

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

ALEXANDRA DE OLIVEIRA MARTINS

**CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA E SUBJETIVIDADE MATERNA NA  
CLÍNICA COM BEBÊS ACOMETIDOS POR MALFORMAÇÃO  
CONGÊNITA**

Belo Horizonte  
2017

ALEXANDRA DE OLIVEIRA MARTINS

**CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA E SUBJETIVIDADE MATERNA NA  
CLÍNICA COM BEBÊS ACOMETIDOS POR MALFORMAÇÃO  
CONGÊNITA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de pesquisa: Teoria Psicanalítica.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Massara Rocha.

Belo Horizonte  
2017

Autorizo a reprodução ou divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

150      Martins , Alexandra de Oliveira  
M386c      Constituição psíquica e subjetividade materna na clínica  
2017      com bebês acometidos por malformação congênita  
            [manuscrito] / Alexandra de Oliveira Martins. - 2017.  
            122 f.

Orientador: Guilherme Massara Rocha.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

Inclui bibliografia

1.Psicologia – Teses. 2. Psicanálise - Teses . 3.Crianças - Teses. 4. Maternidade - Teses. I. Rocha , Guilherme Massara . II.Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III.Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



## FOLHA DE APROVAÇÃO

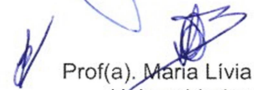
**Constituição psíquica e subjetividade materna na clínica com bebês acometidos por malformação congênita**

**ALEXANDRA DE OLIVEIRA MARTINS**

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, área de concentração ESTUDOS PSICANALÍTICOS, linha de pesquisa Conceitos Fund. Psicanálise Invest. Campo Clínico e Cultural.

Aprovada em 10 de março de 2017, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). Guilherme Massara Rocha - Orientador  
UFMG

  
Prof(a). Maria Livia Tourinho Moretto  
Universidade de São Paulo

  
Prof(a). Angela Maria Resende Vorcaro  
UFMG

Belo Horizonte, 10 de março de 2017.

*À minha mãe, que por vinte e seis anos  
viveu ao meu lado.*

## AGRADECIMENTOS

À minha filha, Maria Clara, por ela e seu sorriso diário minha força e dedicação aos projetos de vida seguiram muito além do que imaginava conseguir. Por ela e para ela tudo faz mais sentido.

Ao meu grande amor, Pedro Paulo, um homem que fez de mim uma mulher mais que feliz, amada e admirada. Acreditando em meus desejos, seu apoio indispensável foi fundamental.

À minha irmã, Paty, doutora sempre dedicada, minha inspiração para o ingresso no mundo da pesquisa. Parceira de vida, uma irmã/mãe, sempre ligadas por esse forte amor.

Ao meu papai Noel, pai, puro amor, o primeiro de todos os seres humanos que me encorajou a viver a vida, mesmo diante das dificuldades.

Ao meu irmão, o caçula e amável de poucas palavras, mas que, com seu olhar afetuoso, demonstrou sua satisfação diante das minhas conquistas.

Aos meus amados sobrinhos, Lucca, Carolzinha e Carolina Santos, filhos adotados pelo amor.

À minha cunhada Raquel, amiga e pronta para dar seu colo de mãe.

Aos meus enteados, Laura e Lucas, que me ajudam no aprendizado e na conquista do amor diário.

Ao Guilherme Massara, que acolheu meu projeto e me ensinou a autonomia para escrever. Ao orientar foi um analista, sem dizer muito, através dos seus atos, deixou claro os caminhos que eu deveria tomar.

À querida Ângela Vorcaro, sem ela não apostaria na pesquisa na clínica com bebês. Ela, sua sabedoria, paixão e dedicação aos estudos deram sentido para a construção do meu projeto.

Às Doutoradas e pesquisadoras Camila Farias e Ariana Lucero, pela disponibilidade para dar suporte às minhas dúvidas e preocupações ao longo da escrita.

Aos docentes, técnicos-administrativos e discentes do programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFMG, pelos bons encontros durante a trajetória da pesquisa.

À querida Marisa Decat, profissional dedicada à Psicanálise no Hospital, quem me fez acreditar nessa profissão e na importância do espaço do analista nas instituições de saúde.

À Maria Lívia, tão amável e doce, profissional admirável, algumas de suas palavras fizeram contorno em meu ser.

À Inês Seabra, minha analista, que me fez perceber meus atos, foi responsável por salvar minha subjetividade, assim sou senhora da minha própria vida.

Aos médicos e diretores Dr. Mário Vrandecic e Dr<sup>a</sup>. Érika Vrandecic, pela oportunidade de fazer parte da equipe do Biocor Instituto – instituição séria e admirável –, pelo reconhecimento do trabalho realizado e pelo incentivo aos estudos e à pesquisa.

Aos profissionais que por anos fizeram parte do meu trabalho diário: Dr<sup>a</sup>. Cristiane Marins, Dr. Roberto Max Lopes e Dr. Aloysio Costa Val, médicos comprometidos com a medicina, possibilitaram parceria e trocas profissionais enriquecedoras; Shirlei Paes, amiga e companheira eterna, a maior parceira na assistência diária aos bebês, meu agradecimento especial; Dr<sup>a</sup>. Clarissa Turrer, também grande amiga, médica impecável, além de reconhecer meu trabalho, incentivou a pesquisa – seu apoio deu direção à continuidade da assistência multiprofissional. As queridas Erika Lopes e Vivian Antunes, apoio e carinho essencial no amor ao cuidado à Cardiopediatria.

Aos bebês e suas mães, sem eles não haveria o desejo ativo de compreender.

Às psicólogas companheiras da prática hospitalar e as eternas acadêmicas de psicologia, dedicadas e apaixonadas pela profissão, em especial: Aline, Karine, Luisa, Mayda, Juliana, Lilian e Priscila.

Aos colegas do mestrado, pela companhia na dedicação à pesquisa.

Às melhores amigas da vida, ao lado delas viver foi melhor: Adriana Okagawa, Alessandra Dias, Andreia Dozza, Candice Schmidt (Neca), Clarissa Turrer, Katia Regina, Leticia Martins, Lucimara Clark, Shirlei Paes, Sandra Cristina, Vanice Viana, e, recentemente, a doce e amável Luisa Braun.

*Por que esqueci quem fui quando criança?  
Por que deslembra quem então eu era?  
Por que não há nenhuma semelhança  
Entre quem sou e fui?  
A criança que fui vive ou morreu?  
Sou outro? Veio um outro em mim viver?  
A vida, que em mim flui, em que é que flui?  
Houve em mim várias almas sucessivas  
Ou sou um só inconsciente ser?  
(Fernando Pessoa, 1932/2014, p. 135)*



## RESUMO

MARTINS, Alexandra. (2017). *A constituição psíquica e a subjetividade materna na clínica com bebês acometidos por malformação congênita*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

A prática no contexto de hospital geral, na clínica com bebês acometidos por malformação congênita, revelou a razão por excelência dessa investigação conceitual da pesquisa em psicanálise. No encontro com os bebês nos deparamos, inicialmente, com a estética, a delicadeza, a fragilidade humana em desenvolvimento e a sua constituição psíquica, tornando-se uma experiência *estranha, inquietante*. É o mistério da primeira infância, o enigma da criança em desenvolvimento que o espectador diante dos olhos possui. Na observação atenta realizada pelo psicanalista da mãe e seu bebê há algo de instigante e incompreensível, em que afetos suscitam reflexões. Na construção de uma escrita, apresentou-se as dimensões da constituição do psiquismo infantil e sua interface com a subjetividade materna.

Os conceitos teóricos sobre a constituição psíquica foram estudados, em particular, a partir da metapsicologia freudiana, com o intuito de também compreender a prática com bebês, respeitando a ética do inconsciente, definida pela psicanálise. Abordar a noção de *aparelho psíquico*, sua estrutura, seu funcionamento e seu desenvolvimento mostrou-se essencial para o trabalho clínico. A decisão pela teoria psicanalítica, como referencial fundamental para realização da pesquisa, se estabeleceu com a finalidade de extrair da experiência clínica o que a psicanálise revela com sua descoberta, a saber, aquilo que Freud (1923/2011) registrou como “um procedimento para investigação dos processos psíquicos que de outro modo são dificilmente acessíveis” (p. 274). Na rotina dos atendimentos do psicanalista em hospital geral, na clínica médica de diagnóstico e tratamento de alta complexidade, encontram-se bebês recém-nascidos e seus responsáveis submetidos à contingência do acometimento da malformação congênita em suas vidas. Os casos mais frequentes são as cardiopatias congênicas e malformações craniofaciais, associadas ou não à síndromes genéticas, sendo o tratamento cirúrgico o indicado.

A incidência de malformações congênicas em recém-nascidos não é um acontecimento raro, estando entre os problemas médicos de prevenção e cura mais difíceis. Entretanto, é importante ressaltar que o diagnóstico diferencial da clínica médica sobre as malformações descritas nesse trabalho não será nosso foco de estudo. Nosso interesse reside na particularidade do caso a caso, que suscita questões para a psicanálise sobre a constituição psíquica e a subjetividade materna na contingência da malformação congênita.

O que se destaca são os bebês, objeto de estudo e tratamento da medicina, atravessado pela experiência psicológica dos pais, que se apresenta como sujeito na fala materna. O psicanalista presente no hospital acolhe esse encontro do bebê com a mãe como “resto” que escapa aos cuidados médicos, para escutar e intervir no que incide de singular na relação primordial e fundamental mãe/bebê. É interessante sublinhar que na clínica em questão o ponto que escapa à medicina, o *incognoscível*, esse “resto” de interesse do analista, constata a ligação ativa do corpo e do psiquismo de um ser humano em constituição. Evidentemente é o que estabelece, constantemente, a necessidade do conhecimento teórico, de modo que a análise da infância não seja negligenciada e abra espaço para o caso a caso e suas particularidades.

**Palavras Chave:** Psicanálise. Bebê. Mãe. Malformação Congênita. Subjetividade. Psiquismo. Hospital Geral. Recém-nascido.

## ABSTRACT

MARTINS, Alexandra. (2017). *Psychic constitution and maternal subjectivity in the clinical practice with babies suffering from congenital malformation*. Masters Dissertation. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

The practice with babies suffering from congenital malformation in the context of a general hospital is the main reason of this conceptual investigation in the field of psychoanalysis. In the encounter with the babies, one is faced initially with the aesthetics, the delicacy, the developing human frailness and its psychic constitution, which becomes an *odd*, *unsettling* experience. The mystery of early childhood, the enigma of the developing child is cast before the spectator's eyes. In the acute observation of the mother and her baby carried out by the psychoanalyst there is something instigating and incomprehensible, in which affections incite reflections. The dimensions of infantine psychic constitution and its interface with maternal subjectivity were presented in the construction of the writing.

The theoretical concepts regarding psychic constitution were approached from Freudian metapsychology in particular, in order to understand the practice with babies in compliance to the ethics of the unconscious such as defined by psychoanalysis. The notion of psychic apparatus, its structure, its functioning and development revealed themselves to be of crucial importance to the clinical work. The decision to use psychoanalytical theory as the fundamental landmark to the accomplishment of this research was established with the scope of extracting that which psychoanalysis unravels with its discovery and that Freud (1923/2011) described as a "procedure for the investigation of psychic processes that would otherwise be hardly accessible" (p. 274). In the practice routine of the psychoanalyst in a general hospital and in the medical diagnostic and high-complexity treatment clinic one can find newborn babies and his/her guardians faced with the contingency of congenital malformation in their lives. The most frequent cases are the congenital heart diseases and craniofacial anomalies, associated or not to genetic syndromes; being surgical treatment sometimes recommended.

The incidence of congenital malformation in newborns is not a rare occurring, and it is among the more challenging medical problems in terms of prevention and cure. Nonetheless, it is important to highlight that the medical differential diagnosis of the malformations described in this work will not be the focus of the present study. Our interest resides, instead, in the case to case particularity, which raises some issues to psychoanalysis concerning psychic constitution and maternal subjectivity in the event of congenital malformation.

The baby – not only as object of research and treatment by medical science, but also as subject in the maternal speech and marked by the psychological experience of his/her parents – features in the foreground. The hospital psychoanalyst envisages the baby-mother encounter as a "rest" which escapes medical care giving, in order to listen and to intervene in what is singular in this primordial and fundamental relationship. It is worthwhile to accentuate that in the aforementioned clinic that which escapes medicine, the *unknown*, this "rest" that concerns the psychoanalyst indicates the active connection between body and psyche in the developing human being. Thus the constant need of theoretical knowledge, so as not to neglect childhood analysis and also to be able to accommodate case to case and its particularities.

**Keywords:** Psychoanalysis. Baby. Mother. Congenital Malformation. Subjectivity. Psyche. General Hospital. Newborn.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO -----	12
CAPÍTULO 1: CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA: Contribuições da Metapsicologia Freudiana	
1.1. Atividade do aparelho psíquico: clínica com bebês -----	23
1.2. Princípio da realidade como princípio regulador -----	29
1.3. Atividade psíquica: que consciência se produz? -----	35
1.4. Sobre a ação específica -----	37
CAPÍTULO 2: CLÍNICA COM BEBÊS ACOMETIDOS POR MALFORMAÇÃO CONGÊNITA	
2.1. Vivência de satisfação e dor -----	44
2.2. Trauma -----	57
2.3. Autoerotismo (parcial, corporal) X Narcisismo (falo da mãe) -----	69
CAPÍTULO 3: SUBJETIVIDADE MATERNA	
3.1. Notas sobre a subjetividade materna -----	81
3.1.1. <i>Entre a mãe e a mulher: o bebê como veio ao mundo</i> -----	82
3.2. Frustração: centro da relação mãe e filho -----	96
MOMENTO DE CONCLUIR-----	106
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----	115

## INTRODUÇÃO

No encontro com os bebês nos deparamos, inicialmente, com a estética, a delicadeza, a fragilidade humana em desenvolvimento e a sua constituição psíquica, o que pode tornar-se uma experiência *estranha, inquietante*. É o mistério da primeira infância, o impacto da própria criança em desenvolvimento que o espectador diante dos olhos possui. Freud (1919/2010) aponta que o psicanalista possui uma predisposição a investigações estéticas, não ligada a teoria do belo, “mas definida como teoria das qualidades de sentir” (p. 329). Ele relaciona, nessa teoria, o *estranho*<sup>1</sup> “ao que é terrível, ao que desperta angústia e horror, e também está claro que o termo não é usado sempre num sentido bem determinado, de modo que geralmente equivale ao angustiante” (p. 329).

Como dizer que um bebezinho pode causar esse mal-estar? Não descreveremos nessa pesquisa o bebê no conforto do lar, nos braços da mãe, sendo amamentado e acalentado em seu desamparo nato, acontecimento que transmite, na maioria das vezes, ternura e admiração. Nossa experiência clínica se dá com bebês tratados pela medicina, razão de um impacto inicial, resultando nos espectadores uma certa dose de angústia. Naturalmente, porque a doença, o risco de morte, a imperfeição, remetem a nossa própria finitude. Freud (1914/2010), em seu texto “Introdução ao Narcisismo”, fala sobre o narcisismo dos pais há muito abandonado, quando “verifica uma tendência a suspender, face à criança, todas as conquistas culturais que o seu próprio narcisismo foi obrigado a reconhecer, e a nela renovar as exigências de privilégios há muito renunciados” (p. 37).

Com efeito, as expectativas com relação ao desenvolvimento saudável dos bebês integram e nutrem a intenção benevolente e as fantasias dos adultos a sua volta. A malformação congênita, que acarreta tratamentos médicos seguidos, gera uma ruptura, como qualquer outra contingência dramática, nessa trajetória natural da vida: nascer, crescer e morrer. Mazet & Stoleru (1990) consideram que:

O nascimento de uma criança malformada é origem de reações psicológicas complexas. As crenças tradicionais mostram a ambivalência marcada destas reações, podendo ser a criança um objeto de terror, de admiração ou de ambos, simultaneamente... Os pais são confortados com o trabalho psíquico de aceitar que a criança fantasmática e imaginária foi substituída por esta criança real. A reação dos pais e sua maior ou menor dificuldade em se apegar à criança variam segundo a

---

<sup>1</sup> *Das Unheimliche*, “título original do artigo *O Estranho*, de 1919, traduzido habitualmente por: o estranho, o sinistro, inquietante, macabro, assustador, esquisito, misterioso” (Hanns, 1996). O texto consultado para as citações traduz *Das Unheimliche* por *O Inquietante* (Cf. *Obras completas*, trad. Paulo César Souza, Ed. Companhia das Letras). Porém, conservaremos ao longo do texto o nome já consagrado *O Estranho*.

malformação e principalmente ao fato de que ela seja ou não visível, que ameace ou não a vida da criança, que outros membros da família sejam ou não afetados e que implique ou não em hospitalizações repetidas (p.272).

