pela aposta no meu desejo, que possibilitou esta trajetória de estudos e de escrita.

Ao Guilherme, pelo amor e, sobretudo, pelo apoio, que sustenta e encoraja meu vôo.

Às crianças que marcaram minha trajetória de vida e acadêmica, inspirando-me a seguir pensando sobre os modos de subjetivação na infância, e a traçar o fio condutor para a construção deste trabalho.

À Prof.^a Me. Flávia Flach, pelos imprescindíveis apontamentos à postura e ao compromisso ético, que nortearam meu percurso e refletirão em minhas escolhas futuras como profissional.

À Prof.^a Me. Cristian Giles Castillo, por expandir minha escuta e meu olhar para as particularidades e pelo encorajamento aos posicionamentos necessários quando a alteridade é posta em jogo.

À minha orientadora Prof.^a Me. Kenia Spolti Freire, pela delicadeza na transmissão das palavras, pela introdução inspiradora ao trabalho com crianças, pelo suporte e transmissão durante este percurso e pelo acolhimento das minhas angústias em orientações, bem como, pelo bordejamento e pela sustentação fundamental deste trabalho. Registro aqui minha admiração.

À Prof.^a Dra. Simone Zeni Strassburger, por ter aberto o espaço para conhecimento do projeto “Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Neuropsicomotor em Prematuros”, tornando possível escutar um pouco das vivências cotidianas de pais e bebês nascidos prematuros.

À Prof.^a Dra. Angela Maria Schneider Drügg, por gentilmente aceitar fazer parte da Banca, tornando-se interlocutora desta produção.

Aos amigos, colegas e professores, pelos encontros; que possibilitaram compartilhamentos e trocas de experiências enriquecedoras, que de certa forma contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

Um bebê é uma coisa morna e pequenina, carente de um passado próprio e repleto de promessas de futuro.

(CORIAT, 1997, p. 71)

RESUMO

O presente trabalho, intitulado “Implicações subjetivas acerca do nascimento do bebê prematuro: laços e enlaces em torno do berço” caracteriza-se como Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia, realizado na Universidade Regional do Noroeste do Rio Grande do Sul, Ijuí, no ano de 2019. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa, do tipo descritiva e exploratória, que objetiva abordar os impasses frente ao nascimento prematuro de um bebê. Com base em uma perspectiva à luz do referencial psicanalítico, primeiramente buscou-se analisar os aspectos que giram em torno da espera e do nascimento de uma criança, apontando à relevância do reconhecimento de competências neste pequeno ser em seu processo de subjetivação. Posteriormente, busca-se pensar acerca de possíveis efeitos e desdobramentos que o nascimento precipitado e a decorrente hospitalização podem repercutir tanto para os pais, quanto para a criança. Por fim, aponta-se para as possibilidades de encontro e os modos possíveis de interação e inscrição do vínculo humano e humanizante - de efeito subjetivante - com este bebê em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); bem como, refletir sobre as propostas de práticas preventivas que visem intervir e sustentar o agente materno diante deste bebê.

Palavras-chave: Bebê. Prematuridade. Hospitalização. Subjetividade. Psicanálise.

ABSTRACT

The present work, entitled "Subjective Implications about the Birth of a Premature Baby: Ties and Links Around the Cradle" is characterized as the Completion Work of the Psychology Course, held at the Northwest Regional University of Rio Grande do Sul. Ijuí, in the year 2019. This is a bibliographic research of qualitative approach, descriptive and exploratory type, which aims to address the impasses facing the premature birth of a baby. Based on a perspective in the light of the psychoanalytic framework, we first sought to analyze the aspects that revolve around the expectation and birth of a child, pointing to the relevance of recognizing competencies in this small being in its subjectivity process. Subsequently, we seek to think about the possible effects and consequences that the hasty birth and the resulting hospitalization can have for both parents and the child. Finally, it points to the possibilities of meeting and the possible ways of interaction and inscription of the human and humanizing bond - of subjective effect - with this baby in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU); as well as reflect on the proposals of preventive practices that aim to intervene and support the maternal agent before this baby.

Keywords: Baby. Prematurity. Hospitalization. Subjectivity. Psychoanalysis.

LISTA DE ABREVIATURAS

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

RN: Recém-Nascido

UNICEF: United Nations Children's Fund

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

WHO: World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1. O NASCIMENTO DE UM BEBÊ: ASPECTOS ORIGINÁRIOS DE UM DE-VIR A SER.....	14
2. NASCIMENTO E PREMATURIDADE: IMPASSES E PASSOS NA CHEGADA À VIDA.....	25
3. DO BERÇO AO COLO: PALAVRAS E TOQUES QUE FAZEM NASCER....	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas tem sido observado um importante avanço no que diz respeito às novas tecnologias e aos estudos no campo da neonatologia¹, viabilizando um maior cuidado aos bebês nascidos prematuros que necessitam de cuidados específicos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Diante deste contexto, é preciso evidenciar que frente ao nascimento prematuro, a prioridade que se coloca é em torno da sobrevivência do bebê, este que é considerado em uma condição de risco de morte e/ou importantes problematizações no desenvolvimento devido à sua fragilidade orgânica e maturacional. No entanto, tão importante quanto isto, é levar em conta os efeitos do nascimento precipitado aos aspectos inerentes à subjetividade, à hospitalização e ao distanciamento que se impõe entre a criança e sua família. Estas questões, segundo Wanderley², se configuram como risco psíquico ao bebê.

O interesse pela temática surgiu, num primeiro momento, a partir de experiência de Estágio em extensão ao Estágio Supervisionado em Psicologia e Processos Clínicos, realizado em uma Instituição Hospitalar pública. Durante a vivência do Estágio, a partir de uma demanda de atendimento na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), foi possível uma aproximação com a realidade cotidiana de mães e bebês prematuros. Neste contexto, foi possível reconhecer o mal-estar presente nas narrativas discursivas das famílias que, de momento, encontravam-se separadas do bebê por meio de uma vidraça de acrílico – a incubadora.

A hospitalização do bebê é um acontecimento que pode ser experienciado e internalizado de modos diferentes para cada família, porém quando episódio do nascimento se desenrola na urgência, é instaurada a marca de um evento de traço traumático. São famílias que experienciam uma alteração significativa no desdobramento de sua histórias, sendo lançadas à demanda de rearticulação acerca da estrutura do desejo que enlaça o nascimento e a existência de um filho – deste filho. Diante do nascimento de um bebê em condição de prematuridade, nasce também uma vida remetida a uma extensão significativa de fragilidade que, por vezes,

¹ Especialidade dedicada ao cuidado de recém-nascidos.

² WANDERLEY, Daniele de Brito. O cravo e a Rosa. A psicanálise e a Pediatria: um diálogo possível? In: O cravo e a Rosa. A psicanálise e a Pediatria: um diálogo possível? Salvador: Ágalma, 2008.

remete ao revés dela própria, ou seja, ao risco de morte – quer seja física, quer seja aos impasses encontrados ao processo de subjetivação. Esta experiência diante do nascimento prematuro lança a um precipitado em relação ao simbólico; provoca uma fratura nas idealizações acerca da chegada desta criança, na medida em que há um contraste entre o bebê que povoava o imaginário parental com este bebê que nasce pequeno e frágil. Diante do encontro com a criança, estas questões podem vir a desdobrar-se em uma fragilização do investimento libidinal sobre ela. Diante disto, questiona-se: o que é possível neste encontro? Ou: o que é possível depreender deste encontro?

Este estudo transcorre sustentado pela leitura de obras de autores que pensam aspectos inerentes à prematuridade do nascimento, a condição subjetiva e a clínica de crianças – inclusive a escuta e abordagem clínica diante de aspectos subjetivos presentes em um período precoce de vida. Pretende-se levantar algumas hipóteses sobre esta problemática, contextualizando possíveis efeitos frente ao impacto de um nascimento prematuro tanto para os pais, como para a criança; bem como, abordar as possibilidades de encontro e de vinculação com esta criança em uma Unidade de Terapia Intensiva.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso se constitui a partir de uma pesquisa bibliográfica, de característica qualitativa, do tipo descritiva e exploratória. Está estruturado em três capítulos. O primeiro capítulo propõe contextualizar aspectos que estão envolvidos – que se amarram como determinismos - em torno nascimento de uma criança mediante a relação com os agentes parentais, desde antes de seu nascimento até o percurso de seu processo de subjetivação. Também buscou-se apresentar estudos significativos - especialmente na área da psicanálise – que elucidam acerca das competências do bebê. O segundo capítulo aborda a temática do nascimento prematuro e seus impasses, buscando primeiramente caracterizar o que se configura como um nascimento prematuro e, em seguida, discorrer sobre possíveis impacto e desdobramentos deste evento sobre o bebê e sobre seus familiares. O terceiro capítulo dedica-se a discorrer sobre alguns aspectos que circundam esta experiência de vida e que podem se constituir como vivências inerentes à formação do vínculo entre o bebê prematuro e o ‘enlace’ materno, em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Procura-se, também, apresentar uma leitura acerca de um trabalho referenciado pelo Ministério da Saúde do Brasil como possível estratégia de intervenção no atendimento de mães e bebês prematuros, em

caráter de abordagem clínica e preventiva.

Dentre as referências bibliográficas utilizadas como sustentação na metodologia deste trabalho, destaco o trabalho de Mathelin³ e de Busnel⁴ como obras significativas e sensíveis enquanto práxis e enquanto pesquisa à luz do referencial psicanalítico em UTIN.

³ MATHELIN, Catherine. O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

⁴ BUSNEL, Marie-Claire (org.) A linguagem dos bebês: sabemos escutá-los? São Paulo: Escuta, 1997.

1. O NASCIMENTO DE UM BEBÊ: ASPECTOS ORIGINÁRIOS DE UM DE-VIR A SER

Antes mesmo de seu nascimento, um bebê já é “suposto sujeito”, efeito da obra de linguagem; ou seja, ele pré-existe de algum modo no discurso, inscrito em uma narrativa idealizada e antecipada na fantasia daqueles que o esperam. Neste período, cada narrativa elaborada pelos pais ou por aqueles que se encontram implicados na espera de uma criança, se desenvolve de maneira particular, a partir de representações concernentes às fantasias que se constroem em torno da imagem de um bebê ideal; podendo-se considerar que os bebês são constituídos de histórias.

Bernardino (2008), ao discorrer sobre a presença dos aspectos psíquicos que se fazem presentes no desenvolvimento da criança, aponta para o reconhecimento de que o processo simbólico já está em jogo durante a gestação, nas diferentes montagens discursivas que acabam por ter a função de antecipar, desde a articulação com o desejo, um lugar para este bebê que está por vir.

Na medida em que este bebê vai sendo gestado no interior dessa mãe, mais além dos aspectos orgânicos que estão em jogo ali entre a mãe e o bebê que vai se desenvolvendo no seu útero, está acontecendo todo um processo simbólico, que é tudo que essa mãe está imaginando a respeito do seu bebê que vai nascer. Tudo que ela, seu marido e a família já começaram a conversar e a planejar para esse bebê. (BERNARDINO, 2008, p.58)

Estas representações são estabelecidas em consonância com as trajetórias de vida e com a herança transgeracional e cultural que cada um dos agentes parentais carrega. Chaillou, Ollivier e Raynaud (2011) destacam a relevância de ouvir a forma como o filho é situado na história dos pais, “pois em cada nascimento é a questão da identidade que vem à tona. A cada nascimento, as gerações precedentes são convocadas” (CHAILLOU; OLLIVIER; RAYNAUD, 2011, p.122), produzindo marcas e situando o bebê singularmente na trama familiar.

Freud (1914-1916/1996), em seus escritos *Sobre o Narcisismo: Uma Introdução*, propõe que o desejo de ter um filho, por parte dos pais, corresponder um fantasiar

narcísico que remete à possibilidade de extensão de si mesmos, isto é, uma reedição do próprio narcisismo. A concepção de um filho que carregaria o nome e os traços parentais posiciona este “pequeno” na trama do desejo como um ser potencialmente encarregado de realizar o que por algum motivo, lhes foi preciso ser reivindicado. Ou seja, o bebê, desde a fantasia e o desejo parental, é abordado como um depositário de idealizações próprias de seus genitores.

[...] “His majesty the baby” [...] A criança concretizará os sonhos dourados que os pais jamais realizaram - o menino se tornará um grande homem e um herói em lugar do pai, e a menina se casará com um príncipe como compensação para sua mãe. [...] O amor dos pais, tão comovedor e no fundo tão infantil, nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido, o qual, transformado em amor objetal, inequivocamente revela sua natureza anterior. (FREUD, 1914-1916/1996, p.57)

Quando nasce um bebê, há uma importante trajetória a ser percorrida no decurso da vida e do processo de subjetivação. Bernardino (2008) afirma que ao nascer o ser humano é “extremamente dependente; mesmo nascendo *a termo* é como se ele fosse ainda prematuro, na medida em que precisa totalmente do cuidado do outro para poder continuar se desenvolvendo, para sobreviver” (Bernardino, 2008, p.59). Também, no que tange ao processo de humanização (subjetivação), segundo Bernardino (2008), se colocam em questão as relações que serão estabelecidas com estes que são articuladores do desejo pela sua existência. A relação estabelecida com um ‘ambiente não anônimo’, que referencia o desejo pela existência, opera, para o bebê, como articuladora dos processos que desdobram o desenvolvimento, uma vez que os processos maturacionais se inter-relacionam com as experiências do bebê e com os movimentos inerentes à sua constituição psíquica.

