



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Educação e Humanidades
Instituto de Psicologia

Alcione da Penha Vargiu Vasconcellos de Andrade

**Bases da constituição subjetiva e
intervenção psicanalítica em UTI neonatal**

Rio de Janeiro
2014

Alcione da Penha Vargiu Vasconcellos de Andrade

**Bases da constituição subjetiva e
intervenção psicanalítica em UTI neonatal**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Psicanálise.

Orientador: Prof. Dr. Ademir Pacelli Ferreira

Rio de Janeiro
2014

Alcione da Penha Vargiu Vasconcellos e Andrade

Bases da constituição subjetiva e intervenção psicanalítica em UTI neonatal

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Psicanálise.

Aprovada em ___ de _____ de 2014.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Ademir Pacelli Ferreira (orientador)
Instituto de Psicologia – UERJ

Prof.^a Dra. Sonia Alberti
Instituto de Psicologia – UERJ

Dra. Inês Catão
COMPP (SES-DF)
HCB (Hospital da Criança de Brasília).

Rio de Janeiro

2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos bebês que tive a oportunidade de acompanhar, suas famílias e à equipe do Serviço de Neonatologia do HUCAM, por tudo que me ensinaram, principalmente, que a vida sempre vale a pena.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Ademir Pacelli Ferreira, meu orientador, por me acolher no Programa de Pós-graduação apostando no meu desejo pelo trabalho junto aos bebês, e por sua presença, sempre precisa e bem-vinda, me convocando ao trabalho nas horas em que eu estava desanimada.

À Prof.^a Dra. Sonia Alberti, pelas valiosas contribuições e apontamentos, orientação firme e desafiadora que me estimulou a exigir de mim mesma sempre um pouco mais.

À Prof.^a Dra. Inês Catão, por aceitar o convite de participar da banca examinadora, nunca medindo esforços para possibilitar que a qualificação e a defesa acontecessem, e por seus apontamentos precisos e carinhosos.

A todos os professores com os quais tive contato no PGPSA, cujas aulas muito contribuíram para meu crescimento acadêmico.

Aos colegas da Turma 14, turma ótima, estimulante, com a qual tive bons encontros e fiz amigos que ficarão pra sempre em meu coração. Em especial, à Rosana Maldonado, que se tornou uma grande amiga, me acolhendo e me ajudando sempre, com caronas, hospedagens e carinho.

A Denise Morsch que, quando iniciei a intervenção junto aos bebês na UTIN do HUCAM, me recebeu durante uma semana em seu serviço na Clínica Perinatal Laranjeiras e no Instituto Fernandes Figueira, ambos no Rio de Janeiro, me transmitindo generosamente seu trabalho, me ensinando seu ofício de escutar os bebês, suas famílias e cuidadores.

À querida prima Maione Ker Marrara, pelo acolhimento amoroso em sua casa durante o cumprimento dos créditos.

A minha família. Aos meus pais, Álvaro e Elza, que me ensinaram o gosto pela descoberta e pelo aprendizado e a não retroceder frente às dificuldades. A meus irmãos, cunhados e sobrinhos, por encherem minha vida de diversidade. E também a Humberto, Henrique e Eduardo, pelo amor, apoio e pela paciência de tantos finais de semana roubados de nossa convivência. Em especial a Henrique e Eduardo, meus filhos, razões para continuar, alegrias de meu viver, com certeza, o que de melhor me aconteceu na vida.

A Angela Cassol, José Nazar e Teresa Nazar, por me escutarem em meu percurso.

À equipe da UTIN, em especial à equipe de enfermagem, que sempre me ensinou muito com seu amor pelo ofício de cuidar.

Aos neonatologistas Andrea Lube, Tertuliano Francisco dos Santos, Kátia Cristine Carvalho Pereira, José Carlos Romanelli, por tudo que me ensinaram, por estarem abertos a uma parceria de trabalho e a uma troca de aprendizado; e a Marco Antônio Rosete, Elisabeth Stein e Geisa Baptista Barros que, por acreditarem no meu trabalho, me convidarem para implementar a intervenção psicanalítica em sua Unidade Neonatal privada, Clínica Perinatal Vitória, me dando a oportunidade de fazer escola, fazer série.

As minhas “pupilas” estagiárias, em especial às que se tornaram amigas e parceiras de jornada, Mariane Cordeiro, Bianca Martins e Fernanda Stange, que são testemunhas de que uma transmissão é possível.

À equipe do Serviço Social, que sempre me acolheu em sua “casa”, quando eu ainda não tinha sala, nem um armário onde pudesse deixar minha bolsa. Obrigada pela amizade e carinho e pelas boas parcerias de trabalho, em especial a Maria Helena Silva Santos, Leovegilda (Lelê), Gediane Rangel, Leandra Borlini Drago, e, muito especialmente, a minha doce amiga e irmã Gislene Brunholi, pela amizade de uma vida inteira.

Aos pares da Escola Lacaniana de Psicanálise de Vitória, pela interlocução nesses muitos anos de formação.

A Leonardo Duarte, cujo olhar me sustentou em momentos de abismo.

RESUMO

ANDRADE, Alcione P. V. V. *Bases da constituição subjetiva e intervenção psicanalítica em UTI neonatal*. 2014. 104 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) - Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

A partir da experiência de 13 anos de intervenção psicanalítica em um Serviço de Neonatologia em um hospital universitário, a presente dissertação destaca na obra de Freud e Lacan, bem como nas contribuições de autores lacanianos que se dedicaram à clínica com bebês, os tempos lógicos e os elementos em jogo nesse início da vida subjetiva, que acontece a partir da relação com o Outro, que interpreta as necessidades do bebê como demandas dirigidas a ele, antecipando no bebê um sujeito. Este trabalho parte da hipótese de que o estudo das bases da constituição subjetiva pode orientar a intervenção psicanalítica com os recém-nascidos que necessitam de cuidados intensivos. Qual o lugar do psicanalista nessa clínica e as questões que a presença do psicanalista numa UTIN nos coloca? O que pode um analista no Serviço de Neonatologia? O que autoriza esta intervenção, uma vez que a família não procura o analista, e sim a instituição médica, numa suposição de saber no discurso médico? Qual o tempo da intervenção? Trata-se de prevenção ou de intervenção a tempo? Que lugar e importância tem a noção de prazer diante das prescrições médicas padronizadas? E, ainda, qual o lugar para o luto e para os ritos funerários em perinatologia? Essa dissertação segue os três eixos indissociáveis no trabalho em neonatologia, traçados por Mathelin (1999), com as quais concordo e também segui em meu trabalho na UTIN do HUCAM: o trabalho com o bebê, com a família e com a equipe da unidade. Ao final, acrescento +1 eixo de intervenção: a transmissão, numa tentativa de melhor teorização dessa clínica com a consequente possibilidade de que seus efeitos se transmitam a profissionais que se ocupam de bebês e, principalmente, a outros psicanalistas, para que possam reinventar sua prática e apostar na efetividade da psicanálise em extensão.

Palavras-chave: Bases da Constituição subjetiva. Intervenção psicanalítica. Neonatologia. Transmissão.

RÉSUMÉ

ANDRADE, Alcione P. V. V. *Bases de la constitution subjective et l'intervention psychanalytique en UTI néonatal*. 2014. 104 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) - Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

A partir de l'expérience de 13 années d'intervention psychanalytique dans un service de néonatalogie dans un hôpital universitaire, la présente dissertation met en évidence dans le travail de Freud et de Lacan, tout comme dans les contributions d'auteurs lacaniens qui se sont consacrés à la clinique avec des bébés, aux temps logiques et aux éléments en jeu dans ce début de la vie subjective, qui survient à partir de la relation avec l'Autre, que s'interprètent les besoins du bébés comme des demandes qui lui sont adressées, anticipant en lui un sujet. Ce travail part de l'hypothèse que l'étude des bases de la constitution subjective peut orienter l'intervention psychanalytique comme les nouveaux-nés qui ont besoin de soins intensifs. Quelle est la place du psychanalyste dans cette clinique et quelles sont les questions que la présence du psychanalyste dans une UTIN (Unité de Traitement Intensif Néonatal) suscite ? Que peut faire un analyste dans un service de Néonatalogie ? Quel est le motif qui autorise cette intervention, si la famille ne cherche pas un analyste mais bien une institution médicale, dans une supposition du savoir dans le discours médical ? Quel est le délai de l'intervention ? S'agit-il de prévention ou d'intervention à temps ? Quelle est la place et l'importance de la notion de plaisir face aux prescriptions médicales standardisées ? Et encore, quelle est la place du deuil et des rites funéraires en périnatalogie ? Cette dissertation accompagne les trois axes indissociables du travail en néonatalogie, tracés par Mathelin (1999), avec lesquels je suis d'accord et que j'ai suivis dans mon travail à l'UTIN de l'HUCAM : le travail avec le bébé, avec la famille et avec l'équipe de l'unité. A la fin, j'ajoute un axe d'intervention : la transmission, dans une tentative de théorisation meilleure de cette clinique avec la possibilité logique que ses effets se transmettent à des professionnels qui s'occupent de bébés et, principalement, à d'autres psychanalystes, pour qu'ils puissent réinventer leur pratique et miser sur l'effectivité de la psychanalyse en extension.

Mots-clés: Bases de la constitution subjective. Intervention psychanalytique. Néonatalogie. Transmission.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Esquema óptico de Bouasse.....	37
Figura 2 - Esquema óptico de Lacan.....	38
Figura 3 - Modificação feita por Lacan.....	38

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 - BASES DA CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO	15
1.1 - Os fundamentos deixados por Freud sobre o nascimento psíquico	17
1.1.1 - O “mínimo” psíquico: a experiência de satisfação e o recalçamento originário. .	17
1.1.2 - Sexualidade infantil: pulsão e autoerotismo.	21
1.2 - Lacan e as bases do psiquismo	23
1.2.1 - Os Complexos familiares e a desmontagem da noção de instinto.	23
1.2.2 - O bebê e o Outro: a montagem do circuito pulsional.....	25
1.2.3 - O lugar do bebê em relação aos pais	28
1.2.4 - O Simbólico antecede o bebê.....	30
1.2.5 - O estádio do espelho: a imagem do corpo e a matriz simbólica do eu.....	32
1.3 - Da necessidade à demanda: Sua Majestade, o bebê – Contribuições de Marie-Christine Laznik	35
1.4 - Manhês: música para acordar o sujeito	39
1.5 - Contribuições de Catherine Mathelin	42
2. INTERVENÇÃO PSICANALÍTICA EM UTI NEONATAL	46
2.1 - O tempo na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma Intervenção Precoce?	50
2.2 - Alimentação e prazer em UTI Neonatal	54
2.3 - A morte na hora do nascimento	58
3 - O LUGAR DO PSICANALISTA NO SERVIÇO DE NEONATOLOGIA	68
4 - OS TRÊS EIXOS + 1 DA INTERVENÇÃO PSICANALÍTICA EM UTI NEONATAL: A EXPERIÊNCIA NO HUCAM	70
4.1 - A intervenção junto ao bebê	70
4.2 - Intervenção junto à família	74
4.2.1 - A família ampliada	77
4.2.2 - A visita dos irmãos	79
4.3 - A intervenção junto à equipe	83
4.4 - Uma experiência de transmissão	87
CONCLUSÕES	95
REFERÊNCIAS	98

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi motivado por minha participação como psicanalista na equipe de neonatologia do HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, ligado à UFES - Universidade Federal do Espírito Santo. Apesar de ser funcionária do HUCAM desde 1995 e tendo passado pelos setores de Infectologia (Programa de DST/AIDS), Dermatologia e Programa de Saúde Ocupacional, apenas em janeiro de 2000 ingressei na UTIN, devido a uma demanda de intervenção junto à equipe de enfermagem do Serviço. A partir deste trabalho com a equipe, me vi tomada em meu desejo pela situação dos bebês e suas famílias na UTIN, situação que demanda uma intervenção a tempo, no pouco tempo possível, mas que descortina uma grande possibilidade de intervenção nesse espaço. Na época, nenhuma outra unidade, pública ou privada, contava com profissionais da área *psi*, fossem psicólogos ou psicanalistas, em suas equipes. Esse era o único trabalho psicanalítico sendo desenvolvido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN no Estado.

Em 2010, expandi oficialmente minha intervenção ao alojamento conjunto da Maternidade, e também às enfermarias de gravidez de alto risco, ginecologia e mastologia. Digo, oficialmente, pois de forma informal já atendia esporadicamente às demandas desses setores. A partir da ampliação de minha atuação no HUCAM, foi possível estruturar o Serviço de Psicologia da Perinatologia, contando inclusive com uma sala própria, o que, nas dependências do HUCAM, é algo raro e difícil de conseguir.

No entanto, no presente trabalho, me deterei na minha experiência de intervenção junto à UTIN durante 13 anos, de janeiro de 2000 a janeiro de 2013, numa tentativa de melhor teorização dessa clínica com a conseqüente possibilidade de que seus efeitos se transmitam mais adiante a profissionais que se ocupam de bebês e, principalmente, a outros psicanalistas, para que possam reinventar sua prática e apostar na efetividade da psicanálise em extensão. Parto da hipótese de que, através do estudo das bases da constituição psíquica, desde os primeiros dias de vida do bebê, é possível termos uma direção para a intervenção do analista na UTIN junto à equipe, à família e ao bebê na vigência de possíveis entraves desse percurso de constituição, estando o bebê em situação de internação.

Tradicionalmente considerada como um indicador da situação de saúde das populações, a taxa de mortalidade infantil é utilizada para definição das políticas públicas direcionadas à saúde infantil. Sua redução faz parte das metas do milênio, compromisso das nações da ONU para o alcance de patamares mais dignos de vida para a população mundial,

pois reflete as condições de vida da sociedade (UNITED NATIONS, 2000 apud FRANÇA & LANSKY, 2008).

A mortalidade infantil ocorre devido a uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde e, portanto, as intervenções dirigidas a sua redução dependem tanto de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, assim como de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde. A taxa de mortalidade infantil (TMI) tem sido tradicionalmente analisada segundo dois componentes, que têm determinantes diferenciados na população: a mortalidade neonatal (óbitos de 0 a 27 dias de vida) e a pós-neonatal (28 dias a 1 ano). A mortalidade neonatal (MN), por sua vez, é subdividida no seu componente neonatal precoce (0 a 6 dias completos de vida) e componente neonatal tardio (7 a 27 dias de vida) (FRANÇA & LANSKY, 2008).

No Brasil, a TMI apresenta tendência decrescente. Os níveis atuais são, entretanto, ainda muito elevados e tornam a situação do país preocupante no cenário mundial, pois a taxa atual é semelhante à dos países desenvolvidos no final da década de 60, e cerca de 3 a 6 vezes maior do que a de países como Japão, Canadá, Cuba, Chile e Costa Rica. Esses países conseguiram uma diminuição significativa e simultânea da mortalidade pós-neonatal e neonatal, enquanto no Brasil não houve redução apreciável de mortes neonatais nas últimas décadas (UNICEF, 2007).

Apesar dos avanços em relação à saúde dos bebês, tais como o uso de técnicas de diagnóstico por imagem e de modernos exames pré-natais que permitem atualmente a detecção, ainda durante a gestação, de anomalias congênitas, presença de síndromes ou má formação no feto; as muitas intervenções que já são possíveis no feto ainda intra-útero; e o desenvolvimento de novos recursos de medicina intensiva neonatal, como equipamentos mais adequados ao tamanho e fragilidade do bebê prematuro; ainda assim as mortes neonatais compõem mais de 40% de todas as mortes infantis, e as mortes neonatais precoces (de 0 a 6 dias de vida) são as responsáveis pela maioria das mortes neonatais no Brasil. A concentração das mortes infantis no primeiro dia e na primeira semana de vida verificada no Brasil demonstra a estreita relação da MN com a assistência de saúde dispensada à gestante e ao recém-nascido durante o período do pré-parto, parto e atendimento imediato à criança no nascimento e na unidade neonatal e a importância de se considerar as ações dirigidas à melhoria dessa assistência (FRANÇA & LANSKY, 2008). É preciso começar a fazer progressos consistentes em salvar vidas de recém-nascidos, além de melhorar a qualidade de vida dos que sobrevivem, principalmente dos prematuros extremos.

Por qualidade de vida entendemos não somente a sobrevivência, nem a menor morbidade possível, mas também a possibilidade que esses bebês se constituam subjetivamente. Ainda há poucas pesquisas sobre a morbidade psíquica a médio e longo prazo que possam orientar melhor a assistência ao neonato, no entanto, a literatura enfatiza que o bebê nascido prematuramente é considerado um bebê de risco, não só do ponto de vista orgânico, mas também psíquico.

Reconhece-se atualmente a importância vital de uma relação estável e permanente durante os primeiros anos de vida, pois as relações iniciais entre o bebê e seus pais são consideradas o protótipo de todas as relações sociais futuras. O bebê pré-termo, logo ao nascer, devido às suas condições, necessita ser separado de seus pais e ser cuidado por um período mais ou menos longo pela equipe de saúde. Essa separação, necessária, não deve, entretanto, impedir proximidade e continuidade dos cuidados familiares, especialmente os parentais. Estudos no campo da saúde mental reconhecem que, em muitos casos de distúrbios psiquiátricos, existe uma incidência significativamente elevada de ausência de formação de uma ligação afetiva ou de prolongadas – e talvez repetidas – rupturas dessa ligação, especialmente em momentos primordiais para seu desenvolvimento ou estabelecimento dos laços afetivos. Um importante impulso para o estudo da ligação afetiva entre o bebê pré-termo e seus pais ocorreu quando as equipes das Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal observaram que bebês nascidos antes do termo, após receberem alta hospitalar, retornavam ao atendimento na Emergência Pediátrica. As causas desses atendimentos eram normalmente por não ganharem peso e/ou não crescerem adequadamente, ou, provavelmente, devido a maus tratos, o que poderia sugerir que os laços afetivos entre eles não eram suficientemente fortes ou não haviam sido bem estabelecidos (BRASIL, 2011, p. 39).

Segundo Ranña (2010), a baixa na mortalidade infantil e os perfis de morbidade apontam uma tendência crescente de demanda por atendimento em saúde mental na infância. Como reflexo, vivemos no Brasil, nos últimos 30 anos, processos de mudanças nas políticas públicas no âmbito da saúde da criança, tais como a abertura das enfermarias pediátricas para os pais e a multiprofissionalização das ações nas mesmas; a retomada da importância do aleitamento materno com a implantação de alojamentos conjuntos mãe-bebê e a humanização das UTIN; e a divulgação da psicossomática da criança, com a ainda inicial implantação do projeto de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil.

No que se refere especificamente às UTIN, no Brasil, e mesmo no mundo, apesar de um movimento crescente de pesquisas de orientação psicanalítica nesse campo, resultando num certo volume de produção teórica, são poucas as UTIN que contam com uma intervenção sistematizada junto aos bebês, famílias e equipe. Na maioria das vezes, o serviço de psicologia dos hospitais, se existente, é acionado para atender a uma demanda da equipe por acompanhamento das famílias quando estas causam problemas com seus questionamentos ou incomodam com sua dor. São atendimentos pontuais e de urgência, que não chegam a

modificar a forma como é pensada a assistência prestada pelo serviço, uma vez que não têm o bebê como objeto de intervenção, mas sim, visam a atender à demanda do discurso médico em sua dificuldade de lidar com aquilo que escapa a seu próprio campo. Portanto, essa é ainda uma prática clínica nova, que precisa ser melhor teorizada.

A intervenção psicanalítica em neonatologia tem como objetivo a escuta da relação entre a mãe – ou alguém que esteja cumprindo essa função – e o bebê, desde os primeiros dias de vida. Não se trata de psicanalizar todo relacionamento mãe-bebê, mas de intervir quando se detectem sinais de entraves nessa relação, o que acarretaria transtornos na constituição psíquica do bebê. O enfoque é sobre a interação mãe-bebê e não sobre o comportamento do bebê, isoladamente, como as atuais escalas médicas propõem.

Essa abordagem inclui o Outro em relação com o bebê, pois o bebê é altamente dependente dos cuidados e da atenção de um Outro que dele possa cuidar e transmitir as leis da linguagem, humanizando-o. Assim, a intervenção psicanalítica em neonatologia tem como objetivo específico, a partir da escuta das dificuldades do bebê em seus primeiros passos rumo à subjetividade, das dificuldades na relação familiar, recolocar em marcha os elementos constitutivos da subjetividade no bebê.

A presença do psicanalista no Serviço de Neonatologia tem como objetivo mais amplo modificar a filosofia de assistência na UTIN, passando do enfoque de reanimação física dos recém-nascidos em risco para um enfoque de reanimação também psíquica, no sentido de uma assistência que se preocupe e se ocupe do bebê como um sujeito a advir, localizado numa história familiar que o precede e num meio social específico, com códigos próprios, e que já o determinam mesmo antes de seu nascimento.

O bebê chega em um mundo novo onde já há, antes dele, linguagem e pensamento. A linguagem e o pensamento o precedem, mas, para se apropriar deles, o bebê precisa de seu corpo, de seu ambiente e de uma inscrição em uma história (aquela de suas duas filiações, materna e paterna). Em realidade, de uma certa maneira, o bebê já é um mundo por ele mesmo e cabe a nós fazer com que esse encontro entre o mundo do bebê e o mundo que ele descobre em seu nascimento seja possível e frutuoso (GOLSE, 2004, p. 16).

Os postulados que baseiam a proposta de uma intervenção psicanalítica na relação mãe-bebê são: 1) o início precoce dos transtornos psíquicos: os quadros clínicos de autismo e psicose infantil têm origem muito precocemente, em um momento primordial, no qual o laço mãe-bebê e as primeiras inscrições e marcas são recebidas pelo bebê; 2) os efeitos rápidos, se comparados aos de intervenções tardias, ao contrário de crianças que chegam já com um atraso significativo no desenvolvimento, com um quadro clínico já cristalizado, apresentando

estereotípias, distúrbios de linguagem, etc. Quando a intervenção é realizada diante dos primeiros sinais de risco, os resultados são rapidamente observáveis e o desenvolvimento psíquico pode seguir seu curso sem maiores entraves.

A clínica psicanalítica com bebês tem como base teórica os primórdios da constituição do sujeito, por isso, no primeiro capítulo, percorrerei as contribuições deixadas por Freud, Lacan e por psicanalistas que se dedicaram à clínica com os bebês, acerca dos tempos lógicos e os elementos em jogo nesse início da vida subjetiva, que acontece a partir da relação com um Outro, que interpreta as necessidades do bebê como demandas dirigidas a ele, antecipando no bebê um sujeito.

No segundo capítulo levando questões que se mostram fundamentais na intervenção psicanalítica em neonatologia tais como: qual o tempo da intervenção, tanto no que diz respeito ao pouco tempo para intervir quanto ao “intervir em que tempo?”, trata-se de prevenção ou de intervenção a tempo? Que lugar e importância tem a noção de prazer diante das prescrições médicas padronizadas? Neste ponto foco a questão da oralidade e da alimentação na unidade neonatal. E ainda, qual o lugar para o luto e para os ritos funerários em perinatologia?

No terceiro capítulo discorro sobre o lugar do psicanalista nessa clínica e as questões que a presença do psicanalista numa UTIN nos coloca. O que pode um analista no Serviço de Neonatologia? O que autoriza esta intervenção, uma vez que a família não procura o analista e sim a instituição médica, numa suposição de saber no discurso médico?

No quarto capítulo, passo ao relato de minha experiência de intervenção na UTIN do HUCAM-UFES, tomando como base as três frentes, três eixos indissociáveis, no trabalho em neonatologia, traçados por Mathelin (1999), e com as quais concordo e segui, tanto em meu trabalho na UTIN quanto no presente estudo: o trabalho com o bebê, com a família e com a equipe da unidade. E ao final, acrescento +1 eixo de intervenção: a transmissão.

1 - BASES DA CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO

A clínica à qual se refere este trabalho é a clínica com bebês que necessitam de cuidados intensivos logo após o nascimento, devido à prematuridade ou a uma demora em nascer, ou, ainda, a alguma má formação genética ou infecção. Como pensar uma clínica psicanalítica com esses bebês? Por que a psicanálise deveria se ocupar deles? Qual a contribuição da psicanálise para orientar um atendimento interdisciplinar a esses bebês que seja efetivo tanto do ponto de vista físico quanto psíquico? O que há de psíquico nesse tempo tão primordial da vida do bebê? Para responder a essas questões, é necessário compreender quais são as bases da constituição do sujeito que estão em marcha desde o nascimento.

O trabalho é com o *infans*. Vamos utilizar neste trabalho o termo em latim *infans*, que significa “aquele que ainda não pode falar”. Elsa Coriat (1997) recorre a Lacan para conceituar *infans* como sendo ainda uma “libra de carne”, puro objeto no real. Utiliza aqui a expressão “libra de carne” em referência a Lacan, que se apropria de uma passagem do *Mercador de Veneza*, de Shakespeare, para falar da parte do vivo que o sujeito perde, por sua relação com o significante: “[...] esse sacrifício de si mesmo, esta libra de carne empenhada em sua relação com o significante. É porque algo toma o lugar disso, que esse algo se torna objeto no desejo” (LACAN, Sem. VI, “O desejo e sua interpretação”, sessão de 22 de abril de 1959, inédito). Parece que Elsa Coriat se refere a um momento mítico onde o bebê ainda não perdeu essa parte do vivo, pois ainda não entrou em relação com o significante, ainda não houve marcação em seu corpo, “encarnação” da linguagem; onde o *infans* é “puro objeto no real”, assim como o objeto real ainda não unificado à imagem real do esquema óptico proposto por Lacan ([1953-54] 1986), o que daria uma ilusão antecipatória de um sujeito, no olhar do Outro (abordo mais adiante, no presente trabalho, detalhadamente este esquema). Essa ideia se confirma em Lacan ([1962-63] 2005), quando diz que, para algumas mães, o bebê em seu ventre é somente um corpo diversamente cômodo ou incômodo, o que ele chama de “a subjetivação do *a* como puro real”.

Segundo a autora, o *infans* se diferencia dos demais objetos por sua particular receptividade às marcas do simbólico e ao efeito que estas marcas produzem nele, transformando o objeto em sujeito. Mas, para que essa apetência simbólica do neonato se confirme, é preciso que o *infans* seja elevado à categoria de bebê, que seja recoberto pelo “envoltório imaginário” com o qual é olhado pelo adulto. É este envoltório imaginário com o qual o Outro primordial recobre o *infans* que possibilita o fígamento do gozo do adulto,

permitindo seu investimento libidinal no bebê e, ao bebê, por sua vez, tomar os significantes que vêm do Outro como lhe concernindo, como algo que lhe diz respeito.

Na clínica em UTIN não é raro que uma mãe não consiga recobrir seu bebê com o “envoltório imaginário” de suas projeções, fantasias e desejos. Diante de um bebê que foge muito ao esperado, ela não encontra referências que possam guiá-la em seu investimento libidinal, deixando o bebê como “puro objeto no real”.

Coriat (1997, p. 92) nos lembra de que “o sujeito é efeito da marca do significante no real”, e que:

“Sem significante não haveria sujeito no real”. Lacan diz; mas tampouco haveria sujeito no real se esse significante não se inscrevesse sobre um corpo vivo dotado da herança biológica da espécie humana. A pré-história do sujeito, o tempo do proto-sujeito, esse tempo que *a posteriori* ficará inscrito como recalque primário, é o tempo do encontro do simbólico (portado por aqueles que se encarregam do *infans*) com o real orgânico do recentemente nascido, essa massa fresca. O efeito deste encontro (na maioria dos casos, não em todos) é a produção de um sujeito do desejo (CORIAT, 1997, p. 276).

Mediado pelo imaginário materno, transmitido através do investimento libidinal da mãe, o simbólico vai fazendo marcas sobre o corpo do bebê, convertendo o puro organismo em corpo que goza, transformando necessidade em demanda. Quando os primeiros passos dessa transformação tenham sido produzidos, Elsa Coriat (1997) considera que teremos a passagem de bebê à criança pequena. No trabalho em UTIN, não teremos acesso a essa passagem. A intervenção se refere ao tempo de passagem de *infans* a bebê. Esse tempo é normalmente mítico, uma vez que o bebê já é falado e pensado mesmo antes de seu nascimento. Na maioria das vezes, o recém-nascido já nasce bebê, ou seja, revestido das idealizações dos pais, já elevado à categoria de sujeito a advir. No entanto, na situação de internação em UTI Neonatal, nos deparamos algumas vezes com o *infans*, quando os pais, principalmente a mãe, não conseguem suportar ao recém-nascido nenhuma potencialidade.

A intervenção psicanalítica com bebês, que vem sendo chamada de intervenção precoce, pode aceitar esse título somente no sentido daquela que se dá “antes de” haver sujeito, num tempo em que ainda não se constituiu o Grande Outro e, portanto, não se pode falar em estrutura psíquica do lado do bebê. A intervenção se dá entre o nascimento físico e a constituição da subjetividade do bebê humano, no tempo onde se instalam, ou não, as condições mínimas para uma possível constituição do sujeito, no tempo “em que são construídos os alicerces do aparelho psíquico” (CORIAT, 1997, p. 275).

Em seu texto *O nascimento psíquico*, Celes (2004) propõe que ao “nascimento psíquico” se dê o sentido de nascimento humano por excelência, não sendo assim o psíquico um ente, mas as condições, o fundamento e o processo que constituem o humano. Lembra-nos que originariamente um bebê é humano quando alguém o reconhece como tal e que talvez isso possa ser entendido como o “mínimo” psíquico, a condição decisiva para que se estabeleça o nascimento do sujeito, o que o leva a se questionar que processo se está abreviando sob o termo “reconhecimento” e quais seriam os elementos ou os fatores envolvidos nesse reconhecimento entre o bebê e alguém que o reconhece.

“Não sendo um dado, um fato, o psíquico só pode ser entendido pela compreensão que se tem dele, o que quer dizer: pela teoria que o define, por sua tematização” (CELES, 2004, p. 41). Neste trabalho vamos seguir a perspectiva psicanalítica, para responder a questão das condições mínimas, das bases da constituição da subjetividade.

1.1 - Os fundamentos deixados por Freud sobre o nascimento psíquico

Freud nunca trabalhou diretamente com crianças, muito menos com bebês. Mas como pai e, principalmente, como avô, observou bebês, e dessas observações pode retirar alguns dos constructos fundamentais da psicanálise, outros, concebeu a partir da escuta de adultos que lhe relatavam sobre sua própria infância ou sobre as angústias de seus filhos, como no Caso Pequeno Hans, de 1909, em que Freud escutou o pai do menino.