O trabalho psíquico exigido aos genitores, em especial a mãe, de elaboração<sup>2</sup> do valor afetivo do acontecimento da malformação do filho em suas vidas, ultrapassa o processo de aceitação. A repercussão disso no narcisismo dos pais é motivo de investigação e tratamento clínico, por isso, a presença do analista nesse contexto.

Nesse contexto clínico, o bebê com quem nos deparamos sofre do acometimento em seu corpo de uma malformação congênita, necessitando em sua urgência orgânica de um tratamento médico, muitas vezes invasivo, realizado em hospital geral. O analista lançou seu olhar para a primeira experiência com esse *infans*<sup>3</sup>, bebês com tendências ainda prematuras do desenvolvimento, porém, que mantinham sua presença convincente e inquietante, sendo que “o *estranho* é aquela espécie de coisa assustadora que remonta ao que é há muito conhecido, ao bastante familiar” (Freud, 1919/2010, p. 331). Esse familiar, Freud (1919/2010) diz que é *unheimlich* (*estranho*), “é apenas a entrada do antigo lar [*Heimat*] da criatura humana, do local que cada um de nós habitou uma vez, em primeiro lugar. O Amor é nostalgia do lar” (p. 365).

Nota-se que o encontro com o *infans* se dá em um ambiente inicialmente hostil para um bebê e seus genitores. Esse lugar despertou no analista o interesse pela constituição psíquica e pelas dimensões do enigma infantil nesse contexto.

Na experiência clínica com bebês acometidos por malformação congênita, muitos recém-nascidos, na urgência de um tratamento estético<sup>4</sup> e funcional do corpo<sup>5</sup>, tem a necessidade do ambiente cercado pela tecnologia médica, com aporte para consertar o que não funciona bem; nesse contexto, a pergunta sobre a vida psíquica estabeleceu-se constante.

Na clínica com bebês malformados, além do impacto materno sofrido em função do

---

<sup>2</sup> *Verarbeitung*: elaboração ou processo de elaboração. *Verarbeiten*: assimilar, digerir, absorver, transformar, processar (Hanns, 1996).

<sup>3</sup> *Infans*: aquele que não fala ainda. “Numerosos autores (Melaine Klein, Donald Woods Winnicott, em particular) utilizaram o termo, designando assim que o modo de comunicação do bebê se situa em nível pré-verbal. O termo *infans* adquiriu outra dimensão em Jacques Lacan, com a referência à linguagem e a sua função face do inconsciente. Com Piera Aulagnier, consiste numa teoria da relação mãe-*infans* em função do discurso (mãe porta-voz) que se elabora” (Mijolla, 2005, p. 957).

<sup>4</sup> As Cranioestenoses Síndrômicas “incluem as craniofaciosinostoses, ou seja, as cranioestenoses de origem genética. As síndromes de Crouzon, Apert e Pfeifer são as mais frequentes. Os pacientes portadores dessa anomalia apresentam retrusão do terço médio, oclusão classe II e exoftalmia (Olhos Saltados). Adicionalmente sempre apresentam a fusão de uma ou mais suturas cranianas. A craniotomia descompressiva (abertura das suturas) deve ser realizada antes de um ano de idade” (Cf. Associação Brasileira de Fissuras Lábio Palatinas, In [www.abflp.com.br/cranioestenose](http://www.abflp.com.br/cranioestenose)). No tratamento dessas anomalias, além do tratamento funcional com comprometimento no nível neurológico (estruturas do sistema nervosa central), há o estético.

<sup>5</sup> Cardiopatias Congênitas e Cranioestenoses Síndrômicas ou não.

diagnóstico, observamos concomitantemente efeitos desorganizadores da constituição psíquica. Acontecimentos esses evidenciados como inerentes à relação mãe/bebê atravessada pela contingência da doença e do saber da ciência médica. Para a psicanálise, a constituição psíquica sofrerá suas marcas a partir da relação com o Outro primordial, processo necessário para a subjetivação. Nesse contexto hospitalar, a relação mãe/bebê é visível aos olhos dos espectadores clínicos, porém, ao psicanalista caberá a função de operar com um discurso que aponta para a particularidade do caso-a-caso. O risco da desolação de um e de outro (mãe e bebê) parece um ambiente favorável para a intervenção clínica em psicanálise.

Se a psicanálise é a subversão da ciência, a ideia é reintroduzir o sujeito onde ele é excluído na ciência. Introduce a dimensão do indeterminado do sujeito onde nesse ponto de irreducibilidade o sujeito terá que se haver com a contingência do seu ser. Portanto, se a psicanálise opera a partir do obstáculo, da verdade como causa, da divisão do sujeito, ela coloca para a ciência uma questão: o sujeito da ciência. E em nome dessa causa se avança o saber sobre a verdade que está em jogo subtraída da cena que a própria ciência introduz: o mal estar do sujeito em sua singularidade.

Diante de um corpo sem condições de comunicação verbal, na expressão de mensagens nem sempre compreendidas, em desenvolvimento e em constituição subjetiva, nos resta uma atitude tolerante e paciente. Afinal, o bebê precisa de tratamento médico: sedação, anestesia, ventilação mecânica, incisões cirúrgicas para tratar a malformação congênita cardíaca ou neurológica. O profissional da saúde mental, nesse caso, o psicanalista, parte integrante da equipe multiprofissional, mantém sua presença. Para acolher a quem? Inicialmente o sofrimento materno, palavras e sensações ambivalentes, já que os bebês necessitam, em sua urgência hemodinâmica, de outro cuidado: o médico. Mas, durante esse encontro com as mães, lá estavam eles, os bebês, com uma presença frágil e instigante. Se sofrem, do que sofrem esses bebês? Da ausência-presença do efeito da contenção materna em determinados momentos? Sentem dor, frio, fome ou calor? Há desordem em sua constituição psíquica? Que consciência é essa que se produz? Questões que pretendemos retomar ao longo dessa pesquisa.

Na observação detalhada da interação dos bebês – recém-nascidos com idades variadas, em seu entorno e com seus aspectos não-verbais de comunicação – foi necessário suportar a falta de sentido inicial e permitir, de forma discreta e atenta, o advir da subjetividade do bebê entre a mãe, os familiares e os profissionais. Sobre o método psicanalítico de observação, no texto “Contribuição à história do movimento psicanalítico”, Freud (1914/2012) afirma que “aprendi a sofrer inclinações especulativas e, seguindo o

inolvidável conselho de meu mestre Charcot, a examinar e reexaminar as coisas até que elas começassem a falar” (p. 266). Nessa perspectiva, na experiência com bebês, não há palavras ditas por eles, mas há o desenvolvimento da linguagem, do corpo, as “coisas” falam, o ambiente é vibrante diante da presença daqueles que ainda não conseguem pronunciar suas próprias palavras e conduzir seus corpos. Lacan (1957/1998), em seu texto “A instância da letra no inconsciente”, diz que “para além dessa fala, é toda a estrutura da linguagem que a experiência psicanalítica descobre no inconsciente” (p. 498).

Por tudo isso, o analista considera o processo de subjetivação e interroga seus aspectos e nuances nesse contexto clínico, o que exige dele o desenvolvimento de estratégias clínicas específicas. Mannoni (1988), no seu livro *A criança retardada e sua mãe*, argumenta que “é preciso que o analista possa ir além da linguagem objetivante, anônima” (p.55). E continua: “o psicanalista acha-se então, a maior parte das vezes, diante de um enigma a ser decifrado” (p. 55). Na clínica com bebês, esse enigma mostra-se ainda mais evidente e deve ser considerado.

No decorrer da prática clínica, tanto no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica, quanto nas Unidades de Internação e no ambulatório, as fases do desenvolvimento do neonato eram observadas: sua atividade orgânica, suas capacidades cognitivas, motoras, sensoriais e perceptivas. O bebê mantém a atenção de diversos profissionais da área da saúde. Para o psicanalista, no processo de sustentação de uma prática com bebês, observa-se como método o que Ansermet (2003) recordou partindo de Freud:

ele formula a hipótese que toda construção em psicanálise se estabelece a partir de um fragmento perdido da realidade, o que permite interpretar respeitando o inacessível, aceder ao desconhecido sem focá-lo sob o conhecido e revelar uma parte do invisível sem recobri-la com o visível (p. 17).

Nos leitos do hospital encontravam-se os bebês à mercê da vida e dos cuidados intensivos. Para sobrevivência e tratamento da malformação congênita, necessitavam dos aparatos médicos invasivos, cirúrgicos, sendo adiado, pela força da realidade, qualquer amparo maternante, suporte a sua constituição psíquica. Certamente, mesmo considerando a importância dos tratamentos oferecidos em decorrência da prioridade da urgência do corpo biológico, imposto pela contingência da doença do bebê, o analista mantinha algumas alternativas de encontro da mãe com o bebê na cena de cuidados médicos. Uma vez que a constituição psíquica não espera – ela acontece concomitantemente ao tratamento do bebê –, a tarefa de favorecer esse encontro mãe e bebê torna-se necessária e, por que não, urgente!

Decerto, partindo do analista, uma aposta de encontro mãe/bebê é feita, já que, impedida pela contingência do tratamento hospitalar do filho, a mãe foi deslocada do seu lugar maternante. Para a mãe, aproximar-se do leito hospitalar, na oportunidade de interpretar seu bebê em sua condição de *infans* e acolher seu possível mal-estar, poderá se transformar em uma tarefa difícil. Afinal, existem os atravessamentos a ciência médica e dos próprios fantasmas maternos que compõem essa realidade.

É preciso considerar que no ambiente hospitalar, onde a ciência médica mantém seu reinado, são muitos os discursos vigentes nos quais mãe e bebê são alojados. Lacan (1970/1992), no texto “A impotência da verdade”, diz que:

Os discursos em apreço nada mais são do que a articulação significativa, o aparelho, cuja mera presença, o status existente, domina e governa tudo o que eventualmente pode surgir de palavras. São discursos sem a palavra, que vem em seguida alojar-se neles. Assim, posso me dizer, a propósito desse fenômeno embriagador chamado tomar a palavra, que certas demarcações do discurso nas quais isto se insere seriam talvez de tal natureza que, vez por outra, não se a toma sem saber o que se está fazendo (p. 177).

Marcado pela experiência dos discursos, pela linguagem, o bebê será constituído a partir desse lugar em que suas demandas são interpretadas pelo viés das suas limitações e necessidades orgânicas. É importante lembrar que existem muitos outros simbólicos que cuidam do bebê, tirando e colocando esse bebê em uma vivência de mal-estar. O tratamento também é o momento de trocas simbólicas. Porém, não há como dimensionar quais as consequências dos discursos dos sujeitos no psiquismo desses bebês; só sabemos que há sempre consequências. Freud (1923/2011), em seu texto “As relações de dependência do eu”, afirma que, para o Eu, viver significa o mesmo que ser amado. E continua:

A mesma conclusão deve tirar o Eu quando se acha ante a um imenso perigo real, que não acredita poder superar com suas próprias forças. Vê-se desamparado de todos os poderes protetores e deixa-se morrer. Esta é, aliás, a mesma situação que subjaz ao primeiro grande estado de angústia infantil da nostalgia, a da separação da mãe protetora (p. 73).

Dentre esses outros, a mãe é uma presença relevante: na alternância ausência-presença, seu olhar, sua voz, seu rosto humano, sua demanda, sua interpretação e a suposição de saber sobre o seu bebê, são componentes necessários na constituição psíquica. Fazer o encontro mãe/bebê acontecer é sempre uma aposta, que o analista presente nesse campo clínico tenta favorecer. A equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, etc.) possui relativo conhecimento técnico sobre as práticas de humanização que preconizam a importância da presença materna no ambiente de cuidados médicos, porém, o manejo geral desses encontros possui um aspecto padronizado baseado em protocolos pré-



estabelecidos. Na ausência do analista, o encontro mãe/bebê acontece e sua presença não é garantia para o encontro. Porém, o analista é o maior interessado na singularidade do caso-a-caso e nas condições de subjetivação que acontecem nesses momentos. Ele interroga e considera de forma mais profunda a “investigação de processos psíquicos que de outro modo são dificilmente acessíveis” (Freud, 1923/2012, p. 274). Sobre a psicanálise, Freud (1923/2011) afirma que:

Ela se atém aos fatos do seu âmbito de trabalho, busca solucionar os problemas imediatos trazidos pela observação, segue tateando com base na experiência, está sempre incompleta, sempre disposta a ajustar ou modificar suas teorias. Tal como a física e a química, ela tolera muito bem que seus principais conceitos sejam vagos e seus pressupostos sejam provisórios, e espera uma maior precisão deles como resultado do trabalho futuro (p. 301).

Os momentos que indagam, na observação clínica, uma possível *amarga experiência da vida*<sup>6</sup> são: o tempo de intubação traqueal<sup>7</sup>, os procedimentos invasivos (cirúrgicos, técnicas de terapia intensiva) e os manuseios excessivos realizados para o tratamento da malformação dos bebês. A equipe lança mão de analgésicos, sedativos e técnicas para amenizar o sofrimento do corpo, porém, o sofrimento psíquico, o possível impacto dos fatores externos no psiquismo desses bebês torna-se uma questão.

Supreendentemente, a observação desses bebês, por parte do psicanalista também presente, destacou a questão da atenção à vida psíquica – com efeito, um campo de prática fértil. Na dependência absoluta da mãe e, no caso de internação hospitalar, também dos profissionais da saúde, o bebê, em seu desenvolvimento, manifesta seu desajuste corporal, que chama atenção para uma possível desordem psíquica. As noções sobre o corpo biológico e sua derivação do Eu ressaltaremos ao longo dessa pesquisa, afinal, é a partir desse corpo recém-chegado ao mundo que estabelecemos a necessidade desse trabalho.

Winograd e Mendes (2009) apontam que “ainda que a psicanálise possa ser definida como análise do psiquismo e que Freud não tenha se preocupado em estabelecer uma doutrina específica das relações entre o psiquismo e o corpo, essa último pertence de modo crucial ao ambiente empírico e nocional posto em jogo pela psicanálise” (p. 212). Entre o somático (corpo) e o psiquismo temos a pulsão, que Freud (1915/2010) define como “o representante psíquico dos estímulos oriundos do interior do corpo e que atinge a alma, como uma medida do trabalho à psique por sua ligação com o corpo” (p. 57).

---

<sup>6</sup> Cf. Freud, S. (1987, p. 595).

<sup>7</sup> Intubação traqueal é a introdução de um tubo na luz da traqueia. Pode ser realizada por meio das narinas (via nasotraqueal), da boca (via orotraqueal) ou por abertura na parede da traqueia (transtraqueal).

Sobre o corpo biológico do bebê, em sua insuficiência orgânica em consonância à constituição psíquica, podemos destacar aquilo que Lacan (1949/1998) definiu como 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 desenvolvimento mental” (p. 100).

As manifestações corporais do bebê (comunicação não-verbal) são inicialmente, nesse contexto, o nosso único acesso às hipóteses sobre o funcionamento psíquico e seu estado emocional primitivo. Esses bebês, que em determinados momentos pareciam desorganizados, apresentavam, além disso, a evidência da vulnerabilidade do psiquismo, tal como Freud (1926/2014), em “A questão da análise leiga”, constata:

o pequeno ser vivo, como sabemos, é uma coisa frágil e miserável ante o poderoso mundo exterior, cheio de influências destrutivas. Um ser primitivo, que não desenvolveu suficientemente uma organização do Eu, acha-se exposto a todos esses “traumas” (p.150).

Sobre a experiência do traumatismo em psicanálise falaremos, pois também é objeto da nossa pesquisa. Por ora, a fragilidade dos bebês é o que mostra-se perceptível, a impotência materna visível, considerando que ambos sofrem, obviamente de forma diferente, em decorrência do atravessamento dos cuidados médicos em prol da vida. A separação do bebê e da mãe mostra-se, em muitos momentos, necessária para os procedimentos cirúrgicos e cuidados em terapia intensiva. Isso marca de algum modo a experiência da relação mãe-bebê nesse contexto, o que reforça a necessidade de uma atenção a esse encontro.