Analisando esta temática, Jerusalinsky (2009) aponta que um recém-nascido depende da interpretação que o Outro⁵ compõe do que ele produz, sendo o Outro materno quem cuida e insere o pequeno infans no enlace com a linguagem e, a partir desta produção essencialmente humana, atende as suas necessidades biológicas, escutando-as como demandas de um sujeito suposto. Amarrado estruturalmente a esta condição, o organismo é elevado ao estatuto de um corpo subjetivado, referido

⁵ O conceito de Outro é introduzido por Lacan para definir aquilo que é anterior ao sujeito e o determina em sua constituição: a linguagem. (JERUSALINSKY, 2002, p.58)

às insígnias da subjetividade materna. Para *ser*, é preciso que o infans⁶ seja primeiro em um Outro. E o Outro, na medida em que está atravessado pelo desejo, lhe outorgará um lugar. Analisando este contexto humano, Vorcaro (2002) propõe:

A maternagem (...) é (...) leito estrutural necessário em que se situa a cadeia significativa que comanda a presentificação do assujeitamento do ser, o lado desse vivo chamado à subjetivação... Qualquer determinação de *sujeito* depende do discurso. Há um discurso tecido na prática de articulação significativa, tramada pelo *saber* daquele que agencia a função materna diante de um organismo. Assim, o organismo é dito *ser* pelo agente materno, ou seja, ser que não sabe dizer, de seu próprio lugar <<eu sou>>, mas que é dito de outro lugar <<ele é>>. (VORCARO, 2002, p. 14 – 15)

Assim, “torna-se possível que o bebê possa fazer *seu* o saber sobre esse afeto que a mãe “lhe empresta”. (JERUSALINSKY, 2009, p.110). Estudos desenvolvidos por Winnicott (1987/2012) situam o entendimento de que o início da vida, para um recém-nascido, corresponde a um estágio fundamental para a construção das primeiras experiências como *ser*, mediante o estabelecimento de comunicação com a mãe. São palavras de Winnicott (1967), “Quando olho sou visto; logo existo. Posso agora me permitir olhar e ver.” (p.157); fundamentando que inicialmente o bebê não existe por si só - apesar de ocupar um corpo no tempo e no espaço, ele se encontra em um estado de dependência, inserido e inscrito na díade mãe-bebê. Este psicanalista destaca que o bebê é primordialmente parte da mãe e só posteriormente constitui uma identidade – unidade - psíquica individual, derivando esta formação de um processo de sustentação desenvolvido satisfatoriamente pela mãe. “Isto é o começo de tudo, e confere significado a palavras muito simples, como *ser*”. (WINNICOTT, 1956/2002, p.9)

É possível induzir um bebê a alimentar-se e a desempenhar todos os processos corporais, mas ele não sente estas coisas como uma experiência, a menos que esta última se forme sobre uma proporção de simplesmente ser, que seja suficiente para constituir o eu que será, finalmente, uma pessoa. (WINNICOTT, 1956/2002, p.9)

⁶ Àquele que ainda não fala. Para a psicanálise, a criança em tempo de constituição psíquica na qual não esboça uma posição de sujeito de fala.

Em *Projeto para uma Psicologia Científica*, Freud (1866-1899/2006) aponta para este bebê que no início da vida se encontra como um ser humano frágil e dependente, vivenciando uma condição de desamparo. Este desamparo deste tempo originário também integra o desdobramento da estruturação psíquica, posto que a partir desta condição há o encontro com um outro [humano] que acolhe e engendra o bebê na constituição de um laço que sustenta o desejo e um lugar de existência. Freud (1866-1899/2006) postula que frente ao desamparo e à pré-maturação, o recém-nascido, ao ser afetado por estímulos (de ordem interna e/ou externa) em seu corpo - no que se refere às necessidades fisiológicas primárias (fome, sede, sono) - não é capaz de satisfazer-se realizando uma *ação específica*, a qual só pode ser efetuada através de *ajuda alheia* de um outro, um *próximo assegurador* (*Nebenmensch*). Para Freud (1866-1899/2006), o bebê conta com traços biológicos inerentes a um sistema de reflexos fisiológicos primários, dos quais “se utiliza” como tentativa de eliminar o desprazer; tratam-se de descargas motoras, tais como o grito, o choro, a agitação motora, o esperneio. Ao serem enlaçadas pela linguagem, estas manifestações são referidas como um pedido de auxílio [‘endereço ao outro’], são interpeladas e interpretadas como um apelo por esta *persona que auxilia*. Na medida em que alguém ocupa o lugar de destinatário frente a este “endereço” realizado pelo bebê, instauram-se uma comunicação introdutória e as primeiras experiências de satisfação.

Golse (2004) exemplifica esta lógica apresentando a experiência do mamar. Observa que inicialmente o mamar se apresenta como uma experiência originada por uma necessidade fisiológica e energética do corpo do bebê, atribuída à fome. Posteriormente, na relação com o outro, o mamar instaura “toda uma série de prazeres associados, de prazeres em prêmio, de prazeres a mais, entre os quais a voz de sua mãe, o cheiro de sua mãe, o toque de sua mãe” (GOLSE, 2004, p. 23). Em decorrência da mediação de um outro que introduz e nomeia os prazeres e os desprazeres no corpo do bebê, se instaura uma troca com articulação ao simbólico, possibilitando ao *pequeno* ser atribuir representações e significações sobre as próprias experiências.

Segundo Molina (2008), o efeito desta montagem materna sobre a imaturidade orgânica do corpo do bebê - através do olhar, da palavra, do colo - é organizador também para as funções psíquicas já desde os primeiros meses de vida. Estas primeiras experiências nas quais se efetuam as inscrições de satisfações são fundamentais e determinantes, incluindo o Outro no campo do prazer. Instaura-se, assim, o prazer na relação com outro semelhante, um prazer compartilhado e enlaçado a este semelhante

elevado à condição de Outro e à trama de desejo e de significantes que desde este lugar articulam representações acerca da existência. “É neste laço com o Outro, com sua cadeia significativa, que as funções do organismo poderão vir a se inscrever como funcionamento erógeno dos diferentes circuitos pulsionais” (JERUSALINSKY, 2002, p.156). Crespín (2004, apud Dias, 2008) destaca:

[...] para a mamãe que ouve seu recém-nascido gritar, aquilo não é, de forma alguma, um ruído, uma simples descarga; é seu bebê que chama, ele lhe fala e ela responde: “estou aqui”. E desde esse instante, que chamamos de encontro inaugural, esse grito não é mais um ruído, é um apelo, e a partir daí, antes de qualquer linguagem propriamente dita, o bebê fala, o bebê é promovido ao estatuto de sujeito falante. (CRESPIN, 2004, p.26 apud DIAS, 2008, p.145)

A estruturação psíquica a ser constituída pelo infans é dependente e articulada pela singular maneira de como é tomado simbolicamente pelo Outro. “A mãe, por sua condição desejante em relação ao bebê, é quem primeiramente se vê arrastada a encarnar, a ocupar realmente o lugar do Outro” (JERUSALINSKY, 2009, p.12) – o que requer reconhecer de quem ocupa esta função uma disponibilidade psíquica, ou seja, o desejo implicado por parte do agente materno que, como refere Jerusalinsky (2009), possa lhe endereçar um *desejo não anônimo*⁷, a fim de que o bebê possa ser tomado como pertencente a trama familiar e se constituir como falasser⁸ na estrutura.

Winnicott (1987/2012) refere esta condição materna a um tipo de *identificação extremamente sofisticada* da mãe para com o bebê, um estado de “*loucura materna*” cuja qual teria sua duração desde o início do período final da gravidez até o pós-parto e o puerpério. Reporta-se a esta condição como “*Preocupação Materna Primária*” (WINNICOTT, 1956/2000), sendo que somente a mãe será capaz de sensibilizar-se ao ponto de se colocar-se no lugar do bebê, antecipando sua demanda e adaptando-se às suas necessidades iniciais.

A mãe que desenvolve esse estado ao qual chamei de “preocupação

⁷ LACAN, J. Nota sobre a criança. In: Lacan, J. Outros Escritos. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

⁸ “O humano enquanto puro vivente [...] um sujeito nos dois sentidos do termo na língua: assujeitado à Linguagem (à fala do Outro, nele, que o divide) e aquele que enuncia as frases, em nome próprio” (BERNARDINO, 2004, p.51)

materna primária” fornece um contexto para que a constituição da criança comece a manifestar-se, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se, e para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida (WINNICOTT, 1956/2000, p.403).

De acordo com Jerusalinsky (2009), ainda que na realidade a mãe não saiba efetivamente o que ocorre com o bebê, ela tem a capacidade de atribuir a ele uma suposição de que as experiências que se passam em seu próprio corpo seriam semelhantes às que passam com o bebê. Ao interpretar as sensações que o bebê experimenta no corpo, a mãe vai oferecendo representações e significações às suas produções. Segundo a autora, o aparelho psíquico da mãe opera como uma “prótese” diante das urgências vitais do bebê.

Diz ela: "hummm! que fome!" ou "ai! que cólica". Sanciona o prazer da degustação, sanciona a dor. Ao fazê-lo, intervém suscitando a experiência de satisfação [...] Percebe-se aí não uma simples ocupação da mãe com as funções vitais do bebê, mas toda uma economia de gozo que se estabelece entre eles desde os primórdios desse laço. (JERUSALINSKY, 2009, p.190)

Assim, o organismo vai sofrendo os efeitos do envoltório simbólico sancionado pelo Outro. Para Jerusalinsky (2002), é a partir do reconhecimento da mãe ao revestir o funcionamento ritmante do corpo do bebê, como as alternâncias de fome/saciedade, sono/vigília, entre outras, “que o funcionamento pulsional do bebê se organiza de acordo com a letra impressa em seu corpo” (JERUSALINSKY, 2002, p.157).

Jerusalinsky (2009) adverte que no que se articula à função materna, esta não se faz estruturada a partir da lógica da individualidade, da natureza biológica e/ou instintiva. Tampouco pode ser conceituada ou representada desde uma perspectiva de relação em dualidade, visto que a referencia ao desejo sempre aponta à uma antecipação referida à falta – á problemática fálica. À função materna corresponde, essencialmente, uma posição frente ao desejo – tecido subjetivo -, assim como, também, o atravessamento pelo social e pela cultura. No entanto, é preciso que sejam tecidas observações acerca dos casos em que esta condição não comparece ou comparece de maneira incipiente.

Quando, por algum motivo, o agente materno não é capaz de encarnar este papel, seja por motivação de um evento social-cultural de ordem terceira, ou por uma própria e subjetiva indisponibilidade psíquica para o exercício da função, a constituição psíquica do bebê pode ser posta em risco.

Spitz (1887-1974/2004) durante a Segunda Guerra Mundial, se propôs a estudar os efeitos da privação do vínculo com o materno, em relação à sobrevivência e ao desenvolvimento da criança. Durante suas investigações em uma instituição que acolhia bebês que haviam sido separados das suas mães em decorrência das guerras, constata que os bebês eram devidamente cuidados em termos de suas necessidades corporais e tratados em suas necessidades medicamentosas; segundo o autor, “alimentação, higiene, cuidados médicos, medicação, etc., eram tão bons quanto – ou mesmo superiores – os de quaisquer outras instituições” (SPITZ, 1887-1974/2004, p.282). Porém, após serem submetidos a um certo período de *privação materna*, os bebês passavam a apresentar doenças psíquicas graves, com quadros psicossomáticos e de regressão, aos quais ele nominou de *Síndrome do Hospitalismo (depressão anaclítica em crianças)*.

Os bebês que permaneciam nesta condição, conforme descritos por Spitz (1887-1974/2004), podiam se encontrar com disfunções psicológicas, tais como: retraimento, baixo peso, atraso motor, perda de apetite, insônia, rigidez, e casos extremos com grande índice de óbitos. O autor apontou para o fato de que haviam poucas cuidadoras para a grande demanda de bebês nas instituições. Assim, estas estavam impossibilitadas de estabelecer relações significativas no contato particular com cada um dos bebês. Spitz (1887-1974/2004) destaca que a privação materna não se desenrola puramente pela lógica da ausência da mãe. Pode-se considerar que aponta aos impasses e/ou impossibilidades para a experiência de sustentação inerente à função materna, ou seja, à operação de um lugar de causa de desejo. Este estudo destaca como este enlaçamento se estabelece quando um outro [humano] estiver psiquicamente disponível para o bebê e para o exercício de sua função enquanto agente materno. Um outro que possa se colocar na relação em um lugar de intérprete ao olhar para o bebê, escutando não anonimamente o choro como uma manifestação, e lhe atribuindo uma rede de sentidos própria e singular. Aqui, a presença materna imprescindível é uma presença desejante, que aposte na vida do filho (ZEN & MOTTA, 2008).

Pode-se pensar que, posto o desejo nesta trama simbólica, é em razão da “*loucura necessária das mães*”. De acordo com Winnicott (1987/2012), trata-se de uma loucura

de amor; o que se possibilita, também, uma condição fundamental neste estágio: o reconhecimento das competências do bebê. Isto remete ao que Klaus e Klaus (1989) relatam: a constatação de que as mães já estavam convencidas de que seus bebês, logo após o nascimento, podiam ver e responder a elas - ainda que houvesse relutância por parte dos médicos na época (muito anteriormente à década de sessenta) diante desta questão, desta *verdade inerente ao saber materno*.

Mathelin (1999) discorre sobre as diferentes construções sociais em torno do recém-nascido ao longo do tempo e da cultura, diferentemente da concepção empirista inaugurada no advento da civilidade ocidental, na qual se compreendia os bebês como seres completamente incompetentes e passivos. Estudos de autores tais como Dolto (1961), Winnicott (1964), Wolf (1965), Klaus e Kennel (1992), Busnel (1997), Mathelin (1999) e Porter (1986), que se ocuparam da temática a partir da década de 1960, demonstram que bebês, sejam nascidos prematuros ou *a termo*, “não eram cegos nem tampouco surdos” (MATHELIN, 1999, p.34).