Em Freud, podemos destacar como legados fundamentais para embasar a intervenção psicanalítica com bebês, por justamente pretenderem explicar os primórdios do nascimento psíquico, a noção de *experiência de satisfação*, a noção de *Nebenmensch*, a concepção de um *recalque originário*, o conceito de *pulsão*, e de *autoerotismo*.

1.1.1 - O “mínimo” psíquico: a experiência de satisfação e o recalque originário.

No texto *Projeto para uma psicologia científica* (1950 [1895], 1980), Freud descreve os primeiros esboços de psiquismo enquanto traços mnêmicos deixados pela experiência de satisfação vivenciada pelo bebê na relação com um Outro que dele se ocupa.

O bebê humano nasce extremamente prematuro, mesmo quando nasce a termo; ele é totalmente dependente da presença de um outro que possa suprir suas necessidades vitais. A urgência de descarga, produzida pelo acúmulo de excitação proveniente do interior do corpo diante das necessidades vitais, procura liberação da tensão pela via motora. A primeira via a ser seguida é a que conduz a alteração interna, através da expressão das emoções pelo choro, grito, mímica facial e agitação corporal. No entanto, essa via não produz alívio, uma vez que o estímulo endógeno continua a ser recebido, restabelecendo a tensão. É necessária uma ação específica que suspenda, temporariamente, a excitação vinda do interior do corpo. Essa ação só é possível graças à intervenção de outro humano que tenha o poder de cuidá-lo (*Nebenmensch*), que venha ao auxílio do bebê, dando-lhe comida, por exemplo. Ele é ao mesmo tempo, Outro, pois interpreta o grito do bebê como uma demanda dirigida a ele. Assim, a primeira via de descarga, o grito, adquire a importantíssima função secundária da comunicação, que fica incluída na ação específica, uma vez que chama a atenção do cuidador. Após a intervenção do outro cuidador, o bebê passa a estar em posição, por dispositivos reflexos, de executar imediatamente no interior de seu corpo a atividade necessária para remover o estímulo endógeno. A totalidade do evento é o que Freud (1950 [1895], 1980) chama de *experiência de satisfação*, e que terá as consequências mais radicais no desenvolvimento das funções do indivíduo.

Para Catão (2009),

O grito do bebê tem função de fazer signo para o Outro materno. Ele significa algo para ela. Ao considerar o *grito* do bebê como *apelo* que lhe é dirigido e empreender a *ação específica*, esse agente da maternagem inscreve o organismo no campo da linguagem, inscreve o bebê no mundo da fala. Desse modo, as necessidades do bebê vão se constituindo em *demandas* endereçadas ao Outro primordial. O grito abre o acesso do sujeito ao campo do Outro e sua primeira inscrição se dá através da *experiência de satisfação*, isto é: a descarga de tensão consequente à oferta pelo outro (Outro) do objeto que satisfaz (CATÃO, 2009, p. 55).

A experiência de satisfação deixa uma marca mnêmica que se reativará toda vez que a urgência reaparecer. O reaparecimento da tensão produz, regressivamente, algo idêntico a uma percepção, a saber, uma alucinação. Freud ([1900-1901] 1980, p. 497) fala de “regressão” quando uma representação é “retransformada” na imagem sensorial de que originalmente derivou, e à qual se dá crédito e parece ser vivenciada. Essas “recordações mais primitivas da infância conservam até idade avançada o caráter de vividez sensorial” (FREUD, [1900-1901] 1980, p. 500). Quando uma ação reflexa é introduzida em seguida a esta, a consequência inevitável é o desapontamento, um desprazer, pois o objeto não é real,

não servindo à satisfação. Este processo colocaria em marcha a “indicação da realidade”, que mais tarde Freud vai desenvolver como “teste de realidade”, ou seja, a capacidade do sujeito diferenciar o que é realidade ou não.

Garcia Rosa (1987), lendo Freud, nos lembra de que para cumprir a função de inibir o avanço da catexia mnêmica e impedir que ela reproduza alucinatoriamente a percepção do objeto e, por conseguinte, a experiência desprazerosa, uma nova instância psíquica se faz necessária. Como o Ics dirige sua atividade no sentido de garantir a livre descarga da excitação acumulada, fica, portanto, a cargo do sistema Pcs/Cs impedir que a atividade do sistema Ics resulte em desprazer.

No caso de o aparelho psíquico ser atingido por um estímulo que provoque uma excitação dolorosa, ocorrerá uma série de manifestações motoras que, apesar de inespecíficas, poderão afastar o estímulo causador da experiência desprazerosa. Se a mesma experiência se repetir, isto é, se a percepção do estímulo voltar a se apresentar, ocorrerá uma repetição dos movimentos que anteriormente produziram seu afastamento. Contrariamente à experiência de satisfação, a experiência da dor não produz uma recatexização da imagem do objeto mas sim uma tendência a que ela seja rejeitada imediatamente para que não se repita a excitação dolorosa. Evitar a lembrança é um processo análogo à fuga da percepção. Esse mecanismo que é colocado em funcionamento através da memória é que Freud aponta como o modelo do recalçamento e que só pode ser efetuado pelo sistema Pcs/Cs, pois é a ele que pertence a função inibidora (GARCIA-ROSA, 1987, p. 90).

O mecanismo utilizado pelo sistema Pcs/Cs para cumprir sua função é o recalçamento¹, que “não é um mecanismo defensivo que esteja presente desde o início, [...] só pode surgir quando tiver ocorrido uma cisão marcante entre a atividade mental consciente e a inconsciente” (FREUD, (1915a) 1980: 170). Ao mesmo tempo, Freud afirma que o que produz a cisão entre os dois sistemas psíquicos é o recalçamento. Essa afirmação leva Freud a uma impossibilidade lógica, pois, ou o recalçamento é constituinte da cisão entre os dois sistemas psíquicos ou ele é um mecanismo do sistema Pcs/Cs, que só existe após a clivagem entre os dois sistemas.

Diante deste impasse, Freud lança mão da distinção entre *recalçamento originário* (*Urverdrängung*) e *recalçamento propriamente dito* (*Verdrängung*). Freud ([1911] 1980) descreve três fases do recalçamento: a fixação, o recalçamento propriamente dito e o retorno do recalçado. O recalçamento originário corresponderia à fase de fixação ou inscrição que precede e é condição necessária de todo recalçamento. Freud ([1915a] 1980) diz que esse recalçamento primevo consiste em negar entrada no consciente ao representante psíquico

¹ Segui neste texto a substituição do termo *repressão* pelo termo *recalçamento*, como faz Garcia-Rosa (1987), por considerar mais adequado como tradução do termo *Verdrängung* utilizado por Freud no texto original em Alemão.

(ideacional) da pulsão, estabelecendo-se uma fixação, permanecendo, a partir de então, o representante em questão inalterado e a pulsão ligada a ele. O mecanismo responsável pelo recalçamento originário seria, segundo Freud ([1915a]1980, p. 208) uma *contrapressão* ou *anticatexia*, uma defesa contra um excesso de excitação proveniente do exterior, capaz de romper o escudo protetor contra os estímulos. O conteúdo do recalçamento originário é constituído pelos representantes da pulsão, imagens de objetos ou de algo do objeto, que se inscrevem nos sistemas mnêmicos. Para Freud ([1915a]1980), as primeiras experiências não têm valor traumático em si, não têm significação, e ficam inscritas num inconsciente ainda não recalçado. Esse conteúdo recalçado primariamente vai exercer uma atração sobre tudo aquilo que com ele possa estabelecer uma ligação. A atração exercida pelo recalçamento originário, somada à repulsão que atua a partir da direção do consciente sobre o que deve ser recalçado, vão atuar em conjunto, cooperando, para que o recalçamento propriamente dito chegue a seu propósito, ou seja, a fuga do desprazer.

Essa inscrição é que vai ser objeto de reintegração em função do simbólico. A essa reintegração de uma experiência passada em função do desenvolvimento do sujeito, Freud se refere com o termo *Nachträglich*, que designa essa posterioridade, conferindo eficácia causal a uma experiência que até então estava apenas inscrita no inconsciente sem uma significação correspondente. É essa fixação ou inscrição que vai constituir o recalçamento originário (*Urverdrängung*) e que vai tornar possível o recalçamento secundário ou posterior (*Nachdrängen*). [...] Essas inscrições vão funcionar como o “recalçado” original, que servirá de pólo de atração pra o recalçamento propriamente dito (GARCIA-ROSA, 1987, p. 159).

Portanto, “o recalçamento originário pode ser entendido [...] como o processo responsável pelo ‘mínimo de psíquico’ (o psíquico originário), o seu solo, sobre o qual se desdobrará, num movimento temporal em posterioridade, o recalque propriamente dito” (CELES, 2004, p. 57).

Vemos, então, que a experiência de satisfação vivida pelo bebê com a participação de um próximo, de um Outro, e a marca mnêmica deixada por ela, com a conseqüente necessidade de uma defesa do aumento de excitação e do desprazer através do recalque originário, formam um primeiro esboço de psiquismo, apontando para a importância destas primeiras relações com o Outro, normalmente representado pela mãe, e assinalando a direção de uma intervenção que inclua este Outro como fundamental na formação psíquica do bebê.

[...] a experiência de satisfação de que fala Freud, além de poder evidenciar a presença pulsional em face do desvalimento psíquico (do desamparo), marca a presença da mãe como aquela que cuida, que atende às necessidades do bebê desvalido e que, para tal fim, concomitantemente ampara o bebê não só no sentido

de proporcionar-lhe o ‘holding’ mas, e principalmente, no sentido de fornecer meios de trânsito da pulsão: a mãe como introdutora de Eros. [...] Portanto, o mínimo de psíquico [...] como traços mnemônicos da experiência de satisfação traz a marca da presença (do outro). A presença do outro (do semelhante e da alteridade) será a presença propriamente dita que constitui o nascimento psíquico [...] (CELES, 2004, p. 49-50).

1.1.2 - Sexualidade infantil: pulsão² e autoerotismo.

Freud desenvolve o conceito de pulsão apoiando-o na experiência de satisfação. Para Freud (1915b [1980]), o melhor termo para caracterizar a pulsão é “necessidade”, e a forma de eliminar uma necessidade é a sua “satisfação”. No entanto, apenas inicialmente a pulsão se apoiaria numa necessidade vital. A partir da intervenção do Outro, que Freud (1895 [1950], 1980) chama pelo termo *Nebenmensch*, a própria necessidade seria subvertida.

Tomando um postulado de natureza biológica, Freud propõe que o aparelho psíquico esforça-se por manter a quantidade de excitação nele presente tão baixa quanto possível, ou caso isso fosse viável, se manter numa condição inteiramente não estimulada ou, pelo menos, em mantê-la constante (o que Freud (1920 [1980]) chama de *Princípio de Constância*). No caso da pulsão, a satisfação poderia ser alcançada apenas se fosse possível uma alteração apropriada da fonte interna de estimulação. Mas como a pulsão mantém um afluxo incessante e inevitável de estimulação, obriga o sistema nervoso a renunciar a sua intenção ideal de afastar os estímulos.

Freud (1915b [1980]) diferencia estímulo de pulsão, sendo o conceito de estímulo fornecido pela fisiologia, como uma tensão aplicada ao tecido vivo a partir de fora, gerando uma descarga através de uma ação conveniente para afastar a substância estimulada da influência do estímulo, removendo-a de seu raio de ação; enquanto que a pulsão não surge de fora, mas de dentro do organismo. O estímulo atua, ainda, de forma momentânea, enquanto que a pulsão atua de forma constante, e como incide a partir de dentro do organismo, não pode ser afastada por uma ação motora, ou seja, não há como fugir dela.

Podemos, portanto, concluir que as pulsões, e não os estímulos externos, constituem as verdadeiras forças motrizes por detrás dos progressos que conduziram o sistema nervoso, com sua capacidade ilimitada, a seu alto nível de desenvolvimento atual (FREUD, [1915b] 1980, p. 140).

² Utilizei o termo *pulsão* toda vez que nos textos de Freud aparece a palavra *instinto*, entendendo que se trata, na verdade, de uma dificuldade de tradução para o português do termo alemão *Trieb*.

A maneira pela qual o processo de tentativa de dominação dos estímulos internos opera é através do *princípio de prazer*, que surge como uma modificação do *princípio de constância*, regulando o curso seguido pelos fatores psíquicos para que assumam uma direção tal que seu resultado final coincida com fuga do desprazer ou com uma produção de prazer. O desprazer estando ligado ao aumento de estímulos, e o prazer, a uma diminuição deles.

Freud define pulsão como um conceito situado na fronteira entre o psíquico e o somático,

[...] como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo (FREUD, [1915b] 1980, p. 142).

A modificação da necessidade vital em pulsão e desejo a partir da intervenção do Outro em sua relação com o bebê, inaugura o que Freud concebe como sexualidade. Freud (1905) aponta o chuchar – sugar com deleite, repetição rítmica de um contato de sucção com a boca (lábios) de uma parte do próprio corpo, do qual está excluído qualquer propósito de nutrição – já presente nos lactentes, como uma manifestação clara da sexualidade infantil. Freud utiliza o exemplo do chuchar para estabelecer os traços essenciais da atividade sexual infantil, salientando que neste caso a pulsão não é dirigida para outra pessoa, mas satisfaz-se no próprio corpo, sendo, portanto, autoerótica. Além disso, este ato seria determinado pela busca de um prazer já vivenciado e agora lembrado. A experiência de amamentação no seio materno, ou em seus substitutos, seria o protótipo desse prazer agora revivido. Portanto, a manifestação sexual infantil “[...] nasce *apoiando-se* numa das funções somáticas vitais, ainda não conhece nenhum objeto sexual, sendo auto-erótica, e seu alvo sexual acha-se sob o domínio de uma *zona erógena*” (FREUD, [1905] 1980, p. 171). Parece-me importante destacar aqui que, se o autoerotismo é a revivescência, a rememoração, de um prazer mais antigo obtido pela intervenção do Outro, é essa experiência fundante com o Outro, que, modificando a necessidade vital em desejo, coloca em marcha a sexualidade.

Com o conceito de pulsão, portanto, Freud nos deixa a indicação de que há uma distinção radical entre necessidade e demanda/desejo, entre organismo e corpo, e destaca a importância da relação com o Outro, que retira para sempre o sujeito do campo da natureza e o humaniza. A releitura que Lacan faz do conceito de pulsão em Freud deixa essas indicações ainda mais evidentes, como veremos mais adiante nas contribuições deixadas por Lacan que nos servem para embasar a intervenção junto aos bebês.

1.2 – Lacan e as bases do psiquismo

Assim como Freud, Lacan também não teve uma experiência clínica com bebês. No entanto, desde seus primeiros trabalhos, iniciando por seu texto *Os complexos familiares* (1938), passando por sua teorização sobre o sujeito enquanto *falasser*, desde sempre num mundo de linguagem; a noção de anterioridade do desejo do Outro antecipando o sujeito, até o uso do esquema óptico e do grafo do desejo para explicar a constituição psíquica, Lacan traz contribuições fundamentais ao trabalho e à condução de uma clínica com bebês.

1.2.1 – Os complexos familiares e a desmontagem da noção de instinto

Em 1938, Lacan publica o texto *Os complexos familiares*, no qual afirma a importância dos complexos como constituintes do psiquismo. Lacan inicia esse texto, precursor de seu ensino, indicando que o conceito de complexo é marcado por uma exclusão de toda referência orgânica, e que, portanto, a concepção de instinto não é suficiente e que não é disso que se trata no humano. A definição de complexo implica que ele seja dominado por fatores culturais, agenciado pela relação com um outro humano, baseada na comunicação. Além disso, remarca o caráter essencialmente inconsciente do complexo:

Definimos o complexo num sentido muito amplo que não exclui que o sujeito tenha consciência do que ele representa. Mas foi como fator essencialmente inconsciente que Freud o definiu a princípio. Sua unidade é, com efeito, surpreendente sob essa forma, na qual ela se revela como a causa de efeitos psíquicos não dirigidos pela consciência, atos falhos, sonhos, sintomas. Esses efeitos têm caracteres tão distintos e contingentes que forçam a admitir como elemento fundamental do complexo esta entidade paradoxal: uma representação inconsciente designada pelo nome de imago (LACAN, [1938] 1987, p. 21).

Neste texto, Lacan nos dá um esquema onde o desenvolvimento psíquico segue uma sequência quase estrutural e ascendente através dos complexos que são, para ele, “organizadores” do desenvolvimento psíquico: iniciando pelo complexo do desmame, passando pelo complexo de intrusão e chegando finalmente ao Complexo de Édipo.

Lacan aborda a vida psíquica do bebê, principalmente quando descreve o Complexo do desmame. Segundo Lacan ([1938] 1987, p. 22), “[...] o complexo do desmame fixa no psiquismo a relação da alimentação, sob o modo parasitário que as necessidades dos primeiros meses de vida do homem exigem”. Representa a forma primordial da imago materna,

fundando os sentimentos mais arcaicos e mais estáveis que unem o indivíduo à família. É o complexo mais primitivo do desenvolvimento psíquico e, no entanto, é inteiramente dominado por fatores culturais, demonstrando que, desde o estágio mais arcaico, não se trata da questão de instinto. A relação da mãe com a criança é completamente atravessada por questões culturais (que mais tarde Lacan desenvolverá com a noção de simbólico); no humano, portanto, não existe *instinto materno*.

Segundo Lacan, o complexo do desmame deixa no psiquismo humano o traço da relação biológica que ele interrompe, tenha sido ele traumático ou não. Uma crise do psiquismo duplica a crise vital e sua solução se apresenta de forma dialética, pois, pela primeira vez, uma tensão vital parece se resolver em intensão, na forma de aceitação ou de recusa do desmame. Essa intensão,

[...] é bastante elementar, uma vez que nem mesmo pode ser atribuída a um eu ainda no estado de rudimento; a aceitação ou a recusa não podem ser concebidas como uma escolha; uma vez que, na ausência de um eu que afirma ou nega, elas não são contraditórias; mas, polos coexistentes e contrários, elas determinam uma atitude ambivalente por essência, ainda que uma delas prevaleça. Essa ambivalência primordial, durante as crises que asseguram a continuidade do desenvolvimento, se resolverá em diferenciações psíquicas de um nível dialético cada vez mais elevado e de uma irreversibilidade crescente (LACAN, [1938] 1987, p. 24).

Aqui podemos acrescentar que essa *intensão* já pode ser observada na aceitação ou na recusa da própria amamentação. Por que um bebê rejeita o peito materno? O que ele *lê* do desejo da mãe a partir das primeiras relações com ela? (Desenvolveremos mais adiante a questão da amamentação).

Lacan ([1938] 1987) afirma que, como este estágio é anterior ao advento da forma de objeto e, portanto de um eu, esses conteúdos não podem ser representados na consciência, mas se reproduzem nas estruturas que modelam as experiências psíquicas ulteriores e serão reevocados por associação na ocorrência destas.

O bebê não reconhece o próprio corpo, nem tem noção do que *lhe* é exterior. Entretanto, muito precocemente reage à aproximação ou ao afastamento daqueles que cuidam dele. Lacan aponta como um fato de estrutura a reação de interesse do bebê diante do rosto humano, que se manifesta desde os primeiros dias de vida e antes mesmo que as coordenadas motoras dos olhos estejam concluídas. Segundo ele,

[...] essas reações eletivas permitem conceber na criança um certo conhecimento muito precoce da presença que a função materna preenche, e o papel de traumatismo causal que, em algumas neuroses e certos distúrbios do caráter, pode desempenhar uma substituição dessa presença (LACAN, [1938] 1987, p. 25).

A esse respeito, é frequente observar como os bebês internados em UTIN reagem à aproximação dos cuidadores. Normalmente, ao nos aproximarmos de um bebê deitado em seu berço ou incubadora, observamos nele uma reação de recolhimento: ele se encolhe sobre si mesmo, fecha mais os olhos e em seu rosto aparece uma expressão de dor. Com Lacan, podemos supor um certo “saber” muito precoce no bebê, a partir das experiências que já pôde ter em sua pequena vida, de que a aproximação humana quase sempre vai lhe causar sofrimento, seja por que lhe infringirá alguma dor ou pelo excesso de estímulos que lhe será imposto. Ao mesmo tempo, quando a mãe se aproxima, com seu cheiro e sua voz, o bebê se abre à comunicação, procura contato e se agita. Por isso, no Serviço de Neonatologia do HUCAM, orientávamos aos cuidadores (auxiliares de enfermagem, enfermeiras, médicos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas) que, após cada intervenção técnica junto ao bebê, se dedicassem a acalmá-lo, conversando com ele, fornecendo toques carinhosos sobre sua pele e garantindo aconchego. Além disso, que se aproximassem dele fora dos momentos de intervenção, simplesmente para interagir com ele, transmitindo, assim, que a aproximação do cuidador nem sempre será agressiva para ele.

Para Lacan, o fato de o homem ser um animal de nascimento prematuro devido a sua total dependência nos primeiros meses de vida, explica a generalidade do complexo, independentemente dos acidentes do desmame. O desmame, no sentido estrito, na verdade dá expressão psíquica “[...] à imago mais obscura de um desmame mais antigo, mais penoso e de maior amplitude vital: aquele que, no nascimento, separa a criança da matriz, separação prematura da qual provém um mal-estar que nenhum cuidado materno pode compensar” (LACAN, [1938] 1987, p. 27).

1.2.2 - O bebê e o Outro: a montagem do circuito pulsional

O *Nebenmensch*, descrito por Freud no Projeto (1895 [1950], 1980) como aquele de quem depende fundamentalmente o bebê humano, é um Outro dividido por uma falta, que se deixa capturar pelo bebê enquanto objeto de seu gozo, mas que também se angustia diante do grito que só pode interpretar segundo seus próprios referenciais simbólicos. Caberá a este Outro “[...] a mediação entre o grito como expressão de uma tensão ligada às urgências vitais e o grito como apelo cuja interpretação só pode vir desse Outro. [...] É essa mediação que instituirá no bebê o funcionamento pulsional que caracteriza o ser falante” (INFANTE, 2000, p. 95).

Para o trabalho com bebês e particularmente em UTI neonatal, a distinção entre necessidade e pulsão, entre organismo e corpo, é de grande importância, uma vez que verificamos na prática clínica que não basta sanar as dificuldades respiratórias do bebê, eliminar as infecções de seu organismo, alimentá-lo e limpá-lo para garantir que sobreviva, e, menos ainda, para que se torne um dia sujeito, afinal, “[...] não é porque existe vida, manutenção da vida, que existe pulsão em funcionamento” (LAZNIK- PENOT, 1994, p. 211). A releitura que Lacan ([1964]1998) faz do conceito de pulsão em Freud ([1915b]1980) traz precisões fundamentais para o trabalho com bebês.

Lacan diz que a pulsão, um dos conceitos fundamentais da psicanálise, se aproxima de uma ficção. No Seminário XI, *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, Lacan ([1964]1998) inicia por demarcar a diferença entre pulsão e necessidade, afirmando que Freud, desde as primeiras linhas de seu texto *As Pulsões e suas vicissitudes* ([1915b]1980), coloca, da maneira mais formal, que não se trata absolutamente, na pulsão, de uma pressão de uma necessidade, tal como a fome e a sede.

Lacan ([1964]1998) esclarece que não se trata na pulsão de uma instância que se exerce no nível do organismo em sua totalidade. Não é o vivo, o orgânico que está em questão na pulsão. Lacan ([1964]1998) vai trabalhar os quatro elementos da pulsão identificados por Freud – impulso, alvo, objeto e fonte – de modo a demonstrar a diferença radical entre pulsão e necessidade, ou seja, que não é da necessidade orgânica que se trata na pulsão.

Como vimos, na pulsão o impulso é caracterizado por ser uma força constante, ao contrário da necessidade, que está submetida aos ritmos estabelecidos pelas descargas de excitação.

A satisfação, enquanto objetivo da pulsão, é alcançada mesmo quando o alvo não é atingido, como, por exemplo, na sublimação. Ou seja, a satisfação, é sempre atingida de algum modo, e consiste em completar certo percurso, que sai da fonte de excitação e a ela retorna: “O alvo não é outra coisa senão esse retorno em circuito” (LACAN, [1964]1998, p. 170).

Com relação ao objeto da pulsão, Lacan deixa claro que nenhum objeto de nenhuma necessidade pode satisfazer a pulsão, pois que a pulsão, “[...] apreendendo seu objeto, aprende de algum modo que não é justamente por aí que ela se satisfaz” (LACAN, [1964]1998, p. 159), uma vez que o estatuto do objeto da pulsão é o de ser um objeto perdido. O objeto da pulsão é indiferente, sua função na satisfação, enquanto objeto a, causa de desejo, é que ela, a pulsão, o contorna; e este *contorna*, precisa Lacan, deve ser tomado tanto como volta em torno de uma borda, como volta no sentido de “dar a volta em”, escamotear.

No que diz respeito à fonte, não é o organismo todo que está em jogo, mas as zonas erógenas enquanto estruturas de borda, demarcadas pelo investimento libidinal do Outro, ou seja, tomadas num circuito pulsional.

Portanto, em Lacan ([1964]1998), a pulsão não é mais um conceito de articulação entre o biológico e o psíquico, mas um conceito que articula o significante e o corpo.

O funcionamento da pulsão se dá num circuito em três tempos. O primeiro é ativo: o *infans* vai em direção a um objeto externo, como seio ou mamadeira. O segundo é quando toma uma parte do próprio corpo como objeto, sua mão ou pé, por exemplo. Freud ([1915b]1980) chamou esse tempo de reflexivo. O terceiro tempo, que Freud denominou de passivo, é quando o bebê se faz de objeto para o Outro. Lacan ([1964]1998) diz que, na verdade, esse é o tempo de maior atividade, o tempo de “se fazer”: se fazer beijar, se fazer morder, se fazer olhar, se fazer ouvir. É quando o bebê oferece o pé, ou levanta a barriguinha para que a mãe morda, ou faça cócegas, se oferecendo ao gozo do Outro.

É o gozo do Outro que ele vai fisgar na mãe a cada vez. Na próxima vez que buscar o próprio pé ou o dedo da mão e levar à boca, vai alucinar o sorriso da mãe, reviver esse gozo que viu no olhar do Outro e, só aí, se pode falar de autoerotismo. O terceiro tempo do circuito pulsional, tempo de “se fazer” objeto do gozo do Outro, é fundamental para que se organize, num só depois, o segundo tempo, o autoerotismo. Portanto, o autoerotismo, por uma temporalidade lógica, já inclui o Outro.

Com o terceiro tempo, o circuito pulsional fecha seu trajeto e aparece aí um sujeito, sujeito aqui no sentido de agente, daquele que agencia o movimento pulsional, ou seja, o Outro, representado pela mãe ou por alguém que cumpra essa função. O sujeito do inconsciente surgirá num só-depois:

[...] o aparecimento de um novo sujeito [...], é preciso entender assim – não que ali já houvesse um, a saber, o sujeito da pulsão, mas que é novo aparecer um sujeito. Esse sujeito, que é propriamente o outro, aparece no que a pulsão pôde fechar seu curso circular. É somente com sua aparição no nível do outro que pode ser realizado o que é da função da pulsão (LACAN ([1964]1998, p.169).³

³ “Il faut bien distinguer ce qui n’est que ce retour en circuit de la pulsion [2ème temps], de ce qui apparaît... mais aussi bien de ne pas apparaître... dans ce troisième temps, à savoir l’apparition *d’ein neues Subjekt*, qu’il faut entendre non pas comme ceci: qu’il y en aurait déjà un... à savoir le sujet de la pulsion... mais que il est nouveau de voir apparaître un sujet.

Et ce sujet, qui est proprement l’autre, apparaît en tant que la pulsion a pu fermer son cours circulaire, et ce n’est qu’avec l’apparition du sujet au niveau de l’autre que peut être réalisé ce qu’il en est de la fonction de la pulsion” (LACAN, 1964, p. 280. Disponível em: <http://staferla.free.fr/S11/S11.htm>).

Esse “outro” Lacan escreve com “o” minúsculo, porque é o Outro real, encarnado no cuidador, geralmente a mãe; o suporte da identificação especular, constituinte da imagem do corpo, o outro semelhante, aquele que estabelece os ritmos de presença e ausência durante os cuidados de maternagem; é aquele que vai interpretar o grito do bebê como apelo, atribuindo-lhe um sentido: “está com fome”, “tem dor”. Mas, ao mesmo tempo, esse outro, que surge como sujeito/agente no terceiro tempo do circuito pulsional, também é o Outro enquanto lugar do tesouro dos significantes e, ainda, o representante do Grande Outro barrado, na medida em que porta uma falta, que se apresenta marcado pelos efeitos da função paterna em operatividade. É a partir dessa falta que será possível tomar o bebê como objeto de seu gozo e tendo um lugar em seu desejo. O outro aqui é o Outro Real, que aparece em sua dimensão ao mesmo tempo de pequeno outro, cuidador, e de Grande Outro. Lacan (1957-1958 [1999], p. 378-9) utiliza a expressão Outro real para dizer que o Outro está, como Outro humano, ele mesmo, em sua economia, marcado pelo significante.

Fernandes (2000) situa o Outro real, que para ela é o mesmo que Outro primordial, como uma função necessariamente encarnada num semelhante, num indivíduo real, que comparece junto ao bebê fazendo intervir, na subjetivação, justamente aquilo que se faz destacar da necessidade: o pulsional. O outro real é aquele que tem a capacidade de se enganar frente à existência-organismo do *infans*, metaforizando-o, na medida em que não perde também, em relação a este, a dimensão do real.

Sem o interjogo simbólico/real, ou seja, sem a presença do real relativizando o simbólico, o bebê tornar-se-ia um puro objeto de alucinação, um engano sem vacilação. O engano transmutando-se numa certeza e perdendo sua dimensão criativa essencial. É, portanto, como criação – na acepção mais metafórica da palavra – que situamos a função do Outro primordial. Como criação, em seu olhar, de um sujeito (FERNANDES, 2000, p. 153).

1.2.3 - O lugar do bebê em relação aos pais

No texto *Nota sobre a criança* ([1969] 2003), Lacan nos diz que o sintoma, na clínica psicanalítica, é representante da verdade e que, assim sendo, o sintoma da criança responde ao que há de sintomático na estrutura familiar, podendo ocupar dois lugares distintos em relação aos pais: ou ele decorre diretamente da subjetividade da mãe ou representa o sintoma do casal parental. Cada uma destas possibilidades traz em si efeitos muito diversos para a constituição psíquica da criança e também para a condução da intervenção psicanalítica.