Uma realidade sensível, respeitando seu ritmo lento, em desenvolvimento, porém constante. Um corpo à deriva de um espaço desconhecido exige em sua constituição, inicialmente fragmentada, um contorno, o que ameniza seu desamparo nato. Como afirma Freud (1926/2014) em *Inibição, sintoma e angústia*:

a separação do bebê da mãe é o que irá desencadear no bebê a angústia mais primordial: o *medo primevo* do nascimento... Se o bebê exige ter a percepção da mãe, isso ocorre porque sabe, por experiência, que ela satisfaz rapidamente todas as suas necessidades. A situação que ele avalia como perigosa, contra a qual deseja estar garantido, é da insatisfação, do *aumento da tensão gerada pela necessidade*, diante da qual é impotente. Acho que considerado dessa maneira tudo se ordena. A situação de insatisfação, em que magnitudes de estímulo alcançam nível desprazeroso, não sendo controladas mediante utilização psíquica e descarga, deve ser análoga à vivência do nascimento pra o bebê, uma repetição da situação de perigo. Comum a ambas é a perturbação econômica gerada pelo aumento das magnitudes de estímulo a pedir solução, sendo esse fator, portanto, o autêntico núcleo do “perigo”. Em ambos os casos há a reação de angústia, que no bebê ainda se mostra adequada, pois a descarga via músculos respiratórios e vocais solicita a mãe, tal como antes iniciou a atividades dos pulmões para afastar os estímulos internos. Não é preciso que o bebê tenha conservado, de seu nascimento, outra coisa além dessa forma de assinalar o perigo (p. 79).

O bebê hospitalizado manifesta expressões corporais, mensagens traduzidas ou não pela mãe, familiares ou equipe, já que o entorno tende a dar sentido às mensagens. A presença do bebê basta para chamar nossa atenção nessa clínica, que se serve da tradução de suas mensagens pelo imaginário materno e dos outros familiares.

Sendo uma clínica inicialmente de observação dos bebês em situação de risco de morte, naturalmente, nossas atitudes necessitam de espera, paciência e tolerância, afinal, deparamo-nos com o que Lacan (1954-55/1985) apresenta como *organismo vivo*:

a propósito de um organismo vivo, no final das contas nunca conhecemos nada, a não ser o metabolismo, isto é, o livro de contas – o que entra e o que sai. Existem as quantidades de energia que o organismo assimila, por todas as vias, e aquilo que, levando tudo em conta – gastos musculares, esforços, dejeções – sai do mecanismo. As leis da termodinâmica são, bem entendido, respeitadas – há degradação de energia. Mas de tudo o que ocorre no interior não sabemos porra nenhuma. Por uma simples razão – não podemos absolutamente medir a interação disto por aproximações sucessivas, como ocorre no mundo físico, sendo próprio de um organismo que tudo o que ocorre em um de seus pontos repercute em todos os outros (p. 126).

Visto que sabemos sobre o psiquismo do neonato aquilo que Freud estabeleceu sobre o funcionamento e o desenvolvimento do “aparelho psíquico”, seguiremos sua pista da existência comprovada da estruturação de conteúdos e processos psíquicos ativos. Verificamos nessa clínica a importância do conhecimento desses mecanismos psíquicos e os rearranjos externos e internos para o desenvolvimento e constituição psíquica. Assim, optamos por trabalhar, no primeiro e segundo capítulo a constituição psíquica. Sobre a questão dos genitores, o que tange em especial a subjetividade materna, deixamos a discussão para o terceiro capítulo dessa dissertação. Antes de iniciarmos este trajeto teórico, façamos um pequeno percurso pela prática psicanalítica na clínica com bebês que motivou essa pesquisa.

Esta pesquisa se inicia em virtude das primeiras observações da prática clínica, que evidenciaram questões, não equacionadas a princípio, porém, em decorrência dos meios teóricos e técnicos possíveis recolhidos pelo profissional iniciante. Ao ultrapassar quinze anos de experiência prática diária, o conhecimento adquirido como psicóloga profissional, parte integrante da equipe de um Centro de Terapia Intensiva Pediátrica para tratamento de alta complexidade de bebês acometidos por malformação congênita, reenviava às questões e hipóteses que suscitavam e motivaram a pesquisa em psicanálise. A escolha pela teoria psicanalítica como referencial fundamental para a realização da pesquisa se estabeleceu com a finalidade de extrair da experiência clínica o que a psicanálise contribui em sua descoberta, o

que, vale insistir, Freud (1923/2011) registrou como “um procedimento para investigação dos processos psíquicos que de outro modo são dificilmente acessíveis” (p. 274).

Poderia se dizer que *uma certa angústia* é inevitável diante da questão da primeira infância, especialmente os primórdios da constituição psíquica, onde inquietações dos que testemunham e integram a cena infantil não escondem aquilo que Lacan (1962-1963/2005) chamou de “a relação essencial da angústia com o desejo do Outro” (p. 14). Além dessa questão, nesse mesmo texto Lacan (1962-1963/2005) interroga ao analista: “quem é que vocês poupam?” (p. 15), para afirmar que é o outro a quem poupamos. Porém, Lacan (1962-1963/2005) incluí na resposta: “vocês mesmos” (p. 15).

No encontro com a mãe e o bebê parece haver algo de instigante e incompreensível, em que afetos suscitam reflexões, sendo a pesquisa em psicanálise, no contexto do hospital geral e relativa a atendimentos realizados pela psicologia na clínica com bebês acometidos por malformação congênita, a razão por excelência dessa investigação conceitual, com vistas à construção de uma escrita que possa apontar as dimensões do enigma infantil e a interface da subjetividade do coadjuvante principal, a saber, a mãe.

Na rotina dos atendimentos da clínica médica de diagnóstico e tratamento encontram-se bebês recém-nascidos e seus responsáveis submetidos pontualmente à contingência do acometimento da malformação congênita em suas vidas. Nessa clínica médica, o diagnóstico mais frequente são as cardiopatias congênitas e malformações craniofaciais, alguns casos estando associados a síndromes genéticas, sendo o tratamento cirúrgico o indicado.

A proposta inicial do pré-projeto para seleção do Mestrado seria pesquisar a intervenção do psicanalista na clínica com “bebês cirúrgicos”<sup>8</sup>. Mas a mudança teórica do objeto de estudo se fez necessária em virtude da prática, que demonstrou, dentre os fragmentos clínicos, a incidência de outras questões fundamentais e de interesse: a constituição psíquica e a subjetividade materna presente nesse contexto. Em virtude do encontro com o bebê e a fala materna, a enunciação que se segue é um exemplo do que norteou essa investigação e mostrou novos caminhos para a tarefa clínica em psicanálise: *vocês precisam cuidar do psiquismo das mães, são elas que sofrem, muito mais que seus bebês.*

É importante ressaltar que o diagnóstico diferencial da clínica médica sobre as malformações descritas nesse trabalho não será nosso foco de estudo. Porém, deixamos claro que a incidência de malformações congênitas em recém-nascidos não é um acontecimento

---

<sup>8</sup> Bebês recém-nascidos ou ainda muito pequenos submetidos a procedimentos cirúrgicos de alta complexidade devido a malformação congênita para tratamento de cardiopatia congênita ou anomalias crânio faciais.

raro, estando entre os problemas médicos de prevenção e cura mais difíceis. Santos e Dias (2005) nos dizem que “qualquer alteração no decorrer do desenvolvimento embrionário pode resultar em anomalias congênitas que podem variar desde pequenas assimetrias até defeitos com maiores comprometimentos estéticos e funcionais” (p. 592-3). São decorrentes de causas diversas, afetam esqueleto, órgãos sensoriais, músculos, a circulação, sistemas respiratório e nervoso, e o metabolismo do recém-nascido.

Destacamos nosso interesse sobre a particularidade do caso-a-caso, que suscita questões para a psicanálise sobre a constituição psíquica e a subjetividade materna na contingência da malformação congênita. O que se evidencia inicialmente são os bebês, objeto de estudo e tratamento para a medicina, atravessados também pela experiência psicológica dos pais, que nessa pesquisa serão direcionados pela fala materna e pela observação atenta do psicanalista ao seu comportamento.

Poder-se-ia dizer que não havia mais dúvidas de que o lugar do analista existia ao operar o funcionamento discursivo a partir da ética da psicanálise: o inconsciente freudiano.

Diante deste imperativo, o psicanalista presente acolhe esse encontro com a maternidade como “resto” que escapa aos cuidados médicos, para escutar e intervir no que incide de singular da relação mãe e bebê.

Partimos, então, para a colocação em ato da fala materna que localizará e fará vigorar as posições de mãe e bebê, embaçadas pela cena de cuidados intensivos da ciência. A escuta analítica do discurso do agente materno e do encontro deste com seu bebê sustenta a investigação da própria mãe sobre como manter seu lugar, sua função, mesmo que precise postergar seu exercício.

O caráter arcaico do desamparo desse bebê poderá ser reconhecido pelo agente materno, que colocará toda sua herança simbólica em ato, como ato de cuidar. No nascimento do bebê portador de malformação congênita, sendo ele objeto das intervenções médicas, essa lógica sofrerá o efeito das marcas da hospitalização que incidem sobre o corpo do bebê e, conseqüentemente, sobre o imaginário materno. Não raro, essa contingência da vida poderá reforçar e carregar com grande sobrepeso as marcas do tratamento médico invasivo na estruturação psíquica desse sujeito.

Deixamos claro que não temos como objetivo *a posteriori* o inapreensível do “ainda por vir”; ao contrário, a questão será investigar o que foi apreendido pelo imediato da cena do atendimento clínico hospitalar, partindo das questões norteadoras desta pesquisa.

A partir da escrita sistematizada dessa experiência, atravessada pelos conceitos da psicanálise, entendemos que será possível responder às questões que a prática aponta sobre a

constituição psíquica e a subjetividade materna na clínica com bebês acometidos por malformação congênita.

## CAPITULO I – CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA: Contribuições da metapsicologia freudiana

### 1.1 – Atividade do Aparelho Psíquico: clínica com bebês

Sobre a origem da vida psíquica (*Seelenleben*<sup>9</sup>) temos um grande interesse, partindo do que Freud fundamentou com suas descobertas clínicas, hipóteses e construção para a concepção do modelo de aparelho psíquico formalizado ao longo da sua obra. Na prática clínica atual, no contexto contemporâneo da medicina, o modelo das investigações biológicas é dominante. Porém, a emergência da vida psíquica pulsante é evidente, substancialmente objeto de interesse do campo teórico e clínico das ciências humanas. O diálogo da psicanálise com a ciência médica nesse contexto da clínica com bebês foi necessário, mas nota-se que o saber da perspectiva dinâmica sobre o funcionamento do psiquismo é tão somente do psicanalista. É desse profissional o interesse em extrair da experiência clínica hipóteses auxiliadas pelas psicanálise, teoria de nossa escolha para sustentar uma prática a partir da sua ética.

Compreender a noção do *aparelho psíquico*<sup>10</sup>, sua estrutura, seu funcionamento e seu desenvolvimento como fator de apoio teórico para o trabalho clínico foi essencial. Seguiremos a trajetória da metapsicologia freudiana dados que apontem para a vida psíquica ativa do recém-nascido, seu estado de desamparo (*Hilflosigkeit*<sup>11</sup>) e a definição do aparelho psíquico, fundamentais para o desenvolvimento dessa pesquisa.

O complexo mecanismo do aparelho psíquico foi introduzido oficialmente no texto freudiano de 1900, *A interpretação dos Sonhos*. Em textos anteriores, publicados somente após a sua morte, como: *Sobre a concepção das afasias* (1891), *Projeto para uma psicologia*

---

<sup>9</sup> No *Dicionário Comentado do Alemão*, Hanns (1996) explica que “determinadas composições e usos psicanalíticos de Seele transparece sobre o componente “anímico” da palavra” (p. 336). Segue esclarecendo que *Seelenleben*, “mesmo não sendo utilizado no sentido místico, evoca a imagem de um cenário interno mais autônomo, onde grande atividade ocorre” (p. 336).

<sup>10</sup> No *Dicionário Comentado do Alemão*, Hanns (1996) enuncia que *Seele* (*espírito, alma, psique* ou *mente*) era uma boa tradução germânica para o termo grego *Psyché*. Aponta que Freud compõe a palavra *Seele* com outros termos, dando o exemplo da palavra *aparelho*, cunhando a expressão *seelischer apparat*, que significa aparelho psíquico.

<sup>11</sup> “O termo *Hilflosigkeit* é carregado de intensidade, expressa um estado próximo do desespero e do trauma. Esse estado é semelhante àquele vivido pelo bebê, o qual após o nascimento é incapaz pelas próprias forças de remover o excesso de excitação pela via da satisfação, sucumbindo à *Angst* (medo, eventualmente ansiedade, ou angústia)” (Hanns, 1996, p. 211).

*científica (Entwurf)* (1895) e as correspondência para Fliess, Freud mantinha a expressão sistema ou mecanismo psíquico, revisando continuamente sua teoria. No primeiro livro de *A interpretação dos sonhos*, Freud (1900/2016) transpõe elementos do *Entwurf* para outro esquema, de modo que o fundamento neurofisiológico é desviado para problemas psicológicos e clínicos. Nomeia o aparelho psíquico como mecanismo complexo, assinala a interpretação dos sonhos e a sua relação à estrutura do aparelho psíquico e, mais adiante, aponta os modos como esse aparelho reage às representações excitantes. Na segunda parte do texto, Freud (1900/2016) se detém na estrutura do aparelho psíquico e nas forças que nele atuam, um instrumento composto e com componentes a que dá o nome de instâncias. O aparelho psíquico deve construir-se como um aparelho reflexo. No aparelho psíquico permanece um traço das percepções que incidem sobre ele. No capítulo VII da *Interpretação dos Sonhos*, Freud (1900/2016) faz um quadro esquemático do seria então o aparelho psíquico. Explica:

A primeira coisa que chama nossa atenção é que esse aparelho composto de sistemas  $\Psi$  tem uma direção. Toda a nossa atividade psíquica parte de estímulos (internos e externos) e termina em inervações. Assim atribuímos ao aparelho uma extremidade sensível e uma motora; na extremidade sensível há um sistema que recebe as percepções e na extremidade motora há outro que abre as comportas da motilidade. Em geral, o processo psíquico transcorre da extremidade perceptiva à extremidade motora (p.565).

Nesse texto, Freud (1900/2016) trabalha a primeira tópica de sua teoria sobre o aparelho psíquico, que conduz a distinção entre inconsciente, pré-consciente e consciente. Sobre o inconsciente, ele diz: “é o psíquico propriamente real, tão desconhecido para nós segundo sua natureza interna quanto ao real do mundo externo; ele nos é dado pelos dados da consciência de maneira igualmente tão incompleta quanto o mundo externo pelas informações de nossos órgãos sensoriais” (p. 640). Lacan (1959-60/2008), no *Seminário, livro 7: A Ética da Psicanálise*, descreve o que chama de filo dos conceitos em Freud, partindo do *Entwurf*:

O capítulo VII da *Traumdeutung*, a primeira vez que publica a oposição processo primário/processo secundário, e a maneira pela qual ele concebe as relações do consciente, do pré-consciente e do inconsciente – a introdução do narcisismo nessa economia –, em seguida o que se chama de segunda tópica com a valorização das funções recíprocas do eu, do supereu, do mundo exterior, que confere uma expressão acabada a coisas cujos germes já entrevemos com surpresa no *Entwurf* – enfim, os textos ulteriores sempre centrados no mesmo tema, como a realidade constitui o homem? (p. 51).

Certamente a teoria freudiana do desenvolvimento do eu auxilia a pesquisa em psicanálise sobre como o homem em sua constituição, seu psiquismo, é marcado pela experiência.



Retomando a questão sobre o *Projeto (Entwurf)*, sabemos que esse texto possui referência importante na história da psicanálise. Gabbi Jr. (2003) aponta que o *Projeto (Entwurf)* “descreve a formação do eu pela experiência, de modo a tornar compreensível a possibilidade de um processo primário no interior do eu, uma vez que este seria responsável pelo aparecimento dos sintomas” (p. 12).