De acordo com Bernardino (2016), o bebê dispõe de uma *plasticidade neuronal*⁹, que o habilita a ser extremamente receptivo às interações que recebe de seu meio. Desde que lhe sejam possibilitadas condições favoráveis, o bebê é capaz de aperfeiçoar a imaturidade de seu aparato biológico (especialmente as condições do Sistema Nervoso Central), as aquisições motoras, as funções sociais, as construções cognitivas, assim como, também, desdobrar os processos inerentes à estruturação psíquica.

Estudos realizados nas últimas décadas sobre o desenvolvimento do bebê têm sido imprescindíveis a fim de contribuir, relançar e reconsiderar as concepções acerca deste tempo da vida. Bernardino (2016) (apud *Garret-Gloanec e Gloanec, 2007*) menciona estudos sobre as competências do bebê, estudos estes que se desenvolveram efetivamente a partir de meados de 1980 na França e que também deram abertura a investigações sobre a interação e as dificuldades inerentes à constituição do vínculo entre pais e bebês. Estes estudos revelam um bebê que não se encontra em um estado de passividade de fato. Evidenciam um bebê ativo, que dispõe de uma plasticidade e sensibilidade ao olhar, à voz, ao odor e ao toque - experienciados afetivamente através do enlace com a linguagem. Laznik (2013) sanciona que não se pode considerar o bebê

⁹ “O primeiro ano de vida é o período mais plástico no desenvolvimento humano. O homem nasce com um mínimo de padrões de comportamento pré-formados e deve adquirir incontáveis habilidades no decorrer de seu primeiro ano de vida. Nunca mais na vida tanto será aprendido em tão pouco tempo” (SPITZ, 2004, p.109).

em uma posição de passividade, uma vez que muito precocemente ele também se lança a provocar o outro, “procura fazer-se olhar, fazer-se ouvir, ou então, no nível da oralidade, oferecer o pezinho para fazer-se comer” (LAZNIK, 2013, p. 79). Para a autora:

A grande novidade nos estudos sobre a linguagem nesta idade é o reconhecimento das competências do bebê no diálogo com sua mãe. Um recém-nascido que é capaz de imitar as expressões e emoções de um adulto nos minutos seguintes a seu nascimento. Um bebê feliz ama mostrar quanto ele, ou ela, é hábil, e ama receber em resposta os elogios que lhe são dados. (Laznik, 2013, p.128)

Sim, “um bebê recém-nascido é capaz de provocar!” (TEPERMAN, 2008, p.10). Esta é uma concepção apresentada pelas pesquisas e experiências clínicas desenvolvidas acerca das condições do bebê humano em tempo bastante precoce de vida. Ao nascer, o bebê é dotado de uma gama de potencialidades e é inteiramente receptivo à comunicação. Busnel (1997) atesta que bebês, mesmo prematuros, expressam-se, na tentativa de comunicar-se, seja pelo choro, pela vocalização, pelo sorriso, e - até mesmo! - pela indiferença e/ou pelo retraimento, quando o agente materno se faz ausente. Dispõem de uma extrema permeabilidade às inscrições simbólicas do Outro. O desafio é que haja um outro que o acolha e lhe reconheça como capaz, direcionando-se a ele.

Cabrejo-Parra (2003) define o recém-nascido como “um músico em estado puro”. Atraído pela voz materna desde a gestação, tem possibilidade de reconhecê-la logo ao nascer. Diante deste contexto clínico, Busnel (1997) relata diversas experiências nas quais pode-se notar o interesse do bebê pela fala e nas quais foram observadas suas reações distintamente, conforme o endereçamento atribuído. A autora elucida que o bebê é capaz de distinguir a fala dirigida a outras pessoas das falas que são direcionadas a ele, pelo modo como a prosódia da língua materna, orientada pelo afeto, se efetua melodiosamente. Reconhece que o bebê é sensível à sonoridade da *fala* e da *letra*, apoiado na voz de quem o acompanha.

Porter (1986) apresenta considerações importantes sobre a vida neste período precoce, observando as notáveis preferências olfativas do bebê e a sua capacidade de identificação de odores. O autor reconhece que logo ao nascer o bebê direciona-se ao odor familiar e tem facilidade para o reconhecer, diferenciar; acalmando-se e dormecendo, muito frequentemente, especificamente com o odor materno. Assim

também em relação ao olhar: segundo Klaus e Klaus (1989), é comprovável a curiosidade visual dos bebês e a preferência ao rosto humano, observando-se também que, em poucos dias desde o seu nascimento, durante o período de amamentação, o bebê já reconhece a singularidade do rosto materno.

Inseridas neste contexto de estudos, destacam-se as investigações acerca da sensibilidade do bebê ao toque. Segundo Bernardino (2008), esta sensibilidade já se encontra presente desde as primeiras semanas do período fetal. De acordo com Druon (1997), após nascer, aos poucos, o bebê começa a buscar e demonstrar bem-estar em resposta a específicos modos de contato em seu corpo. Klaus e Klaus (1989) destacam que o tato, além de ser o maior órgão sensorial do corpo, também é o primeiro sentido a ser acionado no início da vida. Um neonato logo ao nascer é exposto a variações de temperaturas, texturas e dor. O tato comumente será, também, uma das primeiras vias de satisfação e de *contato* com o outro.

Um bebê dispõe de uma série de reflexos arcaicos que são verificados logo após seu nascimento e vão desaparecendo ou silenciando-se ao decorrer do tempo. Os reflexos são integrados na promoção de uma interação comunicativa. Segundo Vorcaro (2016), “ao ler, balizar e responder aos reflexos como manifestações de um sujeito, o semelhante encontraria um meio propício para sustentar a antecipação de um sujeito que ainda está por vir” (p.50).

Bernardino (2008) ressalta que há, também, sintomas de ordem psicossomática que os bebês podem apresentar como uma forma de apelo, tais como “vômitos, regurgitações, diarreias e constipações, cólicas idiopáticas, problemas de pele, de crescimento, de tônus muscular [...] recusa ao seio, as anorexias, as bulimias, o sono em excesso ou a insônia primária, a apatia ou choro excessivo [...]” (p. 20). Para esta autora, estes sintomas devem ser escutados também como formas de comunicação do bebê através da interação entre elementos simbólicos e sua organização corporal para com o entorno. “O que declara o bebê com o sintoma que se apresenta em seu corpo? Temos aí um manifesto [...] mas declarado de modo cifrado” (JERUSALINSKY, 2009, p.32)

De acordo com Jerusalinsky (2009), o bebê *dá a ver* em seu corpo uma resposta, como articulação em retorno à linguagem - circuito que o recobre, pelo modo como é capturado por quem se ocupa de seu cuidado. Se o bebê *dá a ver*, é imprescindível o modo como os agentes parentais tomam suas produções como um manifesto. “É sobre tais manifestações reflexas que a mãe pode ancorar a suposição de desejo e de demanda no bebê ao tomar as produções corporais deste como “fala” de um sujeito à

qual ela empresta a palavra” (JERUSALINSKY, 2002, p.59). Segundo a autora, as manifestações das competências de um bebê, endereçadas ao Outro, embora não garantam o exercício da função materna, possuem um importante efeito sobre ela.

Quando um bebê nasce prematuramente, embora potencialmente detenha as características da espécie humana, em um primeiro momento apresenta maiores dificuldades por conta da insuficiência de seu aparato orgânico. Seus reflexos podem se apresentar fragilizados diante de possíveis problematizações orgânicas, e, ainda, desfigurados em meio a tubos, sondas, fios, medicamentos e também pela permanência em internação hospitalar por tempo prolongado. Logo, sua capacidade de trocas com o Outro materno tende a ficar reduzida. Quais elementos têm sido observados acerca de questões subjetivas que circundam e atravessam a experiência humana diante do nascimento em condição de prematuridade? Diante deste questionamento, busca-se a produção de um estudo a partir do qual se desdobra a escrita que constitui o seguimento deste trabalho.

2. NASCIMENTO E PREMATURIDADE: IMPASSES E PASSOS NA CHEGADA À VIDA

Um bebê que nasce a partir de sua trigésima-sétima semana de gestação já dispõe de toda um processo maturacional estruturado e em funcionamento adequado para seguir seu percurso de vida fora do ventre materno, é caracterizado como um bebê que nasceu *a termo*. Diferente desta condição estão os *bebês pré-termo*, ou seja, bebês que têm o seu nascimento precipitado por processos que implicam o findar da vida gestacional em período precoce, configurando-se, assim, um estado de prematuridade.

A prematuridade é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS -2012) como uma condição atribuída ao nascimento de bebês *pré-termo*, ou seja, nascidos anteriormente à trigésima-sétima semana de gestação e com peso menor que 2.500 gr. A OMS (2012) descreve a abordagem e os estudos dos aspectos que se apresentam diante do nascimento em estado de prematuridade como uma importante prioridade de Saúde Pública em diversos países. No contexto brasileiro, de acordo com o Ministério da Saúde (2018), o atual cenário identifica a prematuridade como a principal causa de mortalidade infantil, representando 70% dos óbitos em bebês.

Bebês prematuros - ou *bebês pré-termo* - são especialmente vulneráveis à instabilidade de temperaturas, dificuldades de alimentação, baixo nível de açúcar no sangue, infecções e dificuldades respiratórias¹⁰ (WHO, 2012, tradução nossa). Devido à variabilidade da severidade de sua condição, delineou-se a eles uma classificação, de acordo com a idade gestacional em que nascem, sendo observado que quanto menor a idade gestacional do nascimento, maiores podem ser as complicações a serem experienciadas. É considerado um bebê prematuro aquele que esteja em condição “moderada” quando nascido entre a trigésima-segunda à trigésima-sétima semana; “muito prematuro” quando nascido entre a vigésima-oitava à trigésima-segunda semana; e “prematuro extremo” quando nascido anteriormente à vigésima-oitava semana. A pesagem também se constitui como uma variável que contribui significativamente para delimitar a gravidade de seu estado de vida e de prematuridade, sendo que quanto menor o peso do bebê, maiores podem ser os riscos

¹⁰ Premature babies are especially vulnerable to temperature instability, feeding difficulties, low blood sugar, infections and breathing difficulties. (WHO, 2012)

de comprometimentos ao desenvolvimento.

O trabalho intitulado “Born Too Soon”, desenvolvido pela OMS em 2012, indica que um em cada dez bebês nascem prematuros ao redor do mundo. Ainda que os avanços tecnológicos nas últimas décadas tenham se revelado revolucionários no que diz respeito ao cuidado neonatal, há grandes incidências de mortalidade neste tempo de vida. A OMS aponta para a desigualdade e a disparidade existente no que concerne às taxas de sobrevivência na prematuridade entre diferentes países no mundo, indicando um maior percentual de óbitos em países de baixa renda, devido à fragilidade em questões, tais como: “falta de viabilidade e cuidados econômicos, como o calor, apoio à amamentação, e cuidados básicos para infecções e dificuldades de respiração¹¹” (p.13, tradução nossa); o que ocasiona o agravamento de complicações e dificuldades encontradas nestas situações. Barcelar e Duarte (2016) afirmam que a sobrevivência de recém-nascidos prematuros é relativa tanto à qualidade dos cuidados maternos, como também no que se refere à estrutura do atendimento na Unidade Neonatal, desde o período de gestação até o pós-parto.

Fabre-Grenet (1997) afirma que um bebê nascido *a termo* é conduzido desde a gestação até o nascimento em consonância com seu calendário desenvolvimental, que ocorre dentro de um contexto sensorial fornecido pelo próprio útero materno. O bebê prematuro, diferentemente, tem interrompido este curso em seu processo de desenvolvimento. Devido à sua imaturidade, após nascer a alta hospitalar não é possível; assim, é preciso que o bebê seja hospitalizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Fabre-Grenet (1997) assegura que, apesar de que as estruturas sensoriais já estejam presentes, o bebê será bruscamente exposto a um ambiente completamente insólito. Após o nascimento, a respiração torna-se imediatamente necessária, porém devido ao pulmão não estar completamente desenvolvido, muito comumente o fará com o auxílio de tubulações de oxigênio, como a ventilação mecânica ou a aparelhagem CPAP¹². Assim também ocorre com relação aos recursos a serem estruturados para subsidiarem seu estado nutricional, através da alimentação. Na medida em que a capacidade de sucção estiver comprometida por impasses e/ou impossibilidade de fazer-se ativa, a alimentação/nutrição será

¹¹ A lack of feasible, cost-effective care, such as warmth, breastfeeding support, and basic care for infections and breathing difficulties. (WHO, 2012, p.13)

¹² Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) – Pressão positiva contínua nas vias aéreas. A shift to less intensive ventilator pressures and increasing use of continuous positive airway pressure. (De Paoli et al., 2003 apud WHO, 2012)

necessariamente realizada através de sondas.

De acordo com Druon (2011), a maioria dos bebês nascidos prematuros experienciam o sofrimento fetal, o que faz com que os cuidados intensivos busquem proporcionar diminuição e/ou alívio em relação a estes mal-estares; porém, esta autora ressalta que isto não exclui a vivência da dor. Constantemente, as luzes, os ruídos e as texturas poderão apresentar-se como invasivos, engendrando ações clínicas com abordagem agressiva ao corpo frágil do bebê. Entretanto, é neste ambiente que ele deverá prosseguir se desenvolvendo, visto que ainda se apresenta imaturo quanto às suas possibilidades de sobrevivência, dadas as suas características e necessidades orgânicas, às quais toda a aparelhagem da UTIN e da incubadora terão o objetivo de suprir.

Partindo de Winnicott (1988), pode-se conceber que há diferenças entre um bebê que nasce *a termo* e um bebê que nasce prematuramente. Estas diferenças não são apenas orgânicas, mas também emocionais. De acordo com Winnicott (1998) todo nascimento implica alguma nuance de perda. Ao nascer, o bebê vivencia a separação do estado de permanência no corpo materno, assim como, também, está à mercê de possíveis impasses que podem ocorrer nas experiências que se apresentam neste tempo – seja diante da sua condição orgânica, nos vínculos a se constituírem e, ainda, diante dos aspectos emocionais que se fazem presentes nesta condição humana.