No primeiro caso, que Lacan qualificará de mais simples, porém de mais difícil acesso à intervenção psicanalítica, o bebê está em posição de tamponar o desejo materno, impedindo o acesso a ele. O bebê é tomado no fantasma materno como objeto e, qualquer que seja a estrutura da mãe – neurótica, psicótica ou perversa –, irá saturar o modo de falta em que se especifica o desejo da mãe. Ele “[...] aliena em si qualquer acesso possível da mãe à sua própria verdade, dando-lhe corpo, existência e mesmo exigência de ser protegida” (LACAN, [1969] 2003, p. 370). Assim, não resta à criança nenhuma liberdade para se constituir sujeito, uma vez que não conta com a mediação da função paterna, a saber, que o nome do pai possa ser “[...] o vetor de uma encarnação da lei do desejo” (Idem, p. 369), o que deixa a criança exposta a todas as capturas fantasísticas da mãe, tendo como resultado a estruturação de uma psicose.

Nos casos em que existe a presença de doenças orgânicas ou de alguma má-formação genética, o sintoma somático daria ainda mais garantia a esse desconhecimento materno sobre seu próprio desejo, sendo um “recurso inesgotável, conforme o caso, a atestar a culpa, servir de fetiche e encarnar uma recusa primordial” (LACAN, [1969] 2003, p. 370).

Lia nasceu com uma hidrocefalia severa. Sua cabeça era enorme, muito desproporcional em relação a seu pequenino corpo. Logo após o nascimento, passou por exames de ultrassonografia e tomografia, e foi submetida a uma cirurgia para o implante de uma válvula que ajudaria a aliviar a pressão intracraniana. Seus pais acompanhavam apreensivos o seu tratamento. A mãe se mostrou muito dedicada e estava presente o tempo todo na unidade. Mas o tempo foi passando e Lia não recebia alta, pois tinha perdido muita massa encefálica, o que fez com que ficasse dependente dos aparelhos para respirar. Sua mãe, cada dia mais dedicada, verificava de perto todos os cuidados da enfermagem: banho, troca de roupa, alimentação por sonda, horários de medicação. Mas chamava a atenção da equipe essa mulher que não ia pra casa, não se permitia descansar, não se arrumava mais e parecia estar completamente absorvida pela missão de cuidar da filha, mesmo após três meses de internação e sem previsão de alta. Ela tinha outros filhos e marido e uma casa pra cuidar. Será que não se cansava? O pai de Lia foi gradativamente se afastando da unidade, indo cada vez menos. A mãe ocupava todo o espaço. Convidei-a pra uma conversa. Escutei dela o quanto estava preocupada e ocupada com Lia. Apontei que Lia estava sendo bem cuidada, que podia estar um pouco em casa, cuidar de si mesma, se arrumar, descansar, estar com os outros filhos que também precisavam dela e com o marido, que devia estar sentindo sua falta. Ao que ela me falou que estava pensando em se separar, pois assim teria mais tempo pra se dedicar a Lia! Vamos ficar com este pequeno recorte, focar nessa frase dita pela mãe de Lia. A que servia a

doença de Lia? Lia funcionava aqui de objeto tampão de qualquer falta que fizesse essa mulher desejar. O pai que saía de cena, talvez por não encontrar um espaço, deixava Lia entregue aos caprichos maternos, ao mesmo tempo que deixava essa mulher à deriva de seu próprio desejo.

O segundo caso, mais complexo em termos de uma análise é, porém, o mais acessível à intervenção do analista. O sintoma da criança está em posição de ser representante do sintoma do casal parental. As fantasias do pai e da mãe estão implicadas na sintomática da criança e a possibilidade de contar com a versão do pai, barrando os caprichos do desejo materno, abre um espaço de liberdade para a criança se constituir enquanto sujeito. Um pequeno recorte clínico pode ilustrar: Maria nasceu com uma má-formação genética. Não tinha o antebraço esquerdo. A mão, deformada, nasceu colada ao braço. A mãe estava inconsolável, e não conseguia parar de projetar um futuro nefasto para sua filha: “Ela vai ser discriminada na escola, não vai ter amigos e nem vai arrumar emprego. Não irá se casar... o que será de minha filha?” O pai ainda não tinha visto a filha que nascera já há alguns dias. Moravam no interior do Estado, na zona rural. Sabia que havia uma má-formação, pois sua esposa lhe comunicara por telefone. Quando chegou ao hospital, estava apreensivo. Porém, ao ver a filha, abriu um sorriso e disse: “Mas é só isso? Ah! Meu amigo José tem a mesma coisa e consegue levantar caixas pesadas de legumes e colocar no caminhão! Ela vai se virar muito bem!” No dia seguinte, a mãe de Maria estava mais confiante e olhava para sua filha com mais alegria. Provavelmente, esse novo olhar, essa outra versão acerca de seu futuro, dada pelo pai e acatada pela mãe, abrirá para Maria possibilidades que teriam sido impensadas se ficasse submetida apenas à aposta materna inicial.

1.2.4 - O Simbólico antecede o bebê

No Seminário *As formações do inconsciente*, Lacan ([1957-1958] 1999) se pergunta o que acontece com a criança no início da vida: existe para ela realidade ou não realidade, autoerotismo ou não autoerotismo? Ele responde que a criança, nesse início da vida, está submetida a uma lei, uma vez que seu desejo é completamente dependente de alguma outra coisa, o desejo da mãe, que já se articula como sendo da ordem de uma lei. No entanto, é uma lei não controlada, pois está toda no sujeito que a sustenta, isto é, “[...] no bem-querer ou malquerer da mãe. [...] A criança se esboça como *assujeito*. Trata-se de um *assujeito* porque, a princípio, ela se experimenta e se sente como profundamente *assujeitada* ao capricho daquele

de quem depende, mesmo que este capricho seja um capricho articulado” (LACAN, [1957-1958] 1999, p. 195).

Lacan vai precisar que a primeira experiência que o jovem sujeito tem de sua relação com o Outro, ele a tem com este Outro primeiro, que é sua mãe, mas somente na medida em que ele já a simbolizou, com base nas primeiras simbolizações que estão ligadas às primeiras articulações no jogo de alternância do par significante de presença e ausência. “Não há sujeito se não houver um significante que o funde. É na medida em que existem as primeiras simbolizações, constituídas pelo par significante do Fort-Da, que o primeiro sujeito é a mãe (LACAN, [1957-1958] 1999, p. 195).

Através desta simbolização, a criança desvincula sua dependência efetiva do desejo materno da pura e simples vivência dessa dependência e alguma coisa se institui, sendo subjetivada num nível primário ou primitivo. Essa subjetivação consiste, simplesmente, em instaurar a mãe como aquele ser primordial que pode estar ou não presente. No desejo da criança, em seu desejo próprio, esse ser é essencial. O que deseja o sujeito? Não se trata da simples apetência das atenções, do contato ou da presença da mãe, mas da apetência de seu desejo. [...] A partir dessa primeira simbolização em que se afirma o desejo da criança esboçam-se todas as complicações posteriores da simbolização, na medida em seu desejo é o desejo do desejo da mãe (LACAN, [1957-1958] 1999, p. 188).

Lacan ([1957-1958] 1999) afirma que, a partir dessa primeira simbolização, abre-se uma dimensão pela qual se inscreve o que a própria mãe deseja em termos objetivos como ser que vive num mundo em que o símbolo está presente, por ser um mundo falante. Abre-se a dimensão de que o desejo da mãe está para além da criança, uma vez que existe por trás dela toda uma ordem simbólica da qual ela mesma depende, e a qual permite certo acesso ao objeto de seu desejo, objeto privilegiado na ordem simbólica, que marca a relação do bebê com a mãe como sempre atravessada pela presença de um lugar terceiro: o falo.

[...] é somente depois de haver atravessado a ordem desde sempre constituída do simbólico que a intenção do sujeito, quero dizer, seu desejo já passado ao estado de demanda, encontra aquilo a que se dirige, seu objeto, seu objeto primordial – nomeadamente, a mãe. O desejo é uma coisa que se articula. O mundo no qual ele entra e progride, este mundo aqui, este baixo mundo, não é simplesmente um Umwelt no sentido de nele se poderem encontrar meios de saciar as necessidades, mas é um mundo onde impera a fala, que submete o desejo de cada um à lei do desejo do Outro” (LACAN, [1957-1958] 1999, p. 194).

O desejo do Outro comporta sempre um para-além, que só pode ser atingido através da mediação da posição do pai na ordem simbólica. A relação do filho com o falo se estabelece na medida em que o falo é o objeto do desejo da mãe. Além disso, Lacan ([1957-1958] 1999, p. 190) afirma que esse elemento desempenha um papel ativo essencial nas relações que o

filho mantém com o casal parental. A posição do pai no discurso materno, o valor que a mãe dá à palavra do pai determinará a posição da criança em relação ao casal parental, como vimos no texto *Nota sobre a criança* (LACAN, [1969] 2003): ou como objeto da fantasia materna, identificada ao falo, ou como sintoma do casal parental, tendo a possibilidade de se servir da versão dada pelo pai, da metáfora paterna, em sua constituição subjetiva.

1.2.5 - O estágio do espelho: a imagem do corpo e a matriz simbólica do eu

Greco (2011), ao falar sobre o estágio do espelho proposto por Lacan, diz que este partiu do trabalho de conexão entre o *corpo* e o *Simbólico* (biologia e sociologia) de Henri Wallon – *Prova do espelho e a noção do corpo próprio*, de 1931 – e dos estudos sobre etologia para teorizar o momento da constituição do *eu* mediante a identificação com a imagem do outro. Para ele, Lacan atribuiu à imagem papel fundador na constituição do *eu* e na matriz simbólica do sujeito, definindo a identificação, nessa perspectiva, como a transformação produzida no sujeito quando assume uma imagem.

Lacan define assim o Estádio do Espelho:

Basta compreender o Estádio do Espelho como uma identificação, no sentido pleno que a análise atribui a esse termo, ou seja, a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem [...]. A assunção jubilatória de sua imagem especular, por esse ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação que é o filhote do homem no estágio de *infans*, parecer-nos-á, pois, manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito (LACAN, [1949] 1998, p. 97).

Ainda segundo Greco, no texto de Lacan ([1949] 1998) *O Estádio do Espelho como formador da função do eu*, a apreensão do corpo é prematura em relação ao próprio domínio motor e fisiológico insuficientes da criança. Nesse primeiro momento de estruturação do sujeito, a criança, que experimenta o corpo como fragmentado, se antecipa numa unidade a partir da imagem do outro, ou seja, da imagem do corpo próprio encontrada no espelho, na qual ela vai se alienar virtualmente. Pela primeira vez, a visão do corpo inteiro no espelho desperta manifestações de júbilo na criança, que, imediatamente, olha para o adulto para encontrar, no olhar do Outro, a confirmação do que vê no espelho, que passa a ser admirado por ela como seu *eu ideal*.

[...] o Estádio do Espelho é um drama cujo impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação – e que fabrica para o sujeito, apanhado no engodo da identificação espacial, as fantasias que se sucedem desde uma imagem despedaçada do corpo até uma forma de sua totalidade que chamaremos de ortopédica – e para a armadura enfim assumida de uma identidade alienante, que marcará com sua estrutura rígida todo o seu desenvolvimento mental (LACAN, [1949] 1998, p. 100).

Freud, na *Interpretação dos sonhos* ([1900-1901] 1980, p. 491), recusa qualquer localização anatômica ao inconsciente e diz que para representar o instrumento que serve às produções psíquicas poderia compará-lo a uma espécie de microscópio complicado, de aparelho fotográfico, etc., o lugar psíquico correspondendo a um ponto desse aparelho onde se forma a imagem, ou seja, entre dois pontos ideais aos quais não corresponde nenhuma parte tangível do aparelho.

No Seminário *Os escritos técnicos de Freud* [1953-54], Lacan, baseando-se no que diz Freud, utiliza o esquema óptico chamado “experimento do buquê invertido”, originalmente construído pelo físico Henri Bouasse, para demonstrar que o estádio do espelho tem uma apresentação óptica inegável, e que não é simplesmente um momento do desenvolvimento, mas tem também uma função exemplar, porque revela certas relações do sujeito à sua imagem, enquanto *Urbild* (imagem primitiva) do eu.

Lacan nos lembra que, na Física, as imagens ópticas apresentam diversidades singulares:

Algumas são puramente subjetivas, são as que se chamam virtuais, enquanto outras são reais, a saber, sob certos prismas, se comportam como objetos e podem ser tomadas como tais. Muito mais singular ainda – esses objetos que as imagens reais são, podemos dar as suas imagens virtuais (LACAN, [1953-54] 1986, p. 93).

Observa ainda que, para que haja uma óptica, é necessário que a todo ponto dado do espaço real corresponda um ponto, e um só, no outro espaço, que é o espaço imaginário.

No experimento do buquê invertido, utiliza-se um espelho côncavo. Sabe-se que o espelho esférico produz uma imagem real.

A cada ponto de um raio luminoso que emana de um ponto qualquer de um objeto colocado a certa distância, de preferência no plano do centro da esfera, corresponde no mesmo plano, por convergência dos raios refletidos sobre a superfície da esfera, um outro ponto luminoso – o que dá ao objeto uma imagem real (LACAN, [1953-54] 1986, p. 94).

Esse experimento é ainda de maior interesse, pois utiliza um objeto real (vaso) que está escondido do observador, resultando numa imagem real que se sobrepõe a um objeto real visível (buquê de flores), compondo com ele uma ilusão de unidade, de conteúdo e continente.

Vocês sabem que o processo da sua maturação fisiológica permite ao sujeito, num dado momento da sua história, integrar efetivamente suas funções motoras, e aceder a um domínio real de seu corpo. Só que é antes desse momento, embora de maneira correlativa, que o sujeito toma consciência do seu corpo como totalidade. É sobre isso que insisto na minha teoria do estádio do espelho – a só vista da forma total do corpo humano dá ao sujeito um domínio imaginário do seu corpo, prematuro em relação ao domínio real. Essa formação é destacada do processo mesmo da maturação e não se confunde com ele. O sujeito antecipa-se ao acabamento do domínio psicológico, e essa antecipação dará seu estilo a todo exercício posterior do domínio motor efetivo. [...] digamos que a imagem do corpo, se a situamos no nosso esquema, é como o vaso imaginário que contém o buquê de flores real. Aí está como nós podemos representar o sujeito anterior ao nascimento do eu, e o surgimento deste (LACAN, [1953-54] 1986, p. 96).

No entanto, para que a imagem real se forme, há a condição de que o olho do observador esteja no campo dos raios que convergem. Como os raios nunca se cruzam muito bem, tem-se uma imagem sempre aproximativa, uma sensação de estranhamento. Então, é importante ressaltar, o olho deve estar numa certa posição, no interior dos raios que convergem. Esse esquema utilizado por Lacan permite ilustrar de forma particularmente simples o que resulta da intrincação estreita do mundo imaginário e do mundo real na economia psíquica a depender da situação do sujeito, a saber, “[...] de seu lugar no mundo simbólico ou, em outros termos, no mundo da palavra” (LACAN, [1953-54] 1986, p. 97). Se o olho estiver fora do cone, já não verá o que é imaginário, mas apenas “[...] as coisas no seu estado real, inteiramente nu, quer dizer, o interior do mecanismo, e um pobre vaso vazio, ou flores isoladas, segundo o caso” (idem). Aqui podemos pensar na dificuldade que testemunhamos no trabalho clínico em UTI neonatal, de algumas mães em investirem libidinalmente seu bebê, por não conseguirem antecipar nele uma unidade, uma potencialidade, vendo somente a fragmentação de um corpo muito pequeno ou a realidade fisiológica de uma doença orgânica.

Mathelin (1997, p. 141) comenta a esse respeito que “[...] antes que uma criança fale, podemos tudo imaginar, é isto que torna as crianças tão fáceis de amar. Diante de doenças, as mães perdem a imaginação”. Esta dificuldade imaginativa tem como efeito uma impossibilidade ou grande dificuldade na montagem do estádio do espelho: “Espelho quebrado, devaneio impossível, a ilusão e o sonho se chocam com a violência do real, e a

criança arrisca-se a ser reduzida a esse puro real se nada de simbólico vier permitir a sua falicização” (idem, p. 135).

Lacan vai ao longo de sua obra fazendo acréscimos a esse esquema que traz grande contribuição ao trabalho com bebês, como acompanharemos no próximo capítulo, seguindo a leitura que dele faz Marie-Christine Laznik, em sua experiência clínica com bebês e crianças autistas.

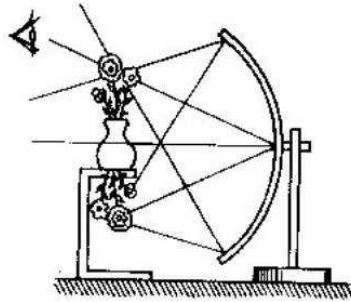
1.3 - Da necessidade à demanda: Sua Majestade, o bebê – Contribuições de Marie-Christine Laznik.

Marie-Christine Laznik fundou em Paris, juntamente com outros psicanalistas franceses, a PREAUT – Prevenção ao Autismo, cuja meta é trabalhar com prevenção de Síndrome Autística em bebês de menos de quatro meses. Esse trabalho é a consequência de 25 anos de prática clínica do autismo, o que possibilitou à autora certo número de hipóteses a respeito das primeiras estruturações do aparelho psíquico no bebê, ou seja, a respeito do nascimento do sujeito.

No trabalho com bebês, é de grande utilidade a contribuição da leitura que essa autora faz do esquema óptico de Lacan.

O *infans* necessita das marcas significantes que o Outro vai produzindo nele para que possa, um dia, advir sujeito. Mas como se constitui esse Outro para o bebê? Para dar conta desse primeiro tempo de recobrimento do *infans* pelo envoltório imaginário dado pelo olhar do Outro, tempo pré-especular, Laznik-Penot (1991) recorre ao esquema óptico proposto por Lacan ([1953-54] 1986) a partir da experiência óptica de Bouasse, pois considera que através dele é possível compreender esse tempo em que se supõe a presença do que Lacan chama de Outro real, também denominado de Outro primordial, papel desempenhado normalmente pela mãe.

Figura 1: Esquema óptico de Bouasse



Fonte: LACAN, 1986, p. 94.

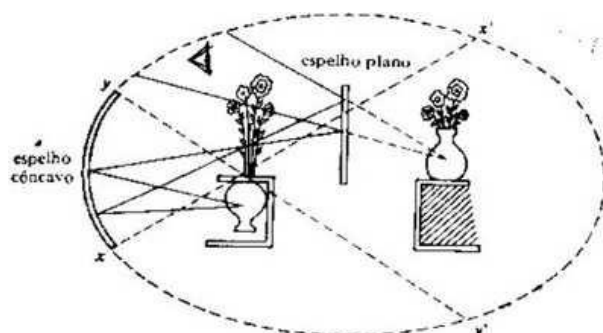
O olhar do Outro aqui não se confunde com a visão do órgão, mas diz respeito à presença do investimento libidinal da mãe sobre o bebê. Essa presença pode se manifestar também através da voz. Para que seja possível a instauração do tempo lógico constitutivo do imaginário, e então do eu, através da relação especular com o Outro, é necessário que se instaure esta relação simbólica fundamental – a presença-ausência materna. Para Laznik-Penot (1991), esse é o tempo da instauração do narcisismo primário. No entanto, para Fernandes (2000), não é só isso que está em jogo na possibilidade do Outro primordial transformar a necessidade do bebê em demanda a ele destinada, dando entrada ao circuito pulsional. Para a autora, é no limite “[...] do autocentramento da função materna e sua sujeição à ordem da linguagem que uma mãe pode afirmar demandas na criança ao mesmo tempo em que permanece duvidando delas – situando-se na dimensão do engano” (FERNANDES, 2000, p. 145).

Para Laznik-Penot (1991), esse modelo óptico utilizado por Lacan ([1953-54] 1986) permite metaforizar a instauração primeira da estrutura do aparelho psíquico, o que vai permitir que se constitua a imagem do corpo. Nesse esquema, um objeto real, que pode representar o bebê, une-se a uma imagem real, fazendo com ela uma unidade. Esta imagem real não está aí no bebê desde sempre, ela é vista pelo Outro, que, se estiver situado convenientemente no cone, a certa distância ótima – o que pode ser interpretado como um outro que esteja em condições de cumprir a função de Outro primordial para o bebê –, perceberá o objeto real e a imagem real como um todo, uma unidade. Aqui, a autora lembra que é impossível que esse observador seja o bebê, que está no lugar do objeto real, mas um Outro. É a partir do olhar desse Outro que o bebê poderá receber sua própria imagem.

Para que o *infans* possa se ver, ele próprio, Lacan propõe algumas modificações nesse esquema inicial, e aí introduz especialmente um espelho plano, ilustrando

então o estágio do espelho: esse momento onde o sujeito, ainda *infans*, vai se reconhecer jubilarmente na imagem que lhe é proposta. Esse espelho, Lacan o situará no lugar do Outro (LAZNIK-PENOT, 1991, p. 34).

Figura 2: Esquema óptico de Lacan

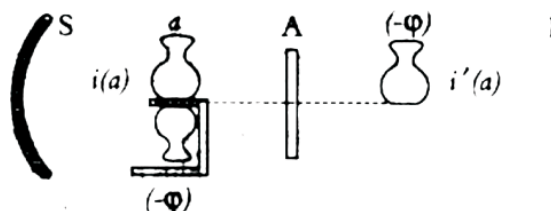


Fonte: LACAN, 1986, p.163.

Laznik-Penot (1991) formula a hipótese de que se o Outro primordial não está “bem localizado”, se algo o impede de estar em “boa posição” e ele não pode perceber uma unidade entre o objeto real e uma imagem real, se ele não vê a imagem real surgir e fazer *Um* com o objeto real, então também não será possível o reconhecimento por parte do bebê de sua imagem própria, da constituição de seu corpo e, portanto, do eu, que só se dá pelo que ele pode ver refletido no Outro, no lugar de espelho plano, que lhe devolveria uma imagem e, ao mesmo tempo, também algo de enigmático, de não especularizável.

A imagem real se dá porque o Outro real porta uma falta. Lacan ([1962-63] 2005) modifica posteriormente o esquema de Bouasse, de modo que a imagem real que aparece não é mais a cópia idêntica de um objeto escondido, mas efeito de uma falta, que ele vai escrever como “menos phi” ($-\phi$).

Figura 3: Modificação feita por Lacan.



Fonte: LACAN, 2005 (1962-63), p. 105.

Laznik-Penot (1991) interpreta esse novo esquema dizendo que este que sustenta o lugar de Outro primordial vai dar sua falta (-φ), ou seja, que este Outro deve ser marcado pela barra da falta, dar o que não tem, e que é essa operação que permite ver a criança aureolada de objetos *a*, ou seja, investi-la libidinalmente. Os objetos *a* não são especularizáveis, por isso aparecem no esquema como falta na imagem virtual (-φ). Essa falicização do bebê se situa somente no olhar do Outro.

O olhar justamente no que ele se opõe à visão, avista não o que está aí, mas um vir a ser, um advir – o que nos leva à noção de “*ilusão antecipadora*”. A *imagem real* formada pelo conjunto dos *a*, que correspondem à falicização da criança, seria então comparável ao que Freud propõe em seu texto “*Introdução ao Narcisismo*” quando ele fala da necessidade de que a criança venha a ocupar o lugar de “*His Majesty the baby*” (LAZNIK-PENOT, 1991, p. 37).

É somente porque este Outro primordial investe libidinalmente o bebê que ele é capaz de tomar como demanda do bebê, dirigida a ele, o que era do registro da necessidade. Lacan ([1957-58] 1999) chega mesmo a dizer que a instituição do Outro coexiste com a consumação da mensagem, que é a interpretação dada por este Outro, como demanda, ao que começou como necessidade. Esta interpretação, o sentido dado, não é a tradução da necessidade, mas a remodelagem da necessidade, criação de um desejo outro que não a necessidade. A demanda definida como a transformação que sofre a necessidade por sua passagem pelo Outro: “É a necessidade mais o significante” (LACAN, [1957-58] 1999, p. 95). Essa operação põe em marcha o circuito pulsional.

Outra contribuição importante de Laznik ao trabalho com os bebês é sua hipótese de que a voz é o primeiro objeto da pulsão oral, e não o alimento. Em seu texto *A voz como primeiro objeto da pulsão oral* (2004), a autora problematiza a tese freudiana do apoio do funcionamento psíquico e pulsional sobre as necessidades vitais, principalmente a fome, e vai propor que o que é alucinado na experiência de satisfação descrita por Freud (1895 [1950], 1980) são os atributos, os traços do próximo assegurador (*Nebenmensch*), como seu olhar e sua voz, e nesse caso, mais precisamente os modos prosódicos das palavras ditas ao bebê.

A partir do contato com os estudos de psicolinguistas sobre as competências acústicas dos fetos, Laznik começa a considerar que o bebê de Freud e Lacan carece de remanejamentos. Observações clínicas também corroboram essa ideia quando, por exemplo, um bebê recém-nascido, que ainda não se alimentou, acompanha atentamente os movimentos da boca da mãe que lhe fala com doçura e se acalma com o som de sua voz, ao mesmo tempo

que inicia um movimento de sucção não nutritiva, da chupeta ou dedo, ou mesmo dos próprios lábios.

Laznik se interessa principalmente pelos estudos de psicolinguística que trabalham a maneira específica das mães falarem ao bebê, chamada *motherese* (“mamanhês”). Estes estudos apontam uma apetência inata do bebê recém-nascido diante desse tipo de fala dirigido a ele, e essa fala apresenta características prosódicas específicas que só se acham presentes quando a mãe se dirige ao bebê, em sua presença; ou em situações muito específicas onde haja estupefação, surpresa, e ao mesmo tempo prazer e alegria. Laznik vai associar essa situação rara com a situação da produção do chiste, como é descrito por Freud, e com o terceiro tempo do circuito pulsional, “momento em que o gozo do Outro (e do outro) está ‘enganchado’” (LAZNIK, 2004, p. 82), correspondendo a essa terceira pessoa que ratifica o chiste.

Aquela que, ouvindo “uma formação de palavra defeituosa como uma coisa ininteligível, incompreensível, enigmática”, longe de rejeitá-la como não pertencente ao código, após um tempo de estupefação deixa-se levar pela iluminação e reconhece aí um chiste. Aceitar deixar-se confundir, estupefazer é a marca da falta no Outro. Este Outro não está então não iniciado, tem uma falta. E o segundo momento é o do riso. [...] Com a estupefação e o riso do Outro barrado, estamos no terceiro tempo do circuito pulsional. Estupefação e alegria são também as características da prosódia do *motherese* (mamanhês) de que o recém-nascido é tão ávido (LAZNIK, 2004, p. 82).

1.4 - Manhês: música para acordar o sujeito

Como um bebê, inicialmente pura libra de carne, excitado apenas por suas necessidades orgânicas, e respondendo a elas apenas com puros reflexos, tais como agitação motora, grito e choro, pode chegar a se endereçar a um outro semelhante e utilizar esses mesmos instrumentos – agitação motora, grito e choro – para lhe dirigir uma demanda?

As bases da constituição subjetiva são lançadas nas relações primordiais entre o bebê e quem dele se ocupa, desempenhando a função materna. Por função materna se compreende a capacidade de antecipar no bebê o sujeito a advir e, portanto, de tomar seus movimentos, suas expressões faciais, seus gritos e balbucios e o próprio choro ou o silêncio e apatia como mensagens destinadas ao outro cuidador, normalmente a mãe ou um substituto. Afinal,

[...] qualquer um que possa realizar a captura singular da criança no campo do desejo do Outro pode exercer a função materna. Esta diz respeito ao campo simbólico, de introdução do bebê no mundo da cultura feita pelo Outro primordial que supõe no

bebê um sujeito onde há apenas um organismo vivo (PIEROTTI, LEVY & ZORNIG, 2010, p. 427).

Nesse sentido, não se trata de simples cuidado físico, do atendimento às necessidades orgânicas do bebê; este outro cuidador, para exercer a função materna, precisa ser fisgado em seu gozo pelo bebê, passando a investi-lo libidinalmente, erotizando seu pequeno corpo através dos cuidados a ele dispensados, do olhar e da voz a ele direcionados. Muitos foram os autores que trabalharam a voz como objeto pulsional primordial na relação do bebê com a mãe desde os primeiros dias, ou até antes do nascimento. Aqui vamos utilizar a contribuição de alguns deles.

Inês Catão (2008) considera a voz como um dos modos fundamentais da presença do outro/Outro. Retoma as operações de alienação e separação, propostas por Lacan ([1964] 1998), como operadoras do processo subjetivo, onde a articulação entre o campo do ser/sujeito e o campo do sentido/Outro se dá pela falta.

Para a autora, a voz faz litoral, delimitando as bordas que separam o corpo da mãe do que será o corpo do bebê, fundando, a um só tempo, sujeito e Outro. Para que isso aconteça, é preciso que o bebê aceite se alienar ao convite, à invocação, que lhe faz a voz materna. Aceitando, o bebê entra numa sincronia fundamental com a mãe, o que Lacan ([1959-1960] 1988, p. 85) chama de “sistema primeiro de significantes”, anterior a qualquer alternância (diacronia), ainda que esta já tenha que estar presente do lado do Outro cuidador, desde que para este haja uma representação da falta. É essa diacronia presente no Outro, faltoso e desejante, que insere para o bebê a pergunta sobre o enigma desse desejo materno. A mãe convida o bebê a um gozo, embalado por sua melodia invocante, mas ao mesmo tempo o interdita a esse gozo em suas demoras, ausências, silêncios, desvios de olhar. Assim, a voz veicula a um só tempo, se a mãe ocupa a função de Outro primordial – aquele que representa o Outro, mas que também é outro – o encantamento (alienação) e o que pode fazer acordar do transe (separação), fundando, assim, a matriz do funcionamento psíquico.

É a condição desejante do Outro primordial, condição que se organiza em torno do objeto da pulsão, que agencia o enlaçamento do organismo no simbólico. Deste modo, o essencial na voz do Outro materno é o que aponta sua incompletude, isto é, o que a mãe *não* diz. Se a voz se presta a ser contornada pela pulsão, isto se deve à sua dimensão de portar o inaudito (CATÃO, 2008, p. 157).

Portanto, a voz tem um papel primordial e fundamental na fundação do sujeito (Pierotti, Levy & Zornig (2010); Laznik (2004); Dolto (1998); Catão (2008); entre outros),

importando aqui o afeto, o investimento libidinal sobre o bebê, que é transmitido pela musicalidade da voz e não pelo sentido das palavras ditas.