Bezerra Jr. (2013), no livro *Projeto para uma psicologia científica: Freud e as neurociências*, aponta para o lugar singular que o *Projeto* ocupa na psicanálise: “por muito pouco não desapareceu completamente. Se a vontade de Freud tivesse prevalecido, esse teria sido seu destino, o que só não ocorreu por conta da intervenção decisiva de três pessoas” (p.23). O autor continua sua descrição pontuando a importância dessas três pessoas na vida de Freud, que conservaram o *Entwurf*, e sobre as correspondências de Freud para Fliess. Essas pessoas foram o próprio Fliess, que guardou os cadernos escritos e as correspondências que manteve com Freud por 30 anos; Marie Bonaparte, que comprou todo o material, que estava em poder do livreiro de Berlim, Reinhold Stahl, que foi vendido pela viúva de Fliess após sua morte; e Anna Freud, convencida por Marie Bonaparte a guardar o que ela acrescenta como “os documentos, imprescindíveis para estudos futuros acerca os primórdios da psicanálise” (p.25).

Porchat (2005) comenta sobre o *Projeto para um psicologia*: “o berço dos mecanismos de distinção entre “mundo interno” e “mundo externo”. É a partir do modelo de aparelho psíquico proposto no *Projeto* que surgem os mecanismos de inibição, atenção, julgamento, pensamento e ação motora” (p. 26).

Lacan (1954-55/1985) faz relevantes referência ao *Projeto (Entwurf)*, ainda quando se ocupa com o campo da biologia do comportamento. No *Seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da Psicanálise*, descreve-o como um manuscrito anterior à ciência dos sonhos, que foi reencontrado e acrescenta:

Freud levava adiante não sua auto-análise, mas sim, sua análise pura e simplesmente, ou seja, ele estava no caminho de sua descoberta. Aprendemos aí como é que Freud se representava o aparelho psíquico. Este texto é inseparável da história do pensamento de Freud e, aclarado pela pontuação que dele vamos dar, revela a significação das elaborações posteriores, as da teoria da *Traumdeutung*. Ele nos ensina como é que Freud foi forçado a remanejar suas concepções primitivas. Vocês verão a máquina de sonhar ir dar nesta outra máquina, da qual há pouco eu lhe evocava o esquema a propósito do discurso com outro, e muitos outras mais” (Lacan, 1954-55/1985, p. 130).

Lacan (1954-55/1985) trabalha nesse livro longamente os esquemas freudianos e considera as ideias de Freud sobre a sinapse absolutamente novas, apontando que em 1895 a teoria do neurônio não existia. Sobre essa proposta de Freud de fazer uma psicologia

científica e naturalista, Gabbi Jr. (2003) descreve que ela “reflete as tentativas de Freud para fundamentar uma clínica baseada na palavra e é extremamente útil para quem deseja conhecer como se originou a psicanálise” (p.8).

Nas correspondências trocadas por Freud e Fliess, como na importante *Carta 52* (1896/1988), observamos a descrição do mecanismo psíquico formado a partir de um processo de estratificação. Um outro modelo para o entendimento da atividade perceptiva se acrescenta a algumas teses estabelecidas no *Projeto*, a partir dos registros: W (percepções), Wz (indicação da percepção), Ub (inconsciente), Vb (pré-consciente) e Bwz (consciência). E complementa: “Se eu conseguisse dar uma descrição completa das características psicológicas da percepção e dos três registros, teria descrito uma nova psicologia” (p.283).

Por isso, partimos do modelo do aparelho psíquico freudiano como um esquema arco-reflexo, em que o ser vivo recebe uma força que vem de fora e responde de forma defensiva, sendo assim um ser adaptado. A excitação externa, partindo dos objetos que invadem o corpo do bebê para tratá-lo, no caso da medicina, são estímulos que, conseqüentemente, colocam em ação os mecanismos defensivos do ser vivo, como, por exemplo, uma resposta motora de se livrar do incômodo causado por aquela excitação externa. Grande parte dos procedimentos invasivos são realizados com o bebê medicado: sedações, anestésicos e analgésicos são ministrados como suportes no manuseio do corpo que necessita de cuidados médicos invasivos. As defesas fisiológicas permanecem estáticas, em decorrência da execução dos cuidados pediátricos definidos em protocolos médicos (*guidelines*<sup>12</sup>) para a realização de procedimentos invasivos, porém, a precisão sobre os efeitos do manuseio corporal do bebê e sobre o psiquismo não pode ser calculada *a priori*. A psicanálise é uma técnica que “ganhou uma sutileza e uma segurança que rivalizam com a técnica cirúrgica” (Freud, 1923/2011, p.295) tamanha a dinâmica dos processos psíquicos.

Educadores, psicólogos, psicanalistas, além de médicos, também contribuíram na construção de teorias sobre o desenvolvimento da infância e da adolescência. Porém, sobre a vida psíquica e seu funcionamento, a psicanálise, partindo de Freud, certamente tem sua maior contribuição.

Sobre o desamparo do pequeno vivente, o bebê, o desenvolvimento do eu, ou seja, o psiquismo em constituição – inegavelmente aquilo que indagamos na experiência clínica –,

---

<sup>12</sup> *Guideline* pode ter como tradução literal a palavra Diretriz. Os *Guidelines* são condutas e procedimentos desenvolvidos sistematicamente para auxiliar o médico em decisões sobre a melhor e apropriada conduta em situações clínicas específicas. A tradução mais adequada, segundo a Associação Médica Brasileira, é Diretriz. Outros países de língua portuguesa traduzem como Normas de Orientação Clínica. <http://telemedicina.unifesp.br/pub/SBIS/CBIS2004/trabalhos/arquivos/791.pdf>

encontramos inicialmente as referências no modelo neurofisiológico de Freud, no *Projeto* (1895). Essa teoria é retomada no capítulo *VII* da *Interpretação dos Sonhos* (1900/2016), com alterações como: sistemas neurônios por sistemas ou instâncias; catexia hipotética da energia psíquica por quantidade física; princípio da inércia à base do princípio de prazer. No quadro de suas hipóteses, a noção do aparelho psíquico foi considerada, nesse trabalho, como fator importante de conhecimento para a interlocução com as investigações orgânicas e com o psiquismo infantil. Os fatores econômicos, tópicos e dinâmicos, a metapsicologia freudiana, inquestionavelmente auxiliam também a nossa pesquisa.

Em *Inibição, sintoma e angústia*, Freud (1926/2014) descreve o aparelho psíquico da seguinte forma:

Quanto ao que é o aparelho psíquico, isso logo se tornará claro. Mas peço que me pergunte de que material ele é composto. Isso não é de interesse psicológico, pode ser tão indiferente para a psicologia quanto é, para a ótica, saber se o tubo de um telescópio é feito de metal ou papelão. Não consideramos o aspecto do material, mas sim o *espacial*. Pois imaginamos o aparelho desconhecido que serve para cumprir as atividades psíquicas como um instrumento feito de várias partes – que chamamos “instâncias” –, cada qual tendo sua função particular e uma relação espacial fixa com as outras; ou seja, a relação espacial (“diante” e “atrás”, “superficial” e “profundo”) apenas significa para nós, primeiramente, uma representação da sequência regular das funções (p. 139-140).

Essa espacialidade do aparelho psíquico na teoria freudiana refere-se a uma topografia hipotética. Ele é dividido em uma delimitação lógica de sistemas: inconsciente, pré-consciente e consciente; e instâncias: id, ego e superego, que representam um funcionamento obedecendo a regras específicas, processos primários e secundários, de prazer e de realidade, que adquirem características próprias, constituindo a dinâmica do psiquismo. Para a sustentação de uma prática clínica no contexto apresentado nessa pesquisa, inicialmente foi necessária a sistematização de um conhecimento teórico que considerasse o funcionamento do psiquismo em uma cena de constatação de organismos, bebês em tratamento médico. E a psicanálise, com ênfase, facilitou como teoria formalizada esse conhecimento sobre a existência do lugar da alma humana, a mente, a psiquê. Em outras palavras, a possibilidade do encontro com a constituição subjetiva e seus percalços iniciou como curiosidade e, posteriormente, como a delimitação do conhecimento sobre o aparelho psíquico e sua função essencial na vida humana.

O psiquismo e o organismo, o corpo constituído pelo encontro com a alteridade de um outro, a relação entre a vida mental e a vida orgânica, a constituição do funcionamento psíquico, são processos de nosso interesse, na instigante observação da clínica com bebês. No cenário científico contemporâneo, no caso dessa pesquisa, que sustenta sua prática no campo

da medicina, o psiquismo e o corpo se apresentam concomitantemente à impotência do bebê em tratamento, tornando-se uma questão para investigação sob o viés da teoria e da prática sobre o método psicanalítico. O referencial teórico da psicanálise, partindo de Freud, escolhido como eixo de trabalho foi, certamente, o que sustentou o fato de que essa prática clínica fosse realizada na experiência com bebês acometidos por malformação congênita.

Desta forma, na experiência clínica com esses bebês, observa-se a possibilidade de extrair desse lugar os fundamentos de uma hipótese: que as experiências do tratamento médico, sejam quais forem, produzem quantidades de excitações excessivas, deixando no aparelho um traço, que Freud (1900/1987) chamará de “traço mnêmico produzido pela excitação da necessidade” (p. 594). Na *Carta 52*, sobre a hipótese de um processo de estratificação que estrutura o mecanismo psíquico, Freud (1986/1988) esclarece que “o material presente em forma de traços de memória estaria sujeito, de tempos em tempos, a um *rearranjo* segundo novas circunstâncias – a uma *retranscrição*” (p. 281). Para o psicanalista, este traço é o elemento mínimo de formação do inconsciente e será rearranjado ulteriormente nas sucessivas “traduções” que o psiquismo produz.

Mesmo sendo impossível dimensionar qual a excitação e em que nível chegará ao aparelho psíquico, além de quais marcas e traços são deixados, é preciso interrogar esse funcionamento. E observamos com clareza que se o aparelho psíquico não é capaz de controlar as excitações que se deslocam de dentro e de fora do corpo em direção ao núcleo desse funcionamento complexo, o pequeno ser humano necessita da intervenção de um outro, uma alteridade que acolha essa descarga de excitação e a regule. Sobre a alteridade materna, falaremos em outros momentos da pesquisa.

Em uma passagem sobre os esquemas freudianos do aparelho psíquico, Lacan (1954-55/1985) expõe a questão das “aberrações que conduz tomar ao pé da letra uma metáfora teórica” (p. 149). Para Lacan, Freud buscava apreender o comportamento humano, “que não concerne apenas ao ser vivo, o qual pode ser objetivado no plano psíquico, mas também a significação de seu comportamento” (p. 149-150). E, na clínica com bebês, não verificamos a relação analítica propriamente dita, mas constatamos comportamentos em constante transformação, os paradoxos da entropia<sup>13</sup>.

É interessante sublinhar que na clínica em questão o ponto que escapa à medicina, o *incognoscível*, esse “resto” de interesse do analista presente, constata a ligação ativa do corpo

---

<sup>13</sup> Quantidade de energia de um sistema, que não pode ser convertida em trabalho mecânico sem comunicação de calor a algum outro corpo, ou sem alteração de volume. A entropia aumenta em todos os processos irreversíveis e fica constante nos reversíveis (Cf. *Dicionário Michaelis* online).

e do psiquismo de um ser humano em constituição. Evidentemente é o que estabelece, constantemente, a necessidade do conhecimento teórico essencial, de modo que a análise da infância não seja negligenciada e abra espaço para o caso a caso.

Na metapsicologia freudiana, efetivamente, o modelo concebido por Freud do aparelho psíquico em suas hipóteses: tópico, dinâmico e econômico tornou-se o conhecimento teórico essencial para essa pesquisa. Freud inicialmente chamou de *provisória*<sup>14</sup> sua teoria sobre o aparelho psíquico, mas nunca a abandonou em definitivo. Seguindo os fatos e hipóteses constatados na teoria freudiana encontramos uma abordagem possível do desenvolvimento infantil nesse contexto clínico.

## 1.2 – Princípio da realidade como principio regulador

Na prática clínica com bebês não haveria a intenção, por parte do psicanalista, de que a psicanálise, referencial teórico eleito como método, tivesse a condição de prevenir futuros desajustes no funcionamento mental. Os efeitos e as marcas das experiências do pequeno vivente repercutem em sua própria vida psíquica *a posteriori*<sup>15</sup>. Freud (1905/1989) destaca que, “fora da análise, é muito raro haver lembranças de uma investigação correspondente nos primeiros anos da infância; há muito ela sucumbiu ao recalçamento, mas seus resultados são uniformes” (p.183).

Medidas pedagógicas, no cuidado e no fortalecimento emocional, não estabelecem a garantia de diminuição dos possíveis prejuízos psíquicos na organização do eu. Certamente as intervenções médicas e os tratamentos invasivos, necessários para a sobrevivência do bebê, são indicadores de risco para o desenvolvimento psíquico e demonstram a dimensão da fragilidade do neonato em constituição. Esses bebês são marcados por essa experiência de tratamento, serão constituídos a partir disso. Certamente suas percepções sobre a realidade, os traços de memória e a consciência produzida sofrerão o efeito da cena de cuidados médicos.

---

<sup>14</sup> “Seremos obrigados a formular diversas novas hipóteses que toquem provisoriamente na estrutura do aparelho psíquico e no jogo das forças que nele atuam” (Freud, 1900/1987, p. 543).

<sup>15</sup> *A posteriori* (*Nachträglich*), termo utilizado por Freud nos textos pré-psicanalíticos. “Ele emprega os termos *Nachträglich* e *Nachträglichkeit* durante uma boa parte dos seus anos de atividade, de fato, desde a época de sua correspondência com Fliess, passando por *A interpretação dos sonhos* (1900a) e “pelo pequeno Hans”(1909b), até ao “Homem dos Lobos”(1918b[1914]) e mesmo depois” (Mijolla, 2005, p. 140).

Em “Formulações sobre os dois princípios do aparelho psíquico”, Freud (1911/2010), fundamenta suas hipóteses distinguindo a tendência principal que os processos primários, *processos anímicos*, obedecem: *princípio do prazer-desprazer*. E acrescenta a introdução de um novo princípio de atividade psíquica: *princípio da realidade* (p. 111-112) O mundo exterior apresenta ao psiquismo dados da realidade, que entram em conflito com o *princípio do prazer*. O bebê tem condição de perceber um ritmo de tensão e apaziguamento que não coincidem e, para recuperar a alternância, ele chora, movimenta-se e, na ausência de satisfação, abandona a sua realidade alucinatória e integra a questão da realidade externa ao seu psiquismo. O princípio da realidade “resultou ser um passo de enormes consequências” (p.112). As consequências e exigências que Freud (1911/2010) expõem por alto referem-se a uma série de adaptações do aparelho psíquico: 1) Além das qualidades de prazer e desprazer, aprendeu as qualidades sensoriais. Desenvolveu a necessidade da atenção e, conseqüentemente, um sistema de registro que parte dele é chamado de memória. A partir do imaginar, transformou a ação da descarga motora num processo de pensamento, “o pensar foi dotado de características que permitiram ao aparelho psíquico suportar a elevada tensão dos estímulos durante a suspensão da descarga” (p.114); 2) Relacionado ao princípio econômico, o aparelho psíquico poupa gastos, submete-se somente ao princípio de prazer, “com a introdução do princípio da realidade, dissociou-se um tipo de atividade do pensamento que permaneceu livre do teste da realidade e submetida somente ao princípio do prazer” (p. 114). 3) Substituição do princípio de prazer pelo princípio da realidade; 4) “Abandona-se um prazer momentâneo, incerto quanto a seus resultados, para ganhar, no novo caminho, um prazer seguro, que virá depois” (p.117); 5) Educação, descrita como um incentivo à superação do princípio de prazer; 6) Arte efetua uma reconciliação dos dois princípios, do prazer e da realidade; 7) Transformação de Eu-de-prazer em Eu-realidade; 8) Os processos inconscientes (reprimidos), a realidade do pensamento equiparada à realidade externa, “o desejo à sua realização, ao acontecimento, tal como sucede naturalmente sob o domínio do velho princípio do prazer”(p. 119). Freud (1911/2010) argumenta, no final do texto, sua necessidade de anunciar pontos de vista de maneira reservada sobre as consequências psíquicas da adaptação ao princípio da realidade.