Ao observar as condições inerentes ao nascimento, Lebovici (1987) destaca que num primeiro momento os pais se deparam com um *bebê propriamente dito*, que pode ser visto, ouvido e tocado; sendo que diante das situações em que se encontram impasses e problematizações em relação a um “estado ideal” previsto e/ou desejado, o bebê com dificuldades se apresenta em contraste com o esperado – nasce numa condição decepcionante em relação ao *bebê imaginário* (Lebovici, 1987) que povoava a idealização dos pais.

A análise realizada por Lebovici (1987) aponta à observação de que a chegada de um bebê que nasce prematuramente representa uma abrupta ruptura nos planos de quem o espera. Depreende-se desta situação uma condição que consiste não só em relação ao encontro com o real, mas a abertura de uma experiência de característica traumática, a qual alude a uma ruptura ou a uma fragilidade frente às idealizações inicialmente construídas acerca do nascimento de um filho. Distintamente do bebê imaginário, com pele corada, que mama bem, que apresenta reflexos visíveis e capaz de sustentar um reconhecimento com a função parental, há este *bebê real*

extremamente pequeno, enfraquecido e que precisa, ainda que provisoriamente, permanecer com a sua existência “amarrada” ou atravessada por/entre tubos, fios, sondas... Trata-se de um momento da vida em que o bebê rapidamente é separado dos braços de sua mãe, apresentando-se, neste contexto, riscos em relação à continuidade da vida e, ainda, riscos em relação à morte.

Inserindo nas observações deste território clínico, Wanderley (2011) aponta que o recém-nascido em estado de prematuridade é “considerado um bebê de risco, não só do ponto de vista orgânico, mas também psicológico” (p. 10). Delineia-se risco ao âmbito psíquico quando a imagem de um bebê fragilizado promove uma ferida narcísica dolorosa aos pais, não os autorizando a se identificarem com a criança nasceu - permanecendo esta existência, por algum momento, em suspenso. (DIAS, 2008). Para Vanier (2016) o choque subjetivo dos pais e a violência do real pela qual são atravessados, colocam o bebê em risco de ser abordado e reduzido somente a um puro corpo em sua característica de organismo. Assim, se:

[...] diante do real da prematuridade do corpo de um bebê, não se opera a sustentação simbólica dos fatos que acometem a sua vida, produz-se, então, um desamparo propriamente dito: um desamparo psíquico, da ordem do simbólico, diante do qual emerge o traumático. (JERUSALINSKY, 2002, p.199)

Bernardino (2008) afirma que neste cenário o principal desafio corresponde à inserção do bebê em um campo simbólico - no laço parental - que o posicione em um lugar para além da insuficiência de seu corpo biológico. O discurso da parentalidade, neste contexto, denuncia não só questões conflitantes que os atravessam, mas também a maneira como isto poderá se desdobrar e refletir nesta criança, conforme o endereçamento que se destina (ou não) a ela, no circuito de demanda e desejo de seus pais.

[...] pois são os pais que armam com seu circuito de desejo e demanda, a costura, o enlaçamento dos três registros que permite ao filho vir a constituir-se. [...] Quando, diante de tal problema, surge a partir dos pais a formação de “não ter esperanças”, de “não querer fomentar ilusões para depois se desiludir”, ao mesmo tempo em que lhes resulta impossível produzir uma aposta de futuro para o filho, tampouco conseguem produzir uma historização do bebê. (JERUSALINSKY, 2002, p.292)

Aos pais, o tempo de elaboração pode se estender para além do período da

internação hospitalar (RABELLO, 2016). Jerusalinsky (2002) (no texto “Pedro e o escorregador: o que desliza quando brincamos¹³”) apresenta um recorte acerca do caso clínico de Pedro, uma criança de dois anos e seis meses, nascido em condição de prematuridade e que chega para atendimento com problematizações no desenvolvimento. Entre outros aspectos apresentados e observados, a autora aponta à experiência subjetiva dos pais de Pedro, que, diante do seu nascimento e ao se depararem com um bebê “*magro e pequeno*”, se veem capturados pelo real do seu organismo. Nesta vivência, os pais “*não puderam*” (e aqui, este ‘poder’ aponta a um emaranhado de impossibilidades produzidas por conflitos subjetivos) lhe sustentar uma referência simbólica com significantes que operassem um lugar outro que não o da *insuficiência*, diante da qual as suas produções, conforme descritas pela autora, se apresentavam como não tramitadas e/ou autorizadas pela palavra, por um discurso que antecipasse e validasse a constituição de uma posição de sujeito e o desdobramento de melhores condições ao desenvolvimento. Projetar um futuro e construir histórias acerca deste bebê tornou-se distante, enquanto a criança carregava o signo de uma “impotência imaginária” - o que passa a ser trabalhado nesta abordagem clínica sobre a qual Jerusalinsky (2002) apresenta a narrativa.

Em consonância com a elaboração diante do caso de Pedro (JERUSALINSKY, 2002) e com a realidade vivenciada em situações de nascimento *pré-termo*, Mathelin (1999) evidencia que o nascer prematuro e a hospitalização, por si só, não podem ser tomados como aspectos deliberativos, pois muitos bebês que são hospitalizados evoluem psicologicamente muito bem. O que se faz relevante neste momento é a experiência que os atravessa durante sua estada na Unidade Hospitalar. Segundo Krodi (2008), há muitas questões que podem se colocar em relação a este período de hospitalização do bebê, tais como:

[...] a morte enquanto possibilidade e fim de um processo, a despersonalização da criança e sua família, os complexos recursos tecnológicos, [...] o funcionamento e ritmo próprios das UTIs, a falta de privacidade e intimidade, a comunicação e seus entraves e o pacto do silêncio¹⁴. (KRODI, 2008, p.121)

¹³ JERUSALINSKY, Julieta. Pedro e o escorregador: o que desliza quando brincamos. In: JERUSALINSKY, Julieta. *Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês*. Salvador: Ágalma, 2002, p.194-223.

¹⁴ Refere-se ao pacto do silêncio, como uma “conspiração” em que a família parece evitar falar sobre os acontecimentos que permeiam a hospitalização. (KRODI, 2008)

Mathelin (1999) ressalta que as questões que permeiam a vivência de hospitalização, tal como o discurso parental em relação ao bebê, podem tomar sentidos diferentes para cada família. Entretanto, “quase sempre é a violência que preside o nascimento de uma criança prematura” (p.65), desde o instante em que o parto que se desenrola na urgência, onde o bebê é abruptamente separado dos braços maternos, encaminhado para a incubadora e aos cuidados médicos, até a violência das primeiras palavras, como ‘*Não sabemos se ele vai viver*’. Assim, inscreve-se nesta trama, não só o trauma, mas o conflito “vida/morte” (Quiniou, 2011). Segundo Mathelin (1999), isto evoca à mãe uma posição de impossibilidade frente à criança, podendo vivenciar este momento como um traumatismo inominável.

Remete-se, neste contexto, ao conflito em relação ao saber materno, cujo qual para Mathelin (1999) é um saber que advém enredado em uma história, instituindo uma marca de desejo inscrita no discurso materno sobre o corpo da criança. No entanto, segundo a autora, quando o bebê é retirado às pressas dos braços da mãe após o nascimento prematuro, e é designado para os cuidados da equipe, o evento provoca uma vacilação quanto as referências maternas. De acordo com Jerusalinsky (1999) o saber que transgeracionalmente lhe foi transmitido, fica comprometido diante deste bebê que não é reconhecidamente saudável. “O corpo da criança não é mais encenado da mesma maneira” (MATHELIN, 1999, p.19), pois frente ao desnorreamento dos pais, o bebê dependerá do saber científico para manter-se vivo.

As mães perto das incubadoras sofrem quase sempre de uma incapacidade de pensar seu bebê. Com quem ele parece? O que sente? Quem é ele? Nessa impossibilidade de dizer, elas estão como que paralisadas, presas na armadilha entre o médico que conhece melhor do que elas [...] os riscos reais de morte da criança. (MATHELIN, 1999, p.70)

Na medida em que a capacidade de atender e acolher as necessidades do bebê é limitada, o agente materno se encontra impossibilitado de exercer sua função e, concomitantemente, com dificuldades em desenvolver o estado de Preocupação Materna Primária; uma vez que desde o início da vida o bebê é tomado como “uma criança dos médicos” (Wanderley, 2011). Destituída de seu lugar de maternagem frente a este bebê, a mãe pode acabar assumindo um lugar de cuidadora do corpo (JERUSALINSKY, 1999). Mediante a imprevisibilidade, a suposição de um futuro para este bebê pode ficar perturbada e, como refere Jerusalinsky (2002), desenrola-se uma

delegação de cuidados e de saber dos pais aos saberes técnicos (da equipe); desvelando, também, uma posição de negação diante do filho, que se faz como resposta mediante ao efeito traumático da irrupção do real. Assim, o que se revela nesta ocasião, é um estado de *Preocupação Médica Primária* (AGMAN; DRUON; FRICHET; 2011), em que a questão crucial se institui em torno dos cuidados ao corpo – cuidados estes que aludam a garantia de sobrevivência à criança.

Iaconelli (2012) afirma que esta conduta se assemelha às já descritas anteriormente através dos estudos de Spitz sobre o Hospitalismo, e “vigora na biotecnologia das UTIN. A sobrevivência dos bebês prematuros, almejada a qualquer custo, responde a esta lógica segundo a qual o priorizado é o ser vivo e não o sujeito” (p.116). A instituição hospitalar e sobretudo as prolongadas internações em UTI caracterizam-se pelos seus efeitos desorganizadores do Traço Unário¹⁵ (JERUSALINSKY, 2000, p.55). Neste cenário, como escreve Jerusalinsky (2018) a verificação da higidez dos órgãos que suportam as funções desta criança, é de extrema importância, mas tão importante quanto isto, é poder verificar o modo como as funções estão articuladas na relação com o Outro, e interrogar-se: “falam com ela? Tomam as produções (olhares, endereçamento corporal, gestos) e vocalizações como um dizer? E, se falam, como falam com a criança?” (p.92).

Assim como se faz necessário que o bebê seja afetado pelos cuidados maternos, o agente materno primordialmente também precisa *estar atravessado* pela existência do bebê. É fundamental para um bebê que outro humano se disponha a cumprir para ele a função materna. Flesler (2012) propoe que o idílio participa desta trama subjetivante, como um tempo necessário para que haja representação diante do nascimento de um filho. Representação que contém referências significantes e de uma história que também engendra a função materna. Mas cumpri-la, segundo Catão (2004) “implica, desde o início, acolhê-lo em sua diferença.” (p.133). Assim, levanta-se uma questão: “como sentir-se mãe desse bebê que não dá sinal, que não mama no seio, que não olha, que, não sendo em momento algum tranquilizante, não fabrica “mãe”? (MATHELIN, 1999, p.67)

De acordo com Freud (1924/1989), embora o período da gravidez seja uma vivência repleta de ambivalências, garantiria à mãe um sentimento de potência, na medida em que a criança representar um substituto do falo - numa tentativa

¹⁵ A função do traço unário delinea-se a partir de uma pequena diferença que se destaca, e é livre de comparações. O sujeito pode se constituir ou não como portador do traço unário. (LACAN, 2003)

equacionar a referência à falta, referência simbólica com efeito de estruturação psíquica. A mulher, assim enquanto mãe, “desliza - ao longo da linha de uma equação simbólica, poder-se-ia dizer - do pênis para um bebê” (Freud, 1924/1989, p. 223); sendo que quando um filho nasce, poder tomá-lo nos braços é, para a mãe, é uma possibilidade elaboração frente a uma articulação psíquica previamente estruturada.

Ao estudar aspectos presentes diante do nascimento em condição de prematuridade, Vanier (2016) destaca que para muitas mães, prematuramente mães - na medida em que não se pode tomar a criança nos braços -, há um sentimento de que como se elas ainda não houvessem *‘dado à luz’*. Esta observação é abordada e descrita por Michel Soulé como “Síndrome da Barriga Vazia”, e caracteriza-se pela angústia de estar em uma maternidade sem um bebê (AGMAN; DRUON; FRICHET;2011). Analisando este contexto, Mathelin (1999) interpreta que a incubadora se apresenta associada à representação e à substituição do ventre materno da melhor forma possível, “fazendo tudo como se o bebê ainda não tivesse nascido” (p.40). Há, no entanto, um perigo que atravessa esta experiência, pois, afinal, o bebê “não está mais no ventre da mãe [...] não se pode fazer como se nada tivesse acontecido” (MATHELIN, 1999, p.40-41), colocando-o em uma conduta expectante. Como escreve Dolto (2013), a incubadora os mergulha em uma condição de completa privação, de silêncio e de solidão: “Nenhum cheiro da mãe, nenhum contato visual, nenhum toque, nenhuma das carícias que delimitam o corpo. Essa vida em incubadora parece-me criar um verdadeiro autismo experimental”. (DOLTO, 2013, p.101)

Para Teperman (2008), o bebê que fica *‘à espera’* pode acabar não indo ao encontro com um Outro a “ser provocado”, especialmente aqueles bebês que se encontram fragilizados de tal modo que não dispõem de uma força necessária para endereçar provocações ao Outro - tal como se reconhece em muitos casos de recém-nascidos prematuros. Se neste período inicial, no qual a dependência ao Outro é fundamental, o que se coloca é a indisponibilidade e/ou ausência do Outro, esta condição pode constituir dificuldades que se desdobram e interferem diretamente na constituição psíquica do bebê.