Para transmitir seu afeto, a mãe utiliza uma forma particular de se comunicar com seu bebê, conhecida como *manhês*, *mamanhês*, *motherese* ou *baby talk*, conforme a região ou especialidade profissional que a nomeie. Essa fala usada pela mãe “[...] apresenta uma série de características específicas de gramática, de pontuação, de escansão, e uma prosódia especial” (LAZNIK, 2004, p. 81). Para Ferreira (2005), as modificações prosódicas presentes no *manhês* se apresentam pelo tom de voz, que é alto e agudo, a voz que pode revelar-se sussurrada ou em falsete, a entonação que é exagerada, com variações de altura de tom laríngeo para formar a curva melódica, e a velocidade de emissão, que é mais lenta, com silabação e alongamento de vogais. Parece que, de forma inconsciente, a mãe se utiliza do *manhês* como forma de seduzir a atenção do bebê para ela, de capturá-lo no jogo simbólico, jogo de alternância de lugares, ora falando com o bebê, ora falando pelo bebê (FERREIRA, 2005), empregando esta maneira de falar enquanto interpreta as necessidades do bebê como demandas feitas a ela, ao mesmo tempo que aproxima sua forma de falar à possibilidade linguística do bebê (JERUSALINSKY, 2011).

Ferreira (2001) observa em seus estudos que a interação mãe-bebê pode ser chamada de diálogo porque mostra a organização dialógica de alternância de tempos entre os interlocutores, ou seja, as frases construídas pela mãe e as vocalizações do bebê são produzidas sequencialmente, seguindo o modelo padrão conversacional, que tem como regra falar cada um de cada vez: “A alternância dos falantes cria uma interdependência entre os turnos, visto que a realização do turno seguinte exige a interpretação do turno anterior” (FERREIRA, 2001, p. 99). No diálogo mãe-bebê, é a mãe quem interpreta, quem faz o trabalho de “tradução” das vocalizações do bebê, atribuindo-lhes sentido. A mãe, exercendo assim a função materna de antecipar um sujeito no bebê, retira-o da categoria de puro organismo para elevá-lo à categoria simbólica, colocando-o na posição de interlocutor.

Ferreira (2001) observa, ainda, que a mãe, nessa “protoconversa” com o bebê, transgredir parcialmente as regras da língua a que pertence, a começar que ela interpreta como significantes os sons que em princípio não teriam nenhum sentido na língua da comunidade onde está inserida; mas também quando, por exemplo, alonga as sílabas das palavras e elimina os fonemas mais guturais, tornando a fala mais “adocicada”, mais terna. Ao mesmo tempo, essas modificações introduzidas pela mãe não fazem desaparecer a identidade da língua materna a que pertence. Assim, transgredindo e obedecendo ao mesmo tempo às leis da língua materna, aquela da comunidade à qual pertence, a fala materna aponta, segundo

Ferreira (2001), para os dois registros referidos por Lacan ([1964] 1998) como constitutivos do sujeito: o da alienação, quando a interpretação da mãe transforma o grito da criança em demanda do Outro, e que num primeiro tempo lógico, aliena a criança; e o registro da separação, presentificado pela língua da comunidade dos pais do bebê, sustentada pela ordem simbólica, e que submete a mãe às regras desta língua, operando um corte, um limite à transgressão: “[...] o ‘manhês’ é próprio da relação dual, portadora do bem querer sem lei da mãe, a língua materna é aquela na qual a mãe é proibida à criança, é a língua do interdito” (FERREIRA, 2001, p. 102).

Alguns autores, como Bentata (2009) e Stahlschmidt (2005) comparam o manhês à voz da sereia das lendas cujo canto era irresistível. No entanto, nas lendas, a sereia seduzia os homens com seu canto para arrastá-los para o fundo das águas. A voz irresistível da sereia encanta e mata o homem! Ao contrário da voz encantadora da sereia, que cala para sempre o homem por ela seduzido, o manhês parece fazer emergir o sujeito de um fundo feito de orgânico e necessidades, dando-lhe a possibilidade de também ter voz.

Outros autores, tais como Catão (2008), Pierotti, Levy & Zornig (2010), Stahlschmidt (2005), Didier-Weill (1999), aproximam o manhês à música, o que se justifica, pois assim como a música é feita de ritmo, de intervalos, de tempos definidos pela presença e ausência do som, pela oposição entre as diferentes notas, também no manhês há ritmo, intervalos, sons sobre um fundo de silêncio, fazendo da fala materna uma melodia sedutora, quase impossível de resistir. Sabe-se da importância da música na relação da mãe com seu bebê, desde as primeiras músicas cantadas para ele, geralmente para acalotá-lo, fazê-lo dormir. Mas, ao contrário das canções feitas para ninar, o manhês parece ser uma espécie de música para acordar, no bebê, o sujeito.

1.5 - Contribuições de Catherine Mathelin⁴

Uma leitura obrigatória para os psicanalistas que se propõem a trabalhar em neonatologia é o livro de Catherine Mathelin (1999), *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Nessa obra a autora relata sua experiência de 15 anos

⁴ Atualmente assina Catherine Mathelin-Vanier, mas manterei aqui como está na referência utilizada neste trabalho.

atuando como psicanalista no Serviço de Neonatologia no Hospital Delafontaine em Saint-Denis.

Mathelin traça três frentes, três eixos indissociáveis no trabalho em neonatologia, com as quais concordamos e seguimos em nosso trabalho na UTIN do HUCAM-UFES e no presente estudo: o trabalho com o bebê, com a família e com a equipe da unidade.

No trabalho com o bebê, trata-se de garantir a ele o estatuto de interlocutor.

Cabe à equipe tentar ir até ele e decifrar o menor de seus apelos para tentar responder a isso. Não se trata mais de observar do exterior, mas de aceitar estar preso na relação com a criança, de intervir, de deixar-se surpreender, de dar à criança outra coisa que a objetiva câmera de um pesquisador neutro (MATHELIN, 1999, p. 42).

Mathelin sublinha a importância de localizar o bebê numa história familiar, no fantasma parental, pois o analista não supõe no bebê um sujeito a partir de seu próprio fantasma, mas a partir da história da criança. Para a autora, a captura da criança pelo desejo enigmático da mãe é fundadora de seu aparelho psíquico.

É na relação com ela que o pequenino descobrirá seu corpo e as emoções que este corpo lhe proporciona. É com ela, capturado em seu olhar, que ele se olhará, é carregado por suas palavras que pensará. Beberá seu leite para crescer, tanto quanto suas falas, e seu sorriso ou sua tristeza refletirão para ele os estados de ânimo do mundo inteiro. A ela estará totalmente assujeitado e se humanizará docemente ao preço dessa alienação. Durante muito tempo terá o sentimento de que ambos fazem apenas um. Sem nenhum limite, tudo lhe pertencerá. Ele será ela, ela será ele, ele será esse objeto que percebe, esse odor que atravessará a peça, a música dessa voz (MATHELIN, 1999, p. 10).

Mathelin nos lembra de que essa alienação primordial e necessária, porém pode ter consequências avassaladoras se uma função terceira, a função paterna, não se encarregar de estabelecer a separação necessária para que a criança não fique aprisionada como objeto obturador do desejo materno, ou seja, para a constituição do sujeito. A falta está marcada desde sempre, uma vez que o bebê, não mais estando no ventre materno, coloca em cena a questão da perda, da falta real. Além disso, a mãe não está nunca sozinha com esse filho, uma vez que a própria existência do bebê denuncia seu desejo de mulher por um homem e deste por ela.

No entanto, Mathelin aponta que, nos dias atuais, a imagem do êxtase e da completude entre mãe e bebê parece ser o último bastião do recalcado de nossa sociedade. Atualmente, os corpos e os desejos são deixados de lado, pois os pais não são mais necessários para que se fabriquem bebês, que serão invariavelmente perfeitos, com a garantia

da ciência. O amor materno é pensado como puro e livre de ambivalência e a relação amorosa com o bebê será, desse modo, plenamente satisfatória. Esse ideal perpassa os profissionais dos serviços neonatais que tentam a qualquer preço preservá-lo. A autora propõe um trabalho junto à equipe que possa questionar o mito da mãe perfeita, sempre amorosa, sem ambivalência em relação ao bebê e à maternidade, ainda mais num serviço de reanimação neonatal, onde os bebês prematuros, mal formados ou doentes, confrontam suas mães, mais que todas as outras, com a imagem da mãe má, que não soube segurar o filho, que lhe fez frágil demais ou que talvez tenha desejado sua morte. Diante da culpa, fantasmas e maldições se atualizam.

A função do analista, nesse tempo de corte é, junto à família, “[...] trabalhar a questão da perda, a simbolização desse nascimento que justamente na urgência, no drama e na insustentável presença da morte não pôde ser falado” (MATHELIN, 1999, p. 19), e, junto à equipe, “interrogar-se sobre os efeitos da linguagem em sua relação com o corpo da criança, questionar a equipe a respeito da inevitável transferência que se instaura entre eles e os pacientes” (idem).

Para Mathelin, a equipe pode ocupar o lugar terceiro, função paterna, que protegerá o bebê da devoração materna e a mãe do aniquilamento de seu próprio desejo, separando-os, mãe e filho, principalmente nos casos em que o pai de alguma forma está ausente.

Assim, a própria Unidade ocupa um lugar de elaboração, oferecendo uma oportunidade de um tempo-espaco que separa e também serve de ponte entre o bebê e seus pais.

Nossa convicção hoje é que a hospitalização não é obrigatoriamente fonte de complicações psicológicas para o bebê, mas pode, ao contrário, permitir – contanto que estejamos à escuta da família tanto quanto à escuta dele – salvar não só a pele de uma criança, mas também “sua pele psíquica”; é nisso que o papel da unidade, para além dos cuidados, é essencial (MATHELIN, 1999, p. 26).

A equipe pode promover o vínculo e ao mesmo tempo garantir uma distância que permita elaborar “a violência mortífera do fantasma” (idem). Muitas vezes, a incubadora que envolve o bebê, a sonda por onde ele se alimenta, os cuidados carinhosos da enfermagem, os boletins médicos servem de anteparo frente ao real, véus que encobrem e que ao mesmo tempo permitem suportar olhar; a própria evolução lenta do bebê estabelecendo um tempo de elaboração, possibilitando uma ligação gradual dos pais com o bebê, bebê real que vai sendo aceito porque vai sendo recoberto com as fantasias, com os brilhos tomados emprestados do

narcisismo dos pais, que aos poucos vai cicatrizando sua ferida, fazendo o luto do bebê idealizado.

Ocupando esse lugar terceiro, toda a equipe intervém na ligação pais-bebê, e não somente o psicanalista. Este também entra como terceiro entre a família-bebê e a equipe, apostando no papel fundamental de cada membro da equipe nesse trabalho de ajudar os pais a adotarem o bebê que nasceu como seu filho, recolocando em movimento a capacidade dos pais de anteciparem um sujeito no bebê. Mas, para isso, é necessário que a própria equipe antecipe um sujeito aí onde antes só podia ver um organismo doente a ser curado. O trabalho do psicanalista é instrumentalizar os membros da equipe para que possam dar uma direção às intervenções que fazem junto aos bebês e suas famílias.

2. INTERVENÇÃO PSICANALÍTICA EM UTI NEONATAL

O bebê nasceu! A frase é geralmente acompanhada de alegria, com a concorrência dos familiares à maternidade para visitar o novo membro da família; todos querem saber qual o seu peso e tamanho; o quarto se enche de flores e presentes para a mãe e o bebê. No entanto, se o bebê nasce prematuro ou com algum problema que o obriga a ser internado numa unidade de terapia intensiva neonatal, esse ritual de boas vindas é rompido bruscamente e todas as referências se perdem, ficam fora do tempo, em suspenso.

Para os pais, não há o bebê para apresentar à família, ele está impedido de receber visitas, e mesmo quando é possível que algum familiar entre, não é num clima festivo que a visita se passa. O bebê coberto de aparelhos, com peso e tamanho que fogem a qualquer parâmetro socialmente utilizado para imaginá-lo como saudável e viável, se apresenta real demais, trazendo para cada um a sua volta o confronto com um real que sidera e paralisa.

A mulher que gerou este bebê precisa de sua presença para tornar-se mãe, para colocar em movimento todas as referências familiares, culturais e as que construiu em seu próprio percurso até ali, do que seja cuidar de um bebê, recebê-lo e reconhecê-lo como filho. Sem o bebê não pode iniciar a partida, fica em espera. Além do mais, essas referências definitivamente não servem para ajudá-lo no que está passando: o saber está do lado da equipe médica e de enfermagem. Qual é o lugar dela junto a esse bebê?

Felizmente, para a maioria das mães, pais e familiares, mesmo esse bebê tão fora do tempo, dos rituais e das referências, vai aos poucos se revestindo do bebê imaginário, aquele idealizado, investido pelo narcisismo que os pais tiveram que abrir mão ao longo da vida e que encontra novo vigor no filho (FREUD, [1914] 1980).

Cada vez mais as equipes das unidades neonatais têm se preocupado com a saúde psíquica dos bebês para além da reanimação física. A abertura da UTIN para a presença dos pais, a permissão de visitas de familiares e irmãozinhos do bebê, a implantação do Método Mãe Canguru (BRASIL, 2011), e a inclusão, ainda tímida, mas crescente de profissionais *psi* na composição da equipe, destacando-se aqui as contribuições da psicanálise nesse campo, vem facilitando essa aproximação entre os pais e o bebê, entre os pais e a equipe e entre a equipe e o bebê. Este último passo parece ser paradoxalmente ainda o mais difícil.

Nesta clínica, segundo Ansermet (2003), a criança é difícil de ser encontrada, temos dificuldade de interpretá-la em seu sofrimento. Para chegarmos até ela é necessário atravessar

a urgência dos atos de reanimação. Os pais, numa tentativa de encontrar pontos de referência, entram num excesso de pensamento para dar significado ao inominável.

Essa mesma razão explicativa também atinge a equipe numa luta por preservar a vida ou aceitar a morte, e mesmo para o psicanalista ela pode se tornar um obstáculo para o encontro com o bebê, impedindo de escutá-lo.

Apesar dos esforços para que a UTIN possa ser um espaço/tempo de simbolização do acontecimento do nascimento prematuro, de reconhecimento desse bebê, às vezes essa dificuldade de encontro toma toda a cena e ele fica num estado de abandono, ficando entregue à pulsão de morte, à tendência de retorno ao não-ser, ao inanimado. É o amor e o desejo do Outro que são responsáveis pelo desejo de viver e pelo florescimento, no bebê, da pulsão de vida. Jorge (2010) afirma que a criança ao nascer está muito mais próxima do não-ser do que do ser para o qual ela acaba de advir. É a incidência do amor e do desejo de vida provenientes do Outro que fará nascer nela, pouco a pouco, a pulsão de vida. Para o autor, citando René Spitz e sua contribuição sobre o *hospitalismo* – estado depressivo em que mergulham as crianças deixadas sob cuidados anônimos e meramente técnicos –, os frequentes casos de morte súbita neonatal, na maioria das vezes inexplicáveis pelo discurso médico, adquirem um contorno palpável: o não acolhimento pelo amor e pelo desejo do Outro.

Laznik-Penot (1991) observa que

[...] certos pais não são enganados por nenhuma *imagem real*, e logo por nenhuma ilusão antecipadora: eles vêem o bebê real, tal qual, em seu desnudamento, e sua impossibilidade de antecipar torna impossível que qualquer coisa advenha. A ausência desta *imagem real* deixa a criança sem *imagem de corpo*, tornando problemática sua vivência de *unidade corporal* (LAZNIK-PENOT, 1991, p. 38).

O que isso pode acarretar para o bebê em sua prematuridade constitucional de filho de homem adicionada ainda à prematuridade de um nascimento antes do tempo?

Lacan ([1946] 1998), em seu texto *Formulações sobre a causalidade psíquica*, aponta para o desacerto temporal em que nasce toda criança, sendo justamente esse atraso inicial na maturação ligado às capacidades perceptivas precoces do bebê o que pode criar condições paradoxais para que se instaure a vida psíquica.

É esta “prematuridade” que faz com que o bebê precise fundamentalmente do Outro para se humanizar. Não basta nascer fisicamente; para vir a ser é necessário um segundo nascimento. Como nos diz Lacan ([1946] 1998), a linguagem, com sua estrutura, preexiste à entrada que cada sujeito nela realiza em determinado momento de seu desenvolvimento mental. É somente porque o Outro preexiste ao sujeito, que o grito do bebê poderá ser tomado

como apelo e receberá uma resposta. É a resposta do Outro que transforma o grito em demanda e assim a criança entra no campo da fala mesmo ainda sem falar. Lacan ([1957-58] 1999) afirma que é sob a forma do Outro que o sujeito, ainda como “assujeitado” neste tempo, encontra inicialmente a cadeia significante.

O que se passa quando o bebê não encontra quem encarne para ele este Outro, não encontra quem lhe transmita, quem o ligue a um simbólico que o antecede? Como já dissemos, não é o que se passa para a maioria desses bebês em UTIN, mas às vezes nos deparamos com bebês completamente abandonados, sem lugar, e nem sempre se trata da ausência concreta da mãe. Muitas vezes ela está lá ao seu lado, mas não é esta mãe concreta que a criança chama. Claro que a presença da mãe é importante, mas sua presença é pedida somente sobre um fundo de ausência; a alternância entre presença e ausência, situando-a como mãe simbólica.

As crianças carentes, sejam quais forem as circunstâncias, são aquelas privadas dessa mãe da alternância, dessa mãe que retorna, a mãe simbólica. O que também pode ocorrer com a mãe presente, a mãe concreta, biológica; por exemplo, com mães gravemente depressivas ou tomadas por um caos maníaco. É assim que as crianças carentes, privadas de mãe simbólica, parecem sofrer sobretudo de um excesso de real [...], uma vez que são desprovidas da mediação, seja pela ausência da mãe, seja pelo excesso de uma presença concreta, operatória. (ANSERMET, 2003, p. 77).

Essa citação nos faz pensar no trabalho da equipe de neonatologia, muitas vezes excessivamente operatória, asséptica, eficiente, anônima. Também não podendo funcionar como mediadora entre o bebê e sua história, deixando-o perdido no tempo, como aquele que não encontra lugar no desejo do Outro; apenas organismo a ser cuidado em suas necessidades vitais.

Os recém-nascidos são muito sensíveis à presença do Outro simbólico, rapidamente se humanizam, procuram contato e comunicação com o Outro; da mesma forma, se os cuidados são anônimos, mecânicos e o alimento é apenas uma dieta nutricional fora da dialética do desejo e da demanda, “[...] então a criança se deixa abater, regride e deprime. Se a criança não é considerada sujeito pela resposta do adulto, em uma espera que transforma as necessidades em demanda, ela pode até se deixar morrer” (ANSERMET, 2003, p. 72).

Em UTIN trabalhamos intervindo na relação do Outro Real com o bebê, buscando escutar se algo está emperrado, impedindo o estabelecimento do circuito pulsional, como seria o caso, por exemplo, se a mãe ficasse reduzida ao seu papel de pequeno outro.

Ilustro com recortes de um atendimento a um bebê e sua família: João Gabriel – vamos chamá-lo assim – nasceu com quase dois quilos, faltando uma semana para completar oito meses de gestação. Devido ao baixo peso e ao rompimento precoce da bolsa, necessitou dar entrada na UTIN para tomar antibióticos e ganhar peso. Era a terceira gestação de sua mãe: a primeira, uma menina, nasceu aos seis meses de gestação, ficou na UTIN por quinze dias e faleceu. A segunda, um menino, nasceu aos oito meses, ficou na UTIN por doze dias e agora estava com seis anos de idade. Relata que sempre teve dificuldades de “segurar” os filhos, sendo que nas duas últimas gestações teve que fazer uma “costura” no útero para mantê-lo fechado.

João Gabriel vai indo bem nos primeiros dias, se recuperando normalmente, respira sozinho, ganha peso e já está na unidade de médio-risco quando tem uma primeira parada respiratória diante dos pais, que ficam transtornados. Primeira, porque a esta se seguirão outras, várias, frequentes, durante os próximos cinco meses em que ficará internado. Todos os exames são realizados: pulmonares, neurológicos, genéticos. Nada é encontrado e, uma a uma, as hipóteses diagnósticas são descartadas. O neurologista, a partir de um eletroencefalograma, aposta numa síndrome neurológica rara, que provavelmente teria se instalado pela falta de oxigenação no cérebro causada pelas muitas paradas respiratórias. Mas isso não explicava a causa das primeiras paradas respiratórias de João Gabriel.

Sua mãe, desde sua internação na UTIN, havia se mostrado estranhamente distante, apesar de estar sempre ao lado do filho, prestando-lhe os cuidados necessários. Tinha o olhar fixo no nada, o que chamava a atenção de toda a equipe; não tocava o filho nem conversava com ele; quase não sorria e nem chorava. Via-se em seu rosto a angústia quando ele piorava, mas era uma angústia sempre muda, mesmo quando incentivada a falar de sua dor. Resumia tudo rapidamente e fechava o assunto.

Numa das entrevistas comigo, conta de sua dificuldade de relacionamento com sua própria mãe, e da fantasia de não ser amada por ela, que só tinha olhos para sua irmã mais nova, surda e muda, mãe solteira de uma menina que era criada com a ajuda da mãe. Achava que sua mãe não gostava de seu filho de seis anos e que preferia a neta, por ser menina. Esperou muito que dessa vez fosse ter uma menina, para quem já havia escolhido um nome. Um dos nomes de João Gabriel é o masculino desse nome que teria dado a esta filha que não veio. Para a filha morta, de sua primeira gestação, havia dado um nome muito semelhante ao nome da irmã que julga ser eleita de sua mãe.

Ela estava presa numa demanda de amor a sua própria mãe, ponto incestuoso não superado, que a impossibilitava de investir nesse filho que não prometia nada no sentido de

garantir a ela própria o olhar materno. Por outro lado, João Gabriel, diante do olhar melancólico de sua mãe, ia se recolhendo cada vez mais no sono e na recusa em respirar, morrendo no quinto mês de vida, sem nunca ter ido para casa.

Podemos supor que os efeitos do não fígamento do gozo do Outro, ou seja, do não investimento pulsional sobre o bebê, da falta de lugar no desejo materno, já se faziam irreversíveis, e que a pulsão de morte seguiu seu curso livremente, sem que o desejo de vida fosse transmitido ao bebê?

2.1 - O tempo na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma Intervenção Precoce?

É frequente a utilização da expressão “intervenção precoce” para se falar de clínica com bebês, seja essa intervenção no campo da medicina, fisioterapia ou psicologia. Mesmo em psicanálise essa expressão vem sendo correntemente utilizada, haja vista ser tema de algumas mesas redondas e conferências em congressos nacionais e internacionais de Psicanálise. Essa expressão nos coloca, de saída, um questionamento acerca do tempo: precoce em que sentido e para quem?

O que se entende por “intervenção precoce” em psicanálise? Quando se inicia a constituição do sujeito? Qual seria a especificidade da clínica psicanalítica em UTIN, um campo que tem em sua essência mesma a questão da precocidade da intervenção?

A precocidade em neonatologia se estabelece diante de um tempo fixado como “normal” para uma gestação. Um nascimento é precoce quando acontece fora do tempo esperado, adiantado, antecipado; e o bebê nasce prematuro, ou seja, ainda não maduro o suficiente para respirar ou ser capaz de sugar para se alimentar, por exemplo.

Mas a UTIN intervém também nos casos de atraso do nascimento, no fora do tempo no sentido de uma demora em relação ao esperado, o que também pode acarretar danos para o bebê, como a falta de oxigenação no cérebro.

Coriat (1997) prefere o termo castelhano *temprana* para falar da estimulação realizada com bebês, em vez da expressão, que é normalmente utilizada, “estimulação precoce”. *Temprano* se refere àquilo que acontece cedo, nas primeiras horas; enquanto *precoce* (*precoz*, em castelhano) é relativo ao que está antecipado, adiantado, prematuro, fora do tempo

esperado. Em português, não há um adjetivo equivalente a *temprano*, utilizando-se sempre a palavra precoce.

A neonatologia é, nesse sentido, um campo da medicina que intervém cedo, uma vez que seu objeto de estudo é o bebê recém-nascido e, ao mesmo tempo, intervém precocemente, já que também trabalha com bebês que nascem antes do tempo.

A clínica psicanalítica em UTIN é uma intervenção *temprana*, que se dá cedo; mas pode ser considerada precoce, “antes de”?

Se o inconsciente e o desejo não seguem a norma estabelecida pelo biológico ou a que é socialmente aceita como normal, o que esse nascimento fora do tempo pode dizer do tempo dos pais, de seu desejo em relação a esse filho, que enquanto desejo inconsciente é sempre atemporal?

No trabalho que venho realizando na UTIN do HUCAM, meu paciente é sempre o bebê, pois é o bebê o paciente para a equipe da qual faço parte. Mas como pensar a psicanálise com bebês se eles ainda não falam? Não penso fazer psicanálise com os bebês no sentido de um percurso que visa à passagem de analisando a analista de seu sintoma, até porque nada garante, ainda, que poderão constituir para si algum sintoma um dia. Também é diferente de psicanálise com crianças, pois estas já falam, a seu modo, de sua posição no desejo dos pais. A intervenção aqui é sobre o *infans*, aquele que ainda não pode falar.

Esse *infans* precisa, para se tornar um dia sujeito, das marcas significantes que o Outro vai produzindo nele. Mas, diante da prematuridade ou do atraso do nascimento, enfim, nesse descompasso entre o esperado e o acontecido, há sempre a necessidade de um tempo para que os pais possam tomar esse *infans* como seu objeto, ou seja, investi-lo com o envoltório de imaginário, fazendo dele o *seu* bebê. Essa é a única possibilidade para que esse bebê venha a ser, um dia, sujeito.

No texto *Sobre o narcisismo*: uma introdução, Freud ([1914] 1980) reconhece na atitude afetuosa dos pais para com os filhos a revivescência e a reprodução de seu próprio narcisismo. Assim, tomam seus filhos como objetos de amor, supervalorizando-os, a ponto de atribuir a eles toda perfeição, numa tentativa de concretizar, através deles, a ilusão narcísica da qual tiveram que abrir mão em relação a si mesmos, forçados pela realidade.

Essa revivescência do narcisismo dos pais é mais fácil de acontecer diante de bebês que nascem sadios, grandes, gordinhos, bonitos, enfim, bebês que, apesar de jamais coincidirem totalmente com o esperado, têm mais potencial de encantar os pais e deixá-los orgulhosos de seu produto.

Os bebês internados na UTIN são geralmente pequenos, frágeis, doentes, feios, com anomalias congênitas; acarretando uma ferida no narcisismo dos pais, que costumam a se reconhecer neles.

O psicanalista opera em UTIN no tempo de reconhecimento por parte dos pais desse *infans* como seu filho; no tempo do reconhecimento da autoria, através do reencontro com as marcas de si mesmo, no bebê que se produziu. Opera no tempo do estabelecimento, ou não, das condições mínimas do advento do sujeito. Nesse sentido, a intervenção psicanalítica em UTIN é precoce em relação ao tempo de estruturação do sujeito. Essa é sua especificidade.

É através do trabalho com os pais e com a equipe que será possível intervir junto ao bebê. Na clínica psicanalítica em UTIN, se intervém no momento do acontecimento, da erupção do real. Em que posição pode se situar o analista nesta clínica?

Ansermet (1997), durante os debates da mesa redonda sobre a questão da psicanálise diante da medicina perinatal em Lausanne, diz que o analista, nessa clínica, faz face a uma distorção temporal, num efeito de estranheza, efeito de báscula que faz com que intervenha ao lado, na defasagem. Como não se tem acesso ao tempo, uma vez que a intervenção é limitada pela duração da internação do bebê na UTIN, o analista deve criar um espaço discursivo, aberto para uma possível resposta.

É nesse pouco tempo que se pode operar, com base numa transferência à instituição hospitalar e ao discurso médico, sobre uma demanda que não é dirigida ao analista, mas que ele toma para si ao escutá-la de um outro lugar. Escuta analítica, na medida em que, abrindo um espaço discursivo, possibilita ao sujeito, cada um dos pais no caso, a construção de algum sentido diante dessa erupção de real, afinal, como nos diz Lacan ([1953] 1998, p. 242), não há nada na urgência que não gere sua superação na fala.

No entanto, ao abrir esse espaço discursivo, o psicanalista deve situar o fora-de-sentido e saber que isso não é alguma coisa sobre a qual se pode agir, segundo Laurent:

A interpretação consiste em situar o ponto que escapa à nossa ação, em fixar o fora-de-sentido num ponto e, em seguida, além deste ponto, abrir para o sujeito tecer sentido. Há aí, se quisermos, um certo efeito sugestivo, no pouco de autoridade que a transferência instalada permite nestas situações, transferência que é fraca. Mas é, mesmo assim, uma alavanca para dizer que aí há sentido a ser tecido (LAURENT, 1997, inédito).

Há que se ter cuidado para que a psicanálise não se torne, nesta clínica, um cúmulo de sentidos que tampone qualquer acesso do sujeito ao que se refere a sua verdade. É preciso apontar para o fora-de-sentido, para que os pais possam se angustiar o suficiente ao ponto de

se perguntar o que querem desse *infans*, e só então poderem tomá-lo como objeto; objeto de sua angústia, uma vez que denuncia a falta. Ao mesmo tempo, cuidar para que a angústia não seja avassaladora demais, impossibilitando mesmo o menor olhar em direção ao real do corpo do bebê. O analista serve nesse momento de ponte, de mediador, às vezes introduzindo uma dúvida, uma questão; outras vezes emprestando um pouco de sentido, no lugar de um espelho, num lugar terceiro, função do Outro.

Mas a estrutura da intervenção psicanalítica não seria sempre a mesma, apesar das especificidades de cada clínica? Estruturalmente, pode-se falar de intervenção psicanalítica precoce?

Costa (1998) nos diz que a intervenção psicanalítica é baseada numa espécie de “saber operativo” responsável por uma atividade interpretante.

Ele é operativo no sentido de que a atividade produzida “sabe” mais que o eu. [...] Deste (saber) não se sabe antecipadamente muita coisa, na medida em que se organiza da mesma forma que a produção do sujeito do inconsciente, num tempo da posterioridade (COSTA, 1998, p. 12).

No texto *O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada*, Lacan ([1945] 1998) utiliza o sofisma dos três prisioneiros para falar dos três momentos do tempo lógico: instante de ver, tempo para compreender e momento de concluir.