Assim como o sujeito, como vimos há pouco, está sempre fadado nas suas experiências primordiais a um retorno, que é, por isso mesmo, um retorno impossível, também a realidade, como mostra a articulação do princípio de realidade e do princípio do prazer, está em oposição fundamental em relação ao que é procurado pela tendência. Em outras palavras, a satisfação do princípio do prazer, sempre latente, subjacente a todo exercício da criação do mundo, tende sempre, mais ou menos, a se realizar numa forma mais ou menos alucinada. A organização subjacente do eu, aquela da tendência do sujeito

como tal, tem sempre a possibilidade fundamental de se satisfazer numa realização irreal, e isso desde a *Traumdeutung*, isto é, desde sua primeira formulação plena e articulada da oposição entre o princípio de realidade e o princípio do prazer” (Lacan 1956-57/1995, p. 15)

Sendo o princípio da realidade um dos grandes princípios do funcionamento psíquico, foi importante considerá-lo como ponto de apoio teórico para essa pesquisa. Nesse processo de constituição psíquica do bebê, temos que a realidade externa se caracteriza como um dos fatores de ordem na sua condição de prematuridade e de desenvolvimento. Lacan (1956-57/1995), no *Seminário, livro 4: A relação de Objeto*, aponta que:

O princípio de realidade só é constituído por aquilo que é imposto para sua satisfação ao princípio do prazer, ele não passa de seu prolongamento e, inversamente, implica, em sua dinâmica e procura fundamental, a tensão fundamental do princípio do prazer. Ainda assim, entre os dois, e isso é o essencial da contribuição da teoria freudiana, existe uma hiância, que não se poderia distinguir se um fosse simplesmente a continuação do outro. O princípio do prazer tende, com efeito, a se realizar em formações profundamente irrealistas, enquanto o princípio de realidade implica a existência de uma organização ou de uma estruturação diferente e autônoma, condicionando que o que ela aprende pode ser, justamente, fundamentalmente diferente daquilo que é desejado. Esta relação introduz, ela própria, na dialética do sujeito e do objeto, um outro termo, formulado aqui como irreduzível ( p. 14).

Em *Além do princípio do prazer*, Freud (1920/2010) afirma que essa substituição do princípio do prazer pelo princípio da realidade é responsável por uma parte do desprazer, porém, não toda. Continua sua explicação para dizer que a maioria do desprazer que sentimos “é desprazer de percepção, seja percepção de premência de pulsões insatisfeitas ou percepção externa, que é penosa em si ou que provoca expectativas desprazerosas no aparelho psíquico, sendo por ele reconhecidas como ‘perigo’” (p.167).

O sistema perceptivo do neonato recebe informações tanto externas quanto internas. Em *O Eu e o Id*, Freud (1923/2011) descreve que o vínculo entre a percepção externa e o Eu é evidente; quanto ao Eu e a percepção interna, há necessidade de uma investigação especial, e acrescenta:

A percepção interna traz sensações de processos vindos das camadas mais diversas, e certamente mais profundas, do aparelho psíquico. Elas são mal conhecidas; as da série prazer-desprazer ainda podem ser vistas como o melhor exemplo delas. São mais primordiais, mais elementares do que as que vêm de fora, mesmo em estados de consciência turva podem ocorrer. Sobre a sua maior significação econômica e os fundamentos metapsicológicos para isso pude manifestar-me em um outro lugar. Estas sensações são pluriloculares como as percepções externas, podem vir simultaneamente de lugares diversos, e com isso ter qualidades diversas, também opostas (p. 26).

Na clínica com bebês acometidos por malformação congênita, o diagnóstico e o próprio tratamento médico necessário, de certa forma, produzem um atravessamento de vários estímulos direcionados ao neonato. Por tudo isto, é relevante verificar, diante de inúmeros

estímulos dolorosos e estressores, o que faz com que o bebê, ou seu psiquismo, substitua o princípio de prazer e se interesse pela realidade? Será essa realidade um sinal de perigo?

O reconhecimento desse sinal de perigo é observado na clínica, no comportamento dos bebês que, após inúmeros procedimentos médicos invasivos, ventilação mecânica, sondas, necessidade de internações prologadas em Centro de Terapia Intensiva, entre outros fatores necessários ao seu tratamento, retornam ao convívio com os genitores. O estresse psíquico e físico sofrido por esses bebês provocam uma alteração de comportamento visível. Os bebês apresentam perturbações perceptivas, nem sempre duradouras, mas suas referências, mesmo que ainda prematuras, da realidade parecem distorcidas. São bebês que, na aproximação de outras pessoas, começam a chorar e recusam contato, expressam um olhar triste e/ou desconfiado (em muitos casos desviam o olhar), diminuem sorrisos ou interesse por brinquedos que antes gostavam, nitidamente apresentam alterações, tendência a recusa na comunicação e na percepção do ambiente. Alguns bebês, no retorno ao contato com os genitores, ao longo dos dias, melhoram esse comportamento e expressão de sofrimento. Porém, alguns traços parecem carregar para a vida, quando os genitores informam na observação da criança a consolidação de comportamentos que se relacionam com a vivência do tratamento hospitalar.

Decerto pode-se observar que essa realidade da vivência de um tratamento médico invasivo, em muitos casos, é ameaçadora, provoca no corpo do bebê e ao seu redor momentos de mal-estar físico e psíquico. Em seu texto “Nascimento de um corpo, origem de uma história”, Aulagnier (1999) afirma que, dentre:

as possíveis consequências do encontro entre a psique e o mundo, existe uma que é figurável apenas pelo processo originário. A presença sobre a cena psíquica dessa única construção só pode ser uma experiência fugidia, pois os processos primário e secundário deverão conseguir encontrar o mais rápido sua atividade, para dar forma às construções nas quais o signo relação ocupa seu lugar. Desde então o sujeito, num *a posteriori* imediato, poderá refantasmear repensar as intenções do mundo em relação a ele mesmo, imputando a elas a causa desta ‘apresentação’ da experiência vivida por seu corpo. Esta formulação *a posteriori* do que fica fora do dizível no momento mesmo do seu acontecimento, retornará ao nosso ouvido sob a forma daquilo que o sujeito desta vez alucina, projetando para o exterior o agente de uma desorganização do espaço do mundo que se substitui a esta experiência durante a qual foi perturbada a ordem que rege a organização somática de suas respostas (p. 31).

Na imaturidade do psiquismo do bebê, em sua incapacidade de satisfação autônoma, a satisfação por via alucinatoria torna-se o acesso à realidade. Porém, a incidência do princípio de realidade pressupõe não só o reconhecimento de uma realidade externa, mas um certo efeito da linguagem, que separa, psiquicamente, como diz Freud (1925b/2011), um *exterior* e um *interior*. Sobre essa questão, Freud (1925b/2011) aponta que “a experiência ensinou que é



importante não apenas que uma coisa (objeto de satisfação) possua a característica ‘boa’, isto é, mereça o acolhimento do Eu, mas que também se ache no mundo exterior, de modo que seja possível apossar-se dela no caso de necessidade” (p. 279). Se há uma inscrição psíquica desse princípio na vida do bebê, talvez seja mesmo algo da ordem do traço, de uma marca que será reinvestida posteriormente pelo inconsciente. Ainda no texto *A negação*, Freud (1925b/2011) diz que “a meta inicial do exame de realidade não é, portanto, encontrar na percepção real um objeto correspondente ao imaginado, mas sim *reencontrá-lo*, convencer-se de que ainda existe” (p. 280).

No *Projeto*, Freud (1895/1988) diz que a ativação do desejo produz algo idêntico a uma percepção, uma alucinação. Em *Além do Princípio do Prazer* (1920/2010), vai dizer que o “Eu é em si mesmo inconsciente, justamente o que se pode chamar de amago do Eu; apenas uma pequena parte dele é coberta pelo termo ‘pré-consciente’” (p. 178). Nesse texto, o psicanalista introduz no psiquismo uma *compulsão a repetição*, ou seja, “o primeiro florescimento da vida sexual infantil estava fadado ao declínio graças à incompatibilidade entre os desejos e a realidade e à insuficiência do estágio infantil do desenvolvimento” (p. 179-180).

Na dependência frequente de cuidados físicos e psíquicos, o bebê, apoiado na ambiguidade maternante e nesse contexto do tratamento médico invasivo, recebe do ambiente estímulos/excitações que invadem seu psiquismo, porém, não temos condições de dimensionar o excesso dessa ação e seu efeito *a posteriori*. Sob esse ponto de vista, torna-se inevitável retomar aqui um fragmento relevante de uma paciente que, em análise, já adulta, relata lembranças de sua vivência de tratamentos médicos frequentes durante a infância: “tenho medo de morrer, a vida toda tive esse medo! Lembro-me de ouvir minha mãe dizer: se ela morrer eu não vou suportar. E lembro-me de ouvir isso muitas vezes. Eu era muito pequena, não me lembro a idade certa. Fiquei a vida toda lutando para não morrer, para salvar a vida da minha mãe”.

No texto “Batem numa criança”, Freud (1919/2010) enfatiza que “sublinhar a importância das primeiras vivências não implica subestimar o peso das vivências posteriores; mas essas posteriores impressões da vida falam com clareza pela boca do paciente, enquanto o médico tem de erguer a voz em favor da infância” (p. 300). O fato da paciente ter consciência dessa frase do Outro não a livra de uma certa alienação quanto ao impacto inconsciente da mesma. O medo de morrer aqui lembrado sugere um certo insuportável em colocar-se como causa do sofrimento materno. O mesmo medo surge como metáfora da

separação com a mãe, entendendo-se a morte não concretamente, mas como ruptura, quebra, emancipação.

Nesses encontros com adultos que viveram a experiência de muitos procedimentos médicos durante a primeira infância, perguntamo-nos: o psiquismo foi marcado pelos excessos de excitação do mundo externo e/ou pela linguagem? Ou seja, o que marca é a experiência ou o que foi dito? Para a psicanálise, alguma coisa foi marcada.

Lacan (1953/1998), em seu texto “Função e campo da fala e da linguagem”, diz:

Sempre encontramos, pois, nossa dupla referência à fala e à linguagem. Para liberar a fala do sujeito, nós o introduzimos na linguagem do desejo, isto é, na linguagem primeira em que, para-além do que ele nos diz de si, ele já nos fala à sua revelia, e prontamente o introduzimos nos símbolos do sintoma (p. 294).

O campo da fala e da linguagem com toda certeza é uma das condições impostas pelo mundo externo para a constituição subjetiva. Certamente os bebês serão afetados por esse outro simbólico presente no seu mundo, tanto quanto é pelas contingências e atravessamentos que seu contexto de vida poderá apresentar. Lacan (1953/1998) afirma que “a fala, com efeito, é um dom de linguagem, e a linguagem não é imaterial. É um corpo sutil, mas é corpo. As palavras são tiradas de todas as imagens corporais que cativam o sujeito” (p. 302).

As adversidades do atravessamento da malformação congênita são evidentes na vida dos pequenos bebês e dos pais. O que seria uma organização natural da relação, possivelmente também conflituosa, acrescenta a cena da realidade, o tratamento médico, que amplia uma possível desordem na relação mãe/bebê. A separação da mãe nos cuidados frequentes ao seu bebê, o risco de morte, as marcas deixadas no corpo pelo tratamento ou provenientes da própria patologia – fatores que diferem progressivamente do idealizado, do adorado, do possivelmente desejado pela fantasia materna – são considerados riscos evidentes no processo de subjetivação do bebê. Além também do sofrimento causado no corpo do bebê pela manipulação constante, muitas vezes dolorosa e necessária, durante todo tratamento. Na compreensão desses conflitos, expressos durante os atendimentos do psicanalista, nota-se que não temos como controlar a realidade da cena, mas conhecer o funcionamento da relação do bebê com seus cuidadores e regular o impacto que a solidão, a escuridão da falta de palavras e o desamparo podem causar no espaço emocional dessa relação primitiva e necessária.

### 1.3 – Atividade psíquica: que consciência se produz?

Na clínica com bebês acometidos por malformação congênita em tratamento médico constante, observamos indícios de que há diferenças e consequências muito precoces para a consciência e a percepção. No texto *Além do princípio do prazer*, Freud (1920/2010) diz que:

A especulação psicanalítica parte da impressão, recebida na investigação dos processos inconscientes, de que a consciência pode não ser a característica geral dos processos psíquicos, mas apenas uma função particular deles. Em termos metapsicológicos, ela afirma que a consciência é realização de um sistema especial, que denomina *Cs*. Dado que a consciência fornece, essencialmente, percepções de excitações vindas do mundo externo e sensações de prazer e desprazer que podem se originar do interior do aparelho psíquico (p.184).

A medicina atravessa com suas excitações o corpo prematuro do bebê, e impacta também a interpretação dos genitores sobre o ambiente. Ao observar os bebês em Centro de Terapia Intensiva, no leito, submetidos a procedimentos médicos necessários para sua sobrevivência, sedados, sob efeito de medicamentos, intubação mecânica, enfim, aparelhados para vida fisiológica, surgem questões sobre as sensações de prazer e desprazer vindas do seu aparelho psíquico, seu corpo, o mundo externo, a memória. Haveria um cenário alucinatório? Que consciência é essa que se produz? Para além da cena de cuidados médicos, a constituição subjetiva, a comunicação do bebê com o mundo externo e sua interação com os representantes simbólicos da cultura mostram-se comprometidas.

Em seu livro *Freud e a Consciência*, França Neto (1998) aborda a consciência no *Projeto* de 1895 e aponta que, no início desse texto, Freud “desconsidera a questão da consciência, construindo seu aparelho como se ela não existisse” (p. 23). O autor explica que Freud “se vê então diante de um aparelho composto por três sistemas: um, onde idealmente a quantidade seria reduzida ao mínimo possível e que se constituiria basicamente de qualidade (*w*), e outros dois onde existiria apenas quantidade” (p. 24). Sobre a dualidade da qualidade e da quantidade no *Projeto*, França Neto (1998) considera que são registros distintos e afirma:

Ao identificar a qualidade da com a consciência, Freud nos diz que a única a que temos acesso, conscientemente, é à qualidade. Apesar de termos acesso a algo que poderíamos denominar como intensidade, esta já chega a nós com um colorido, isto é, já nos chega como qualidade. Da quantidade só apreendemos o que se reflete como qualidade no sistema *w*. A quantidade em si não é apreensível pela consciência (p. 25).

O bebê mantém sua experiência subjetiva através das sensações, na condição ainda prematura do desenvolvimento natural. Para Freud (1923/2011), desde o início, consciência “são todas as percepções que vêm de fora (percepções sensoriais) e de dentro, às quais chamamos de sensações e sentimentos” (p. 23). Para algo se tornar consciente ou pré-consciente precisa estar ligado às representações verbais, que são resíduos de memória (traços mnemônicos), que uma vez foram percepções. Torna-se consciente o que já foi percepção consciente. Acrescenta que “os resíduos verbais derivam essencialmente de percepções acústicas... A palavra é, afinal, o resíduo mnemônico da palavra ouvida” (p. 25). Para além da palavra, também o campo escópico, o olhar e sua forma de representação. França Neto (1998) aponta que “a consciência é o que se forma como quadro a partir do movimento, ou da oposição entre olhar e visão” (p. 40). Por isso a necessidade do olhar direcionado ao bebê, que alguém interprete a sua condição e seu mal-estar nesse contexto torna-se fundamental. Mazet e Stoleru (1990) afirmam que “as capacidades de atenção do lactente aumentam de maneira muito considerável durante dos dois primeiros anos de vida. Assim, não é só a qualidade das percepções que evoluiu, é, igualmente, a quantidade de informações sensoriais que é capaz de tratar em um tempo determinado” (p. 41).

Para exemplificar essa questão, temos dois fragmentos de experiências de bebês em Centro de Terapia Intensiva pediátrico. Primeiro, uma menina de três meses que, após o tratamento cirúrgico de cardiopatia congênita, permanecia em recuperação sob cuidados médicos. Em uma das visitas da mãe, a criança foi colocada no colo, mesmo aparelhada de sondas e acessos venosos. Como estava inquieta e chorando muito, a mãe, para acalmá-la, iniciou uma troca de palavras e um olhar direcionado a filha. A lactente diminuiu a agitação corporal, sua atenção voltou-se para a mãe e alguns balbucios começaram a acontecer. No ritmo ordenado, pareciam uma resposta do bebê às afirmações da mãe, que dizia: *Você está triste? Ah! Está cansada de ficar aqui nesse lugar, mas a mamãe está com você, vou cuidar do meu neném agora...* E continuava sua comunicação como a sonoridade de uma música calma em equilíbrio.