De acordo com Winnicott (1956/2000), o nascimento traumático pode instaurar um aspecto de invasão ambiental bebê e, simultaneamente à *falha de uma adaptação*

*materna suficientemente boa*¹⁶ para com o recém-nascido, não seria possível protegê-lo destas intrusões, provocando “ameaças de aniquilação ao ego¹⁷”. Pode se constituir um hiato temporal que interrompe o que o autor nomeou de “*continuidade de ser*” do bebê – como, por exemplo, o processo de temporalidade contínua durante uma mamada a outra, ou o intervalo entre um modo de segurar a outro, garantindo uma certa coesão entre mãe e bebê. Há, assim, uma importante questão a ser abordada “quando a experiência do nascimento é traumática em termos psicológicos” (WINNICOTT, 1956/2000, p.265). O autor pontua que o nascimento traumático faz marca de um congelamento, que produz uma *descontinuidade* desestabilizadora do ritmo temporal de vivenciar a experiência a dois em um só corpo, no qual o bebê se encontrava durante a gestação.

Segundo Rabello (2016), a sensação de *continuidade de ser* habitualmente poderia desenrolar-se em vivências táteis para com o recém-nascido, através do segurar e do toque na pele, promovendo contornos ao seu corpo. No caso de bebês prematuros, este movimento é constantemente obstruído, ao se perder “nas inúmeras vezes em que é invadido pelos procedimentos médicos.” (p.21). Frente à necessidade de a imaturidade do corpo adaptar-se às novas condições impostas antecipadamente e às dificuldades de manter a assiduidade de cuidados maternos, o nascer prematuro se coloca como uma descontinuidade temporal para o bebê (ZORNING; MORSCH; BRAGA, 2004). “Diferentes mãos que o tocam, olhos que o olham, vozes que falam, não se faz possível que arme um ponto de referência para situar-se simbolicamente e vir a operar seu reconhecimento” (JERUSALINSKY, 2000, p.55). Para Winnicott (1956/2000), neste momento de *não-integração* o bebê se encontra em um puro desamparo psíquico. No entanto, esta condição poderia restituir-se na medida em que, em meio a tal descontinuidade que se coloca, houver condições de sustentar cuidados de um Outro endereçados a ele.

Neste contexto, há possibilidade de que se arme um lugar a este bebê, inscrito e referido à trama de um desejo parental que convoque à existência, à sua constituição como sujeito; e, diante deste anteparo do desejo venha a dispor-se a olhá-lo e a

¹⁶ Para Winnicott, uma “adaptação materna suficientemente boa” diz respeito ao cumprimento do papel materno em fornecer “um contexto para que a constituição da criança comece a manifestar-se, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se, e para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida. (WINNICOTT, 1956/2000, p.403)

¹⁷ Aqui, “ego” equivale a um somatório de experiências. (WINNICOTT, 1956/2000, p.405)

escutá-lo? Dolto (1990) refere que muitos pais não sabem que mesmo muito pequeno – desde o nascimento! - o bebê é um ser humano de linguagem. Segundo a autora, o maior sofrimento do ser humano é não se comunicar com os outros, e uma criança nunca é pequena demais para que lhe dirijamos a palavra. Destaca que as palavras inscrevem marcas em sua memória inconsciente e testemunham o respeito por sua pessoa (DOLTO, 1989). Dolto (1996) ainda propõe:

Quando o adulto não deposita confiança nas expressões que a criança dá de sua vitalidade, e confiança a ponto de falar com ela, por mais doente e pequenina que seja, a ponto de autorizar as manifestações de alegria ou sofrimento próprias da criança [...] quando o adulto não entra em contato afetivo e verbal com a criança, independentemente das manipulações necessárias de seu corpo, que não incluem forçosamente uma comunicação intersíquica, a criança fica impossibilitada de adquirir confiança em si como um ser da linguagem e do desejo, essencialmente distinto de seu corpo, na medida em que este a constitui apenas como um ser das necessidades. (DOLTO, 1996, p.50)

O bebê, em “*sua*” incubadora, muitas vezes encontra-se tão debilitado, “incomodado, picado, aspirado, meio morto-vivo, sofredor, às vezes feio, ainda um pouco feto” (QUINIOU, 2011, p.56-57), que sua capacidade de se comunicar também fica debilitada. Jerusalinsky (2000) ressalta que, além de os diversos procedimentos médicos, a internação em tempo prolongado pode produzir importantes efeitos, colocando em risco com o apagamento ou com a desfiguração de alguns aspectos que serviriam como base às suas primeiras aquisições instrumentais¹⁸. Todavia, segundo Vanier (2016), ainda que com nascimento prematuro, o bebê tem capacidade de expressar suas tentativas de comunicação ao outro.

Mesmo que pouco se escute ou se fale a esses bebês minúsculos, eles são extremamente tagarelas. Um bebê que, mesmo com 25 semanas e com peso de 450 gramas, não prende o olhar e não responde à voz, é um bebê que não está indo bem” (VANIER, 2016, p.302).

Ao contrário da concepção que por muito tempo se acreditou, de que recém-

¹⁸ Delineiam-se aspectos instrumentais: a linguagem, a psicomotricidade, a aprendizagem, o brincar, os jogos, a socialização, a construção de hábitos cotidianos e a socialização. (CORIAT; JERUSALINSKY, 1996)

nascidos não eram afetados pela sensorialidade, nem tampouco sentiam dor, Vanier (2016) afirma que um bebê prematuro, apesar da imaturidade de sua organização corporal e de seu sistema nervoso, é ainda mais receptivo e sensível a estímulos do que um bebê a termo. Ele seria hipersensível (MATHELIN, 1999, p.40), ao sentir o mundo à sua volta. Em acordo com as ideias de Vanier (2016), Mathelin (1999, p.93) destaca que “falar com uma criança e estar à sua escuta passa pela atenção dada ao seu corpo e às emoções que ela provoca em nós”. Para esta autora, os bebês, mesmo os prematuros, em suas tentativas de comunicação, necessitam de respostas. “Todos os humanos necessitam de comunicação. A extrema imaturidade não parece tornar impossível no pequeno homem o desejo de ser ouvido por outro.” (MATHELIN, 1999, p.42)

É preciso que o Outro acolha e dirija-se à criança, introduzindo uma narrativa entre ela e a máquina (VANIÉR, 2016). Legitimado pelo desejo que convoca à existência, o Outro materno pode vir a cumprir com a função de sustentar a inauguração de um vínculo humano e não anônimo com o pequeno bebê, nomeando-o, acolhendo-o e aconchegando-o em seu *colo significante*, com toques, sons e palavras que inauguram e ‘*nutrem*’ a vida psíquica, que marcam o nascimento do bebê como *ser*. Articulando-se através deste endereçamento, seja pela voz ou pelo toque, insere-se a possibilidade de uma modificação sobre a função mecanicista da incubadora: ainda que seja necessário este e outros recursos dos quais a ciência dispõe, e que tenham participação imprescindível para a manutenção da continuidade existencial, não precisam – as máquinas – serem as fontes das insígnias que produzem sentido à vida e ao existir. Ainda que com as fragilidades que lhe acometem, o bebê está capacitado à condição humana, a integrar-se ao laço de desejo que a ele é endereçado.

3. DO BERÇO AO COLO: PALAVRAS E TOQUES QUE FAZEM NASCER

“Viver é experimentar de maneira contínua uma situação de encontro”.

(AULAGNIER, P. 1975, p.30)

O avanço dos estudos acerca da vida psíquica do bebê – nascido *a termo* e também na condição de *pré-termo* - consideram a importância de olhar e destinar atenção aos momentos e aspectos mais precoces da sua existência. No entanto, ainda que sejam reconhecidas as potencialidades humanas do bebê, constituem-se alguns questionamentos que derivam desta práxis clínica: como sustentar um endereçamento apesar do atravessamento da prematuridade? “Como colocar esse bebê num lugar de ideal onde a “facilização” seria possível?” (MATHELIN, 1999, p.25) Como manter uma circulação pelo simbólico quando o real irrompe sua possibilidade? (JERUSALINSKY, 1999) “Podemos ver o que o bebê sente em seu corpo? Podemos ver [...] dia após dia, o desejo de viver?” (MATHELIN, 1999, p.42). É possível estabelecer trocas com este “pequeno” em UTIN? O que o encontro com Outro produz? É possível localizar seus modos de expressão a partir do que lhe afeta? Neste contexto de questionamentos, encontram-se observações importantes realizadas por autores, tais como Matheli (1999) e Ferreira (2019), que asseguram, respectivamente, que mesmo um bebê prematuro “espera uma resposta em função daquilo que já sabe identificar” (p. 42), assim como possui demanda por um ouvido que não esteja impedido de escutá-lo.

Em 2002, Delgado e Zorzetto (2002) realizaram uma pesquisa com mães e bebês prematuros hospitalizados na UTIN (Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Ao serem questionadas sobre como percebiam os sinais de comunicação de seus bebês durante a estada nesta Unidade Hospitalar, relatam as referências e reconhecimento destas manifestações: o contato visual, os movimentos corporais, a sensibilidade à voz e ao choro. Dentre estes modos de expressão, o contato visual foi o mais citado (53%) pelas mães participantes. Também, a pesquisa identificou a variável correspondente às mães que referiam não perceber qualquer sinal e que, diante desta condição, não estabeleciam comunicação com a criança.

Para Fabre-Grenet (1997), os bebês demonstram, em suas expressões, sinais de conforto e/ou de desconforto, sendo importante a atenção à sensibilidade e às limitações que lhe acometem. O reconhecimento das suas características, em sua singularidade, abre a possibilidade do estabelecimento de interação social ao bebê prematuro, como uma vivência humana desejável e não invasiva. Trata-se de que o Outro possa reconhecer o bebê em sua singularidade, referindo-lhe à inscrição na linguagem como um sujeito, sendo respeitadas as suas necessidades e reconhecidas as suas demandas inclusive e para além dos aspectos fisiológicos e da realidade da incubadora. Há, assim, a possibilidade de estabelecer uma interlocução mediada por trocas prazerosas e compartilhadas - seja pela via do reconhecimento de sons que o bebê possa discriminar e emitir, seja através dos movimentos e expressões que pode produzir; sendo que a voz, o toque e o olhar se constituem referências primordiais à formação deste vínculo.

Estas expressões encontradas no bebê revelam, segundo Mathelin (1999), que ele contém traços constitutivos que permitem reconhecê-lo como ativo nos processos inerentes à formação dos vínculos. A autora propõe que o bebê, ao nascer, apresenta uma predileção pelo rosto humano. Afirma que mesmo na condição de prematuridade, estando perto, o bebê pode ver com bastante nitidez o rosto materno e busca se envolver no olhar de sua mãe. “Parece que o olhar causa um efeito sedativo na criança”¹⁹ (Ajuriaguerra, 1996, p.72, tradução nossa).

Catão (2015) assinala, em sua perspectiva de leitura acerca do vínculo entre a mãe e o bebê, que o olhar se constitui como um modo em que o bebê pode capturar o gozo materno. Aqui, o olhar não se reduz somente à visão, mas a um olhar interessado (de desejo) do Outro à criança. Quando a mãe interpreta o olhar do neonato em resposta a ela, há possibilidade de re colocação de sua posição de maternagem, confirmando-a em sua identidade e possibilitando a identificação com a criança. Converte com esta observação teórica e clínica, a posição de Ajuriaguerra (1996), que propõe que quando há reciprocidade, há também uma sustentação pelo olhar, sendo que através do contato visual se estabelece a base da sociabilidade humana, na medida em que este vem a representar uma relação recíproca que emerge a partir do estabelecimento do encontro no olho-a-olho [ou olhar a olhar!]. Neste sentido, faz-se importante resgatar os escritos de Winnicott (1975), quando

¹⁹ Parece ser que la mirada ejeta un efecto sedante en el niño (AJURIAGUERRA, 1996, p.71)

aborda que é a partir da experiência de *espelhagem com a mãe*²⁰ que o neonato constitui e vivencia um sentido de unidade. Ainda, corroborando com esta ideia, é possível referir a elaboração de Manetti (1998), quando afirma que “o bebê olha para a mãe, é olhado por ela e se vê no seu olhar [...] um alimenta o olhar do outro” (p.122).

A sustentação deste vínculo, desta interlocução, se coloca em uma continuidade temporal, e permite ao bebê o desenvolvimento de um sentimento de familiarização a este rosto. Inseridos nas investigações clínicas sobre bebês, Klaus e Kennell (1992) observam a relação constituída por uma população de mães e seus bebês prematuros, em que a reciprocidade do olhar comparece em tempo prolongado desde o nascimento da criança. Constataram, a posteriori, que nos casos em que este vínculo se estabeleceu, produziu-se um olhar mais insistente entre mãe e filho no período correspondente à iniciação da amamentação; ao contrário dos casos em que este elo não havia se estabelecido.

No entanto, é preciso considerar que há dificuldades subjetivas que determinam, muitas vezes, a impossibilidade ou fragilidade de a mãe sustentar o endereçamento do olhar quando se depara com um filho que nasceu em estado prematuro. Mannetti (1998) refere que há situações em que “o que ela não consegue é olhar para seu bebê porque não se vê reconhecida no seu olhar.” (p.122). Referindo-se a esta temática, Dias (2008) apresenta a preocupação de que quando a mediação pela via especular é precária, o bebê busca e fica à deriva do que pode ser escutado. Para a autora, existe uma ligação desde o início para o recém-nascido entre a imagem e o som, ou seja, entre o olhar e a voz. Apresenta a ideia de que “o universo escópico do neonato é, desde o início, perfurado pelo turbilhão do fonema na dimensão do escutado”. (DIAS, 2008, p.155).