Na clínica psicanalítica em UTIN, o *instante de ver* é a própria erupção do real do acontecimento, os dados do problema já estão lá, seja ele um nascimento prematuro, ou em atraso, ou ainda uma doença ou má-formação no bebê recém-nascido; chamo aqui de dados do problema as articulações significantes que prepararam a emergência mesma do real, numa repetição ou no cumprimento de uma tragédia já prevista por oráculos parentais. Assim, na função do tempo, simbólico e real se conjugam (LACAN, [1953] 1998, p. 311). É porque no acontecimento presente se encontram os dados que o determinam, “[...] que o sujeito pode objetivar algo mais do que os dados de fato cuja aparência lhe é oferecida” (LACAN, [1945] 1998, p. 205).

É no que a erupção de real traz de “certeza antecipada”, certeza que se baseia em referências que já estão dadas para o sujeito, como os dados do problema no instante de ver, e que, de certo modo levam a um momento de concluir, que se pode intervir. A intervenção precipita os momentos conclusivos durante o tempo para compreender.

Nesse sentido, ou toda intervenção psicanalítica é precoce, uma vez que opera com base num tempo sempre anterior, um tempo constitutivo que dá as bases mesmas do

acontecimento presente; ou nenhuma intervenção em psicanálise deveria ser chamada precoce, já que é somente numa lógica do só-depois, ou seja, num atraso conclusivo, que o sujeito pode significar o tempo anterior; uma vez que, como nos diz Lacan no texto sobre o tempo lógico, o depois se faz de antecâmara para que o antes possa tomar seu lugar (LACAN, [1945] 1998, p. 197).

Portanto, nesse sentido, a estrutura da intervenção psicanalítica é sempre referida a uma temporalidade que é lógica.

2.2 - Alimentação e prazer em UTI Neonatal

A primeira preocupação materna em relação ao bebê recém-nascido costuma ser em relação à amamentação: quando meu leite vai descer? Quando o bebê vai mamar pela primeira vez? Ele está com fome? No entanto, quando o bebê nasce muito prematuro, ainda não está em condições de receber alimento por via oral. Seus órgãos, em formação, estão despreparados para cumprir suas funções. Necessitará de tempo até poder se alimentar de forma natural.

Apesar da prematuridade extrema e do despreparo fisiológico que apresentam, Quiniou (1999) observa que esses bebês demonstram sinais de uma vitalidade nascente, uma capacidade de autoerotismo bucal, que se expressa na sucção da sonda, da língua, do dedo que alguém lhe oferece, e também uma busca de contato, uma capacidade esboçada de comunicação quando tenta abrir os olhos ao ouvir uma voz dirigida a ele.

Freud, citado por Laznik (2004), percebeu que a pulsão oral procura sua satisfação independentemente da alimentação, apesar de manter sua concepção de apoio ao dizer que ela extrai da alimentação sua origem e que por ela é excitada. Laznik (2004) cita ainda as pesquisas de Spitz (1962) e de Ginette Rimbault (1980) que apontaram problemas no desenvolvimento da linguagem e atraso psicomotor em crianças alimentadas somente por sonda e cateter, que nunca tinham tido a experiência de satisfação alimentar pela boca. Em contrapartida, ela própria relata um caso clínico em que um bebê de 11 meses, com grave má-formação fetal digestiva chega para atendimento se apresentando muito triste, mas que rapidamente no trabalho terapêutico se anima, *bebe* as histórias que lhe contam, *come* as palavras dirigidas a ele, demonstra autoerotismo oral e, rapidamente começa a falar. Laznik sugere que esse bebê não sofreu atraso na organização simbólica porque, ao contrário dos bebês estudados por Spitz e Rimbault, recebeu *palavras alimentadoras* de seus pais desde o

nascimento, mesmo não tendo tido a experiência de ser alimentado pela boca com alimentos. Para ela, esses bebês portadores de patologias alimentares radicais ensinam que, se as necessidades vitais são apaziguadas, o bebê emprega suas competências na busca de um outro objeto diferente daquele da satisfação da necessidade vital.

A primeira preocupação dos pais diante de um bebê que nasce a termo é se ele está com fome e quando o leite materno vai descer para poder alimentá-lo. No caso dos bebês prematuros, a primeira preocupação é quando vão respirar sozinhos, sem ajuda de aparelhos. A mãe que encontraria na amamentação a via régia para se relacionar com seu bebê, se vê sem função. Não pode alimentá-lo, nem mesmo com uma mamadeira. Não pode nem mesmo carregá-lo em seu colo, acalentá-lo, vesti-lo com as roupas que escolheu para ele durante a gestação, interrompida bruscamente.

Em seu texto, Quiniou (1999) lembra que a mãe, inicialmente excluída da alimentação de seu bebê, podendo apenas lhe fornecer seu leite retirado no banco de leite com auxílio da bombinha de extração, será confrontada mais tarde com a necessidade de conseguir alimentá-lo, ela própria, com mamadeira ou seio, pois este é um dos critérios de alta. O sucesso ou não dessa transição do cateter central até a amamentação, vai questionar todo o caminho até ali: a relação da equipe com a alimentação e o bebê, e a escuta e o lugar dado à mãe nesse processo.

Queiroz (2000) faz uma crítica à certificação Hospital amiga da criança, conferido pela OMS, UNICEF e Ministério da Saúde aos hospitais com serviço de maternidade e de assistência ao recém-nascido que seguem os “10 passos para o aleitamento materno bem-sucedido”, que são:

1 – Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.

2 – Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma.

3 – Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.

4 – Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.

5 – Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.

6 – Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.

7 – Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.

8 – Encorajar a amamentação sob livre demanda.

9 – Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.

10 – Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

Para a autora, nesse conjunto de regras faltou espaço para a fala, para o desejo e para as variantes subjetivas que estão implicadas na relação entre a mãe e a criança e que influenciam a amamentação. Observa ainda que esses elementos parecem estar na origem de muitos fracassos ou mesmo recusas do aleitamento materno, tanto por parte do bebê quanto da mãe, o que demonstra que amamentar não é uma simples questão de técnica.

Do lado do bebê, podemos observar dificuldades que muitas vezes não são explicadas por qualquer diagnóstico médico – uma vez que o bebê se encontra saudável –, tais como anorexia, inapetência alimentar, sonolência excessiva, recusa do seio, choro inconsolável na hora da mamada. Lacan ([1938] 1987) observa que o bebê se interessa pelo rosto humano desde os primeiros dias de vida e que é sensível ao desejo do Outro por ele. O bebê incorpora, segundo Queiroz (2000), não apenas o leite, mas também a voz e o olhar da mãe, sendo alimentada ao mesmo tempo pela boca, pela pele, ouvidos e olhos. Um rosto sem expressão, no caso de uma mãe muito melancólica ou deprimida, a ausência de investimento libidinal por parte do Outro no bebê, pode ser devastador para ele, que se defende recusando o contato.

Do lado materno a dificuldade com a amamentação se traduz por ansiedade, baixa produção de leite, desgosto, impaciência, “gastura”, sensação de incapacidade de cuidar do bebê. Queiroz (2000), citando Winnicott, afirma que a amamentação também tem efeitos sobre a mãe, uma vez que é uma experiência que provoca muita excitação sexual.

A proximidade entre o corpo de um e o corpo do outro é bem maior. É uma situação rica em sensações sexuais também para a mãe, situação que se apoia em um reflexo fisiológico. A sucção do seio provoca a contração do músculo uterino, o que se acompanha de excitação sexual. A erogeneidade dos mamilos também é fonte de sensações sexuais durante a amamentação.

Assim, a inibição da lactação pode ser de origem orgânica, mas na maioria das vezes é de origem inconsciente. Para muitas mães o alcance sexual desse encontro pode ser muito inquietante. Essas sensações são então recalçadas e sobrevivem, em lugar delas, reações de desgosto e de rejeição pela criança. Ouvimos numerosas mães dizerem “não tenho leite”. Helen Deutsch explica essa inibição como uma proteção contra os excessos de excitação. Pode acontecer também que, em consequência de um recalque excessivo dessas excitações sexuais, isto se manifesta por uma certa ansiedade da mãe durante as mamadas, o que acaba por provocar, na própria criança, uma recusa do seio. Para algumas mães, ainda a criança desempenha um papel em suas vidas como um brinquedo erótico. A maioria delas, no entanto, é capaz de integrar bem essas sensações em sua experiência, a amamentação passando-se de maneira bem mais tranquila (QUEIROZ, 2000, p. 148-9).

Lacan ([1938] 1987) aponta para a ambivalência presente na imago do seio materno, entre mãe e bebê; o seio não pertencendo nem a um nem a outro e aos dois ao mesmo tempo. Para Lacan, essa imago domina toda a vida do homem e representa o desmame congênito que é o nascimento, que separa a criança da matriz, separação prematura por estrutura e da qual provém um mal-estar que nenhum cuidado materno pode compensar. A amamentação daria expressão psíquica ao mais primitivo de todos os desejos. “Assim está suficientemente indicada, neste nível, qual é a reivindicação, pelo sujeito, de algo que está separado dele, mas lhe pertence, e do qual se trata que ele se complete” (LACAN, [1964] 1998, p. 184). Através do abraço, da contemplação da criança, a mãe, ao mesmo tempo recebe e satisfaz a necessidade de uma compensação à angústia nascida com a vida. Essa compensação explica “a potência, a riqueza e a duração do sentimento materno. A realização dessa imago na consciência assegura à mulher uma satisfação psíquica privilegiada, ao passo que seus efeitos na conduta da mãe preservam a criança do abandono que seria fatal para esta” (LACAN, [1938]1987, p. 28).

Nas reuniões com a equipe da UTIN do HUCAM, noções sobre alimentação, prazer e pulsão foram discutidas com as técnicas de enfermagem, enfermeiras, médicos e residentes. Percebemos que a alimentação do bebê internado em UTIN é mais uma prescrição, como a de um medicamento, por exemplo, do que um dar de comer; a noção de prazer ficando completamente excluída na urgência de ganho de peso.

A alimentação constitui uma preocupação fundamental, tanto quanto a manutenção das grandes funções vitais falhas e a busca de uma homeostase. Nos estritos objetivos da sobrevivência, ela se mistura ao conjunto das prescrições de aporte calórico indispensável, e a curva de peso adquire um valor de parâmetro essencial. Da mesma forma, o modo de administração do alimento faz parte deste conjunto de prescrições: inicialmente por via parenteral, por meio do cateter central, tubo digestivo ausente, depois por sonda gástrica, introduzida no tubo digestivo, porém excluindo ainda a boca. A gavage, inicialmente contínua, sem ritmo, não permite que o estômago conheça a vacuidade, a descontinuidade só acontecerá mais tarde, sob forma de gavage-refeição, dita “por gravidade”, e somente mais tarde será proposta a mamadeira ou o aleitamento materno, nos melhores casos. Assim, nesses tempos iniciais, a necessidade de uma alimentação artificial, cujos critérios médicos definem inteiramente seus componentes, descarta o tempo rico de trocas da alimentação e elimina, no espírito de quem prescreve, toda noção de prazer (QUINIOU, 1999, p. 56).

A partir daí, pequenas ações começaram a ser pensadas. Algumas fórmulas prescritas para nutrir o bebê têm um gosto muito ruim e a equipe passou a incluir gotinhas de glicose na mistura para adocicar o sabor. Para os bebês que só se alimentam por sonda e que, portanto, não têm contato com o sabor do alimento, algumas gotinhas de leite materno passaram a ser oferecidas diretamente na boca do bebê para que ele começasse a associar o gosto do leite

com a saciedade gástrica. Além disso, a administração da dieta também passou por modificações. Antes a seringa ligada à sonda era presa na porta da incubadora, pois seu conteúdo se esvazia por gravidade, liberando a técnica de enfermagem para outros serviços enquanto o bebê se alimenta. Depois das discussões sobre o alimento que a fala e o olhar são para o bebê, a dieta passou a ser dada pela técnica, ou pela mãe, que alimenta o bebê conversando com ele e, se possível, em seu colo.

No trabalho realizado na UTIN do HUCAM buscamos facilitar e promover o laço entre os pais e o bebê, inclusive na hora da alimentação. Incentivamos as mães a estarem presentes na hora da dieta de seu bebê e a participarem ativamente dela no que for possível: segurar a seringa com leite, que é dado ao bebê por uma sonda nasogástrica; segurar o bebê em seu colo durante as manobras que a fonoaudióloga faz para que o bebê prematuro adquira tônus muscular e consiga sugar e coordenar sucção e deglutição; oferecer ela mesma o copinho; tudo sempre alimentando o bebê com seu olhar e sua voz. Não é preciso dizer às mães para que falem ou olhem para o bebê. Normalmente elas fazem isso naturalmente. “Pouco a pouco, o tempo da alimentação por sonda se enche de sentido e toma seu lugar nesta aproximação, sob o olhar unificador do adulto em relação ao bebê, que é agora carregado e segurado de outra maneira” (QUINIOU, 1999, p. 57). Mas se isso não acontece, para nós é um indício de sofrimento nessa mãe, de dificuldades no laço com o bebê por algum motivo. E esse indício demanda de nós uma escuta e uma intervenção.

2.2 - A morte na hora do nascimento

Nem o sol nem a morte podem ser olhados de
frente.
Duque de La Rochefoucauld.

Na Grécia antiga, a realização de ritos funerários aos *infans* era proibida, provavelmente pelo alto índice de mortalidade dos bebês, limitando assim “[...] o luto por esses pequenos cuja morte era um acontecimento demasiado comum para que se pudesse impunemente perder tempo com ela” (SVENBRO, 1999, p. 8).

Na sociedade atual, também não é incomum que não haja rituais funerários nos casos de morte de fetos ou de bebês muito prematuros; nas maternidades geralmente os corpos de

fetos são descartados como lixo hospitalar, ou, nos hospitais universitários, como é o caso do HUCAM, são deixados pelos pais para servirem de “peças anatômicas” no ensino a estudantes de medicina. Aqui, o motivo de não se realizar os rituais fúnebres não é a banalidade do acontecimento, mas, ao contrário, o horror cada vez crescente frente à morte em nossa cultura, em que “os incessantes avanços científicos recuam a cada dia seus limites” (MATHELIN, 1999, p. 111); isso somado à ideia de que um feto ainda não é uma pessoa.

O Ministério da Saúde recomenda que seja realizada declaração de óbito e, portanto, sepultamento, quando a criança nascer viva e morrer logo após o nascimento, independentemente da duração da gestação, do peso do recém-nascido e do tempo que tenha permanecido vivo. A vida é considerada presente ao nascimento quando o RN respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como: batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical ou movimentos efetivos da musculatura voluntária: “Não se trata de óbito fetal, dado que existiu vida extra-uterina. O hospital deve providenciar também a emissão da Declaração de Nascido Vivo, para que a família promova o registro civil do nascimento e do óbito” (BRASIL, 2006, p. 22) .

É considerado óbito fetal a morte do produto da concepção, ocorrida antes da sua completa expulsão ou extração do organismo materno, independentemente do tempo de gestação. A morte é indicada pelo fato de que, depois da separação, o feto não respira nem mostra qualquer outro sinal de vida, como batimentos cardíacos, pulsações do cordão umbilical ou movimentos de músculos voluntários. A mortalidade fetal se divide em precoce, intermediária e tardia. A mortalidade fetal precoce refere-se aos abortos e está compreendida no período entre a concepção e a vigésima semana de gestação, no qual o feto tem um peso aproximado de 500g. No caso de óbito fetal, a declaração de óbito e o sepultamento só são necessários se a gestação teve duração igual ou superior a 20 semanas, ou o feto tiver peso igual ou superior a 500 gramas, ou estatura igual ou superior a 25 centímetros. Porém, no óbito de um feto que esteja abaixo desses parâmetros, não há necessidade de declarar o óbito, nem de proceder ao sepultamento. A legislação atualmente existente, no entanto, permite que, na prática, a emissão da DO (Declaração de óbito) seja facultativa para os casos em que a família queira realizar o sepultamento do feto (BRASIL, 2006).

Importante ressaltar, ainda, que há a recomendação de não proceder à reanimação de fetos que nasçam com peso inferior a 500 gramas, mesmo que apresentem sinais vitais. Aqui, apesar de certo consenso entre os neonatologistas, fica a cargo de cada profissional decidir pela reanimação ou não. Esses nascimentos são considerados “abortos”: expulsão ou extração de um embrião ou feto pesando menos de 500g (aproximadamente 20-22 semanas de

gestação) independente ou não da presença de sinais vitais: “Fetos pesando menos de 500g não são considerados viáveis e, portanto, não são considerados como nascimento para fins de estatísticas perinatais” (BRASIL, 1994, p. 141).

Em nossa sociedade, a morte é considerada ofensiva, obscena. Assim como toda dor de existir: as incertezas, os fracassos, as tristezas. Nela, o luto tem cada vez menos lugar, sendo inclusive medicado, como algo patológico em si mesmo.

Para Freud ([1917] 1992), o luto é um trabalho psíquico que não requer tratamento, necessitando, como condição para sua efetivação, de tempo. O luto, enquanto uma reação à perda de uma pessoa amada ou de um ideal ou expectativa que esteja no lugar dela se caracteriza por “[...] estado de ânimo doloroso, a perda de interesse pelo mundo externo – na medida em que este não faz lembrar o morto –, a perda da capacidade de escolher um novo objeto de amor – em substituição ao pranteado – e o afastamento de toda e qualquer atividade que não tiver relação com a memória do morto” (FREUD, (1917) 1992, p. 131-132).

No trabalho em Neonatologia, observamos que um trabalho de luto é necessário não somente quando um bebê morre, ou uma gravidez não se completa dando origem a um natimorto, mas também no nascimento de bebês malformados, muito prematuros, ou gravemente doentes. Nesses casos, o que se perdeu foi o filho idealizado, e somente haverá lugar para o filho que realmente nasceu se houver a elaboração dessa perda.

Certa manhã, na entrada da Unidade, uma senhora olhava curiosa e ansiosa pela porta de vidro. Perguntei se procurava alguém. Ela me perguntou se ali havia algum bebê internado com anencefalia. Sua pergunta me soou estranha e eu não compreendi de imediato. Perguntei qual era o nome da mãe da criança. Ela, então, precisou que não se tratava de um bebê específico, mas que queria saber se, por acaso, havia ali, naquele momento, algum bebê com anencefalia. Eu disse que não, mas quis compreender o porquê de seu interesse. Ela me contou que um ano e meio atrás teve um bebê com anencefalia e que tinha ficado internado ali naquela Unidade. Ele se chamava Davi e faleceu com poucos dias de vida. Logo engravidou novamente e batizou o bebê, que nasceu saudável, de David. Disse-me que toda semana visitava alguma Unidade Neonatal à procura de bebês com anencefalia para conversar com as mães e lhes contar sua experiência e confortá-las. Perguntei onde estava David naquele momento. Ela o deixava com uma vizinha para visitar as Unidades. Perguntei por que ela havia dado um nome tão parecido para o segundo filho, aliás, o mesmo nome em outra língua. Ela somente conseguiu dizer que achava um bonito nome. Como ela havia mencionado o nome de Fernanda Stange, a colega psicanalista que havia acompanhado a internação de Davi, sugeri que voltasse no dia seguinte e procurasse por ela. Talvez pudesse dizer um pouco

melhor sobre sua peregrinação pelas Unidades Neonatais, falar das lembranças da internação de Davi e de como se sentia agora. Mas, pelo que sei, ela não retornou. Fica a questão do que não pôde ser simbolizado daquele nascimento, do acontecimento real de uma má-formação, e, por fim, da morte de um filho. O que buscava? Por que ainda procurava por este bebê anencéfalo? Por que dar ao segundo filho o mesmo nome? O que precisava ainda ser dito dessa experiência? Talvez, podendo simbolizar e significar este acontecimento, terminando um luto que ainda parece estar em curso, ela pudesse se ocupar, de fato, do filho entregue aos cuidados de vizinhos e que está esperando por ela; do filho que leva, de certa forma, o mesmo nome do irmão morto, mas que porta uma letra que o diferencia. Uma letra também em espera para cumprir seu papel de distinguir o sujeito. “O rostinho angelical de um fantasma leva para o além a energia libidinal que corresponderia a este pequeno corpo que palpita na terra” (CORIAT, 1997, p. 132).

Freud ([1917] 1992) ressalta que, somente após a conclusão do trabalho de luto, a libido fica liberada para ser investida em novos objetos. Descreve assim o processo desse trabalho: diante da *prova de realidade*, que demonstra que o objeto já não existe e exige que a libido dele seja retirada, o ego resiste, tentando manter a ligação com o objeto perdido. Assim, a ordem dada pela realidade não pode ser cumprida imediatamente, necessitando de grande gasto de tempo e de energia para sua realização. As lembranças e expectativas pelas quais a libido se ligava ao objeto são superinvestidas e nelas, uma a uma, vai se realizando o desligamento da libido.

Vemos, aqui, a importância do teste de realidade para a conclusão do trabalho de luto:

Em cada uma das recordações e situações de expectativa que mostram a libido ligada ao objeto perdido, a realidade traz à tona seu veredicto de que o objeto não existe mais e o ego, por assim dizer, indagado se quer compartilhar este destino, deixa-se determinar pela soma de satisfações narcísicas dadas pelo fato de estar vivo e desfaz sua ligação com o objeto aniquilado (FREUD, (1917) 1992, p. 139).

No entanto, como na atualidade o luto é a todo custo evitado, diante da morte de um feto ou de um bebê recém-nascido, é frequente que as famílias tentem anular o acontecimento; há uma tendência a se negar aos pais a facilitação da prova de realidade. Familiares se antecipam em apagar as marcas, não só da ausência do objeto perdido, mas até mesmo das insígnias dele já ter existido um dia. Desfazem o quarto do bebê, doam as roupinhas, antes mesmo de a mãe retornar a casa. Impedem, assim, a possibilidade de ela reinvestir cada traço, cada lembrança, e ir se desligando, a seu tempo, do objeto. Não há, socialmente, o reconhecimento da dor pela perda do bebê: “Você é jovem, logo vai engravidar novamente”,

“Ainda bem que foi agora, já imaginou se fosse quando tivesse dez anos?”, “Você nem conviveu com ele, era só um feto!”. Para Lacan (1986, p. 75), o “trabalho de luto se realiza no nível do logos – digo logos para não dizer grupo ou comunidade, ainda que o grupo e a comunidade, enquanto culturalmente organizados, sejam seu suporte”. Portanto, o não reconhecimento social do luto perinatal dificulta muito a possibilidade de simbolização, pois não encontra sustentação na cultura.

De certa forma, a ideia de que não houve tempo para a formação de laços entre a mãe e o bebê, faz com que não se reconheça a necessidade de um trabalho de luto. Freud ([1917] 1992) afirma que, se o objeto não tiver um grande significado para o ego, reforçado por muitos laços, sua perda não provocará um trabalho de luto. Porém, também adverte que, na perda de um objeto, resta saber o que se perdeu nele, que fantasias, expectativas e desejos foram perdidos com ele. Sabemos que o investimento libidinal em um filho começa muito antes de sua concepção, desde as brincadeiras com bonecas na infância quando a menina vai projetando a filha que ela é e a filha que gostaria de ser frente aos olhos da mãe; depois, no encontro sexual com o parceiro amoroso, em que as expectativas de ambos, o encontro de suas faltas, faz cair, como um resto da relação, o desejo de filho. E durante a gestação, em que os movimentos fetais, os exames de ultrassonografia, as fantasias sobre a personalidade do bebê vão preparando os pais para recebê-lo. No entanto, algumas vezes, e por alguma razão particular, em função da história materna e/ou da circunstância daquela gestação específica, o investimento libidinal não pode ser endereçado ao bebê.

Martha chega à maternidade em período de expulsão do bebê – escrevi e depois me dei conta da palavra *expulsão* e das várias conotações que toma nesse caso. Era um bebê muito prematuro, em torno de cinco meses de gestação, que nasceu morto. Martha estava acompanhada de uma mulher, que não soube dar nenhuma informação sobre ela, apesar de se identificar como uma amiga. Não sabia dizer o nome completo de Martha, telefone ou endereço. Depois acabou revelando que era amiga de rua, fumavam crack juntas na mesma “boca de fumo”. Após o parto, quando Martha já estava no quarto, fui até ela. Já tinha sido avisada do falecimento do bebê e de que era uma menina. Perguntei o que estava sentindo com o falecimento da filha. Martha falou muito pouco, disse que não queria mesmo aquele bebê e admitiu que estava fumando crack quando entrou em trabalho de parto, e que só foi ao hospital por insistência da amiga, que se propôs a acompanhá-la. Disse que se sentia bem e que queria ir embora. Questionei se queria ver o corpo do bebê, conhecer seu rosto. Ela disse que tanto fazia pra ela! A amiga, a seu lado, curiosa, quis ver o bebê. Martha autorizou que eu trouxesse o corpo do bebê até o quarto para mostrar à amiga. Esta, ao ver o bebê, ficou

emocionada e chorou. Martha olhou como quem olha para uma cadeira. Apenas perguntava que horas poderia deixar o hospital. Expliquei que quem daria alta a ela seria o obstetra e que no dia seguinte eu estaria lá, se ela quisesse conversar. Porém, no dia seguinte, recebi a notícia de que ela se evadira do hospital juntamente com a amiga durante à tarde do dia do parto. A assistente social avisou à unidade de saúde do bairro, indicado por Martha como sendo o de sua residência, sobre a evasão dela sem alta hospitalar e recebeu da equipe da unidade a informação de que Martha já tinha outros filhos, que não criava nenhum, todos colocados em abrigos pelo juizado da infância e juventude, e que ela era moradora de rua há muitos anos, sem vínculo familiar.

Martha voltava para a rua, para o crack, deixando para trás o corpo de seu bebê, descartado como lixo hospitalar. Os vínculos de sua vida estavam todos rompidos pelo “casamento” com a droga, usando uma expressão de Lacan. E é Lacan ([1957-58] 1999), corroborando com o que diz Freud sobre a necessidade de vínculo para que haja luto, que nos diz:

Para que uma morte seja memorizada, é preciso que um certo vínculo tenha-se tornado significante, de maneira que essa morte exista de outro modo no real, na pululação da vida. Não há existência da morte, existem mortos, e é só. E, quando morrem, ninguém mais no mundo lhes presta atenção (LACAN, [1957-58] 1999, p. 322).

Os médicos recebem em sua formação profissional o ideal de uma medicina onipotente e, por isso mesmo, intervencionista, que não aceita nada que fuja a seu controle, principalmente a morte. Quando algo não acontece dentro do que os médicos esperam alcançar, eles se sentem culpados, impotentes e são tomados de angústia por ter que continuar se deparando com o bebê que não responde nem se encaixa em seu saber; e também com a dor da família, tendo que lhes dar notícias ruins, piores no prognóstico e, eventualmente, lhes comunicando a morte do bebê, apesar de todos os seus esforços. É comum, nos serviços que contam com a presença do psicanalista ou algum profissional *psi*, que a equipe demande que seja este quem vai comunicar à família o falecimento do bebê: “o ‘psi’ sendo supostamente capaz de falar melhor dos riscos, até mesmo estaria mais apto para falar da morte aos pais” (MATHELIN, 1999, p. 111).

Logo que ingressei no Serviço de Neonatologia, me chamou atenção o descuido com a comunicação e com os procedimentos diante da morte dos bebês. Assim que faleciam, eles eram preparados nos “pacotes” (o corpo era totalmente enrolado em lençóis, atados por fitas adesivas, identificado com uma etiqueta e deixado numa geladeira comum, até ser

encaminhado para a necropsia no Serviço de Patologia), e a família era avisada do falecimento. Quando a família chegava ao hospital, o bebê não estava mais no berço ou incubadora que ocupava. Não raras vezes, já havia outro bebê em seu lugar. Se a família pedia para ver o bebê, era encaminhada até a sala na maternidade onde ficava a geladeira. O “pacote” era aberto na frente da família, que tinha contato com um corpo gelado e sem roupinhas. Mas o mais comum é que lhes fosse comunicado que só teriam acesso ao corpo do bebê após a necropsia, o que na época podia levar de três horas a três dias.

Nas reuniões com a equipe, começamos a elaborar em conjunto um protocolo a ser seguido nos casos de falecimento de bebês. A família passou a ser chamada assim que o bebê se agravava, podendo estar ao seu lado durante seus últimos momentos, se assim desejasse. Os pais eram encorajados a se despedir do bebê, conversando com ele, lhe dizendo o que ainda não teriam podido dizer antes, ou apenas estando junto a ele. Nas situações onde o falecimento acontecia sem a presença da família, esta era imediatamente comunicada e chamada a comparecer na UTIN. O bebê passou a permanecer no berço ou incubadora até a chegada da família, que podia ainda vê-lo dentro da unidade. Passamos a permitir a entrada neste momento da família ampliada e que a família trouxesse, se quisesse, algum sacerdote de sua religião para as orações e ritos junto ao corpo do bebê.

Como nos diz Vera Iaconelli:

No luto perinatal nem sempre é reconhecido o desejo dos pais de realizarem procedimentos ritualísticos que fazem parte das demais perdas por morte e, quando são realizados não deixam de criar certo constrangimento. Estas diferenças no tratamento destes casos, tanto no aspecto da expectativa de uma recuperação instantânea quanto no fato de nem sempre lhes serem concedidos rituais fúnebres, revelam uma impossibilidade de atribuir à morte de um bebê (pré ou pós-termo) o status de morte de filho. Não nos cabe avaliar os procedimentos recomendáveis em cada ocasião, mas, pelo contrário, ressaltar que o que convém ao entorno e o que é desejável pelos pais nem sempre coincide e que só uma escuta sensível poderá revelar estas diferenças (IACONELLI, 2007).

Procurei, na época, pelo chefe do Serviço de Patologia, Dr. Paulo Merçon, para que tentássemos resolver o problema da espera pela liberação do corpo do bebê, principalmente quando o falecimento acontecia nos finais de semana e feriados, quando não havia patologistas de plantão, obrigando a família a esperar até três dias para proceder ao sepultamento do filho. Conversamos longamente sobre a impossibilidade de dar a partida ao trabalho de luto nesses casos, e a dor da espera para essas famílias. Eu já sabia do importante trabalho realizado por Dr. Paulo Merçon, tanto como patologista excepcional, com um belo trabalho de transmissão junto à equipe médica, residentes e internos do hospital nas reuniões

semanais que realizava para discussão de caso, mas, também, pelo trabalho que desenvolvia junto a cada família que perdia um bebê. Com cada família, ele marcava um horário para falar-lhes pessoalmente do resultado da necropsia, tirar suas dúvidas, escutá-los e orientá-los. Após nossa conversa, ele exigiu junto à direção do HUCAM a contratação de patologistas para os fins de semana e feriados e todas as necropsias passaram a ser feitas no máximo em três horas a partir da hora do falecimento.