Um outro bebê, também de poucos meses, no mesmo dia, estava no leito ao lado, apresentando agitação corporal e choro. Sem visitas de familiares, a equipe faz tentativas de acalmá-lo com técnicas próprias, mas sem palavras direcionada ao bebê. Sem sucesso, o resultado foi iniciar uma medicação para sedação.

A observação dos dois casos, no mesmo dia e horário, foi importante para interrogar a equipe sobre o quadro clínico de cada caso, para a compreensão do mal-estar de cada um deles. Ambos tinham o mesmo quadro clínico no momento, estabilidade hemodinâmica e alta

prevista para enfermaria. Porém, o comportamento corporal de ambos foi apaziguado de forma diferente.

As demandas desses pequenos bebês serão interpretadas pelos outros simbólicos, que visualizam de imediato a fragilidade de um bebê que sofre por sua malformação. Interpretarão as demandas do bebê a partir dessa cena de cuidados e tratamento. Em muitos casos, o olhar será de pena, mesmo da mãe, aquela que aposta em sua sobrevivência. Ela também perceberá a finitude do seu bebê, marcada pelo “defeito” que acomete seu organismo. A consciência não terá outro meio a não ser se formar a partir dessa experiência de excitações internas e externas que, como Freud (1920/2010) descreve, “provocam um excessivo aumento de desprazer”. Para controlar esse excesso, as defesas surgem: “essa é a origem da projeção, destinada a ter um papel importante na causação dos processos patológicos” (p. 191).

#### 1.4 – Sobre a ação específica<sup>16</sup>

O evento infantil é repleto de sentidos, cheio de mensagens enigmáticas impostas e transmitidas do adulto à criança, que ela precisará traduzir para se constituir psiquicamente. Desde o nascimento, Freud (1895/1988) aponta:

O organismo humano é, a princípio, incapaz de promover essa ação específica. Ela se efetua por *ajuda alheia*, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna. Esta via de descarga adquire, assim, a importantíssima função secundária de *comunicação*, e o desamparo inicial dos seres humanos é a *fonte primordial* de todos os *motivos morais* (p. 370).

Constata-se que o conceito de *ação específica*, que Freud desenvolveu no *Projeto* (*Entwurf*) e nas correspondências à Fliess, cumpre considerável importância ao longo de sua teoria. Nesses textos é notável verificar que o bebê humano necessita de algo mais que a satisfação da fome. Existe, por natureza, seu estado de desamparo (*Hilflosigkeit*). Por isso a importância da intervenção do humano que está ao lado (*Nebenmensch*<sup>17</sup>) no trilhamento do

---

<sup>16</sup> Na nota 17 de Osmyr Gabbi Jr, na tradução brasileira do *Projeto*, sobre a ação específica, lemos que: “designa aqui uma ação, ou seja, uma série de movimentos realizada no mundo externo para interromper temporariamente uma variação na relação entre repouso e movimento. Freud ressalta que a ação realizada sobre o mundo externo exige, em geral, um gasto quantitativo superior ao gerado pelo estímulo endógeno. A necessidade imposta pela vida – derivada da capacidade de gerar estímulos internos – cria a necessidade de um armazenamento” (p. 32).

<sup>17</sup> Homem/humano ao lado, em tradução literal. *Seu semelhante* (Gabbi Jr., 2003, p. 207). Complexo do próximo (Freud, 1895/1988). Lacan no *Seminário: livro 7, A Ética da Psicanálise*, indica que é por intermédio do Outro,

aparelho psíquico, que sucumbe ao movimento de repetição e mantém a regulação da excitação.

Pois bem, dado que o bebê impotente é incapaz de realizar essa ação específica para a descarga de energia, a ação virá do seu semelhante. Torres (2011) diz que:

a ação específica se contrapõe a um elemento central desse desenho inicial do aparelho psíquico. Em primeiro plano, se contrapõe ao próprio princípio da inércia, na medida em que requisita, ao contrário da descarga imediata notada diante do estímulo externo, uma tolerância de acúmulo de energia para que a ação seja possível. Nesse mesmo sentido, se contrapõe também ao que poderia ser chamado de ações específicas, ações de descarga motora que não logram êxito em se livrar do estímulo (p. 64).

A manutenção da quantidade de excitação no aparelho psíquico dependerá, essencialmente, do movimento externo ao redor do bebê, desse outro semelhante, os outros simbólicos, a cultura, a realidade, enfim, os movimentos dos reguladores da subjetividade de que a espécie humana depende e está suspensa. Dimensionar como se dá exatamente essa regulação da excitação no aparelho psíquico não é tarefa possível, mas apontar que efetivamente ocorre e possui uma finalidade importante para manutenção da constituição psíquica, tornou-se necessário nesse trabalho de pesquisa.

No encontro do bebê com a figura de alteridade, a mãe, com o meio, troca de cuidados acontecerão. A memória produz um cenário alucinatório, congruente com os traços deixados pela ação específica, de modo que a matriz do desejo inconsciente, a busca da repetição da satisfação perdida mantenha seu ciclo ao longo da vida. Sobre o traço, Lacan (1962/2003) compara a função do *traço unário* com o *narcisismo das pequenas diferenças*, descrito por Freud: “é a partir da pequena diferença, enquanto é a mesma coisa que o grande I, o Ideal do eu, que se pode acomodar todo o propósito narcísico; o sujeito se constitui ou não como portador desse traço unário” (p.171). Sobre a busca da satisfação perdida e a repetição inconsciente no psiquismo desse encontro com a satisfação originária, Lacan (1962/2003) acrescenta que “isso já funciona antes que o sujeito saiba contar”, que essa repetição é sem saber, e que “este unário está estreitamente colado e co-extensivo à própria estrutura do sujeito, enquanto ele é pensado como repetindo, no sentido freudiano” (p. 177).

No texto “Esboço de Psicanálise”, Freud (1938/1987) assinala que “existe um longo período de dependência na infância” (p. 172). Na observação dos bebês e das crianças muito pequenas em internação hospitalar e no tratamento da malformação congênita é possível perceber claramente essa dependência do *infans*. Mas, para além da natureza humana frágil no

---

“àquele que Freud designa com um belíssima expressão”, o *Nebenmensch*, “como sujeito falante, que tudo o que se refere aos processos de pensamento pode tomar forma da subjetividade do sujeito” (Lacan, 1959-60/ 1997, p. 53)

início da vida, é evidente um outro aspecto nesse contexto: o desamparo. Em *Inibição, Sintoma e angústia*, Freud (1926/2014) descreve a situação perigosa que lembra o nascimento, a falta da mãe como sinal de perigo, de angústia:

Nos dois aspectos, como fenômeno automático e como sinal salvador, a angústia revela-se produto do desamparo psíquico do bebê, que é a contrapartida evidente de seu desamparo biológico. Não requer interpretação psicológica a notável coincidência de que tanto a angústia do nascimento como a angústia do bebê são determinadas pela separação da mãe; explica-se biologicamente de forma simples, pelo fato de a mãe, que antes atendera todas as necessidades do feto mediante os mecanismos do corpo, prosseguir com esta função também após o nascimento, em parte com outros meios (p. 80).

Sabemos que o desamparo humano é visto em inúmeros outros contextos e realidades sociais – negligências de cuidados ou no atravessamento de situações que afetam a passividade do corpo do *infans* – e o psiquismo do desamparado sofrerá seus efeitos. Dessa forma, poderíamos considerar este apenas como mais um contexto de experiência traumática. Porém, o que intriga na nossa observação é a atividade psíquica evidente nas relações do bebê com o outro cuidador. Tome-se como exemplo a observação de inúmeros bebês em intubação traqueal, sob efeito de sedações, em recuperação pós-operatória, o corpo aparelhado dos instrumentos necessários para manutenção da sua debilidade orgânica, em tratamento médico intensivo, que mantém, mesmo diante de tantos aparatos imobilizadores, um olhar atento ao observador. Indício evidente do que consideramos também sobre o funcionamento psíquico. Aquilo que Lacan (1938/2003) descreve como um fato estrutural, o interesse da criança pelo rosto humano, é extremamente precoce: “o rosto humano adquire todo o seu valor de expressão psíquica” (p. 38).

O olhar e o rosto humano direcionados para esses bebês também marcam a alternância do tempo da presença e ausência. Mesmo impossibilitados de fazerem trocas livres com sua mãe, sem atravessamentos da medicina, parecem manter uma comunicação pelo olhar, passíveis de interpretação. Diante do bebê desamparado, resta a mãe, interpretar seu apelo, seja pelo choro ou comportamentos, olhar, reações motoras, enfim, interpretar uma demanda que vai além da necessidade fisiológica. A importância do papel dessa alteridade, da função materna, na constituição psíquica, que “executa o trabalho da ação específica no mundo externo para o desamparado” (Freud, 1895/1988, p. 370) é, de fato, bem descrita desde Freud, seguindo por inúmeros autores da psicanálise. Lacan (1938/2003), em *Os complexos familiares na formação do indivíduo*, reconhece a relação da realidade com a imago materna e segue ressaltando os mal-estares primordiais do neonato:

a angustia, cujo protótipo aparece na asfixia do nascimento, o frio, ligado à nudez dos tegumentos, e o mal-estar labiríntico, ao qual, corresponde a satisfação de ser embalado, organizam, com sua tríade, o tom penoso da vida orgânica que, segundo os melhores observadores, domina os primeiros seis meses de vida do homem (p. 39).

Adiante no mesmo texto, Lacan (1938/2003) acrescenta que da separação entre mãe e bebê pelo nascimento provém um mal-estar “que nenhum cuidador materno é capaz de compensar” (p. 40).

Qual ação específica está em jogo com esses bebês?

Na clínica da nossa experiência, alguns bebês nascem no próprio hospital para que o tratamento da malformação congênita (ex. cardiopatia congênita) possa ser realizado o quanto antes; outros chegam para o tratamento com alguns meses de vida ou anos. Os recém-nascidos, a não ser os casos com instabilidade hemodinâmica, aguardam alguns dias para exames antes da cirurgia para tratamento da cardiopatia congênita, o que só é possível pela tecnologia da medicina, que permite que o coração mantenha seu funcionamento a base de uso de medicação. Nesse tempo de espera, os bebês recebem visitas dos genitores, que os carregam no colo e fazem contatos verbais e físicos; em alguns casos, os bebês são amamentados, mesmo o filho estando em terapia intensiva, e protocolos de humanização são efetuados. Naturalmente o bebê experimenta momentos de trocas de cuidado em seu corpo e trocas afetivas com seus genitores, em especial, a mãe, o que possibilita que a experiência de satisfação primeira seja oferecida. Outros bebês chegam de outros serviços já intubados e na urgência do tratamento cirúrgico. Alguns aguardam cirurgia eletiva e permanecem na unidade de internação (enfermarias) sob os cuidados da mãe.

Aos olhos do espectador é possível notar que a experiência de satisfação tem espaço para acontecer, porém, seu ritmo é alterado. Isso porque a pessoa que com sua ajuda executaria a ação específica sofre diante da cena e apresenta dificuldades, além de ser impossibilitada em alguns momentos de exercer sua função. No contato com mães diante dos seus bebês em Centro de Terapia Intensiva, observamos o estranhamento e um não saber fazer com o filho. Algumas, quando solicitadas a tocar em seus bebês, sentem medo. Um dos relatos descreve essa reação: *“Não... não... deixa ele assim. Mexer nele agora pode atrapalhar no tratamento, ele pode acordar, se mexer poderá sentir dor.”* Reage diante da visão de tantos aparelhos ligados. Relata dó e pena do filho: *“Tadinho... tão pequenininho passando por tudo isso. Eu daria tudo para ficar no lugar dele e tira-lo desse sofrimento”*. Evidentemente, os efeitos do tratamento separam por um tempo o agente materno do seu bebê, interrompendo um ritmo de amparo que poderia se dar naturalmente na ausência dessa interferência. Nesses momentos de atravessamento da medicina na relação primordial, o bebê,



diante do extraordinário afluxo de tensão sem o apaziguamento maternante, será amparado por quem? Pela equipe médica, através de mecanismos técnicos para salvar sua vida biológica.

No decorrer dos tratamentos invasivos, como se manifestarão as demandas de satisfação desses bebês? Essas demandas serão interpretadas pela mãe, porém, o atravessamento do tratamento médico impacta o modo como a figura da alteridade, a mãe, interpretará as demandas do seu bebê.

Lacan (1958-59/2016), no *Seminário, livro 6: O Desejo e sua Interpretação*, para situar o “sujeito biológico elementar, sujeito da necessidade, nos desfilamentos da demanda” (p.129), destaca:

É que a demanda nunca é pura e simplesmente demanda de alguma coisa, na medida em que, no fundo de toda demanda precisa, de toda demanda de satisfação, há, por conta da linguagem, a simbolização do Outro, o Outro como presença e como ausência, o Outro que pode ser o sujeito do dom de amor. O que ele dá está além de tudo o que ele pode dar. O que ele dá, ele o dá por sua presença e nada mais que por sua presença. O que ele dá é justamente esse nada que é tudo da determinação presença-ausência (p. 130).

Nessa complexa alternância da presença e ausência do Outro primordial, o indivíduo da necessidade faz o trajeto rumo a constituição psíquica. Sendo o grito do bebê uma demanda que raramente passa despercebida, por sua condição de desamparo, esse apelo de necessidade faz com que o ritmo da vida altere e movimente o Outro sujeito já constituído, que, na resposta a essa demanda, responderá a sua forma. No hospital há essa instauração de uma temporalidade constitutiva de presença/ausência? É diferente? Quais as consequências disto?

Sabemos da importância de haver um recalque primário para a entrada do sujeito na linguagem, ou seja, é necessário esquecer que a voz vem do outro para poder dela se apropriar. Através do traço unário, o grito do bebê deixará de ser descarga biológica para ser um significante de apelo ao outro. Sabemos que a resposta ao grito é sempre singular. A resposta da mãe é também um apelo, ou seja, sua resposta reveste um apelo ao “bebê” de que ele se satisfaça reconhecendo no ato da mãe a condição de sua satisfação. É ao responder-lhe, portanto, que se testemunha o nascimento subjetivo, que permite ao bebê consentir em se deixar cuidar. Na clínica em questão, a mãe é deslocada, pela contingência, da sua posição de cuidar de seu bebê, ou seja, muitas vezes é impedida de fazer a função materna. O bebê não só corre risco de morte, mas também risco da ausência do Outro primordial: sua mãe poderá

sair de cena devido ao funcionamento do tratamento intensivo e, portanto, da intrusão do saber médico no saber materno singular.

A submissão desses bebês a procedimentos médicos invasivos, além da hospitalização, sendo privados dos cuidados maternos necessários para sua constituição psíquica, causará desordem no funcionamento psíquico? Não há como dimensionar! Porém, o atravessamento desse tratamento, durante o processo de constituição psíquica desses bebês, é observado com atenção, na tentativa de encontrar meios de subjetivação admissíveis, diante do possível impacto da experiência sobre suas pequenas vidas. Tarefa difícil! No encontro da natureza com a cultura, para Lacan (1949/1998), “apenas a psicanálise reconhece esse nó de servidão imaginária que o amor sempre tem que redesfazer ou deslindar” (p. 103). Nessas cenas de cuidados intensivos, verificamos o encontro da mãe e de seu bebê, atravessado pela malformação congênita, por esse nó do amor e da servidão imaginária. Motivo esse que assegura a presença do analista para sustentar a subjetividade do encontro mãe/bebê, que destaca-se na imensidão dos aparatos médicos. Sobre a servidão imaginária, trabalharemos no segundo capítulo, na construção da subjetividade materna nessa clínica.

Lacan (1949/1998) indaga o que a função do *Estádio do Espelho* revela, “que é estabelecer uma relação do organismo com sua realidade”, e acrescenta:

Mas essa relação com a natureza é alterada, no homem, por uma certa deiscência do organismo em seu seio, por uma Discórdia primordial que é traída pelos sinais de mal-estar e falta de coordenação motora dos meses neonatais. A noção objetiva do inacabamento anatômico do sistema piramidal, bem como de certos resíduos humorais do organismo materno, confirma a visão que formulamos como o dado de uma verdadeira *prematuração específica do nascimento* do homem (p. 100).