Inserida nas pesquisas relacionadas à vida dos bebês, Inês Catão (2009) argumenta que no circuito pulsional que se estabelece entre o Outro e o bebê, a oralidade e a escuta têm caráter e função determinantes e constitutivas do psiquismo. Catão (2009), em suas produções, destaca que o processo de nascimento de um bebê passa pela boca - *o bebê nasce pela boca*. A voz materna, aqui, comumente constitui-se como a primeira via de ligação entre o bebê e a mãe, como também o primeiro

²⁰ O precursor do espelho é o rosto da mãe [...] O que vê o bebê quando olha para o rosto da mãe? Sugiro que, normalmente, o que o bebê vê é ele mesmo. Em outros termos, a mãe está olhando para o bebê e aquilo com o que ela se parece se acha relacionado com o que ela vê ali. (WINNICOTT, 1967, p.153-154)

objeto da pulsão²¹ oral; podendo-se conceber que o bebê suga a voz materna de forma prazerosa, e com ela se deleita.

A autora (CATÃO, 2009) reconhece que a voz materna, enquanto enunciação de um endereçamento – o *manhês* (*motherese*) – é um chamado sedutor próprio e organizador do momento de alienação aos significantes do Outro, necessário e constituinte para o bebê neste primeiro momento de sua vida. Ressalta que este movimento deve ser incorporado por uma via de mão dupla, entre quem enuncia e o bebê. Não basta que haja gozo materno, mas uma implicação do bebê diante deste vínculo proposto e suposto. Adverte que o bebê, mesmo que prematuro, pode ser extremamente receptivo ao que lhe é destinado através da voz materna, sendo necessário, no entanto, como refere Mathelin (1999), “estar à escuta de sua vontade de comunicação” (MATHELIN, 1999, p.61)

Lacan (1964/1985) descreve a voz como objeto pulsional invocante do desejo do Outro. Para o autor, “tudo que o sujeito recebe do Outro pela linguagem, diz a experiência comum que ele o recebe sob forma vocal” (LACAN, 1962-1963/2005, p.298). O autor ressalta ainda que a linguagem aqui não se reduz puramente ao som da voz, não ressoando em um “vazio espacial qualquer”, mas que se evidencia uma evocação especular articulada e endereçada pela via da sonoridade, observada através de experiências de vocalização em direção ao infans. Catão (2015, p.22) destaca pesquisas de psicolinguistas que tem demonstrado um extremo esforço, não imitativo, mas comunicativo por parte do bebê, como resposta à invocação significativa do Outro: “A prosódia *manhês* chama o bebê para o laço com o outro”. (CATÃO, 2018, p.2010). Ainda, segundo Catão (2009):

Em suas protoconversações, mãe e criança partilham a voz, que dá suporte ao que se constituirá como corpolinguagem. O ato de endereçamento do Outro materno inscreve no corpo do infans, sob a forma de letra, o que a voz porta de enigmático do desejo do Outro (Catão, 2009, p. 188).

Vorcaro (2010) assinala que é justamente a fala endereçada o primeiro aspecto que remete a alteridade no bebê prematuro, “e não aquilo que os observadores da situação reconhecem como interferência técnica ou manipulação feita no organismo neonato.” (p.225-226) Segundo esta autora, a função da fala em uma UTIN deve se

²¹ Linguagem estruturada que se situa entre o campo físico e o campo psíquico, indicativa de significantes que remetem às demandas do sujeito ao Outro e do Outro ao sujeito.

sobrepôr aos endereçamentos anônimos e protocolos técnicos aos quais a criança está submetida, sendo que a fala constitui-se como exterior à biunivocidade bebê-UTI, na medida em que articula um traço de sujeito. Assim, falar com um bebê prematuro em uma continuidade tem a função de capturar seu funcionamento de tensão/apaziguamento. Do mesmo modo, permite que o bebê possa “ler” e diferenciar a exterioridade que lhe envolve.

Não se desconhece que todo o aparato que cerca o neonato na UTI é feito de linguagem, mesmo que tal aparato restrinja-se ao que a condição de prematuridade orgânica do neonato pode tomar como oposição entre dois estados - de tensão e de apaziguamento - por meio do que a biunivocidade dos aparatos põe em marcha para a sobrevivência do neonato. Não se trata, portanto, apenas de expô-lo à linguagem, posto que ele já está nela, mas de banhá-lo dos efeitos que o ato da fala endereçada - mesmo que sem garantias - pode antecipar quanto ao engajamento com um ser de desejo. (VORCARO, 2010, p.621)

Conforme Saint-Exupery (1999, p.43), para o bebê “a voz é essa cesura significativa mais apta a levá-lo à vida do que o corte do cordão umbilical. Ela é o que nomeia, distingue e celebra o corpo da criança”. A musicalidade das palavras opera em função de “instituir ao bebê o “continente” (holding)²² que lhe falta.” (ZEN e MOTTA, 2008, p.115). Segundo Saint-Exupery (1999), na medida em que a voz é internalizada pelo bebê, ela faz marca em seu corpo e em sua história, lançando-o ao advento à humanização.

Falar endereçadamente a um bebê sobre o que faz marca em sua própria história, sobre as questões que atravessam a narrativa em torno de seu nascimento, constitui-se como uma via prazerosa e compartilhada de ampará-lo nas angústias da trama em que ele se encontra imerso, mas que ainda não pode nomear. Isso de tal forma, que pode-se afirmar que é na tessitura de uma narrativa, capturada na linguagem, que o bebê se organiza e se sustenta como sujeito com um corpo e não como organismo. Para Dolto (1999, p.26) é também preciso falar ao bebê sobre o que lhe acomete sua história, advertindo que: “A partir do momento em que se diz a uma

²² Conceito desenvolvido por Winnicott (1983) que refere a uma sustentação que contém o bebê em sua totalidade, perpassando ao mesmo tempo pela vivência física e simbólica.

criança, com palavras, o que perturba a relação [...], prevenimos um agravamento de seu estado de sofrimento e às vezes evitamos sua entrada neste estado”. O trauma, neste cenário, tende a se constituir como tal se o silêncio substituir o dizer (Rabello, 2016).

Compondo a análise das condições de um bebê, Druon (1997) observa, em sua atividade clínica, que bebês prematuros também se expressam pela via corporal, constatando que no interior de sua incubadora, o bebê busca apoiar o seu pé, a sua cabeça ou suas mãos nas superfícies possíveis de contato. Esta autora destaca que estes movimentos são meios de buscar, no apoio, a segurança que permitiria o sentimento de continuidade de existir. Remete suas observações e construções teóricas aos estudos de Anzieu (1958 apud DRUON, 1997) postulando acerca da existência de um ‘*Eu-pele*’ como ‘*envelopes psíquicos*’; ou seja, concebe que a pele possui uma função psicológica ao bebê, sendo que a partir de experiências táteis precoces sob o olhar do personagem maternante, tramita-se do registro da sensorialidade ao registro psíquico.

Druon (1997) também pontua que o bebê prematuro apresenta expressividade de prazer ou dor pelo toque, pelo choro, pelo retraimento ou pelo relaxamento. Exemplifica casos em que bebês que se encontravam agitados em suas incubadoras e, após terem seus corpos cobertos, ou na medida em que podiam agarrar-se a um objeto - sondas, fios ou tecidos que o recobriam - exprimiam um completo relaxamento. Para a autora, o bebê procura pontos de apoio na incubadora como forma de reencontrar os limites das paredes intrauterinas. Reconhece estes fenômenos como experiência de característica unificante, através da qual o bebê pode reviver o sentimento de continuidade corporal que havia na simbiose [relação uterina] com a mãe.

Quando, neste contexto de vida, se viabilizasse levar o bebê ao colo, inaugurava-se um novo momento no qual o *segurar* compunha as funções de sustentação e manipulação – abordadas e fundamentadas pela teoria winnicotiana -, integrando-se à experiência de efeito estruturante ao psiquismo, neste tempo em que há “uma luta para reunir as partes do *self*” (DRUON, 1997, p.128). Para Iaconelli (2019) o colo não deve ser tomado apenas como um aspecto fisiológico, dado que, este também viabiliza condições para a constituição do sujeito, “ou seja, o colo forma um sujeito psiquicamente” (p.48). De acordo com a autora, o colo proporciona contornos ao corpo, na medida em que integra as experiências que possibilitam o

reconhecimento corporal, assim como as bordas deste mesmo corpo. Se inicialmente o colo pode ser posicionado a partir de uma ordem tátil, com o decorrer do tempo e das experiências inerentes à formação de vínculo, ele vai tornando mais “sofisticado”²³, não necessariamente tátil: pode ser uma palavra, um olhar, um gesto” (p.33).

Segundo Kennell e Klaus (1992), estudos já realizados em torno do bebê prematuro, revelam que ao ser tocado, acariciado ou levado ao colo (quando possibilitado) em seu dia-a-dia, durante a permanência na UTIN, o bebê pode apresentar importantes avanços em seu desenvolvimento. “Na UTI Neonatal, é importante que o bebê possa vivenciar experiências gratificantes por meio de sua pele” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Rabello (2016) observa:

É preciso imaginar uma categoria de indícios, vestígios de um contato, de uma espera, de uma maneira de tocar, indicações de que algo se passa, que indo além das palavras estabelece a existência de algo ou de alguém. (RABELLO, 2016, p.22)

Estas expressões humanas e humanizantes, quando inseridas na vida de um bebê prematuro, participam da produção psíquica de sustentação, na medida em que engendram-se e possibilitam produções atreladas ao exercício da função materna. São, desta forma, observadas, investidas e reconhecidas como competências e vias de comunicação endereçadas ao bebê. Deste modo, o vínculo com o bebê de nascimento prematuro – seu filho! - pode ser viabilizado através da erogenização do corpo mediada por trocas que lhe fazem contorno, pelo toque, pela maneira que respondem ao seu olhar e pela forma que se endereçam a ele: “enquanto humano endereçando-se a outro humano, habitado por seus afetos, pensamentos, desejos” (MATHELIN, 1999, p.44).

Para Lebovici (1987) a interação com o bebê por si só não garante o afeto, mas são os afetos que “acompanham ou mesmo a determinam e a complementam” (p.209). Ou seja, um corpo que não for atravessado pelo desejo, não erotizado e não tomado com sentido na relação com o Outro, esboça dificuldades no desenvolvimento, independentemente de todo seu potencial primevo. Mathelin (1999) ressalta que no contexto da prematuridade, a mãe pode levar tempo para recuperar seu bebê pela

²³ Grifo nosso.

fala, pode levar “tempo para remeter-lhe sua imagem - indispensável efeito especular antes do espelho.” (p.91) No entanto, “...a adequação entre os dois é necessária, senão o bebê desaba.” (Idem, p.91).

Jardim (2011) recorre a Freud (1914) em seus *Escritos sobre o Narcisismo* (1914-1916), referindo este período como o momento em que o “eu se arma em torno de um corpo próprio como um objeto, e, no momento seguinte, este investimento passará para outros objetos do mundo. Caso esta passagem não ocorrer, há instalação de uma patologia psíquica.” (p.56). Ou seja, como refere Bernardino (2008), quando há dificuldades para armar o circuito demanda-desejo da função parental em torno da criança, há formação de um *sintoma*, que se manifesta de forma codificada como um mal-estar, podendo colocar em risco a constituição psíquica e o desenvolvimento.

Convocar um bebê à formação de vínculo, invocando-o a comparecer como sujeito [suposto] e situando-o em uma rede de significações, lhe concede um lugar que o ampara estruturalmente diante da “angústia aniquiladora da falta de sentido, do desamparo e do não lugar simbólico” (BERNARDINO, 2008, p.24), ou seja, de um estado de não-integração (WINNICOTT, 1956/2000). Para além de uma trivial conduta de ação e reação, é preciso que haja demanda e resposta; sendo que é através do “desejo, pois, a condição de possibilidade do humano” (MOTTA, 2006, p. 58). Em função e pelo enlace do desejo se constrói um lugar simbólico para o bebê, um lugar que o convida a tornar-se sujeito. Esta ideia vai ao encontro da observação de Flesler (2012), quando articula que o desejo da mãe, enquanto função, “realiza antecipadamente o sustento narcísico.” (p. 44) No encontro com o Outro, no “traço a traço, letra a letra” (MOTTA, 2006, p.56) bordejando sucessivamente a estrutura, se inscreve e sustenta uma construção fantasmática, viabilizadora de produção subjetiva.

Para Lima (2001), “todo processo de subjetivação pode ser entendido como o modo de se articular” (p.31), precisando a criança estar endereçada como objeto investido das demandas de um Outro. Esta articulação deve se dar entre “dois campos, heterogêneos: o real do corpo da criança e o Simbólico (lugar da linguagem e do desejo que já está lá no Outro). (CALLIGARIS, 1986 apud LIMA 2001, p. 31). Esta se configura como uma possibilidade de transformação, a passagem de um organismo biológico para a erogenização do corpo.

É neste enlaçamento entre o real do órgão e o simbólico parental [...].

Não se trata de tomar o discurso parental por um lado e as funções orgânicas por outro, mas justamente a articulação entre um e outro, o ponto em que o discurso parental, ao fazer seus retornos sintomáticos, produz inscrição, faz letra, produz as primeiras marcas constituintes *do e no bebê*. (JERUSALINSKY, 2002, p.193)

Ainda sobre esta questão, expõe Manenti (1998):

O corpo do bebê deixa de ser real, um pedaço de carne, para ser imaginário e simbólico na medida em que seja erotizado pelo olhar, a voz, o cheiro e o toque diferenciado que a mãe lhe endereça nos cuidados primários e que seja recoberto por significantes que lhe constituam referências simbólicas. É o nascimento do eu. (MANENTI, 1998, p.123)

Segundo Rabello (2016) é necessário que os pais possam mediar e ressignificar a descontinuidade e o descompasso entre o bebê do narcisismo parental e este bebê prematuro que ali se encontra, “apontando para um mais além do que é possível ser visto” (p.22). Como relata Jerusalinsky (2002) no caso clínico de Pedro²⁴, a partir do momento em que a família dá abertura para um novo lugar para a criança, a sua posição se modifica, pois, desliza do lugar de impotência para assumir o lugar de uma criança capaz de surpreender os outros com suas produções. (JERUSALINSKY, 2002).