É frequente aparecer, nas entrevistas com os pais na UTIN, o relato de abortos consecutivos, morte anterior de outro bebê ou o nascimento de outros bebês prematuros. A partir da escuta das histórias familiares evidencia-se o lugar do bebê que agora nasceu no desejo dos pais ou na impossibilidade de elaboração de acontecimentos e perdas anteriores. Para Lacan ([1955 -1956] 1997, p. 98), alguma coisa que não seja simbolizada reaparecerá no real.

Tomemos outro recorte clínico. Numa manhã, ao chegar à Unidade, Dr.^a Elisabeth Stein, neonatologista muito experiente e muito envolvida com os bebês não só com relação aos cuidados físicos, mas também psíquicos, me chamou preocupada com o nome que um casal havia dado a um dos gêmeos, nascidos muito prematuros. Resolveram batizar um deles, o menor e mais frágil, de Will Smith em homenagem ao ator americano que consideravam ser bom ator e muito bonito. Ao outro bebê, chamaram de Luiz Henrique.

A neonatologista ficou preocupada com o nome americano, pois, para o menino carregar este nome podia ser muito pesado: o obrigaria a soletrar toda vez que precisasse dizer seu nome, e poderia ser motivo de chacota na escola. Ela mesma já tinha tentado dissuadi-los da ideia de colocar no bebê o nome do ator, mas eles estavam seguros de sua escolha. Pedi-para intervir. Concordei em escutá-los, mais do que falar com eles.

Na entrevista com os pais, me surpreendi com a informação de que alguns meses antes dela engravidar dos gêmeos, eles haviam perdido um bebê recém-nascido que tinham batizado de Luiz Henrique! A escolha dos nomes foi motivada pela admiração ao ator e pela perda desse primeiro filho. Segundo os pais, Deus os tinha compensado essa perda lhes dando agora dois filhos. Parece que faziam uma contagem: duas gravidezes, dois filhos! Nenhuma perda! Para confirmar esse cálculo, colocavam o mesmo nome do filho morto, numa anulação de sua morte. Perguntei a qual filho eles se refeririam quando falassem de Luiz Henrique? Do filho morto ou do que ali estava? Apontei que eram três crianças diferentes, precisavam de três nomes diferentes para distingui-las. Mas não puderam escutar e registraram os bebês naquele mesmo dia em cartório, com os nomes escolhidos.

Em conversa com a médica, eu lhe disse que Will Smith era um lindo nome para o bebê, uma aposta em sua potência e possibilidade de viver; mas que o nome Luiz Henrique ter sido escolhido para o outro bebê podia ser muito pesado para ele. Ocupar o lugar do filho morto é sempre, em alguma medida, também mortificante. São vários os casos em nossos consultórios e também na história. Para citar alguns: Van Gogh e Marguerite Anzieu (Aimée). E, de fato, o bebê mais frágil, batizado como Will Smith se recuperou bem e sem maiores intercorrências. No entanto, Luiz Henrique, que aparentemente era mais forte e com mais chances, passou por muitas complicações: convulsões, paradas respiratórias e, por consequência, seqüela cerebral severa. O que nos faz questionar que vida terá.

Para Mathelin (1997), no momento da morte de um filho, as famílias vivenciam um drama, quase sempre no inominável, onde toda a dinâmica familiar fica abalada e “[...] os filhos que nascem depois sofrem terrivelmente os não-ditos e o recalco que cercam esse nascimento. Os filhos seguintes trazem e exprimem, quase sempre por seus sintomas, o luto não feito de seus pais: são filhos ‘fantasmas’ (fantômes)” (MATHELIN, 1997, p.113).

A autora aponta, portanto, para a necessária simbolização do encontro traumático com o real para que a criança possa ser imaginarizada pelos pais, tomada como filho e como sujeito a advir e que, portanto, nem sempre o tratamento e o desejo dos médicos e da equipe são suficientes, pois,

[...] é preciso para viver inscrever-se numa palavra; na falta disso um ser humano morre e se ele inscreve-se numa palavra louca, ele torna-se louco. [...] Duas crianças nascidas com o mesmo peso, com sintomatologia similar, não evoluirão de maneira idêntica, mesmo se elas se beneficiam da mesma qualidade de tratamento. [...] É exatamente esta generalização impossível que nos faz questão. Cada corpo inscrito numa palavra diferente é diferente, e o saber dos médicos, saber que concerne ao corpo em geral, defronta-se com a verdade do corpo particular de cada um (MATHELIN, 1997, p. 131).

O analista não sabe falar melhor da morte, pois, “[...] não se pode falar da morte, porque a morte é, muito precisamente, o limite de toda fala e, ao mesmo tempo, provavelmente também a origem de onde ela parte” (LACAN, [1957-58] 1999, p. 64); mas pode possibilitar que a palavra circule em torno dela. Para Mathelin (1999, p. 112), “o trabalho do analista em neonatologia pode justamente permitir que a morte não seja escamoteada”.

Nosso trabalho foi de situar a importância para as crianças e suas famílias de não escamotear a morte. Uma vida de dois dias é, apesar de tudo, uma vida, tendo um início e um fim, uma história de ser humano que se inscreve em toda uma problemática familiar. Quanto mais o bebê for falado, mais lugar será dado às

circunstâncias de seu nascimento e de sua morte, mais teremos nos dirigido à criança e mais os pais estarão em condições de fazer seu luto desse bebê (MATHELIN, 1999, p. 113).

3 - O LUGAR DO PSICANALISTA NO SERVIÇO DE NEONATOLOGIA.

A partir dessa experiência de alguns anos de trabalho como psicanalista em uma UTIN, tenho me questionado o que autoriza a intervenção do analista junto às famílias dos bebês internados e junto à equipe que se ocupa deles. O que sustenta os efeitos dessa clínica?

Primeiro há que se considerar que o psicanalista se encontra fazendo parte de uma equipe de saúde que tem seu eixo de trabalho apoiado no saber médico-científico. Quando uma pessoa necessita recorrer a um hospital, ela vai em busca desse saber, ela supõe que o médico e os demais profissionais do serviço “sabem” o que fazer para aliviar seu sofrimento. A demanda e, portanto, também a transferência estão dirigidas a este saber médico.

Se um bebê recém-nascido necessita dos cuidados de uma unidade de terapia intensiva neonatal, a família não demanda ser escutada em sua dor por um psicanalista, mas, sim, que os médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e quem mais se ocupe do bebê o salvem, o consertem, curando assim também, é claro, a ferida narcísica deles próprios, diante de um produto mal acabado. Mas, disso eles não têm consciência. A demanda é de que a equipe da unidade devolva ao bebê a saúde e a beleza por eles sonhadas.

Geralmente, é o analista quem oferece uma escuta, quem os convida a falar, falar dessa dor, dessa ferida, dessa interrupção dos sonhos em relação ao bebê. Mas o que autoriza o ato do analista se a transferência, a suposição de saber, está dirigida ao saber médico?

Enquanto membro da equipe, o psicanalista também é tomado pelos pais na suposição de ser portador de um saber sobre o bebê. É com base nessa suposição que o psicanalista se apresenta aos pais, como mais um cuidador do bebê, e isso é fundamental, pois os pais não estão ali demandando uma análise, e realmente não é disso que se trata nesta clínica.

É somente porque se apresenta aos pais como alguém que também se ocupa do bebê, e que por isso é muito importante escutá-los, enquanto aqueles que serão o suporte da estruturação psíquica do bebê; é somente por isso que eles aceitam a presença do analista, pelo menos inicialmente. Depois, talvez, possam se implicar no acontecimento deste nascimento fora do esperado e formular uma demanda própria.

A intervenção nesta clínica é realmente uma ação entre – *inter-venção*: vir entre duas partes, criando um tempo-espaço lógico lá onde o espaço físico e o tempo são escassos, feitos de urgências e correria, e, ao mesmo tempo, de horas infinitas, de precocidades e de adiamentos. A intervenção psicanalítica em neonatologia é pontual, no tempo e enquanto é tempo.

É operar entre duas partes porque a intervenção do psicanalista nesta clínica tem um duplo corte, pois não incide somente sobre a família, mas também sobre a equipe. A transferência dirigida ao saber médico recai sobre todos os membros da equipe, mas principalmente sobre os médicos e enfermeiras, que a ela reagem o tempo todo, sem saber. Os membros da equipe têm muita dificuldade de tomar distância e perceber em que mecanismos transferenciais estão capturados, tanto da parte dos pais para com eles quanto deles para com os pais e com o bebê. A confiança depositada neles pelos pais pode ser sentida como insuportável, principalmente pelos médicos, pois exigem a si mesmos responder à demanda da família, devolvendo-lhes um bebê saudável.

E o que possibilita a intervenção junto à equipe? Como se estabelece a transferência da equipe para com o psicanalista?

A transferência da equipe para com o psicanalista também é centrada na suposição de um saber. Inicialmente demandam ao psicanalista que tire a angústia dos pais, que os faça parar de chorar, que os adapte ao imaginário da equipe do que seja ser bons pais – aqueles que aceitam o bebê, seja como for; que choram, mas não se desesperam; que entendem todas as explicações e sigam todas as orientações da equipe; que sejam presentes, mas não questionem muito sobre o tratamento. Ou seja, demandam ao psicanalista que resolva tudo aquilo com o qual, na verdade, não sabem lidar. Mas, mesmo aí há uma suposição de que o psicanalista sabe como aliviar a angústia, seja dos pais ou deles próprios.

O psicanalista, mantendo-se fiel a seu desejo, faz apenas semblante de responder à demanda, quando, na verdade, devolve para a equipe seus próprios questionamentos, implicando-a em seu desconforto frente aos pais e ao bebê.

4 - OS TRÊS EIXOS + 1 DA INTERVENÇÃO PSICANALÍTICA EM UTI NEONATAL: A EXPERIÊNCIA NO HUCAM

Em meu trabalho na UTIN do HUCAM, durante todos esses anos, segui a estratégia de intervir sobre três eixos diferentes, porém inter-relacionados: a intervenção junto ao bebê, a família e a equipe do Serviço, inspirada na proposta de trabalho de Catherine Mathelin. No entanto, durante essa experiência, devido à particularidade de se tratar de um hospital universitário, um novo eixo de intervenção foi se delineando, e se mostrando fundamental: o trabalho de transmissão, com a possibilidade de fazer série, de disseminar uma forma de trabalho junto aos bebês, suas famílias e cuidadores, que seja centrada na noção de sujeito do inconsciente.

4.1 - A intervenção junto ao bebê

O trabalho com o bebê é calcado na possibilidade de que se possa tomá-lo como um sujeito a advir e, sendo assim, observá-lo para reconhecer as mensagens que direciona aos pais e aos profissionais que dele se ocupam. Esse trabalho é de toda a equipe, uma vez que o bebê só se constitui psiquicamente, na medida em que o Outro lhe reconhece como sujeito.

A criança “sujeito” é acolhida por nós não somente como um corpo a fazer funcionar, mas como um rebento do homem portador de uma história que precede em muito o momento da hospitalização, mesmo que esta aconteça no instante do nascimento. Esta história, cuja estadia na neonatologia será apenas um episódio, continuará depois, caso nada venha a interromper o curso (MATHELIN, 1997, p. 130).

A psicanálise opera pela palavra, a partir da fala do analisando. Mas como trabalhar com os bebês se eles ainda não falam?

Não falam os bebês? Metaforicamente podemos dizer que sim, que um bebê nos diz coisas – inclusive é absolutamente imprescindível supor isto, na clínica e na vida cotidiana, se quisermos que esse projeto de pessoinha venha a falar uma vez – mas, estritamente, o bebê não fala porque não tem palavra. As palavras são colocadas pelo adulto.

Às vezes, se diz muito de passagem que é por esse motivo que se lê o desejo no discurso dos pais... sim, isto faz parte da clínica que propomos, mas sabendo que isto não é, de modo algum, suficiente. O desejo dos pais, elemento chave para que surja o desejo no bebê, é o desejo dos pais, não o do bebê. Se os confundirmos, se os identificarmos, estaremos impedindo o surgimento da diferença imprescindível para o aparecimento de um novo sujeito sobre a terra. Estaremos favorecendo que o bebê

continue a ser puro objeto, sem desejo próprio (ainda que seja em construção) (CORIAT, 1997, p. 117).

No trabalho psicanalítico em UTI Neonatal, nos deparamos com bebês que, apesar de sua pouca idade e, mesmo, prematuridade, parecem responder com seu corpo ao enigma do desejo materno e da equipe do serviço.

Mas como pode ser entendido o sintoma do bebê? Num tempo pré-especular, como pensar que o bebê “responda” ao Outro? Há Outro? Como o orgânico sofre os efeitos do Outro, ficando marcado em seu funcionamento?

O trabalho com bebês apresenta uma complexidade que não pode ser respondida, isoladamente, por um único campo de saber. Mas, qual é a contribuição que a psicanálise pode dar à abordagem do bebê de risco em UTI Neonatal?

A psicanálise é o campo que se ocupa do desejo. Poderíamos dizer com isso que se ocupa do humano, uma vez que só os seres humanos desejam. No entanto, nem todo ser humano é capaz de desejar; há alguns que nunca chegam a ter acesso ao desejo, pois ficaram aprisionados no desejo do outro, podemos acrescentar, no desejo materno, daí resultando a estruturação de uma psicose.

Ser objeto do desejo do Outro, num dado momento, é necessário para que o bebê viva. Se não há nenhum lugar para ele no desejo dos pais e, especialmente, no desejo da mãe, ele não sobreviverá. Se o bebê existe é porque foi chamado a ocupar um lugar no desejo do Outro, nem que seja o lugar de objeto odiado.

Porém, para que o bebê se constitua como sujeito, ou seja, como ser de desejo, é preciso que se descole minimamente dessa posição de objeto do desejo do Outro, abrindo espaço para a possibilidade de desejo próprio. Isso se dá pelo comparecimento de um terceiro elemento, que chamamos de “função paterna”, que pode ser representada pelo pai ou pela própria mãe que, marcada duplamente pela falta (a falta inerente a todo ser humano que é dada pelo próprio nascimento e a falta no campo da linguagem de um significante que dê conta de seu ser), transmite essa falta ao filho quando este se descobre insuficiente para completá-la. Muitas vezes, é a equipe da UTIN que opera, no tempo inicial da relação do bebê com sua mãe, como este lugar terceiro, barrando o desejo caprichoso da mãe.

Tomaremos alguns recortes da história de Luciano, um bebê que acompanhamos através da supervisão de uma das estagiárias do curso de psicologia.

Luciano nasceu muito pequeno, prematuro extremo, aos seis meses de gestação e por isso foi internado imediatamente na UTIN. Sua mãe, apesar do parto ter sido normal, rápido, e de estar fisicamente bem disposta, não foi vê-lo neste primeiro dia. No dia seguinte, logo bem

cedo, estava pronta para ir embora mesmo ainda não estando de alta; morava no interior do estado e tinha um compromisso profissional que, para ela, era inadiável. Ela parecia muito angustiada, mas não queria conversar. Ninguém conseguiu convencê-la a ficar, nem a ir ver Luciano antes de partir. Mantinha uns poucos contatos telefônicos com a estagiária de psicologia e com a assistente social do serviço por insistência destas. Sempre estava muito atarefada com o trabalho, um projeto no qual estava envolvida há muito tempo e agora que estava chegando ao fim não podia abandonar. Adia sempre para a próxima semana a visita ao filho e também os encontros com as profissionais.

Enquanto isso, Luciano, que apesar de sua prematuridade respondia bem ao tratamento, já estava respirando sozinho; tinha sido transferido para a unidade de médio risco, onde aguardava a vinda de sua mãe para iniciar a amamentação ao seio. Só precisava ganhar peso para ir embora. Na ausência da mãe, alimentava-se inicialmente por uma sonda, e depois, com a ajuda de uma seringa. Ganhava peso lentamente, mas o que chamava a atenção da equipe médica era sua apatia, hipotonia muscular e sonolência excessiva. Quando alguém se aproximava dele, se recolhia ainda mais, fechava os olhos recusando o contato. Luciano veio para o Serviço num momento difícil, de greve de funcionários, e a equipe da UTIN estava trabalhando num regime de revezamento, com poucas enfermeiras por plantão, o que causava sobrecarga de trabalho. Ele era considerado “bonzinho” e “quietinho”, nunca chorava, não demandava atenção. A ele eram dispensados todos os cuidados, porém sem afetividade, rápidos, obrigação fácil de ser cumprida, deixando mais tempo para os que “pediam” mais. Nosso trabalho foi no sentido de apontar para a equipe os sinais de sofrimento deste bebê, pois sabemos que é mais preocupante a criança excessivamente calma do que a que reclama, se fazendo ver e ouvir.

É forçoso reconhecer o poder do bebê de suscitar em torno de si intensos movimentos de ligação, de investimento e de interesse. No entanto, para os clínicos e profissionais que trabalham com ele, é necessário constatar que o movimento oposto muitas vezes se faz presente, como se o bebê também tivesse o poder paradoxal de suscitar fortes impulsos de ruptura e de desligamento (ARAGÃO, 2004, p. 7).

A equipe de enfermagem, a fonoaudióloga e a estagiária de psicologia passaram a dedicar todos os dias um tempo para estar com ele fora do momento dos cuidados técnicos. No início, Luciano continuou se retraindo, mas aos poucos foi fazendo contato, abrindo os olhos quando lhe falavam afetuosamente e demonstrando prazer quando era carregado no colo.

A Mãe de Luciano concordou em vir para conversar com a estagiária de psicologia e ver o filho num sábado, pois “tinha mesmo que estar em Vitória para um curso”. Neste encontro contou para a estagiária que até então não havia dito a ninguém sobre a gravidez, nem à família, nem ao pai da criança, nem comunicado no trabalho. O próprio nascimento de Luciano se deu de maneira a negar sua existência, pois ela entrou em trabalho de parto prematuro quando estava em Vitória para um congresso e retornou no dia seguinte ao nascimento, seguindo sua rotina normal de trabalho. Tudo muito providencial para manter este bebê à parte, fora de sua vida, em suspenso, pelo menos por um pouco mais de tempo. A estagiária lhe disse que talvez ela pudesse utilizar o tempo da internação para comunicar à família, pedir licença no trabalho e localizar o ex-namorado que trabalhava em outro município. Enfim, que ela pudesse, nesse tempo, preparar-se para recebê-lo em casa, já que dizia querer ficar com o filho. Ela não retornou mais para ver o filho.

Quando a alta hospitalar de Luciano estava próxima, a intervenção da Assistente Social se mostrou fundamental e preciosa, acionando o conselho tutelar da cidade onde morava a mãe do bebê. O conselheiro tutelar foi procurá-la em seu trabalho e lhe disse que ela não podia deixar seu filho abandonado no hospital, sozinho, pois era sua mãe e cabia a ela cuidar dele; se não pudesse fazer isso, Luciano seria colocado para adoção. Isto provocou nela uma reação raivosa, de indignação num primeiro momento, mas que possibilitou que ela parasse de adiar indefinidamente a decisão de dar um lugar a ele em sua vida.

Quando, alguns dias depois, veio buscar o filho, trouxe a tia. A família já estava sabendo e dando suporte para que ela levasse Luciano para casa; o nome de Luciano foi mudado por sugestão da família que assim o reconhecia como um dos seus; ela havia comprado um enxoval caprichado e o encontrou mais desperto, porém ainda com uma hipotonia muscular que demandava que ele retornasse mais algumas vezes a UTIN para sessões de fisioterapia. Foi numa dessas vindas que a estagiária de psicologia os encontrou, mãe e bebê se olhando, ela conversando com ele carinhosamente e ele correspondendo.

Alguém da equipe pôde tomar o sintoma no corpo deste bebê, grito silencioso, como uma demanda, no caso a médica que veio nos pedir ajuda para ele, vendo sua hipotonia. Para Lacan, “[...] não existe estado originário nem estado de necessidade pura. Desde a origem, a necessidade tem sua motivação no plano do desejo, isto é, de alguma coisa que se destina, no homem, a ter uma certa relação com o significante” (LACAN [1957-58] 1999, p. 227).

Com este sintoma, também fez com que a mãe rompesse sua rotina de trabalho para viagens frequentes ao hospital, onde ficavam sós os dois. Assim ia se incluindo em sua vida, cavando aos poucos, cada vez mais, um lugar no desejo de sua mãe. Graças à mediação de

uma lei, de um terceiro que autenticou o papel de sua mãe junto a ele, Luciano não chegou a se perder num grito que, sem a interpretação de um Outro que o tomasse como apelo, poderia fazer com que se perdesse por inteiro, comprometendo sua própria existência física, já que não encontraria sustentação simbólica que o fizesse nascer de novo, numa espécie de ratificação de seu nascimento, de seu advir no mundo.

A modificação da relação da equipe com ele, reconhecendo-o como um sujeito em sofrimento, que esperava de nós mais que os cuidados técnicos, também possibilitou que ele não ficasse “largado” no limbo em que estava, que ele pudesse esperar um pouco mais por sua mãe, sem abandonar-se para sempre num grito inaudível.

O encontro entre um adulto e um bebê representa sempre “um espaço de narrativa”, no qual cada um conta ao outro algo de que já viveu. O corpo e o comportamento do bebê nos “contam” algo de sua história interativa precoce; já no adulto, resta viva a criança que ele foi, que teme ter sido ou que crê ter sido. Deste face a face deve nascer a co-construção de uma nova história, de uma terceira história, que não seja nem aquela do bebê escondido no adulto nem a repetição infinita da história inicial da criança. Nessa busca de abertura e de liberdade, o corpo do bebê é o principal narrador, o principal recitante (GOLSE, 2004, p. 34).

4.2 - Intervenção junto à família

Para Lacan ([1938] 1987), em *Os complexos familiares*, a família surge inicialmente como grupo natural de indivíduos unidos por uma dupla relação biológica: a geração, responsável por fornecer os elementos do grupo, e pela manutenção do grupo pelos adultos geradores que asseguram o desenvolvimento dos jovens. No entanto, a família humana é especificada pela comunicação enquanto obra coletiva, o que constitui a cultura e introduz uma nova dimensão social e na vida psíquica que nos diferencia radicalmente dos animais. Na família humana as instâncias culturais dominam as naturais.

Segundo Lacan, a família tem papel primordial na transmissão cultural, cabendo a ela a primeira educação das crianças, a repressão dos instintos, a aquisição por parte da criança, da língua chamada de materna.

Com isso, ela preside os processos fundamentais do desenvolvimento psíquico, preside esta organização das emoções segundo tipos condicionados pelo meio ambiente, que é a base dos sentimentos, segundo Shand; mais amplamente, ela transmite estruturas de comportamentos e de representação cujo jogo ultrapassa os limites da consciência (LACAN, [1938] 1987, p. 13).

Aqui podemos ver que, nesta obra precursora do ensino de Lacan, o simbólico – cuja noção Lacan desenvolverá mais tarde – já se insinua sob o termo “cultura” e na ênfase dada ao social.

Assim, a maternidade e a paternidade também estão, enquanto funções, como todo comportamento e fenômeno humano, submetidos à transmissão simbólica e por ela determinados em sua manifestação e representação.

No nascimento de um bebê prematuro, doente ou mal formado, as referências culturais que guiariam, juntamente com as experiências individuais, conscientes e inconscientes, a maneira possível de ser mãe e pai se tudo corresse bem, se perdem no horror e no desencontro entre os pais e o bebê que não corresponde ao esperado. Na verdade, em alguma medida, nenhum bebê corresponde ao esperado; mas o bebê com o qual lidamos na UTIN normalmente não se encaixa nas referências que a mulher recebeu de sua própria mãe sobre o que é ter um filho, como amá-lo e como ser uma mãe para ele; ou nas referências que o homem tem do que é ser pai, qual sua função junto ao bebê e sua esposa quando nasce um filho.

Aqui se inicia um risco para o bebê, além do risco de vida em que se encontra na UTIN; um risco de não encontrar lugar no desejo dos pais, que esperavam *outro* filho; ou pelo contrário, de não conseguir se descolar de um desejo mortífero e devorador. Neste sentido, o “trabalho com as mães é sempre um trabalho de luto, de perda e de separação” (MATHELIN, 1997, p. 135). É preciso que o nascimento deste bebê seja simbolizado por seus pais, caso contrário, o risco é de que não venha jamais a ser sujeito.

A função do analista junto aos pais é garantir a possibilidade de fala, pois somente através do discurso poderão dar algum sentido à ferida narcísica causada pelo nascimento de um bebê prematuro ou doente, e, assim, talvez possam utilizar o tempo da internação do bebê como um tempo de simbolização e de implicação neste acontecimento. A “[...] entrevista com o psicanalista funciona como um lugar terceiro para falar daquilo que não pode ser falado ou que não pode ser escutado no tratamento” (CORIAT, 1997, p. 124), na reanimação física do bebê.

Coriat (1997) adverte que o psicanalista só pode intervir diante de uma demanda. No entanto, no caso dos pais desses bebês internados em UTIN, essa demanda muitas vezes está silenciada pela sideração do encontro com o real. A autora diz que o psicanalista é responsável tanto pela demanda que gera, quanto pela que ele não gera, cabendo a ele tentar colocar em marcha uma demanda por parte dos pais. “Às vezes isso é possível e produtivo.

Em outras, damos de cara na parede” (CORIAT, 1997, p. 125). E remarca, ainda, que o psicanalista deve ter claro de que seu paciente é o bebê, e que é por ele que escuta os pais.

Se os pais estão aí e resulta imprescindível trabalhar com eles, é porque boa parte do bebê está contida neles – toda sua história, boa parte de seu futuro e as mãos que o marcam no presente –, mas que, se consultem em função do bebê, exige dirigir as intervenções a uma direção diferente daquela que se tomaria se consultassem por eles (CORIAT, 1997, p. 126).

No HUCAM, o trabalho com os pais é contínuo e sistematizado. Tanto o pai quanto a mãe são escutados, em conjunto e separadamente. Inicia-se com a chegada do bebê à unidade e termina com sua saída. Não é um atendimento de emergência que acontece somente quando o psicanalista é chamado porque algo não vai bem com os pais. Todos os pais são escutados em sua dor e em suas histórias de vida. A presença constante do analista na unidade e o trabalho com os pais possibilitam que o atendimento prestado ao bebê e a sua família seja constantemente repensado pela equipe.

Logo no início de meu trabalho na UTIN do HUCAM, algumas modificações na assistência prestada aos bebês e suas famílias foram introduzidas. Quando cheguei ao Serviço de Neonatologia, as mães e pais só podiam entrar na UTIN depois das onze da manhã, pois antes disso era o horário em que os médicos passavam a visita aos bebês e consideravam que a presença da família atrapalhava o andamento da mesma. A primeira modificação proposta foi que os pais passassem de visitantes para acompanhantes de seus bebês, tendo a possibilidade de estar presentes o dia todo junto a ele, se assim desejassem.

A presença constante dos pais na Unidade gerou inicialmente muito desconforto na equipe. Os pais passaram rapidamente a entender a rotina do serviço, conhecer os horários dos medicamentos e das dietas, hora do banho, da troca de plantão, do intervalo para o café. A equipe se sentiu vigiada e cobrada pelo olhar dos pais. E, de fato, eles se tornaram mais participativos e ativos no tratamento de seus filhos. Alguns conflitos precisaram ser administrados, e ao mesmo tempo serviram de material para se analisar o mal-estar entre os pais e a equipe.

Com o passar do tempo, no entanto, a presença dos pais, e principalmente da mãe, se mostrou benéfica para o progresso do tratamento do bebê. Os bebês que contavam com a presença constante e participativa da mãe junto a eles eram mais ativos, respondiam rapidamente ganhando peso e se recuperavam mais depressa. A equipe de enfermagem passou a ensinar as mães a darem o banho, além de incentivar que escolhessem, elas mesmas, a roupinha para vestir o bebê e também o cueiro para forrar a incubadora. A fonoaudióloga

passou a contar com a participação das mães na hora da dieta, momento onde são realizadas as técnicas de estimulação com o bebê. Tarefas que faziam parte da rotina da manhã e da qual as mães até então ficavam excluídas. Isso também aliviou a carga de trabalho das técnicas de enfermagem e criou uma parceria entre a equipe e as mães.

4.2.1 - A família ampliada

Braga et al. (2001) propõem o conceito ainda em desenvolvimento de *maternagem ampliada* para definir a rede de apoio que se forma em torno do bebê pré-termo: “Numa situação de crise como a internação do recém-nascido numa UTI neonatal, outros familiares, além dos pais do bebê, podem tornar-se capazes de oferecer o cuidado e a atenção que o bebê necessita, ou seja, a maternagem” (BRAGA et al., 2001). Na experiência relatada no trabalho dos autores, privilegiaram-se os avós para realizar essa função de maternagem ampliada, pois

[...] ocupam um lugar único em função de estarem ligados ao bebê numa trama ou emaranhado que antecede e se prolonga além do período de hospitalização. Face a sua capacidade, a ser exemplificada, de atribuição de significado ao bebê como sujeito de uma história transgeracional [...] (BRAGA et al., 2001).

No entanto, na realidade de um hospital público como o HUCAM, que atende a uma população de baixa renda, com famílias muito fragmentadas, que, em boa parte, vieram do interior ou de outros estados, os avós raramente estão presentes no nascimento dos netos, seja pela distância física, seja pela distância afetiva. Muitas vezes a rede de apoio com a qual os pais dos bebês internados na UTIN contam é constituída por vizinhos, membros da mesma igreja, trabalho, escola, ou até mesmo por outras mães que estão com seus bebês também internados na UTIN e que acabaram de conhecer. Nesse sentido, a definição de *rede social* que encontramos em Andreani, Custódio & Crepaldi (2006) atende melhor ao apoio encontrado por essas famílias atendidas no HUCAM: “As redes sociais são definidas como as relações que compreendem não apenas a família nuclear ou extensa, mas aos vínculos interpessoais ampliados, como os amigos, os colegas de trabalho ou de estudo, e as relações que são estabelecidas na comunidade” (ANDREANI, CUSTÓDIO & CREPALDI, 2006, p. 119).

As autoras citam Sluzki (1997) ao dizerem que as redes sociais apresentam expressiva importância na medida em que influenciam a autoimagem do indivíduo e são centrais para a

experiência de identidade e competência, muito particularmente na atenção à saúde e adaptação em situações de crise.