O estado de desamparo está associado à fragilidade de todos os bebês, é primordial a todo ser humano no início da vida. Frente à realidade do descompasso do corpo fragmentado de todo início da vida do homem, é fundamental que o bebê, diante dos impasses da sua dependência, possua uma alteridade que o acolha, que regule as excitações corporais de suas experiências de dor e de satisfação e que acompanhe seu mal-estar e seu desamparo. O que difere o estado de desamparo dos bebês dessa pesquisa? A diferença aqui se dá no nível da interferência do mundo externo sobre a figura da alteridade, a mãe, que terá dificuldades para *executar o trabalho da ação específica* para com o seu bebê. Quais as consequências disso? No relato de pacientes adultos, que viveram na primeira infância tratamento invasivos e internações prolongadas em terapia intensiva, podemos apreender marcas dessa experiência no corpo.

Lacan (1949/1998) chamou o corpo do neonato de *corpo despedaçado*, desintegrado. Sem a condição da apreensão do que fica no psiquismo na primeira infância, sobre esse despedaçamento do corpo, é intrigante relembrar fragmentos repetidos, diante do analista, sobre a sensação estranha da vivência pós-operatória: “*está tudo solto dentro de mim, tenho medo de respirar e tudo sair mais do lugar*”. Um corpo que aparece fragmentado, despedaçado, como no nascimento; um corpo sem contorno, à deriva das contingências da vida.

Por tudo isso, seguimos em frente no esclarecimento teórico e no estabelecimento de uma prática que considere o psiquismo em sua constituição, a regulação desse desamparo. Nessa prática clínica, o psicanalista observa o bebê em tratamento como um indivíduo em constituição psíquica: frágil aos movimentos externos da medicina e de seus cuidados, que tem como meta salvar sua vida orgânica, porém ativo, na maioria das vezes, em sua necessidade visceral de marcas simbólicas.

## CAPÍTULO II – CLÍNICA COM BEBÊS ACOMETIDOS POR MALFORMAÇÃO CONGÊNITA

### 2.1 – Vivência de satisfação e dor

A *vivência de satisfação (Befriedigung)*<sup>18</sup> e a *vivência de dor (Schmerzerlebnis)*<sup>19</sup>, conforme definidas por Freud (1895/1988) no *Projeto (Entwurf)*, estão muito próximas e respeitam a ordem do funcionamento do aparelho psíquico. Lejarraga (1996), partindo do *Projeto*, resume essas duas experiências da seguinte forma:

As vivências de satisfação e de dor conformam as matrizes sobre cujas bases se constitui o aparelho. A vivência de satisfação é a hipótese que permite pensar o aparelho psíquico como desejante, e sua estrutura em torno de um objeto que falta. A vivência de dor é a hipótese a partir da qual se desencadeia a defesa primária, estrutura-se o eu e desenvolvem-se os processos secundários (p. 43).

Pensando na constituição da subjetividade, não poderíamos deixar de considerar essas duas experiências que pouco escapam à observação do examinador, psicanalista, diante da clínica com bebês hospitalizados.

Desviar o olhar, diante desses bebês aparelhados pela medicina durante o tratamento, pode ser uma solução possível para aqueles não técnicos da área, não responsáveis pelo tratamento daquelas pequenas vidas. Lacan (1945/1998), sobre o *tempo lógico*, diz: “é preciso haver o instante de olhar” (p. 205). Na lição *A esquize do olho e do olhar*, Lacan (1964/1998) afirma que “o olho e o olhar, esta é para nós a esquize na qual se manifesta a pulsão ao nível do campo escópico” (p. 74). Nesse instante de olhar, alguns dizem: *que dó!* Familiares próximos dos bebês e profissionais de outras áreas que precisam circular naquele espaço de tratamento médico intensivo expressam o impacto da visão de bebês ainda muito pequenos precisando de tantos aparatos médicos. Meios técnicos necessários, pois o tratamento é direcionado para patologias graves, como: cardiopatias congênitas e malformações neurológicas. Tratar os principais órgãos do nosso corpo não é uma tarefa simples para a medicina, necessita de técnicas avançadas e complexas. O corpo é invadido por agulhas,

---

<sup>18</sup> O termo *Befriedigung* corresponde à “satisfação”, contém o mesmo radical de *Frieden* (paz) e, em geral, conotativamente equivale a “apaziguar” ou “apaciar”. Aplaca o interior de inquietude (Hanns, 1996, p. 405).

<sup>19</sup> O termo *Schmerzerlebnis* corresponde à “vivência da dor” (Michaelis, 2009). *Erlebnis* (Vivência), “a concepção que *Erlebnis* não tem seu conteúdo determinado racionalmente confere ao conceito de uma dimensão estética” (Viesenteiner, 2013, p. 144).

bisturis, tubos, acessos venosos, enfim, é preciso manipular o corpo para localizar a malformação diagnosticada e consertá-la. Essa prática é realizada com técnicas descritas em protocolos especializados de cada área de atuação. E a ciência avança de tempos em tempos objetivando o aperfeiçoamento e descobertas de novas técnicas, cada vez mais precisas. No entanto, diante de tantos avanços, técnicos e medicamentosos para amenizar o incômodo, a vivência de satisfação inerente a subjetivação e a vivência de dor são inevitáveis; há sempre a manifestação de uma sensação física ou aflição localizada no corpo, presente frequentemente naquele que necessita de tratamentos médicos.

Nos escritos freudianos pré-psicanalíticos, dando ênfase aqui no *Projeto (Entwurf)*, Freud mantém um espaço para descrever essas duas vivências, tanto da satisfação quanto da dor. Na *interpretação dos Sonhos* (1900), texto psicanalítico, já apresentava a questão sobre o confronto das exigências da vida desencadeando necessidades somáticas. E acrescenta que o grito do bebê faminto não evita que a excitação da sua necessidade interna cesse, o estímulo tem um fim somente a partir da *vivência de satisfação* realizada por auxílio externo. O bebê não consegue evitar a sensação desagradável de sentir fome e da sua respiração imatura, além das excitações e das sensações de prazer e desprazer que seu organismo apresenta. É marcado por sua prematuridade orgânica.

O bebê, na condição de um corpo entregue ao cuidado do seu semelhante, em seu desamparo (*Hilflosigkeit*), é marcado pela *experiência da satisfação originária*, destacada por Freud em sua teoria. Nas duas vivências do bebê, de satisfação e dor, a descarga da tensão exercida pelos estímulos gera uma forma diferente de resolução. Seguimos contextualizando a vivência de satisfação e, posteriormente, a de dor.

A descarga motora através do grito e/ou expressão de choro não alivia a tensão exercida no corpo. Para Freud (1895), o estímulo continua a ser recebido e só será eliminado:

Se o indivíduo prestativo realizou o trabalho da ação específica no mundo externo para o desamparado, então este foi capaz, por meio de dispositivos reflexos, de executar sem demora o desempenho necessário no interior do seu corpo para cancelar o estímulo endógeno. Assim a totalidade representa uma *vivência de satisfação*, tendo as consequências mais decisivas para o desenvolvimento funcional do indivíduo (citado por Gabbi Jr., 2003, p. 196).

A tensão exercida no organismo do bebê pelo estímulo endógeno gera um acúmulo de excitação que origina o desprazer, ativando o aparelho psíquico a reviver a experiência de satisfação do alívio da tensão inicial do começo da vida, a fome que gera o amor. Portanto, o que gera mal-estar, o desprazer, é o que faz o organismo desejar a sensação de prazer. Por exemplo, na ausência do conforto do colo da mãe, o grito de incômodo, de desprazer, gera a

possibilidade do encontro desse aconchego gerador da sensação de prazer. Nos primórdios da vida, a sensação de prazer é alucinada pela memória da primeira experiência de satisfação. Através do grito, o bebê realiza uma comunicação que expressa seu apelo, uma demanda, não consciente, mas em constituição subjetiva. O bebê grita e, ali, demanda a satisfação. Porém, será que a manipulação constante, sedações e medicações dos corpos dos bebês no hospital permitem que se dê esse tempo da alucinação? Esses bebês conseguem constituir um objeto interno que permita a alucinação? Ou o trabalho justamente seria o de construção desse objeto, de estimular a proximidade do cuidador com o bebê?

Como já sabemos, na imaturidade de seu psiquismo, o bebê não possui meios de uma satisfação autônoma, portanto, esculpe a necessidade do humano ao lado, que Freud (1895/1988) denominou de *Nebenmensch*. Dessa forma, é possível verificar que, sem a presença de cuidados maternos, o bebê se mantém em situação de marasmo, recebendo apenas cuidados técnicos: seu grito e esperneio serão apaziguados por medicamentos. As medicações apagam de vez a descarga motora – ação única de comunicação do bebê com o mundo externo? Como ele poderá experimentar a satisfação alucinada ou só a experimenta a partir dessa experiência? O suporte técnico/médico auxilia a experiência da satisfação? Sabemos que não. Os meios de expressão do bebê, seus gritos e esperneios, são a única forma de reivindicar a ausência da satisfação e sofrerão os efeitos do tratamento e da hospitalização quando tamponados. Em seu texto consagrado, “A Negação”, Freud (1925b/2011), sobre o objeto da satisfação, aponta que:

A experiência ensinou que é importante não apenas que uma coisa (objeto de satisfação) possua uma característica “boa”, isto é, mereça o acolhimento no Eu, mas que também se ache no mundo exterior, de modo que seja possível apossar-se dela em caso de necessidade. Para compreender esse passo adiante, devemos lembrar que todas as representações vêm de percepções, são repetições das mesmas. Assim, originalmente a existência da representação já é uma garantia da realidade do representado. A oposição entre subjetivo e objetivo não existe desde o começo. Ela se instaura apenas pelo fato de o pensamento possuir a capacidade de mais uma vez tornar presente algo percebido, reproduzindo-o na imaginação, sem que o objeto necessite mais existir no exterior. A meta inicial e imediata do exame de realidade não é, portanto, encontrar na percepção real um objeto correspondente ao imaginário, mas sim *reencontrá-lo*, convencer-se de que ainda existe (p. 279).

Essa passagem freudiana é importante para contextualizar o aspecto da impotência do bebê diante do fluxo de tensão sem apaziguamento maternante, condizente com a vivência de tratamento médico intensivo. Na ausência do apoio, caso o bebê assim necessite, sua vivência de satisfação e percepções podem ser afetadas.

Em “Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico”, Freud (1911/2010) diz que a *descarga motora* está sob o governo do princípio do prazer e tem como

objetivo aliviar o aparelho psíquico da excitação por meio de *mímica, expressões de afeto*; no caso do bebê, gritos e choros. Ela terá uma nova função para adequar-se à realidade, transformar-se em ação. Ele diz, ainda, que foi “o *processo de pensamento* que se formou a partir do imaginar. O pensar foi dotado de características que permitem ao aparelho psíquico suportar a elevada tensão dos estímulos durante a suspensão da descarga” (p. 114).

Na clínica em questão, esses momentos de ausência da presença materna e sedações não se dão por longos períodos: as mães mantêm rotinas de visitação e os bebês nem sempre ficam meses sob os cuidados intensivos. Com isso, há possibilidade de ritmo para a maternagem, mas não pra todos os casos, e devemos pensar se esse ritmo pode ser considerado ideal. Existem também os bebês que permanecem meses em ventilação mecânica, no leito de terapia intensiva, sem a possibilidade de trocas afetivas; esses possivelmente sofrem um impacto maior no que se refere a dimensão psíquica. São bebês que, após longos períodos de ausência de estímulo e contato efetivo dos cuidados maternos, apresentam claramente desordem na constituição psíquica. Alguns bebês graves, após alta da terapia intensiva e permanência do cuidado materno, respondem aos estímulos e contato afetivo progressivamente, observando-se tendência à desordem das respostas ao contato, porém não irreversíveis. Outros bebês já apresentam dificuldades relacionais dramáticas, em alguns casos crônicas. Winnicot (1957-64/1985), em seu livro *A criança e seu mundo*, diz que:

Os bebês, tanto quanto necessitam de leite e de carinho maternos, também precisam de amor e compreensão da mãe. Se ela conhece bem o seu bebê, está em condições de ajudá-lo quando ele precisa e, como ninguém pode conhecer um bebê melhor do que a sua própria mãe – ninguém mais, senão ela, poderá ser a pessoa indicada para prestar-lhe essa ajuda (p. 64).

O autor diz que quando o bebê chora é um sinal de que está solicitando essa ajuda. Ele afirma que existem quatro tipos de choro: satisfação, dor, raiva e pesar. Dos quatro tipos, os da satisfação e da dor devemos considerar aqui. Quanto ao choro da satisfação, sublinha que “temos que reconhecer que o prazer participa do choro como do exercício de qualquer outra função física, pelo que certa dose de choro pode ser considerada algumas vezes satisfatória, ao passo que uma dose inferior a essa não seria” (p. 65). O bebê chorão “conta da sua capacidade total para fazer ruído” (p. 66). Sobre a dor, ele diz que “quando o bebê sente alguma dor, emite um som penetrante ou guincho e, com frequência, dá ao mesmo tempo uma indicação do lugar onde está a dificuldade” (p. 67). O bebê precisa ser ativo para que seu apelo seja ouvido no encontro com o objeto da satisfação. Porém, no caso da nossa pesquisa,

a satisfação das necessidades do bebê dependerá também da sua condição orgânica, que muitas vezes impede o desenrolar da constituição do psiquismo.

Por isso, salienta-se que o objeto que o sujeito avista como similar e seu semelhante será, ao mesmo tempo, objeto de satisfação e objeto de hostilidade, sendo por meio dele a possibilidade de reconhecer-se. A vivência da satisfação não será sem um objeto, que toda atividade primária e secundária terá como meta encontrá-la (Freud, 1895/2003, p. 77). E, como a subjetivação não espera, o bebê se constituirá a partir dessa experiência singular.

Lacan (1959-60/2008) apresenta que “a experiência de satisfação do sujeito é inteiramente suspensa ao outro”, tal como Freud (1895/1988) escreve no *Entwurf*:

é por intermédio desse *Nebenmensch*, como sujeito falante, que tudo o que se refere aos processos de pensamento pode tomar forma na subjetividade do sujeito... se o homem chega a pensar a ordem simbólica, é por estar primeiramente aprisionado nela em seu ser. A ilusão de que ele a formou com sua consciência provém de ter sido através de uma hiância específica de sua relação imaginária com o semelhante que ele pôde entrar nessa ordem como sujeito. Mas ele só pôde fazer essa entrada pelo desfilamento radical da fala, ou seja, o mesmo do qual conhecemos, no jogo da criança, um momento genético, mas que, em sua forma completa, reproduz-se toda vez que o sujeito se dirige ao Outro como absoluto, isto é, como o Outro que pode anulá-lo, do mesmo modo que pode agir sobre ele, isto é, fazendo-se objeto para enganá-lo (p. 53).

Como já descrevemos inúmeras vezes, esse outro simbólico terá um papel importante e fundamental no universo do bebê, pois será ele quem fará o despertar de uma posição de um organismo que sente fome para um sujeito constituído, que demande e grite seu desejo. Freud (1923/2011), no texto “Psicanálise e teoria da libido”, retoma a afirmação de um poeta de que o mundo é movimentado “pela fome e pelo amor”. E acrescenta: “a libido era expressão de energia do amor, no mesmo sentido que a fome era expressão do instinto de auto-conservação” (p. 303). Termos esses que citou anteriormente em seu texto *Além do Princípio do Prazer* (1920/2010), esclarecendo a lenta evolução da teoria da libido e o avanço na análise das psiconeuroses: “a psicanálise, que não podia prescindir de alguma hipótese sobre *as pulsões*<sup>20</sup>, ateu-se inicialmente à popular diferenciação *da pulsão* expressa nos termos ‘amor e fome’” (p. 222). Na dialética sinto fome e preciso de amor, o indivíduo, desde os primórdios da sua existência, experimenta a irredutibilidade dessa força pulsional constante, originada no que Freud (1915/2010) chamou de “fontes de estímulo no interior do organismo” (p. 55).

---

<sup>20</sup> Na tradução de Paulo César, da editora Companhia das Letras, o termo instinto é utilizado como tradução de *Trieb*. Porém, nesse trabalho, optamos por substituir nas citações “instinto” por “pulsão”, termo consagrado e mais frequente.



Talvez por isso seja tão intrigante e fascinante a clínica com bebês, onde o analista não hesita ao observar o movimento da dimensão psíquica. O destino dessa pulsão obviamente é enigmático, mas, como Freud (1915/2010) esclarece que a meta da pulsão é sempre a satisfação, e ela não será sem objeto, seguimos com nossa investigação e reconhecimento desse campo fértil da vida psíquica.