Através desta amarragem simbólica se produz efeito de alteridade, o que possibilita subjetivar. Segundo Bernardino (2008), “é necessário que haja o encontro de olhares, palavras e investimentos que veiculam o desejo, elementos necessários para a identificação subjetiva e a constituição da imagem própria.” (p.26). O envoltório simbólico que captura o frente ao Outro, possibilita-lhe reconhecer-se e situar-se diante de uma exterioridade, inscrevendo eventos de sua vida em uma série. “Nesse momento a criança experimenta um júbilo revelador de um dinamismo libidinal que, ao mesmo tempo, atesta a emergência do eu e confere-lhe um destino alienado e preso a uma alteridade fornecedora da sua própria identidade” (KLAUTAU, 2008, p.127).

Neste contexto, no qual se observam a emergência de investimentos e

²⁴ JERUSALINSKY, Julieta. op. cit, p. 194-223.

impasses acerca a sustentação do exercício das funções parentais para a constituição subjetiva do bebê, emergem demandas que apontam à construção de uma rede de cuidados que os considere e os reconheça - que se ocupe de pensar, acolher e dar suporte à elaboração dos possíveis conflitos subjetivos e sofrimento atrelados à esta experiência de vida.

Diante de vivências acerca dos efeitos das separações precoces devido à hospitalização do bebê e as dificuldades que se colocam no estabelecimento e formação de vínculo, constatou-se a necessidade de ações preventivas e de intervenções precoces por meio de instituições sociais, pautadas por objetivos em prol da Saúde Mental materna e infantil (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012). A OMS (2012) ressalta a importância do refinamento de práticas preventivas em torno da prematuridade, particularmente no que diz respeito ao contexto desenvolvimental dos bebês nascidos prematuros. Zen e Motta (2008) apontam que no cuidado à saúde da criança neste período, já reconhecido pela OMS, consta-se inclusive a necessidade de práticas preventivas voltadas para os riscos à fragilidade de vínculos entre mãe/bebê e para constituição psíquica da criança. Segundo as autoras, nas últimas décadas tem se apresentado um importante processo de mudança no contexto brasileiro em relação às Políticas Públicas voltadas a esta direção.

No Brasil, o olhar preocupado com a permanência de pais acompanhando seus filhos no contexto hospitalar é muito recente, tornando-se efetivo, historicamente, a partir da promulgação da Lei nº. 8.069 em 13 de julho de 1990, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). Declara-se, a partir da promulgação e reconhecimento deste Documento, a importância de que haja condições para que a família passe a ter um lugar de permanência e participação junto ao cuidado da criança hospitalizada em tempo integral. Em 2016, o artigo 12 é redigido pelo ECA, ampliando e incluindo, nesta diretriz, a UTIN (Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal).

Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente. (Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016)

De acordo com as orientações previstas pelo Ministério da Saúde (2011),

implantam-se esquemas de hospitalização conjunta para os pais e seus bebês, com o objetivo de evitar a separação prolongada, decorrente da necessidade internação da criança. Zen e Motta (2008, p.103) observam que embora estas orientações promovam uma melhor condição e melhores direcionamentos para acolher estes sujeitos diante desta experiência de vida, ainda persiste certa confusão – a ser trabalhada – entre a presença da mãe corporificada e a presença desejante da Função Materna. Reconhecem, no entanto, que “a interrupção da continuidade dos laços afetivos e referenciais entre mãe-bebê representa situação de risco, tanto para o RN [*recém-nascido, nota do autor*] quando para sua mãe, quanto para o vínculo entre eles”. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2011), há que se investir na constituição de um olhar para um atendimento adequado aos pais, visto que este cuidado pode resultar, inclusive, em um menor tempo de internação da criança numa Unidade de Tratamento Intensivo – e, neste sentido, contribuir para o (re)estabelecimento da sua saúde.

Neste contexto de estudos, discussões e intervenções, situa-se, no ano de 1999, através do Ministério da Saúde do Brasil, a construção de uma proposta vinculada à Política Nacional de Saúde, com o objetivo de promover acolhimento e intervenção com pais e bebês prematuros, e buscando a minimização dos efeitos da internação na UTIN (Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal) sobre os bebês, sobre as suas famílias e sobre [a qualidade do] o vínculo entre eles. Trata-se da *Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru* (Brasil, 2002). De acordo com a definição do Ministério da Saúde (2002):

“Método Canguru” é um tipo de assistência neonatal que implica contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido [...] pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado a seu recém-nascido. (BRASIL, 2002, p.18)

Este Método foi idealizado na Colômbia, em 1979 e vigorosamente divulgado pelo Fundo das Ações Unidas (UNICEF). Surge como uma medida em resposta aos efeitos da separação de mães e seus bebês, em função do distanciamento que poderia ser provocado pela necessidade de o bebê permanecer na incubadora. A proposta em questão prevê intervenções que podem ocorrer na medida em que o

bebê tenha condições de transpor-se ao colo temporariamente, durante o período de hospitalização. Dentre as proposições do Método, estão: a contribuição para a construção de uma melhoria à formação do vínculo mãe-bebê, diminuição do tempo de separação, e menor tempo de permanência na Unidade de Tratamento Intensivo, devido à relevante recuperação do bebê (BRASIL, 2002). Para OMS (Organização Mundial de Saúde, 2003) este movimento também fraciona a agitação rotineira experimentada em uma Unidade Hospitalar. Escritos do Manual do Método Canguru (2009) ressaltam a importância de uma Rede de Apoio que se ocupe do acolhimento, da atenção e da transmissão de informações aos pais. Este Manual aponta para a necessidade de acolher e dar liberdade aos pais na circulação e na participação ativa do cuidado à criança; assim como, também, reconhecer, comunicar e demonstrar junto aos pais, continuamente, as competências do bebê.

Jerusalinsky (2000) ao dispor sobre os três tempos lógicos teorizados pela teoria psicanalítica lacaniana – o tempo de ver, o tempo de compreender e o tempo de concluir - observa que os pais, diante do tempo de internação da criança, podem permanecer constantemente no tempo de ver, sem possibilidade de fazer a passagem para um tempo de elaboração, ou seja, paralisados diante da cena, mantêm-se distanciados e afirmam não conseguir entender o que lhes ocorre e o que se passa com seu bebê. Esta construção teórica remete à obra “História de uma Neurose Infantil (“O homem dos lobos”), Além do Princípio do Prazer e Outros textos” de Freud (1917/1920), quando no texto “*O inquietante*”, escreve sobre o horror de se deparar com a estranheza do outro. Entretanto, o autor afirma que o estranho nos causa perturbações justamente porque nos é familiar, já tendo sido parte de uma vivência primitiva, alienando-se ao recalque. Esta questão pode-se estender como uma interpretação que remete à vivência do choque dos pais ao se depararem com um bebê real, que diante da prematuridade, causa-lhes estranheza. Para Krodi (2008) este mal-estar é nada mais do que o encontro com a materialização e o horror da finitude que representa um corpo frágil e prematuro – seja esta finitude sustentada por sua condição real e/ou pelo esvaecimento do filho idealizado.

Reconhece-se, pois, que o nascimento de um bebê em condição de prematuridade aponta à importância da constituição de recursos que permitam acolhê-lo e sustentá-lo para que, ainda que diante das suas fragilidades, se mantenha aberto o caminho para os seus passos, diante do processo de humanização a ser percorrido. Neste contexto, não há que se negar a importância dos ‘recursos artificiais’ (máquinas,

incubadoras e demais dispositivos clínicos) para que lhe seja viabilizada a continuidade existencial. No entanto, há que se resgatar, reafirmar e salientar a importância do encontro com o humano para que o bebê possa ter impulsionada a sua constituição psíquica e o seu desenvolvimento em enlace com a linguagem, legitimando a sua existência e as suas produções através de uma rede desejante parental, não anônima. É desta rede de desejo que provém referências simbólicas frente as quais a criança tece, gradualmente, a unificação psique-soma, reconhecendo-se inicialmente no desejo do Outro para, posteriormente, apropriar-se de sua posição e desdobrar, com alteridade, o seu desenvolvimento. Se aos pais irrompem conflitos psíquicos que os fragilizam ao exercício estruturante da sua função e à formação de vínculo, tem-se aí mais um aspecto crucial a ser abordado, acolhido e trabalhado. Eis um contexto humano – as implicações inerentes ao nascimento prematuro - diante do qual, ao reconhecer a importância de todos estes conteúdos em emergência, à Psicologia também demanda-se atenção e integração na construção de uma práxis, desenvolvendo estudos e trabalhos junto aos bebês, aos pais, às instituições e, ainda, junto às demais áreas de formação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde os apontamentos realizados por Freud acerca do início da vida, o bebê é referido por muitos autores na psicanálise como um ser humano que nasce, ainda que com potencialidades, em estado de desamparo e que necessita dos cuidados de outro ser humano para incursionar a continuidade existencial e para constituir o seu desenvolvimento – quer seja nos processos maturacionais, subjetivos e/ou cognitivos, assim como às construções instrumentais que derivam destes aspectos. A relação estabelecida com o (O)outro semelhante, enquanto referência de discurso e de desejo articuladores de uma existência, sustenta o desdobramento das crises estruturantes da humanização e do desenvolvimento, na medida em que outorga ao bebê a possibilidade de incursão e inscrição pela linguagem e, por esta via, subverte a condição de ser um puro corpo orgânico para tecer um caminho em que se subjetiva.

A produção deste trabalho buscou refletir sobre os aspectos subjetivos que circundam a vivência do nascimento de uma criança, quando este se faz diante da urgência, de modo precipitado e frágil; ou seja, em condição de prematuridade. Diferentemente de um bebê nascido à *termo*, que nasce a partir de sua trigésima-sétima semana de gestação já dispondo de uma organização corporal organizada, a OMS (2012) define um bebê prematuro como um bebê *pré-termo* aquele que nasce anteriormente à trigésima-sétima semana de gestação, e com peso menor que 2.500 g. Devido às vulnerabilidades que permeiam sua condição, o bebê prematuro não pode ir diretamente de encontro aos braços de sua mãe, sendo hospitalizado em uma UTIN. Considerando a especificidade de alguns aspectos destas vivências, procurou-se dialogar com autores (as) que se ocuparam a abordar esta temática a partir das suas formações e experiências clínicas. Foi possível percorrer um caminho de leituras e escrita sustentado essencialmente pelo aporte teórico da psicanálise, apontando para questões subjetivas que podem se colocar nesta experiência de vida, quer seja ao bebê – sujeito em constituição -, quer sejam os apontamentos com o olhar endereçado ao agente materno diante contexto da prematuridade e da hospitalização do bebê.

Entre os aspectos abordados, um dos pontos que se considera relevante apontar abarca os estudos que trazem uma concepção acerca do bebê não mais com

uma visão empirista de um *ser* passivo, mas com o reconhecimento de que é um *ser* ativo, detentor de competências que servem de sustentação ao acolhimento da aposta endereçada pelo Outro. Também, estas competências participam dos movimentos inerentes à comunicação com o Outro. No que concerne ao bebê prematuro, é preciso reconhecer que diante de tubos, fios, sondas, medicamentos e toques invasivos, seus reflexos e sua capacidade de comunicação podem estar reduzidos e/ou desfigurados; porém, como reforça Mathelin (1999), ele ainda detém muitas formas de expressar suas tentativas de comunicação. Delineia-se fundamental, neste momento, a disponibilidade psíquica do Outro, que seja capaz de escutá-lo, interpretar seus movimentos, reconhecer suas manifestações e suas demandas, outorgando-lhe o seu lugar de existência e de sujeito (ainda que em constituição).

Levando em conta que um bebê (um filho!) é idealizado antes mesmo de nascer, a chegada em condição de prematuridade pode ser experienciada como abertura de uma ferida narcísica aos pais. O choque frente ao real do corpo frágil do bebê, observado como distante do filho da fantasia narcísica parental, produz problematizações acerca dos ideais e do saber sobre ele. Encontram-se pais que têm, neste contexto, fragilizada a experiência de 'aposta' de potência ao filho. Na medida em que pode ocorrer uma não-identificação com a criança, pode-se considerar que o bebê fica exposto não somente ao risco orgânico, mas também ao risco psíquico. Evidencia-se o sentimento de perda de referências do saber materno, diante dos cuidados médicos/hospitalares e da função mecanicista da incubadora para com a criança; o que também pode se configurar como situações que aludem a algum risco, na medida em que, diante do sentimento de impotência frente à vida e à morte, a mãe pode acabar terceirizando completamente os cuidados – com característica anônima - em torno do bebê.

Considera-se relevante abordar que as formas de comunicação possíveis com o bebê em uma UTIN - sejam através da voz, do olhar ou do toque - não se configuram como um simples ato no corpo, mas como movimentos que endereçadamente, além de constituir formas de prazer compartilhadas com o Outro, afetam e *nutrem* este bebê de vida psíquica. Salienta-se que o falar com o bebê, mesmo que muito pequeno sobre o que fez marca em sua história (DOLTO, 1999) - como os fatos que lhe acometem em relação ao nascer prematuro - é também uma forma de inseri-lo em uma narrativa que lhe é própria, permitindo que este se organize em um lugar de sujeito e de corpo em constituição, e não como um organismo em funcionamento.

Estas transmissões de vivência humana são referências para a formação dos vínculos primordiais, capazes de produzir efeito de constituição psíquica e de sobrepor-se às vivências invasivas da UTIN.