Quando de minha chegada ao Serviço de Neonatologia, não havia permissão para que nenhum outro membro da família visitasse o bebê, além do pai e da mãe. Propomos, então, a criação de um dia de visitas, em que os pais pudessem trazer um convidado, de sua escolha, para conhecer o filho. Inicialmente foi implantado um dia de visita por semana para a família ampliada (avós, tios, irmãos, primos e amigos), depois, a visita foi gradualmente sendo estendida, até chegar à visita diária, com a permissão de dois visitantes por bebê. No início, antes da visita, fazíamos uma reunião no auditório da UTIN com todos os visitantes do dia, ocasião em que explicávamos a rotina do serviço, as regras da visita, e era quando também escutávamos as dúvidas, e ainda respondíamos às perguntas sobre a saúde do bebê. Com o passar do tempo, essa reunião foi substituída por uma breve conversa com cada visitante na hora da visita e todos da equipe passaram a se tornar responsáveis em acompanhar os visitantes, tirar suas dúvidas e propiciar uma maior aproximação com o bebê; e, aos poucos, o momento de visita passou de uma atividade desenvolvida pela psicanalista para uma atividade constituinte da rotina do serviço como um todo, incorporada nas atribuições de todos os membros da equipe. Os pais, ou pelo menos um deles, sempre estão presentes nesta visita para evitar a presença de pessoas não autorizadas por eles, e para que possam partilhar impressões acerca do bebê com seu convidado. Brincávamos que eles precisavam “fazer sala” e apresentar o bebê aos visitantes.

A visita da família e dos amigos ajuda os pais a irem inserindo o bebê em suas histórias e em suas vidas, tendo também com quem dividir suas impressões a respeito dele, compartilhando medos e alegrias. Stern (1997), citado por Andreani, Custódio & Crepaldi (2006), diz que a função da “rede maternal” é de proteger a mãe, prover suas necessidades vitais e emocionais, para que ela possa ocupar-se de seu bebê, além de instruí-la e ajudá-la em suas tarefas neste momento. Para o autor, é somente nestas condições que a mulher poderá se envolver afetivamente com o bebê, amando-o, identificando-se com ele e sendo sensível às suas demandas. Para Braga et al. (2001), a prática da maternagem ampliada pode levar à prevenção dos danos potencialmente provocados pelas ameaças inerentes ao nascimento pré-termo à formação de vínculos entre o bebê e sua família, e, além disso, facilita a inscrição do bebê enquanto sujeito de uma história em curso. Certa vez, numa visita, a avó disse a sua filha: “Nossa, ele é a sua cara quando você nasceu! Parece que estou vendo você bebê outra vez!” A filha ficou muito espantada com essa afirmação de sua mãe, pois repetia sempre para a equipe que o filho não se parecia com ninguém.

Em alguns casos excepcionais, como, por exemplo, nos casos em que a mãe vai a óbito durante ou após o parto, ou quando a mãe está incapacitada de acompanhar o bebê por sua condição física ou psíquica, ou mesmo nos casos em que a mãe abandona o bebê na UTIN, se o pai não pode substituí-la na maternagem ao bebê, alguém da família que deseje se responsabilizar por ele passa a ser o acompanhante do mesmo.

4.2.2 – A visita dos irmãos

Muitas vezes escutei, nas entrevistas com as mães, a preocupação pelo comportamento dos filhos mais velhos que ficavam em casa, enquanto elas se dedicavam a acompanhar o bebê na UTIN. Os filhos mais velhos apresentavam regressões, como voltar a falar como bebê, voltar a fazer xixi na cama, pedir chupeta e mamadeira quando já tinham largado este hábito. Outras vezes, manifestavam enorme carência pela mãe, solicitando-a mais que o habitual, ou, pelo contrário, se mostravam agressivos e arredios a ela, rejeitando-a. Diante dessas manifestações dos filhos, as mães se angustiam, sentem-se culpadas por não se dedicarem como antes a eles, por terem que dividir a atenção entre os filhos que estão em casa e com o bebê na UTIN.

Comecei a pedir que essas mães levassem o filho mais velho pra conversar comigo no HUCAM. Nas entrevistas com essas crianças, através da fala e de desenhos, evidenciou-se que eles não podiam compreender por que a mãe que foi para o hospital para ter um bebê retornava sem ele e também sem a barriga onde o carregava. Para onde foi o bebê? Por que mamãe tem que ficar o dia todo longe de mim? Por que mamãe e papai choram às vezes e estão sempre nervosos? Por que o bebê está doente? Como bem lembram Morsch, Carvalho & Lopes (1997), pioneiros no Brasil em autorizar a entrada de crianças ainda pequenas na UTIN, essas crianças participaram ativamente da gravidez, acompanharam suas mães nas consultas médicas e exames de ultrassonografia, ajudaram na escolha do nome, viram o enxoval e o quarto sendo preparados para o novo membro da família e, de repente, são excluídos de participar de sua chegada.

A possibilidade de ir até o hospital onde o irmão estava internado, e a entrevista com a psicanalista, onde podiam expressar sua dor, já trazia, segundo o relato das mães, menor ansiedade aos filhos. No entanto, eles não tinham acesso aos irmãos. Algumas vezes

mostrávamos fotografias do bebê internado para que os irmãos mais velhos pudessem conhecê-lo, mas, ainda assim, era uma foto e não o bebê.

Morsch, Carvalho & Lopes (1997) descrevem os efeitos da visita dos irmãos aos bebês internados na UTIN:

Estes resultados se mostram extremamente satisfatórios, tendo em vista muito boas repercussões no comportamento destes irmãos, que se mostram, a partir da visita, mais tranquilos e mais compreensivos em relação à ausência dos pais. Por outro lado, têm diminuído as fantasias sobre culpas diante da doença do bebê permitindo o estabelecimento de laços fraternos mais saudáveis e prazerosos (MORSCH, CARVALHO & LOPES, 1997, p. 481).

No entanto, nesta época, não era permitida a entrada de crianças na UTIN do HUCAM, sob o argumento de perigo de infecção tanto para os bebês internados quanto para as crianças pequenas que entrariam. Inspirada pelo trabalho pioneiro de Denise Morsch na Clínica Perinatal Laranjeiras, no Rio de Janeiro, que eu havia tido o prazer de conhecer de perto em uma semana de visita onde acompanhei o trabalho dela e de sua equipe em 2000; após consulta ao CCIH (Centro de Controle de Infecção Hospitalar) do HUCAM, e de um tempo de convencimento da chefia do Serviço que dizia categoricamente que não acreditava que iria dar certo por temer a resistência da equipe de enfermagem, mas que me deixaria tentar; foi pensado o Dia de visitas dos irmãos, uma vez por semana, tomando-se os cuidados de que as crianças que iriam visitar os irmãos já fossem vacinadas e não estivessem gripadas.

Como estratégia de funcionamento, uma entrevista com a psicanalista antecederia a entrada das crianças na UTIN. Nessa entrevista as crianças teriam acesso a material de desenho, brinquedos que representavam a incubadora (uma biscoiteira transparente!), bercinhos, bonecos, kit médico de brinquedo e álbum com fotos de bebês bem prematuros, outros já em recuperação fora da incubadora, alguns no colo da mãe ou em posição canguru, e de bebês no momento da alta hospitalar; e ainda de crianças, agora já andando, que tinham sido nossas pacientes anos antes. A psicanalista trabalhava a entrada das crianças na unidade através da escuta analítica, utilizando-se de entrevistas, jogos e desenhos. Quando assim o desejassem, elas podiam deixar seus desenhos e mensagens nos berços e incubadoras dos irmãos, como presentes. A visita à UTIN se realizava sempre com a presença de pelo menos um dos pais acompanhando.

A equipe foi comunicada da novidade e preparada para receber as crianças. Como tudo que é novo e altera a rotina do Serviço, a iniciativa do Dia de visita dos irmãos sofreu inicialmente a resistência da equipe, que alegava o perigo de infecção, aumento de trabalho,

risco de que as crianças mexessem nos aparelhos, aumento do barulho, etc. No entanto, corroborando os relatos de Morsch, Carvalho & Lopes (1997) sobre a experiência do programa de acompanhamento e visitação de irmãos na Clínica Perinatal Laranjeiras, no HUCAM também as crianças se mostravam receptivas aos bebês, mais curiosas que assustadas, salvo alguns casos excepcionais, e respeitavam todas as regras de não mexer nos aparelhos, só visitar o próprio irmão, não circular pela sala. Com o tempo, a visita dos irmãos tornou-se uma alegria para a equipe do Serviço. Como afirma Morsch, Carvalho & Lopes (1997, p. 486), “parece que neste momento é resgatado, dentro de cada membro da equipe, o significado deste bebê como indivíduo e como pessoa, que possui laços e relações mais fortes, que possui um espaço no grupo familiar, a ela reservado”.

A expressão de curiosidade, espanto, e excitação dos irmãos mais velhos diante do bebê denuncia a gama de sentimentos e elaborações pelas quais a criança que recebe um irmão está passando e convoca cada um de nós, na criança que fomos. Afinal, segundo Lacan ([1938] 1987), a estrutura do ciúme infantil observada nas crianças e nas investigações psicanalíticas esclarece seu papel na gênese da sociabilidade e, por aí, no próprio conhecimento enquanto humano.

O comportamento regressivo das crianças, principalmente das pequenas, com pouca diferença de idade, diante da chegada de um irmão é descrito por Lacan ([1938] 1987) como uma identificação mental, e não como uma rivalidade vital. A agressividade é secundária à identificação e parece exigir como prévia certa identificação ao estado do irmão.

Lacan ([1957-58] 1999, p. 249) atribui ao aparecimento dos irmãos mais novos um papel decisivo no desencadeamento das neuroses. No entanto ele nos previne de que não é a realidade da relação com o irmão/irmã mais nova – ou com um rival qualquer – que define sua função, mas, sim, que assume seu valor decisivo por se inscrever num desenvolvimento totalmente diferente, num desenvolvimento de simbolização, que exige uma solução fantasística. Esta solução, Freud (1919) articulou-nos sua natureza: o sujeito é abolido no plano simbólico, por ser um nada absoluto ao qual é recusada qualquer consideração como sujeito. A chamada fantasia masoquista de fustigação constitui, assim, uma solução bem-sucedida do problema. A mensagem inicial nesta fantasia é: “o rival não existe, não é nada em absoluto”, pois

[...] para a criança que se crê alguém na família, um único sopapo basta, muitas vezes, pra precipitá-la do alto de sua onipotência. Pois bem, trata-se de um ato simbólico, e a própria forma que entra em jogo na fantasia, o chicote ou a chibata, traz em si o caráter, a natureza de um não-sei-quê que, no plano simbólico, exprime-se por um risco. Antes de qualquer outra coisa, de uma *Einfühlung*, de uma empatia

qualquer que possa ser atribuída a uma relação física do sujeito com aquele que sofre, o que intervém, acima de tudo, é alguma coisa que risca o sujeito, que o barra, que o abole, alguma coisa de significante (LACAN, [1957-58] 1999, p. 250).

A agressividade, segundo Lacan ([1938] 1987), domina a economia afetiva, mas também é simultaneamente sofrida e posta em ato sustentada por uma identificação ao outro, objeto da violência.

O desdobramento assim esboçado no sujeito é a identificação com o irmão que permite sua conclusão: ela fornece a imagem que fixa um dos polos do masoquismo primário. Assim, a não-violência do suicídio primordial engendra a violência do assassinio imaginário do irmão. Mas essa violência não tem relação com a luta pela vida. O objeto que a agressividade escolhe nos primitivos jogos da morte é, com efeito, chocalho e rebotalho, biologicamente indiferente; o sujeito o abole gratuitamente, de algum modo pelo simples prazer, consumindo assim apenas a perda do objeto materno. A imagem do irmão não desmamado só atrai uma agressão especial porque repete no sujeito a imago da situação materna e, com ela, o desejo de morte. Esse fenômeno é secundário à identificação (LACAN, [1938] 1987, p. 35).

No caso das crianças um pouco mais velhas, que já passaram pelo complexo de Édipo, Lacan ([1938] 1987) observa que o intruso é tomado na maioria das vezes no plano das identificações parentais, mais densas afetivamente e mais ricas de estrutura. Ele não é mais, para o sujeito, o obstáculo ou o reflexo, mas uma pessoa digna de amor ou de ódio. As pulsões agressivas se sublimando em ternura ou em severidade.

Devido ao ciúme, a criança nutre um ódio velado pelo irmão que vai chegar e é frequente que deseje a sua morte. Quando o bebê nasce doente, a criança é tomada de culpa, pois pensa que seu desejo foi o causador da internação do bebê. A entrada do irmão na UTIN possibilita que ele se sinta participando do problema da família e não excluído dele, o que ajuda a trabalhar essas fantasias tão comuns no nascimento de um novo bebê na família.

É unânime no relato dos pais a melhora na atitude dos filhos mais velhos com relação a eles, tornando-se mais calmos, receptivos e compreensivos com suas ausências. Contam também que o comportamento regressivo apresentado por algumas crianças ainda pequenas desapareceu após as visitas ao irmão na UTIN.

4.3 - A intervenção junto à equipe

A função do analista neste nível é apontar para a equipe a importância de que o bebê não seja tomado como simples objeto da medicina neonatal, mas que seja pensado em sua singularidade histórica, familiar e social, tomado como um sujeito.

Nesse sentido, não cabem procedimentos padronizados para todos os bebês, pois cada um é diferente. Os cuidados realizados pela equipe devem levar em conta as preferências e o sofrimento de cada bebê, e a isto a equipe de enfermagem é particularmente sensível. Normalmente sabem do que o bebê gosta, do que lhe incomoda, em que posição se sente confortável e, mais que isso, diferenciam um do outro pela personalidade de cada um: “esta é dengosa”, “aquele é zangado”. Enquanto trabalham com ele, dirigem-lhe a palavra, procuram contato falando com ele, e não somente a respeito dele. Essa capacidade de identificar-se com o bebê e compreendê-lo para além dos resultados dos exames, pode e deve ser experimentada por todos da equipe, basta estar disposto a um envolvimento, a uma troca com o bebê, emprestando-lhe um pouco de nossas próprias referências subjetivas. No entanto, é frequente o movimento de recuo e retrocesso alternado com avanços e progressos, na forma de lidar com o bebê.

[...] em momentos de recuo, alguns dos profissionais retornam às referências fixas, se atêm novamente às prescrições. Em relação a isto, a personalidade, o caminho de cada um, criam diversidade no ritmo do serviço. Por sinal, para viver, trabalhar e continuar a trabalhar nesse meio, os adultos da equipe têm que liberar seus níveis mais regressivos e se confrontar com angústias arcaicas, suscitadas pelo que recebem do bebê (QUINIOU, 1999, p. 58).

Também com a participação mais ativa dos pais, a equipe tende a se sentir ameaçada por esse olhar que cobra, que acompanha e que quer saber sobre a internação do bebê. O trabalho do psicanalista é possibilitar que a equipe elabore as dificuldades no trabalho com o bebê e seus pais. A equipe é alvo de toda forma de transferência por parte da família, seja uma transferência amorosa que confia na capacidade da equipe de salvar o bebê, seja uma transferência odienta, que vê a equipe como culpada pelos sofrimentos impostos ao corpo do bebê e, conseqüentemente, pelo sofrimento deles próprios, os pais, uma vez que a equipe disputa com eles um lugar privilegiado junto ao bebê.

A equipe, por sua vez, tem reações contratransferenciais, rivalizando com os pais, numa tentativa de se manter no lugar do saber. Tem dificuldade de valorizar o saber dos pais sobre seus filhos. Certa vez, os pais de um menino que tinha hérnia inguinal se queixavam de que ele levava a mão até a virilha em sinal de que sentia dor. Mas, a médica que o

acompanhava não concordava com a observação dos pais, explicando que um bebê daquele tamanho ainda não tinha reflexo para levar a mão até o lugar da dor. Do que ela não se dava conta é de que suas explicações científicas nada valiam para aquele casal, que estava apenas utilizando as referências que possuía para compreender seu bebê. Agindo assim, ela estava destituindo os pais de algum saber possível sobre seu filho, tentativa de construção de um lugar junto a ele.

O trabalho com a equipe é importante, ainda, para que se possa rever os ideais sobre o que se deve esperar de uma boa mãe e de um bom pai. Tendo, por exemplo, como referência o imaginário de que boa mãe é aquela que suporta tudo ao lado de seu bebê, que chora por ele e que o aceita seja como for, a equipe não pode suportar as reações paradoxais que frequentemente as mães apresentam. Assim, lidam com os pais conforme o julgamento que fazem deles a partir destas referências idealizadas, o que dificulta mais ainda para os pais a possibilidade de simbolização do que lhes está acontecendo.

[...] ao se aproximar do bebê, o adulto é remetido às suas identificações mais “arcaicas”, aos seus próprios “momentos de bebê”, intensos, desamparados, fragmentados. Mas, por outro lado, densos também em sua ilusão de completude e em sua experiência de onipotência. São emoções violentas que podem invadir os adultos, se despreparados para esse contato próximo com o bebê. Ao reconhecer essa particularidade da relação com o bebê (que o discurso social, aliás, esforça-se por negar), estaremos sem dúvida avançando em nosso propósito de nos debruçarmos em torno dele num movimento criativo e vital (ARAGÃO, 2004, p. 7).

No trabalho de intervenção junto à equipe da UTIN-HUCAM, a principal estratégia é a presença do analista e suas pontuações, seja com palavras ou atos, no cotidiano do serviço. É um trabalho lento, realizado todos os dias e momentos em que é possível; o que requer do analista que esteja permanentemente à escuta. Sua posição é flutuante e diferente, dependendo da situação ou de quem lhe fala, mesmo sem dirigir-se diretamente a ele. As intervenções junto à equipe acontecem das formas mais variadas, algumas vezes em reuniões já estabelecidas para este fim, outras nos momentos de conversas informais ou pela simples presença da analista junto a um bebê, conversando com ele ou acalmando seu choro.

Nesse sentido, é um trabalho analítico e não deve ser confundido com uma “educação” que se daria à equipe de como lidar com os bebês e suas famílias. Todos os espaços do serviço se tornam espaços analíticos: o momento da visita médica, a troca de plantão, o quarto de descanso dos médicos, o descanso da enfermagem, a copa onde se toma o cafezinho, a hora da visita dos parentes.

Além desse trabalho constante de escuta, ao longo destes anos, alguns espaços foram criados para possibilitar a circulação da palavra e o repensar a prática. Houve uma época em que, semanalmente, eu realizava uma reunião com a equipe de técnicas de enfermagem, mulheres em sua totalidade. Neste espaço, que era aberto àquelas que desejassem participar, eram tratados temas do dia-a-dia da equipe, como dificuldades no relacionamento com os pais; piora ou morte de bebês; discussão sobre a história e características dos bebês internados; relacionamento entre os membros da equipe, etc. O objetivo era criar também para a equipe um espaço de fala, onde as angústias frente às questões que o trabalho impõe poderiam ser trabalhadas, tais como a possibilidade da morte, a sensação de impotência, a agressividade dos pais sobre os profissionais do Serviço, a dificuldade dos pais de se aproximarem dos filhos, entre outras.

Um trabalho é realizado especialmente com os residentes médicos que estão se especializando em pediatria. Semanalmente discutimos textos abordando situações com as quais se deparam em seu dia a dia, como, por exemplo, a viabilidade ética da reanimação de bebês muito pequenos, a comunicação aos pais de uma síndrome no bebê, a reação dos pais à internação dos filhos, a presença da morte. Na verdade, os textos são, acima de tudo, pretextos para que os residentes possam falar das dores e das descobertas que estão experimentando no estágio no Serviço de Neonatologia.

Considero este espaço muito precioso, pois são jovens em formação, ainda não tão endurecidos pela onipotência do discurso médico, ansiosos por respostas, cheios de questionamentos, ou seja, terreno fértil para a transmissão. Esses serão os médicos de nossos filhos e de nossos netos e me anima imaginar novas gerações de médicos que incluam o inconsciente em sua assistência.

Outro trabalho foi se estabelecendo espontaneamente: a comunicação conjunta, do médico com a psicanalista, de prognósticos difíceis ou da morte do bebê, aos pais. E tem se mostrado um espaço efetivo de intervenção, pois, a partir do posicionamento da analista, de suas colocações, de priorizar mais a escuta que a fala, os médicos vão se abrindo para a possibilidade de suportar o sofrimento da família sem cair na impotência e, conseqüentemente, no afastamento da situação.

Também nas reuniões científicas, que acontecem duas vezes por semana, onde participam os preceptores, residentes, plantonistas e que são abertas a toda a equipe, é possível uma insistência na transmissão. Trata-se de aulas e discussões de artigos científicos, na maioria das vezes de conteúdo estritamente médico, mas é um espaço que a psicanalista pode requerer para trabalhar com a equipe um tema, como, por exemplo, as diferentes etapas

da alimentação do bebê durante sua internação, do ponto de vista da psicanálise, introduzindo para além da prescrição médica do alimento a noção de prazer, das trocas afetivas, da pulsão oral, do papel da voz e do olhar, etc., elevando os cuidados com o bebê, tanto os dispensados pela equipe quanto pelos pais, a um estatuto de estruturantes do corpo e do psiquismo do bebê, organizadores de seu funcionamento.

Outro espaço de intervenção que já teve bons efeitos foi a implantação de reuniões entre os residentes e os pais, juntamente com a psicanalista. Esse espaço foi criado a partir da queixa dos pais com relação à dificuldade de comunicação com os médicos residentes responsáveis pela condução do tratamento dos bebês. Uma vez por semana os pais se reuniam com os residentes, com a presença da psicanalista, a fim de tirar dúvidas sobre a saúde dos seus filhos. Era um momento em que os pais também eram convidados a falar das dificuldades que encontravam junto ao serviço, do que lhes fazia falta, e das sugestões que podiam nos dar para melhorarmos a assistência aos bebês e a eles. Este espaço não substituiu o contato diário que podiam e deviam ter com o médico residente, pelo contrário, aproximava-os dele, estabelecia um vínculo e facilitava o acesso até ele. Para os residentes, esse espaço se mostrou importante no processo de sua formação, pois aprenderam o valor da escuta dos pais no trabalho com os bebês. Ao final de cada reunião, havia um momento de síntese entre os residentes e a psicanalista, onde se discutia o que foi escutado de cada pai ou mãe, e como cada um pôde escutar o que foi dito e como poderia fazer uso disto.

Essas reuniões foram necessárias naquele momento, pois, com a entrada da psicanalista no Serviço, a partir de sua intervenção, os pais passaram de visitantes a acompanhantes do bebê, podendo permanecer na UTIN o dia todo. A equipe não estava acostumada a esta presença permanente dos pais, que, claro, passavam a perguntar muito mais, vigiar horários de medicações e condutas dos médicos e enfermeiros para com seus filhos. Isso, num primeiro momento, gerou rivalizações e muito mal-estar na equipe, que se afastava do contato com os pais dos bebês. Com o tempo, o Serviço passou a incluir o contato constante com os pais em sua rotina, e hoje, pelo contrário, os profissionais da equipe sentem falta e questionam quando uma mãe não permanece com o bebê ou quando um pai nunca comparece. Incentivam a presença dos pais e vêm solicitar à analista ou à assistente social que verifiquem o que está havendo quando os pais ficam ausentes.

O atendimento individualizado de cada mãe e pai pela psicanalista também demonstrou ter efeitos sobre o modo da equipe se relacionar com os pais. Foi crescente a acolhida e atenção dedicada a eles por toda a equipe, que passou a observá-los mais em suas

necessidades e dificuldades, solicitando à psicanalista atendimento para os pais, compartilhando com ela suas observações sobre eles.

Portanto, me parece que a forma de atuação do psicanalista não pode ser definida *a priori*. O psicanalista deve estar numa posição flutuante, dentro-fora da equipe, pois ao mesmo tempo em que é mais um que se ocupa do bebê, subverte os cuidados prestados pelo saber médico, introduzindo o tempo todo a noção de sujeito, incluindo o real, onde o saber médico não admite divisões.

A função essencial do psicanalista junto à equipe da UTIN é dar o fio condutor que norteará as diferentes abordagens sobre o bebê. O trabalho sem dúvida é interdisciplinar, mas há que haver um objetivo comum, para que o bebê não se perca na fragmentação das diferentes disciplinas em torno dele. Esse projeto comum, segundo Elsa Coriat (1997), seria trabalhar com o bebê de modo a possibilitar, não que algum dia ele seja capaz de aprender isso ou aquilo, mas que ele *queira* realizar o que sabe e o que pode. O projeto comum que nortearia a ação de toda a equipe seria uma assistência ao bebê que não impossibilitasse o advento de um sujeito desejante, mas que, ao contrário, pudesse sustentar e realimentar o desejo que habita os pais para que estes o transmitam ao bebê.

É a partir desta insistência, do vigor de seu desejo, que o analista aposta na mudança do enfoque da assistência prestada ao bebê e a seus pais, de uma assistência centrada apenas no orgânico, unificante, que toma o bebê como objeto de trabalho da medicina, para uma assistência que também se ocupe do bebê, como sujeito a advir.

4.4 - Uma experiência de transmissão

Na maioria das vezes em que os entraves na relação mãe-bebê representam risco para o desenvolvimento psíquico do bebê, os pais não conseguem perceber que algo vai mal, pois os sinais são discretos. Ao mesmo tempo, é justamente a dificuldade inconsciente diante deste filho que eles não podem reconhecer.

Portanto, é muito raro que os pais venham procurar o psicanalista para ajudar na relação com seus filhos logo nos primeiros meses de vida. O mais comum é que a criança seja trazida pelos pais quando os distúrbios psíquicos já se instalaram e assim fica evidente que algo não saiu como esperado. Os efeitos da intervenção psicanalítica precoce são rapidamente sentidos tanto nos bebês quanto em seus pais, e a relação entre eles retoma seu

curso, na maioria das vezes, sem maiores entraves e consequências para o futuro sujeito. No entanto, se a criança é trazida ao psicanalista quando o distúrbio já está instalado, levam-se muitos anos de trabalho para alcançar avanços, que são sempre muito importantes, mas que não representam uma mudança da estrutura já instalada ou não conseguem modificar totalmente as sequelas no corpo, deixadas pela não instauração das estruturas psíquicas necessárias à construção de uma imagem corporal e da noção de um Eu.

Nesse sentido, o diálogo da psicanálise com os pediatras, instrumentalizando-os a partir de elementos da teoria psicanalítica a detectar desde muito precocemente em suas consultas com os bebês e suas famílias os riscos de distúrbios psíquicos na infância, é muito importante, pois são os médicos que primeiro poderão constatar a necessidade de uma intervenção na relação mãe-bebê. Além disso, se o profissional tem conhecimento da importância dessas relações iniciais entre o bebê e seus pais, pode, através de seu próprio olhar sobre o bebê, deixando-se captar pelo “reizinho” que há nele, modificar o olhar dos pais, que, se identificando com o olhar do profissional, poderão ver o que antes não estava ali para eles.

O HUCAM é um hospital universitário, público, que atende à população de todo o Estado do Espírito Santo, bem como sul da Bahia e norte de Minas Gerais. Tem como eixo de atuação a interseção entre o ensino, a pesquisa e a extensão. É um hospital de clínicas, de assistência de alta complexidade em várias especialidades. Também é campo de ensino e prática para as graduações dos cursos de medicina, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, nutrição, serviço social, enfermagem, fisioterapia, farmácia e odontologia. Além de campo de ensino e prática para a pós-graduação (residência) em várias especializações médicas e residência multiprofissional em Saúde da Criança (envolvendo profissionais de psicologia, odontologia, fonoaudiologia, farmácia, nutrição, serviço social e enfermagem).

O discurso médico é predominante e, ao lado do discurso universitário, determina o laço social na instituição.

Ao operar pelo discurso do mestre, o médico se apresenta fundado sobre a verdade. Ele afirma saber “a doença” e acaba tomando o doente por aquela. Com isso, o paciente é destituído de sua subjetividade, sendo desprendido do que lhe ocorre: ele não é convidado a falar, mas sim a se submeter a um discurso que pretende falar de sua verdade (AMERICANO & BASTOS, 2011, p. 358).

Além do discurso médico, em nossa experiência, por estarmos inseridos no hospital universitário, verificamos também a incidência do discurso universitário em nossa prática. Este se pretende completo, sem falhas, constituindo, ao lado do discurso do mestre, um dos discursos da dominação. Nesse discurso, o saber é agente da ordem de um mestre recalcado e se sustenta neste. Dessa forma, o discurso do universitário

nada quer saber da verdade do sujeito, pois a verdade que lhe interessa é a do mestre: S_1 no lugar da verdade pretende justamente obliterar a verdade (idem, p. 359).

No Serviço de Neonatologia não é diferente, e a presença de um psicanalista neste contexto traz em si a pergunta sobre a viabilidade da intervenção psicanalítica no hospital e sobre a possibilidade de interlocução com a medicina, tendo em vista que, como veremos a seguir, são dois campos antinômicos em relação à forma de pensar o corpo, o sujeito e a doença. Além disso, o trabalho com o bebê questiona a possibilidade de intervenção com aqueles que ainda não falam, uma vez que a psicanálise privilegia a fala na direção do tratamento. Algumas experiências de intervenção psicanalítica em UTI Neonatal já foram descritas por alguns autores, numa tentativa de teorização dessa prática clínica, ainda nova e que, por isso, provoca mais perguntas do que oferece respostas já estabelecidas.

O HUCAM, enquanto hospital público e universitário, que tem como missão a assistência, o ensino e a pesquisa, tem o discurso da ciência como predominante. A ciência parte de um saber pré-determinado, transmitido de forma total, sem furos, no caso da medicina, de uma geração de médicos a outra. No entanto, Lacan ([1966] 2001) demonstra que a medicina não é de fato “científica”, mas baseada em “doutrinas” ditas científicas, que até época bem recente eram retomadas de uma ou outra aquisição da ciência, com atraso de vinte anos ou mais. Para Lacan, a medicina entra em sua fase científica com o nascimento de um mundo – o mundo da ciência moderna do *cógito cartesiano* e da física matematizada, mundo que exige os condicionamentos necessários na vida de cada um à medida da parte que cada um desempenha na ciência, presente em todos os seus efeitos. Ou seja, o homem passa a ser pensado para servir às condições de um mundo científico, e não a ciência é pensada para servir ao homem.

Nesse contexto, o médico, provido de novos poderes de investigação e de pesquisa, perde seu privilégio de clínico, passando a ser mais um perito entre outros, diversamente especializados nas diferentes áreas científicas. O médico se torna um agente distribuidor das ofertas científicas. Por sua vez, o paciente passa a demandar ao médico, não um suposto saber, mas seu *ticket* benefício, seu quinhão de direito à saúde. Segundo Lacan, é na modalidade da resposta a esta demanda que o médico pode garantir sua posição propriamente médica. Para Lacan, a posição do analista é:

[...] a única de onde o médico pode manter a originalidade de sempre da sua posição, qual seja daquela de alguém que tem que responder a uma demanda de saber, ainda

que isso possa ser feito conduzindo-se o sujeito a voltar-se para o lado oposto das ideias que emite para apresentar esta demanda (LACAN, [1966] 2001, p. 13).

Lacan lembra, ainda, a falha entre demanda e desejo, pela existência do gozo no corpo: “Este corpo não é simplesmente caracterizado pela dimensão da extensão. Um corpo é algo feito para gozar, gozar de si mesmo. A dimensão do gozo é completamente excluída disto que chamei relação epistemo-somática” (LACAN, [1966] 2001, p. 11). Essa falha epistemo-somática seria a falha do saber médico sobre o corpo que goza.

Para Lacan ([1965-66]1998), a comunicação do saber na ciência sutura o sujeito que ele implica. Assim, a ciência é paranoica porque o conhecimento científico não *re-conhece* o campo do Outro, já que opera através do mecanismo de forclusão da verdade como causa. Para a ciência, a verdade é uma meta; por isso, os significantes do sujeito não são levados em conta na medicina.

Um breve recorte clínico: um bebê nasce com uma descompensação cardíaca, uma taquicardia que não cedia nem mesmo depois do uso de desfibriladores elétricos. A mãe me relata que tudo caminhava bem na gravidez, todos os exames indicavam que seu bebê estava se desenvolvendo de forma saudável. Os problemas começaram quando sua irmã faleceu repentinamente há um mês, de “ataque cardíaco” – (“ataquicardiaco” faz certa homofonia com taquicardia). Ela ficou com o “coração apertado”, com muita dor e tristeza pela perda da irmã. A partir daí seu bebê começou a se mexer muito em seu útero e na consulta de pré-natal constatou-se a arritmia cardíaca. Comentei com o cardiologista que acompanhava o caso, esta associação, esta suposição que a mãe fez sobre os motivos do sofrimento de seu bebê. Ele, totalmente alheio à importância destes significantes trazidos pela mãe do bebê, me diz que é completamente descabida essa hipótese, e que, apesar dele não saber qual é a causa para a arritmia no bebê e muito menos por que ele não respondia ao estímulo elétrico e às medicações, iria estudar, consultar outros profissionais para descobrir. Para Lacan ([1965-66]1998), da verdade como causa, a ciência não quer nada saber. Na ciência, a verdade é uma meta!

Podemos, então, dizer que o discurso médico aproxima-se do Discurso do Mestre, mas pelo viés de um apagamento da subjetividade do médico, estando ele concernido a uma prática regrada, a priori, pela conduta médica; por sua vez, esta determina o estilo das observações de prontuário, tanto no que diz respeito às prescrições medicamentosas quanto à evolução clínica do caso (NAZAR, 2008, p. 18).

O sujeito sobre o qual a psicanálise opera é o mesmo sujeito da ciência, como nos aponta Lacan ([1965-66] 1998), este mesmo sujeito que a ciência foraclui. A psicanálise, ao contrário da ciência, toma a verdade como causa, causa material, na materialidade do significante como Lacan o definiu: “o significante se define como agindo, antes de mais nada, como separado de sua significação”(LACAN [1965-66] 1998, p. 890). Aqui encontramos o sujeito que, “[...] veiculado pelo significante em sua relação com outro significante, ele deve ser severamente distinguido tanto do indivíduo biológico quanto de qualquer evolução psicológica classificável como objeto da compreensão” (idem).

Didier-Weill (1988), no capítulo “Nomeação e simbolização na comunidade analítica”, nos fornece alguns elementos úteis para elaborar a presença do analista na instituição. Ele inicia dizendo que a instituição é regida pela ordem do estático, pelo que se mantém por si só, uma vez que a transmissão na instituição, nomeando novos membros – no caso do Hospital Universitário poderíamos pensar na nomeação de novos médicos e especialistas – na verdade tem como objetivo nomear a própria instituição, fortalecê-la em seu nome próprio. Para isso, nomeia-se aquele que deu suas provas, que deu um mínimo de garantias exigíveis para que se lhe possa atribuir a qualidade necessária à função definida pela nomeação. Didier-Weill evoca uma estrutura esférica, onde se pode delimitar o dentro e o fora, sendo o de dentro bom, e o de fora mau, estando esta estrutura, portanto, na dependência do princípio do prazer. Na instituição nomeia-se em nome de: de Freud, de Lacan, de Deus, da medicina, da universidade.

A psicanálise opera por uma insistência, uma vez que não pode se manter por si mesma, e só pode continuar a *con-sistir* a partir da convocação e do retorno, sempre renovados, do *per-sistir* e do *ex-sistir* (Didier-Weill, 1988, p. 53). A presença do analista na instituição implica, assim, outra forma topológica, em que dentro e fora estão em continuidade um com o outro, uma vez que o estranho de fora está no mais íntimo do sujeito, sempre dividido. Sendo assim, o lugar do analista é sempre de uma exterioridade-interior à equipe do serviço, posição sempre desconfortável, incômoda, tanto para a equipe quanto para aquele que suporta a função de analista. Mas é justamente a manutenção dessa tensão que possibilita a intervenção. Cito Lacan: “Para nós, quanto a este ponto delicado, contra o qual alguns pretendiam precaver-se com a neutralidade analítica, fazemos prevalecer o princípio de que ser amigo de todo o mundo não basta para preservar o lugar de onde temos que operar” (LACAN [1965-66] 1998, p. 886).

Na intervenção psicanalítica no hospital, o psicanalista, ao contrário do médico, não parte de um saber e de uma técnica pré-concebidos. O ato analítico se impõe a partir da

demanda de cada situação e de cada momento histórico. Em meu percurso na UTIN, já modifiquei muitas vezes as estratégias de intervenção, segundo o que era possível e necessário a cada momento.

Partindo da compreensão de que os profissionais que trabalham com bebês e crianças pequenas têm um papel fundamental de detectar possíveis entraves na relação mãe-bebê e, a partir daí, encaminhar as famílias para um trabalho de intervenção psicanalítica que, se iniciada bem cedo, pode recolocar em marcha as bases da constituição psíquica, enquanto que mais tarde corre-se o risco de passar anos em tratamento e ainda não conseguir modificar o que já foi definitivamente instalado, iniciei um projeto de encontros semanais com a turma de médicos residentes. Não por acaso, a instituição rapidamente incluiu esses encontros em sua grade de “aulas” que os residentes devem cumprir em sua passagem pelo Serviço de Neonatologia e hoje fazem parte do programa de residência médica em pediatria e em neonatologia do HUCAM. Esses encontros têm por objetivo transmitir, através de conceitos como constituição subjetiva, inconsciente, pulsão, fenômeno psicossomático, transferência, entre outros, o significado de sintoma para a psicanálise e, ao confrontá-lo com o sintoma como é entendido pela medicina, possibilitar que estes futuros pediatras consigam ampliar sua prática médica.

Nestas “aulas”, que são acima de tudo um pretexto e um convite para que os residentes possam falar de sua prática e de si mesmos implicados nela, fica evidente o aprisionamento dos médicos residentes ao saber totalizante da medicina e às provas que devem dar para receber seu título, a ponto de não se perguntarem minimamente sobre sua prática, sobre seu desejo aí implicado, não podendo dar vazão nem mesmo à angústia provocada neles por seu fazer diário. A introdução de uma verdade *não-toda* é insuportável ao médico, pois o desloca de suas certezas, certeza de saber, certeza de ser: ser médico, ser neonatologista, etc. *Sei, logo sou*. Ao longo dos encontros, porém, é possível para alguns – a transmissão é sempre da ordem do um a um, e para Lacan “[...] basta que tenha sido dito em algum lugar e que um ouvido em duzentos o tenha escutado para que em um futuro bastante próximo seus efeitos estejam assegurados” (LACAN, [1966] 2001, p. 13) – a descoberta de que podem se implicar no seu fazer de médicos, como sujeitos, sem necessariamente perder a identidade de sua função.

Freud (1919 [1918], 1980) fala da deficiência na formação médica, que, de forma parcial,

[...] dirige o estudante para campos da anatomia, da física e da química, enquanto falha, por outro lado, no esclarecimento do significado dos fatores mentais nas diferentes funções vitais, bem como nas doenças e no seu tratamento. Essa deficiência na educação médica faz-se sentir mais tarde numa flagrante falha no conhecimento médico. Essa falha não se manifestará apenas na sua falta de interesse pelos problemas mais absorventes da vida humana, na saúde ou na doença, mas também o tornará inábil no tratamento dos pacientes, de modo que até mesmo charlatães e “curandeiros” terão mais efeito sobre esses pacientes do que ele (FREUD, 1919 [1918], 1980, p. 217-218).

Freud, neste texto, defende que será suficiente que o estudante de medicina aprenda algo *sobre* psicanálise e, *a partir da* psicanálise, apontando que não se trata de formar o estudante de medicina em psicanálise, mas de que ele pode se beneficiar em seu ofício a partir do referencial psicanalítico.

O momento pelo qual o HUCAM está passando atualmente é de crise: falta de funcionários, escassez de recursos financeiros, descompromisso das chefias com os setores, e dos professores e preceptores com o ensino. Nesse contexto, a chefia de Divisão de Pediatria solicitou à analista que colocasse em funcionamento o Colegiado de Neonatologia, que há muito tempo não se reunia. O Colegiado é um órgão composto pelos profissionais de nível superior do Serviço de Neonatologia com o intuito de discutir e deliberar sobre os problemas do setor e sua filosofia de trabalho. A partir dessa demanda, convoquei uma reunião para a formação do Colegiado e reinício dos trabalhos. Parece-me interessante que este pedido tenha sido dirigido à psicanalista, e não ao Chefe imediato do Serviço, ou à enfermeira-chefe. A equipe me elegeu como Coordenadora do Colegiado, e meu trabalho “aparente” é conduzir as reuniões mensais, estabelecer as atas e convocar nova reunião para o mês seguinte. Mas minha função parece ser mais a de “secretária do alienado”⁵, no sentido que Lacan aponta para a forclusão do sujeito pela ciência, pela instituição. Durante as reuniões, a posição de *extimidade* ao serviço e à equipe possibilita uma escuta dos movimentos de grupo e um apontamento que implica cada um, sem, no entanto, responder com algo pronto ao que quer que seja. É um lugar terceiro que possibilita deslocamentos e circulação da palavra. Atualmente, são estas reuniões de Colegiado que estão sustentando o funcionamento do Serviço, encontrando saídas para problemas aparentemente insolúveis, e dando algum ânimo para a continuidade do trabalho de cada um da equipe. Recentemente, decidimos realizá-la quinzenalmente, num movimento de insistência, quando tudo leva a desistir.

⁵ Termo criado por Jean-Pierre Falret, psiquiatra francês, em meados do século XIX, como crítica à prática descritiva dos alienistas ou médicos psicólogos e que Lacan ([1955-56] 1997), em *O Seminário*, Livro 3: As psicoses, positivou definindo-a como sendo a função do analista junto ao psicótico.

O psicanalista na instituição insiste, insiste em reintroduzir o real como causa, o sujeito enquanto dividido, a verdade enquanto não-toda. Psicanalisar, segundo Freud ([1937] 1980), é uma das tarefas impossíveis, juntamente com educar e governar; três impossíveis que se encontram presentes quando um analista se propõe a estar num hospital universitário, lugar de ensino, de gerência de serviços e de sujeitos. É impossível reintroduzir na ciência o sujeito dividido, cabendo ao analista insistir.

[...] em psicanálise não é de regras sociais que se trata transmitir, mas se trata de transmitir um saber sobre o sujeito que tem um inconsciente que não é associal mas atemporal, tem um sintoma que vem falar de uma verdade que não está ligada à realidade externa, mas interior ao sujeito, e tem um discurso no qual é preciso valorar sua fala (ALBERTI et al., 1994, p. 23).

O psicanalista não deve perder de vista sua responsabilidade com a transmissão da psicanálise, com a articulação entre psicanálise em intensão e psicanálise em extensão, que é onde a psicanálise pode avançar no mundo. Mas “será que os psicanalistas têm conhecimento suficiente da descoberta freudiana para poder transmitir a psicanálise em extensão?” (ALBERTI & FULCO, 2005, p. 734). É somente com muita dedicação por parte do psicanalista, investimento em sua formação, que passa necessariamente por sua análise pessoal e pelo aprofundamento teórico da psicanálise, que se pode realizar uma prática que, em conexão com outros campos, sustente a transmissão.

Como efeito deste trabalho de intervenção na UTIN do HUCAM nestes 13 anos, mais duas UTI neonatais da Grande Vitória hoje contam com psicanalistas e/ou psicólogos em suas equipes. Vale ressaltar que a iniciativa de que mais estes dois serviços, dessa vez privados, contassem com a intervenção de um psicanalista, partiu de médicos que vivenciaram a experiência do HUCAM, pois faziam parte da equipe, e desejaram que as UTIN onde fossem sócios também contassem com a presença de um psicanalista. Claro é que a presença de um psicanalista no serviço rapidamente se torna um novo produto a oferecer no mercado hospitalar. O analista não é inocente quanto a isso, e por isso mesmo não deve recuar frente à possibilidade de ocupar esses espaços. Além disso, alguns psicólogos que hoje estão atuando na área da saúde no Estado do Espírito Santo beberam diretamente dessa experiência inaugural no HUCAM como meus estagiários, ou como estagiários de meus estagiários; graduandos do curso de psicologia, que a partir desse contato com a psicanálise em uma instituição, iniciaram uma formação e hoje reinventam essa experiência nas Unidades onde estão.

Lacan chamou sua proposta de instituição psicanalítica de “Escola”, pela possibilidade de, através de um estilo de transmissão, fazer escola, deixando, assim, o convite, para que cada psicanalista, através de seu estilo, talhado a partir de sua análise pessoal, possa fazer escola, fazer série, transmitindo a psicanálise. Penso que esta experiência na UTIN do HUCAM, de certa forma, fez escola.

CONCLUSÕES

No ano de 2000 ingressei no Serviço de Neonatologia, inicialmente através de uma demanda por intervenção junto à equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN.

A partir desse trabalho e da observação da relação da equipe com os bebês internados e suas famílias; do sofrimento das famílias e em especial das mães, diante de bebês tão prematuros ou malformados; do desenvolvimento dos bebês, sua capacidade de comunicação, a forma como seus pequenos corpos parecem encenar, atuar os desejos inconscientes daqueles que deles se ocupam, sejam seus pais ou mesmo a equipe; fui fisgada em meu desejo por esta clínica tão desafiadora e ainda muito nova, e que, por isso mesmo, abre mais questionamentos que certezas, ensina mais do que recebe um saber já pronto.

Nestes 13 anos constituiu-se um lugar para o psicanalista neste Serviço. Lugar sempre *moebiano*, dentro-fora, de “exterioridade íntima” ao setor, o que possibilita um trabalho de intervenção não somente junto ao bebê e sua família, mas também – e fundamentalmente – uma intervenção junto à equipe e aos processos de trabalho dentro da UTIN. O presente trabalho é uma tentativa de teorização dessa experiência.

Para que se tenha uma direção no trabalho psicanalítico em neonatologia é fundamental compreender como se dá o nascimento do psiquismo no sujeito a advir. O tempo da intervenção em neonatologia é o tempo das primeiras marcações do Outro sobre o corpo do bebê. Freud nos indica esse caminho a partir da noção de experiência de satisfação e do recalçamento originário, e também dos conceitos de pulsão e de autoerotismo. Com Lacan, avançamos através do complexo do desmame, salientando a desmontagem da noção de instinto e a montagem do circuito pulsional a partir das primeiras relações com o Outro, que vai determinando o lugar do bebê no desejo dos pais, inserindo-o num simbólico que o antecede. Com a ideia de estádio do espelho, Lacan demonstra a importância do imaginário, calcado no investimento libidinal dos pais no bebê, para a construção da imagem do corpo e

da matriz simbólica do eu. A leitura feita por Marie-Christine Laznik dos desenvolvimentos que Lacan faz ao longo de sua obra sobre o esquema óptico e o estádio do espelho juntamente com suas contribuições sobre a voz como primeiro objeto pulsional, são de grande importância para o trabalho com os bebês.

A contribuição de Catherine Mathelin, relatando sua experiência de intervenção em UTIN, nos indica os três eixos de trabalho que seguimos nesses anos no HUCAM e também no desenvolvimento dessa dissertação: a intervenção com o bebê, suas famílias e junto à equipe cuidadora.

Na prática clínica em UTIN, fica evidente que o bebê está desde sempre tomado na história familiar que o precede e no desejo inconsciente de seus pais, principalmente no da mãe; e que responde a isto com o sintoma que se manifesta no corpo, pois no bebê a noção de psicossomática deve ser ampliada, uma vez que é com seu corpo que o bebê se manifesta – real do corpo, em que o desejo do Outro deixa suas marcas, antes mesmo do bebê poder entrar com propriedade no simbólico.

O bebê está implicado numa família e é determinado por uma historicidade que o antecede e que o receberá após a internação. A função do analista, junto aos pais, é garantir a possibilidade de fala, pois somente por meio do discurso poderão dar algum sentido à sideração causada pelo nascimento de um bebê “de risco”, e assim, talvez, possam utilizar o tempo da internação do bebê como um tempo de simbolização e de implicação neste acontecimento.

O trabalho com os pais é contínuo e sistematizado. Inicia-se com a chegada do bebê à unidade e termina com sua saída. Não se trata de um atendimento de emergência que acontece somente quando o psicanalista é chamado porque algo não vai bem com os pais, como acontece na maioria dos serviços de Neonatologia que contam com psicólogos ou psicanalistas. Todos os pais são escutados em sua dor e nas histórias de vida que levaram ao nascimento daquele bebê.

A função do analista junto à equipe é apontar a importância de que o bebê não seja tomado como puro objeto da medicina neonatal, mas que seja pensado em sua singularidade histórica, familiar e social; tomado como um, uma vez que o bebê para se constituir, necessita de palavras dirigidas a ele. Ele é na medida em que o Outro lhe reconhece como sujeito.

Além desses três, *Mais um* eixo de intervenção se delineou nesse tempo de minha experiência no HUCAM. Por se tratar de um hospital universitário, foi campo fértil ao trabalho de transmissão e à possibilidade dessa experiência fazer série, fazer escola. O presente trabalho de dissertação tem como missão continuar este trabalho de transmissão,

permitindo a outros psicanalistas reinventar, cada qual com seu estilo, em outras unidades, uma forma de intervenção.

A partir deste trabalho, que se mostrou efetivo ao longo destes anos, um questionamento tem se tornando cada vez maior para mim: o analista pode se dirigir diretamente ao bebê? Observá-lo e escutá-lo em sua forma de dizer sem palavras, escutar o que ele fala com seu corpo, seu sintoma, sua inapetência alimentar, seu fechamento em se comunicar, às vezes apresentando uma hipotonia ou simplesmente quando não responde ao tratamento, apesar de todas as apostas em contrário por parte da equipe médica, e a partir desta escuta, interpretar diretamente junto ao bebê, para o bebê? Esta intervenção tem de fato efetividade, e, se sim, o que a sustenta?

Que a intervenção psicanalítica junto aos pais chega à criança e a isto ela responde não há dúvida. Uma vez que os pais re-significam o lugar que dão ao bebê, este se reposiciona também em sua resposta, em sua constituição. Escutar as mães, suas dificuldades frente ao bebê, o lugar inconsciente a que ele foi convocado, e poder, por meio da escuta analítica, ajudá-la a elaborar minimamente o que esteja dificultando o vínculo entre ela e seu bebê, parece-me claro, pois vejo no dia-a-dia do Serviço de Neonatologia as mudanças subjetivas das mães e seus efeitos sobre os bebês.

Mas uma intervenção feita diretamente com o bebê, através de palavras ditas a ele, poderia ter tal efeito, se ele ainda não compreende o significado do que lhe é dito? Qual lugar o psicanalista ocupa nesta clínica? Como está implicado, aí, o desejo do analista? É possível chamar, com rigor ético e metodológico esta intervenção de psicanalítica?

Esses questionamentos me fazem relançar como pergunta para uma futura pesquisa, especificamente sobre a intervenção junto ao bebê, qual a validade do trabalho de alguns psicanalistas que se propõem a interpretar diretamente para o bebê o sintoma que apresenta em seu corpo, a partir dos dados de sua história familiar e de nascimento, o que, de saída, remete à pergunta sobre “o que é a fala?”, material pelo qual opera a psicanálise.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, S.; FULCO, A. P. Um estudo, uma denúncia e uma proposta: a psicanálise na interlocução com outros saberes em saúde mental, como avanço do conhecimento sobre o sofrimento psíquico. *Revista latino-americana de psicopatologia fundamental*. São Paulo, Ano VIII, n. 4, p. 721-737, dez. 2005.

ALBERTI, S. et al. A demanda do sujeito no hospital. In: *A clínica do sujeito no hospital*. Cadernos de Psicologia, Instituto de Psicologia, UERJ, n. 1, 1994.

AMERCANO, B.; BASTOS, F. A psicanálise no hospital universitário. In: CALDAS, H.; ALTOÉ, S. (org.). *Psicanálise, universidade e sociedade*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud: PGPSA/UERJ, 355-364, 2011.

ANDREANI, G.; CUSTODIO, Z. A. O.; CREPALDI, M. A. Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Aletheia*, Canoas, n. 24, dez. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 de março de 2014.

ANSERMET, F. *Clínica da Origem – a criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003. (Opção Lacaniana, n. 2).

ANSERMET, F. *A atribuição real do corpo, entre ciência e psicanálise*. Mesa-redonda em Lausanne; Texto inédito. Primeira transcrição feita por Ansermet, 1997.

ARAGÃO, R. O. (Org.). *O bebê, o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BENTATA, H. O canto da sereia: considerações a respeito de uma incorporação frequente da voz materna. *Reverso*, 31 (57), p. 13-20, 2009.

BRAGA, N. A. et al. *Maternagem ampliada: a transgeracionalidade em UTI Neonatal*. *Pediatria Moderna*, 37, 2001. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=1590&fase=imprime. Acesso em: 17 de abril de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. *Manual de assistência ao recém-nascido*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. *Declaração de óbito: documento necessário e importante*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CATÃO, I. Do som à música, da música à voz: os passos da fundação do sujeito. In: ATEM, L. (org.). *Cuidados no início da vida: clínica, instituição, pesquisa e metapsicologia*. 155-166, 2008.

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

CELES, L. A. Nascimento psíquico. In: ARAGÃO, R. O. (Org.). *O bebê, o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 41-58, 2004.

CORIAT, E. *A psicanálise na clínica de bebês e crianças pequenas*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997.

COSTA, A. M. M. *A ficção do si mesmo: interpretação e ato em psicanálise*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.

DIDIER-WEILL, A. *Inconsciente Freudiano e Transmissão da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

DIDIER-WEILL, A. *Invocações: Dionísio, Moisés, São Paulo e Freud*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

DOLTO, F. *Solidão*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

FERNANDES, L. R. *O olhar do engano: autismo e Outro primordial*. São Paulo: Escuta, 2000.

FERREIRA, S. Por que falar ao bebê se ele não compreende? In: CAMAROTTI, M. do C. (org.). *Atendimento ao bebê: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 97-104, 2001.

FERREIRA, S. Manhês: uma questão de estrutura. In: SALES, L. M. (org.). *Pra que essa boca tão grande?* Salvador: Ágalma, 19-29, 2005.

FRANÇA, E. & LANSKY, S. *Mortalidade Infantil Neonatal no Brasil: Situação, Tendências e Perspectivas*. (Texto elaborado por solicitação da RIPSa para o Informe de Situação e Tendências: Demografia e Saúde, 2008 (Textos de Apoio, Texto 3). Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1956.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2013.

FREUD, S. *Projeto para uma psicologia científica* (1895 [1950]). Rio de Janeiro: Imago, 387-529, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 1).

FREUD, S. *A interpretação dos sonhos* (1900-1901). Rio de Janeiro: Imago, 323-566, 1980. (Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 5).

FREUD, S. *Três ensaios sobre a sexualidade* (1905). Rio de Janeiro: Imago, 118-230, 1980. (Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 7).

FREUD, S. *Dois histórias clínicas: “o pequeno Hans” e o “homem dos ratos”* (1909). Rio de Janeiro: Imago, 159-318, 1980. (Edição Standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 10).

FREUD, S. *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia* (1911). Rio de Janeiro: Imago, 15-108, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 12).

FREUD, S. *Sobre o Narcisismo: uma introdução* (1914). Rio de Janeiro: Imago, 85-119, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 14).

FREUD, S. *Repressão* (1915a). Rio de Janeiro: Imago, 163-182, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 14).

FREUD, S. *Os instintos e suas vicissitudes* (1915b). Rio de Janeiro: Imago, 129-162, 1980. (Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, v. 14).

FREUD, S. *Luto e melancolia* (1917). Tradução de Marilene Carone. Novos Estudos – CEBRAP, n. 32, 128 -142, 1992.

FREUD, S. “*Uma criança é espancada*”: uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais (1919). Rio de Janeiro: Imago, 11-45, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 17).

FREUD, S. *Sobre o ensino da psicanálise nas universidades* (1919 [1918]). Rio de Janeiro: Imago, 215-220, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 17).

FREUD, S. *Além do princípio de prazer* (1920). Rio de Janeiro: Imago, 13-85, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 18).

FREUD, S. *Análise terminável e interminável* (1937). Rio de Janeiro: Imago, 239-287, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 23).

GARCIA-ROZA, L. A. *Freud e o inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

GOLSE, B. O bebê, seu corpo e sua psique: explorações e promessas de um novo mundo (apego, psicanálise e psiquiatria perinatal). In: ARAGÃO, R. O. (Org.). *O bebê, o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 15-40, 2004.

GRECO, M. Os espelhos de Lacan. *Opção Lacaniana online*, nova série, ano 2, n. 6, nov. 2011.

IACONELLI, V. Luto Insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, 10 (4), 614-623, 2007.

INFANTE, D. P. O Outro do bebê: as vicissitudes do tornar-se sujeito. In: ROHENKOHL, C. M. F. *A clínica com o bebê*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 93-102, 2000.

JERUSALINSKY, J. *A criação da criança: brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê*, Salvador: Ágalma, 2011.

JORGE, M. A. C. *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan: A clínica da fantasia*. Vol. 2. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

LACAN, J. *Os complexos familiares* (1938). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

LACAN, J. O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada (1945). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 197-213, 1998.

LACAN, J. Formulações sobre a causalidade psíquica (1946). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 152-194, 1998.

LACAN, J. O estágio do espelho como formador da função do Eu (1949). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 96-103, 1998.

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 238-324, 1998.

LACAN, J. *O Seminário*, Livro 1: Os escritos técnicos de Freud. (1953-54). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

LACAN, J. *O Seminário*, Livro 3: As psicoses (1955-56). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

LACAN, J. *O Seminário*, Livro 5: As formações do inconsciente (1957-58). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

LACAN, J. *O Seminário*, Livro 6: O desejo e sua interpretação (1959). (Inédito).

LACAN, J. *O Seminário*. Livro 7: A ética da psicanálise (1959-1960). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

LACAN, J. *O Seminário*. Livro 10: A angústia. (1962-63). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LACAN, J. *O Seminário*, Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. *Fondements* (1964). Disponível em: <<http://staferla.free.fr/S11/S11.htm:280>>. Acesso em: 15 agosto 2013.

LACAN, J. A Ciência e a Verdade (1965-66). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 869-892, 1998.

LACAN, J. O lugar da psicanálise na medicina (1966). *Opção Lacaniana*, n. 32, 8-14, dez. 2001.

LACAN, J. Nota sobre a criança (1969). In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 369-370, 2003.

LACAN, J. *Hamlet por Lacan*. Campinas: Escuta, 1986.

LAURENT, E. *A atribuição real do corpo, entre ciência e psicanálise*. Mesa-redonda em Lausanne; Texto inédito. Primeira transcrição feita por Ansermet, 1997.

LAZNIK-PENOT, M. C. Do fracasso da instauração da imagem do corpo ao fracasso da instauração do circuito pulsional: quando a alienação faz falta. In: LAZNIK-PENOT, M. C. (Org.). *O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas*. Salvador: Ágalma, 31-48, 1991.

LAZNIK-PENOT, M. C. Por uma teoria lacaniana das Pulsões. In: *Dicionário de Psicanálise, Freud e Lacan*, v. 1, Salvador: Ágalma, 1994.

LAZNIK-PENOT, M. C. Psicanalistas trabalhando em saúde pública. In: *Congresso Internacional de Psicanálise e suas conexões – Trata-se uma criança*. Tomo II. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 45-62, 1999.

LAZNIK, M. C. A voz como primeiro objeto da pulsão oral. In: LAZNIK, M. C. *A voz da sereia*. O autismo e os impasses na constituição do sujeito. Salvador: Ágalma, 69-87, 2004.

MATHELIN, C. Prática analítica em neonatologia. In: WANDERLEY, D. B. (Org.), *Palavras em torno do berço: intervenções precoces bebê e família*. Salvador: Ágalma, 129-142, 1997.

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

MORSCH D. S., CARVALHO M & LOPES J. M. Programa de visitação dos irmãos aos bebês internados em UTI Neonatal. *Pediatria Moderna*, 33 (7), 481-488, 1997.

NAZAR, Teresa (org.). *Constituição do sujeito*. Conexões em psicanálise 2: psicanálise e pesquisa. Rio de Janeiro: Campo Matemático, 2008.

PIEROTTI, M.; LEVY, L. & ZORNIG, S. O manhês: costurando laços. *Estilos da clínica*, 15(2), São Paulo-USP, 420-433, 2010.

QUEIROZ, T. Amamentação e desmame. In: ROHENKOHL, C. M. F. (Org.). *A clínica com o bebê*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 141-156, 2000.

QUINIQU, Y. Alimentar, ser alimentado em UTI Neonatal – Prescrição ou alimentação? In: WANDERLEY D. B. (org.). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador: Ágalma, 55-60, 1999.

RANÑA, W. A Saúde mental da criança na atenção básica: detecção e intervenção a partir do Programa de Saúde da Família e do apoio matricial. In: RIBEIRO, E. L. & TANAKA, O. Y. (Org.). *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: HUCITEC, 2010.

STAHLSCHMIDT, A. P. M. A canção da pequena sereia: voz, melodia e encantamento, na constituição dos laços mãe-bebê. In: SALES, L. M. (Org.). *Pra que essa boca tão grande?* Salvador: Ágalma, 75-83, 2005.

SVENBRO, J. A criança, a palmeira e as letras fenícias. In: *Littoral*. Luto de criança. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 7-19, 1999.

UNICEF. The State of the World's Children 2007. In: *Unicef*, 2008. Disponível em: <<http://www.unicef.org/sowc07/statistics/statistics.php>>. Acesso em: 17 de janeiro de 2014.