Aponta-se também para os avanços percorridos recentemente na história do cuidado neste tempo de vida, assim como para projetos de cunho preventivo. Entre os projetos existentes, destaca-se o Método Canguru, reconhecido pelo Ministério da Saúde do Brasil como um recurso para construir intervenções que mediam a relação entre o bebê e suas referências familiares. Investe-se, através de ações tais como o Método Canguru, na constituição do vínculo interpessoal e intersubjetiva com abertura à resignificação dos ideais acerca da filiação.

O método Canguru apresenta-se, assim, como uma possibilidade de abordagem desta problemática acerca do nascimento prematuro. Há o reconhecimento de que a história do tratamento direcionado aos bebês e à sua família, quando inseridos em situações de hospitalização, contém diversas práticas clínicas nas quais, muitas vezes, foram naturalizadas graves ações que podem ser caracterizadas inclusive como atos de negligência acerca do que o recém-nascido necessita para desdobrar estes tempos originários da vida enquanto articuladores e constitutivos do seu psiquismo e do seu desenvolvimento. Faz-se importante incursionar por iniciativas e intervenções que legitimam, investem e se ocupam de um olhar humanizado sobre a Saúde Mental nestes espaços, apontando para o sujeito-criança e para a sua família. Estas podem ser consideradas ações que apontam à sustentação de vivências de cunho subjetivante, ao invés de remeter a referência à vida pautada exclusivamente pelos recursos encontrados nas máquinas e/ou pela fixidez de significantes inerentes à patologia. No entanto, é também importante manter a atenção ao discernimento de que estas ações sustentam possibilidades ambientais e clínicas facilitadoras à formação dos vínculos fundamentais e estruturantes, porém não garantem, por si só, a presença da função materna, uma vez que o “combustível” que faz veicular o desempenho desta função é o desejo.

Por fim, destaca-se a importância de reconhecer o bebê prematuro também como um *ser* que, desde o nascimento, é dotado de potencialidades, com possibilidades e tentativas de comunicação e de estabelecimento de vínculo o Outro. Faz-se fundamental e estruturante, neste momento, a presença de um Outro Primordial disponível e movido pelo desejo, que reconheça e acolha as produções do bebê no circuito de um dizer endereçado, inscrito numa comunicação prazerosa que

possibilita a este pequeno *ser* advir como sujeito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGMAN, M; DRUON, C; FRICHET, A; **Intervenções psicológicas em neonatologia.** In: WANDERLEY, Daniele de Brito (org.). **Agora eu era o rei. Os entraves da prematuridade.** Salvador: Ágalma, 2011.

AJURIAGUERRA, Julián. **Manual de Psiquiatria Infantil.** 4.ed. Barcelona: Masson, 1996.

BERNARDINO, Leda. Aspectos psíquicos do desenvolvimento infantil. In: **O cravo e a Rosa. A psicanálise e a Pediatria: um diálogo possível?** Salvador: Ágalma, 2008.

BERNARDINO, Leda. **As psicoses não-decididas da infância.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BERNARDINO, Leda. Pontos polêmicos em clínica psicanalítica com bebês e crianças pequenas. In: RABELLO, Silvana (org.). **Laço Mãe-Bebê: Intervenções e cuidados.** São Paulo: Primavera Editorial, 2016.

BERNARDINO, Leda. É possível uma clínica psicanalítica com bebês? In: KUPFER, M.C.M; TEPERMAN, D. **O que os bebês provocam nos psicanalistas.** São Paulo: Escuta, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BUSNEL, Marie-Claire (org.) **A linguagem dos bebês: sabemos escutá-los?** São Paulo: Escuta, 1997.

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

CATÃO, Inês. O bebê tomado ao pé da letra. In: ARAGÃO, R.O.D. (org.) **O bebê, o corpo e a linguagem.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

CATÃO, Inês. Autismo: uma clínica da voz. In: WANDERLEY, D.B; GILLE, M.L. (Orgs). **É tarde! É tarde? A intervenção a tempo em bebês com risco de evolução autística.** Salvador: Ágalma, 2018.

CATÃO, Inês. **O corpo como resposta à invocação da mãe.** Revista Psicologia Diversidade e Saúde. Salvador, p.21-26, 2015.

CABREJO-PARRA. Evélio. **La lecture avant les texts écrits.** A.C.C.E.S. Les Cahiers.

Nº5, 2003.

CHAILLOU, Elizabeth; OLLIVIER, Annie Maurel; RAYNAUD, Dominique. Risco de deficiência no recém-nascido um ação médico-psicossocial precoce. In: WANDERLEY, Daniele de Brito (org.). **Agora eu era o rei. Os entraves da prematuridade**. Salvador: Ágalma, 2011.

CORIAT, Elsa. **Psicanálise e clínica de bebês**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997.

CORIAT, Lydia. F; JERUSALISNKY, Alfredo Nestor. Aspectos estruturais e instrumentais do desenvolvimento. In: **Escritos da Criança**. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat. Nº4, 1966.

DELGADO, S.E.; ZORZETTO, M. **A amamentação de bebês pré-termo: um caminho possível para a construção da comunicação**. Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum. São Paulo, 2003.

DIAS, Mariângela de Andrade Maximo. **A clínica do bebê pré-termo e a escuta dos pais: questões para a psicanálise**. 2008. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Acesso em: 2019-09-22.

DOLTO, Françoise. **No jogo do desejo**. Ensaio clínicos. 2ª Edição. São Paulo: Ática, 1996.

DOLTO, Françoise. **Seminário de Psicanálise de Crianças**. São Paulo: Martins Fontes, 2013.

DOLTO, F. **Quando os Pais se Separam**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

DRUON, Catherine. Os modos de expressão dos bebês em um serviço de medicina neonatal. In: BUSNEL, M.C (org.). **A linguagem dos bebês: sabemos escutá-los?** São Paulo: Escuta, 1997.

DRUON, Catherine. Ajuda ao bebê e aos seus pais em terapia intensiva neonatal. In: WANDERLEY, Daniele de Brito (org.). **Agora eu era o rei. Os entraves da prematuridade**. Salvador: Ágalma. 2011.

FABRE-GRENET, Marie. Os meios de comunicação do prematuro. In: BUSNEL, M.C (org.). **A linguagem dos bebês: sabemos escutá-los?** São Paulo: Escuta, 1997.

FERREIRA, Sílvia Severina. Falando “manhês” com o bebê. In: BAHIA, J.M.W. (org.). **Revista Crianças. Uma abordagem Psicanalítica Transdisciplinar**. 2019, nº1, 34-35.

FLESLER, Alba. **A psicanálise de crianças e o lugar dos pais**. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

FREUD, Sigmund. **História de uma Neurose Infantil (“O homem dos lobos”), Além do Princípio do Prazer e Outros textos**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1917-1920.

FREUD, Sigmund. **A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1914-1916.

FREUD, Sigmund. **Projeto para uma psicologia científica**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

JARDIM, Gislene. **Psicoses e Autismo na infância: Impasses na constituição do sujeito**. In: Estilos da Clínica: Revista sobre a Infância com problemas, 2001, 10 (VI), 28-39.

JERUSALINSKY, Alfredo Nestor. **Psicanálise e desenvolvimento infantil**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1999.

JERUSALINSKY, Julieta. **A criação da criança: letra e gozo nos primórdios do psiquismo**. São Paulo, 2009. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

JERUSALINSKY, Julieta. **Enquanto o futuro não vem**. Salvador: Ágalma, 2002.

JERUSALINSKY, Julieta. Até quando esperar? Da “conduta expectante” ao fechamento do diagnóstico de autismo. In: WANDERLEY, D.B; GILLE, M.L. (Orgs). **É tarde! É tarde? A intervenção a tempo em bebês com risco de evolução autística**. Salvador: Ágalma, 2018.

JERUSALINSKY, Julieta. Do neonato ao bebê: a estimulação precoce vai à UTI neonatal. **Estilos clin.** São Paulo, v. 5, n. 8, p. 49-63, 2000. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282000000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 de out, 2019.

GOLSE, Bernard. O bebê, o seu corpo e sua psique: explorações e promessas de um novo mundo (Apego, Psicanálise e Psiquiatria Perinatal). In: ARAGÃO, R.O.D. (org.) **O bebê, o corpo e a linguagem**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

IACONELLI, Vera. **Mal-estar na maternidade: do infanticídio à função materna**. São Paulo: AnnaBlume, 2015.

IACONELLI, Vera. 100 razões para dar colo. In: NOVALGINA. **100 razões para dar colo**. São Paulo: Publicis, 2019.

KLAUS, Marshall & KLAUS, Phyllis. **O surpreendente recém-nascido**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

KLAUS, Marshall & KENNELL, John. **Pais/bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KLAUTAU, Perla. O nascimento da subjetividade: uma incursão pelas teorias de Winnicott e Lacan através do espelho. In: WANDERLEY, D (Org.) **O cravo e a Rosa. A psicanálise e a Pediatria: um diálogo possível?** Salvador: Ágalma, 2008.

KRODI, Prislaine. Cuidados paliativos em neonatologia: à escuta do indizível. In: KUPFER, M.C.M; TEPERMAN, D. **O que os bebês provocam nos psicanalistas**. São Paulo: Escuta, 2008.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 10: a angústia**, 1962-1963. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. 3ª ed. 1964/1985. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.

LACAN, Jacques. Nota sobre a criança. In: LACAN, J. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

LACAN, Jacques. **A identificação**. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2003.

LAZNIK, Marie Christine. **A voz da sereia: O autismo e os impasses na constituição do sujeito**. Salvador: Ágalma, 2013.

LAZNIK, Marie Christine. **A voz como primeiro objeto da pulsão oral**. In: Estilos da Clínica: Revista sobre a Infância com problemas, 2000, nº8, 80-93.

LEBOVICI, S. **O bebê, a mãe e o psicanalista**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

LEVIN, Esteban. **A clínica Psicomotora: o corpo na linguagem**. 4ª ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 1995.

LIMA, Christiano Mendes. **Clínica do autismo e das psicoses infantis ou como pensar a articulação Psicanálise-Educação no tratamento das “crianças-objeto”**. In: Estilos da Clínica: Revista sobre a Infância com problemas, 2001, 10 (VI),

28-39.

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

MOLINA, Sílvia Eugênia. Formações clínicas neuróticas em posição tangencial ao laço social. In: WANDERLEY, D (Org.) **O cravo e a Rosa. A psicanálise e a Pediatria: um diálogo possível?** Salvador: Ágalma, 2008.

MOTTA, Sônia Pereira Pinto. Ética e condição humana. In: MELGAÇO, R.G. (Org.). **A ética na atenção ao bebê: psicanálise, saúde, educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

QUINIOU, Yolaine. Alimentar, ser alimentado em UTI neonatal – prescrição ou alimentação? In: WANDERLEY, Daniele de Brito (org.). **Agora eu era o rei. Os entraves da prematuridade**. Salvador: Ágalma, 2011.

RABELLO, Angela. **Construção subjetiva e prematuridade na UTI neonatal**. Primórdios, Rio de Janeiro, v. 4, nº 4, p. 13-24, 2016.

SAINT-EXUPERY, Antoine. A causa dos bebês. In: SZEJER, Myriam. **A escuta psicanalítica de bebês em maternidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SPITZ, René. A. **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

TEPERMAN, Daniela. Apresentação. In: KUPFER, M.C.M; TEPERMAN, D. **O que os bebês provocam nos psicanalistas**. São Paulo: Escuta, 2008.

TEPERMAN, Daniela. **Clínica Psicanalítica com bebês: uma intervenção a tempo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

VANIER, Catherine. O devir dos prematuros. In: RABELLO, Silvana (org.). **Laço Mãe-Bebê: Intervenções e cuidados**. São Paulo: Primavera Editorial, 2016.

VORCARO, Ângela Maria Resende. Sobre o instintivo e o pulsional no recém-nascido. In: RABELLO, Silvana (org.). **Laço Mãe-Bebê: Intervenções e cuidados**. São Paulo: Primavera Editorial, 2016.

VORCARO, Ângela Maria Resende. Sobre o tempo, estímulo e estrutura. In: JERUSALINSKY, Julieta. **Enquanto o futuro não vem**. Salvador: Ágalma, 2002.

VORCARO, Ângela Maria Resende. Urgência subjetiva do neonato em UTI. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam**. São Paulo, v. 13, n. 4, p. 617-634, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-

47142010000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 de set, 2019.

ZEM, Eloísa Troian; MOTA, Sônia Pereira Pinto. Intervenções precoces com recém-nascido de risco. In: WANDERLEY, D (org.) **O cravo e a Rosa. A psicanálise e a Pediatria: um diálogo possível?** Salvador: Ágalma, 2008.

ZORNIG, Silvia Abu-Jamra; MORSCH, Denise Streit; BRAGA, Nina Almeida. Os tempos da prematuridade. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.** São Paulo, v. 7, n.4, p.135-143, Dec.2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142004000400135&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 de out. 2019.

WANDERLEY, Daniele de Brito (org.). **Agora eu era o rei. Os entraves da prematuridade.** Salvador: Ágalma, 2011

WANDERLEY, Daniele de Brito. O cravo e a Rosa. A psicanálise e a Pediatria: um diálogo possível? In: **O cravo e a Rosa. A psicanálise e a Pediatria: um diálogo possível?** Salvador: Ágalma, 2008.

WINNICOTT, Donald Woods. **Da Pediatria à Psicanálise obras escolhidas.** São Paulo: Martins Fontes, 2000.

WINNICOTT, Donald Woods. **Os bebês e suas mães.** São Paulo: Martins Fontes, 2002.

WINNICOTT, Donald Woods. **Natureza humana.** Rio de Janeiro: Imago,1988.

WINNICOTT, Donald Woods. **O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.** Porto Alegre: Artmed, 1983.

WINNICOTT, Donald Woods. **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago,1975.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth.** Geneva, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Kangaroo mother care. A practical guide.** Geneva, 2003.