Na clínica com bebês em situação de tratamento médico, essa vivência, a de satisfação, acontecerá deixando um traço do funcionamento e trilhamento da constituição subjetiva. Para o bebê em seu processo de desenvolvimento, nos primórdios da vida, não há como entender ou controlar o que o meio apresenta-lhe como vida, resta-lhe apenas a passividade de um corpo à deriva. Possivelmente o que impacta na vida do bebê são as dificuldades que sofre diante dessa realidade, como o Outro promove seu amparo. Diante da repercussão que a malformação tem sobre a subjetividade desse agente da função de apoio, o bebê sofrerá as consequências. Porém, sobre a indagação do Outro primordial, trabalharemos no segundo capítulo, onde optamos por tratar com mais detalhes a subjetividade materna, questão que consideramos relevante para essa pesquisa.

Seguindo as pistas da oposição da vivência de satisfação e experiência de dor, continuamos suas descrições.

No *Projeto Para Uma Psicologia Científica*, Freud (1895/1988) apresenta explicações econômicas para o conceito dor: “o sistema nervoso tem a mais decidida propensão de fugir da dor” (p. 359) e “as causas precipitadoras da dor são, por um lado, o aumento de quantidades: toda excitação sensorial, mesmo a dos órgãos superiores dos sentidos, tende a se transformar em dor à medida que o estímulo aumenta” (p. 359). Nesse texto publicado após a sua morte, Freud (1895/1988) pressupõe a teoria dos neurônios e da quantidade, sendo a dor um fenômeno que aciona tanto o sistema de neurônios impermeáveis  $\emptyset$ , quanto os permeáveis  $\Psi$ : “não há nenhum obstáculo à sua condução, e ela é o mais imperativo de todos os processos” (p. 359).

Sendo a experiência de dor *o mais imperativo de todos os processos*, considerá-la nesse trabalho de pesquisa na clínica com bebês mostrou-se oportuno. Um corpo frágil, pequeno, invadido pelos cuidados médicos, e um psiquismo em constituição são evidentemente dois aspectos que estimulam questões. Quando o bebê, no leito de terapia intensiva, em tratamento médico da malformação congênita, em recuperação pós operatório, é mantido vivo e respirando com a ajuda de aparelhos, medicações e aparatos médicos, sente dor? Quando um familiar próximo, a mãe por exemplo, questiona a equipe médica, recebe a

informação de que não. Afirma-se: *O paciente está sob efeito de medicações sedativas para controle da dor*. Mas as dúvidas e angústias do leigo que está de fora parecem continuar.

No centro de terapia intensiva, os bebês expressivamente apresentam seus incômodos: choro, olhar, resposta motora, grito e expressão de dor. Estão vivos, perceptivos e responsivos ao ambiente. Os outros simbólicos estão lá, por perto, movimentando-se e dirigindo palavras, que emanam algum tipo de comunicação. Das palavras dirigidas ao bebê, o seu murmurar ou a voz que vem do outro “despertarão a recordação do próprio grito e com isto de vivências dolorosas próprias” (Freud, 1895/2003, p. 208).

Entretanto, se a imagem que impacta é a do corpo doente, desconsertado, a deriva de um tratamento possível para sua sobrevivência, esse estado clínico, que chamamos de *dor*, causado por uma excitação sensorial, sobressai, antecipa os sintomas físicos do possível sofrimento orgânico e, conseqüentemente, psíquico do bebê. O objeto de prazer e dor poderá ser o mesmo em diversas experiências. Desta forma, na clínica com bebês em tratamentos médicos intensivos, aspectos relevantes das duas experiências, tanto a *dor*<sup>21</sup> quanto a *satisfação* possuem um valor de contribuição importante na construção dessa pesquisa teórica. Constata-se, ao observar os bebês, a experiência explícita e marcante da oposição freudiana, vivência de satisfação e dor, e do par prazer-dor, destacando-se a condição de desamparo do recém-nascido em constituição.

Novamente sem desviar o olhar, o analista interroga a lógica da vivência de satisfação e dor na constituição psíquica desses bebês. A vivência de *dor*, incomparável, singular, exclusiva e vivida diferentemente por cada sujeito ao longo da sua vida, torna-se uma questão nesse contexto, em que escapar dessa experiência parece impossível. No entanto, se a dor existe indiscutivelmente, a questão transita em torno do impacto que essa experiência única tem na constituição psíquica dos sujeitos. No contexto da nossa pesquisa, as manipulações da medicina, necessárias para o tratamento desse corpo malformado do bebê, são estímulos que provocam uma quantidade de excitações no aparelho psíquico?

Para acrescentar mais dados a essa questão, Rocha (2011), no texto “A dor física e dor psíquica na metapsicologia freudiana”, contribui:

Nessa primeira abordagem freudiana do estudo da dor, a oposição que está na origem do funcionamento do aparelho neurônio e do acontecer psíquico não é a oposição entre *Lust* e *Unlust* (Prazer e desprazer), mas a oposição entre Prazer (*Lust*) e Dor (*Schmerz*), enquanto dois modelos com formas diferentes de resolução da tensão que invade o psiquismo. A experiência de satisfação é regida pela experiência do prazer-desprazer, que essencialmente consiste no aumento e na redução e descarga da tensão gerada

---

<sup>21</sup> Tradução do termo técnico em alemão *Schmerz* pelo mesmo termo em inglês, *Pain*. Cf. Prefácio do primeiro livro, volume I, da EBS.

pelos estímulos. Na experiência da dor, a resolução da tensão criada pelo excesso dos estímulos não se faz pela descarga que gera o prazer, mas pelo processo de ligação da energia ligada, que enquanto desligada é uma ameaça para integridade do Corpo e do Ego (p. 8).

Nesse trecho, o autor faz a distinção entre as duas experiências de satisfação e dor, seguindo o modelo da primeira tópica da metapsicologia freudiana. Para além dessa experiência, o bebê também está ali à mercê da vivência de satisfação do seu corpo, sendo libidinizado por aquele que exerce os cuidados, a mãe, ou o um outro que direcione a função de amparo.

Freud (1915/2010) retoma, vinte anos depois do *Projeto (Entwurf)*, o assunto dor. Em seu texto sobre a *repressão*, discute que um estímulo externo pode se interiorizar quando destrói ou irrita um órgão, aumentando a tensão; exemplifica isso com o fenômeno da dor. Reafirma a imperatividade da dor, descrita antes ainda no *Projeto*, e conclui que esse fenômeno “se submete apenas à ação de um tóxico ou a influência de uma distração psíquica” (p. 84). Se a medicina necessita tratar o corpo físico, por mais recursos que possua para diminuir as sensações de dor, o corpo sentirá de alguma forma o efeito dessa manipulação.

Grégoire & Finley (2008), da Universidade Dalhousie, do Canadá, no artigo “*Doutor, acho que meu filho está com dor*”: *avaliação da dor de lactentes por profissionais de saúde*, descrevem as dificuldades da medicina no tratamento e avaliação da dor em bebês ao longo das últimas décadas, e observam que os pais percebem mais facilmente esse fenômeno:

Não vai longe o tempo em que alguns profissionais de saúde não acreditavam que os lactentes pudessem sentir dor. Eles nem sempre recebiam analgésicos no período pós-cirúrgico e, às vezes, durante a própria cirurgia. A dor não era reconhecida como um sintoma tratável importante e, portanto, era raramente avaliada. Foi somente durante a década de 1980 que os clínicos e pesquisadores começaram a medir o impacto da avaliação e do tratamento da dor em bebês. Apesar desses avanços em pesquisa, levou anos para que a avaliação e o tratamento da dor de lactentes se tornassem generalizados e, infelizmente, ainda não são universais no contexto médico de hoje (p.6).

Nota-se que mesmo diante de tantos avanços, a medicina mantém algumas dificuldades no acesso ou tratamento da dor e suas consequências. No centro de terapia intensiva pediátrico, na rotina diária da unidade, os bebês permanecem longos períodos sob efeitos de medicações para tratamento da dor e da patologia. De acordo com a fase do tratamento, permanecem sedados e, mesmo imóveis no leito, observa-se episódios com algum tipo de movimento, perceptível principalmente aos olhos dos pais, parentes e, particularmente, da mãe.

Em um relato nesse contexto, um bebê em estado grave, em recuperação pós-operatória para tratamento de cardiopatia congênita, a mãe expressa: “*É triste vê-la assim!*”

*Ela não olha pra mim! Um dia olhou, mas estava sem brilho nos olhos. É normal? É a sedação? Sente dor? Tenho medo, não consigo dormir. Quando ela nasceu, dissemos que seria uma atleta, agora será uma lutadora. Ela tem mais de dois por cento de chance? Ela terá uma vida normal? Poderá brincar? A criança sabe quando deve parar de lutar? Quando esta cansada? O cérebro diz para o corpo que precisa parar né! A gente é assim também, não é?'*. Falaremos particularmente no segundo capítulo dos afetos apresentados pelas mães nesse contexto clínico. Nesse momento, o que pretende-se apontar é a potencialidade do bebê ser visto em sua dor, mesmo sem condições para tal. É marcante sua condição impotente e sua expressão, que fazem o interlocutor desse afeto nomear os efeitos dessa vivência inquietante. Aqui também será que não podemos pensar no desamparo que a mãe não consegue recobrir, com o qual ela é sempre confrontada: desamparo dela e do bebê?

Se o que resta ao bebê é sofrer sua dor – afinal, possui um corpo que não pode controlar e suas respostas motoras e sensoriais estão em acordo com a fase do seu desenvolvimento, ainda precárias e desconexas –, estamos diante de um ser humano vulnerável. O que resta ao bebê é a sorte de um possível acolhimento e as consequências disso em suas constituição.

No texto, “A Fantasia Para Além do Princípio de Prazer”, Lacan (1958/1999) retoma o artigo de Freud, “O problema econômico do masoquismo”, e descreve:

se o retorno à natureza inanimada é efetivamente concebível como o retorno ao nível mais baixo de tensão, ao repouso, nada nos garante que, na redução ao nada de tudo aquilo que se elevou e que seria vida, também aí, por assim dizer, isso não se mexa, e que não haja, no fundo, a dor de ser. Essa dor, não a estou fazendo surgir, não a estou extrapolando: ela é apontada por Freud como o que devemos considerar como o resíduo último da ligação Tânatos com Eros. Sem dúvida, Tânatos, encontra meios de se libertar através da agressividades motora do sujeito sob a forma dessa dor de ser que, aos olhos de Freud, parece estar ligada à própria existência do ser vivo (p. 255).

Se Tânatos, na mitologia grega, é a personificação da morte e Eros o amor romântico, o que Lacan (datas) considera é a dialética da pulsão de vida e pulsão de morte, descrita por Freud em sua obra. A dor é um resíduo dessa ligação que, ao ter autonomia por sua expressão motora, apresenta a existência da vida humana. Se grita a dor vivida na alma, ou expressa dor sentida no corpo, o sujeito está vivo, à deriva da sua incompletude, imerso ao mundo cruel e fascinante.

E os bebês em tratamento médico intensivo sentem dor? A equipe médica avalia a dor através dos protocolos padronizados para prática e consideram aspectos da expressão, dados vitais e resposta motora do bebê. A mãe, presente na beira do leito, parece considerar a expressão de dor do seu bebê como um apelo: *me salve!* Aproveitamos para descrever um

outro relato de cena desse encontro mãe e bebê. Na beira do leito, a mãe dizia: *minha filha esta com dor!* A equipe explicava como seguia o tratamento da dor e tentava acalmá-la, enfatizando o tratamento como eficaz. Não pareciam convencê-la. Para o psicanalista, a mãe relatava sua angústia: *Ela acorda assustada! Ontem fui ao leito para visitá-la e vi uma imagem que não sai da minha cabeça. Ela estava chorando! Chorou tanto que vi suas lágrimas escorrerem pelo rosto até encher a orelhinha e pingarem no seu ombro. Por causa da traqueostomia o choro era silencioso. Mas ela chorou!*

Para a mãe, seu bebê chorava de dor, no seu sofrimento a impotência em apaziguar o desamparo do filho, expresso pelo choro. Quanto ao bebê, todos os meios de tratamento e cuidados da dor, não apaziguavam a tensão daquela excitação em seu corpo. Consequência: equipe e mãe inquietos. A equipe maneja outras tentativas medicamentosas para apaziguamento e a mãe, auxiliada pelo analista, verbaliza sua angústia diante da cena do tratamento do filho. O analista também maneja a possibilidade do encontro do bebê e da mãe, indicando a aproximação pelo toque e pela voz. O bebê expressa sua atenção pelo olhar, o analista autoriza a mãe e dizer algo para seu bebê, a autoriza a manter um contato possível para aquele momento. A mãe realiza o movimento cantando para seu bebê e, na mesma cena, também chora seu desalento.

É evidente que, nesse aspecto da clínica, considerando os conceitos da psicanálise, estamos diante da metáfora, organismo e psique seguindo de “braços dados”. Nessa junção corpo e mente, *entre o somático e o psíquico*, lá esta ela: a pulsão [*Trieb*]<sup>22</sup>. Em “Pulsão e Seus Destinos”, Freud (1915/2010) esclarece que a pulsão é “o representante psíquico dos estímulos oriundos do interior do corpo e que atingem a alma, como uma medida imposta à psique por sua ligação com o corpo” (p. 57). No mesmo texto, Freud (1915/2010) fala sobre a natureza biológica e o conceito de tendência, destacando que “o sistema nervoso é um aparelho ao qual coube a função de eliminar os estímulos que lhe chegam, de reduzi-los ao mais baixo nível, um aparelho que, se fosse possível, gostaria de manter-se verdadeiramente livre de estímulos” (p. 55). Afirmações que mostram a incapacidade tanto do organismo quanto do psiquismo de regular a excitação dos estímulos de fora ou de dentro do seu corpo.

Sobre a visão da mãe sobre a dor do filho, lembramos desse relato. Certa mãe, M., comportava-se diante do seu bebê, recém-nascido, no leito de terapia intensiva, da seguinte forma: olhos atentos para o bebê em ventilação mecânica, porém imóvel, sem qualquer

---

<sup>22</sup> “A tradução de *Trieb* é uma das mais polêmicas, devido à extensa gama de significados e conotações do termo em alemão, bem como devido à peculiaridades no emprego freudiano do termo... Força interna que impele ininterruptamente para a ação, ímpeto perene” (Hanns, 1996, p. 338). “

movimento em direção a criança. O analista dirige-se a M. e diz: “Você pode tocá-lo!”. M responde: “Não! Ele vai sentir dor!”. E chora compulsivamente. O analista repete: “Você pode tocá-lo, quer?”. E M. toca na cabeça do bebê com todo cuidado e dirige sua fala a seu bebê. A permissão ao toque, nesse caso, despertou a coragem da mãe em pronunciar palavras e, assim, seguiram-se os atendimentos no leito de terapia intensiva da mãe e do bebê. Palavras necessárias para que o bebê aviste sua mãe, que precisará se aproximar do leito de terapia intensiva para fazer sua função materna. Em *Inibição, sintoma e angústia*, Freud (1926/2014) diz:

Tomemos como ponto de partida, mais uma vez, uma situação que acreditamos compreender, aquela do bebê que avista, em lugar da mãe, uma pessoa desconhecida. Mostra então o medo que interpretamos por referência ao perigo da perda de objeto. Mas trata-se provavelmente de algo mais complicado, que merece discussão mais demorada. Não há dúvida quanto à angústia do bebê, mas a expressão facial e a reação de choro permitem supor que ele sente dor também. É como se nele confluíssem várias coisas que depois serão diferenciadas. Ele ainda não é capaz de distinguir entre ausência temporária e perda duradoura; se perde a mãe de vista um momento, age como se nunca mais fosse vê-la, e são necessárias repetidas experiências contrárias, consoladoras, até que ele aprenda que a mãe sempre costuma aparecer” (p.120).

Dói amar e ser amado, como o contrário também, não amar e não ser amado. Então, na ausência de um rosto conhecido ou apaziguador, o choro permite descrever um mal-estar. Em “Luto e Melancolia”, Freud (1915/2010) admite como “*doloroso* o estado de ânimo do luto” (p.173). Caracterizando a dor do ponto de vista econômico, dado que com a morte do corpo o objeto amado não existe mais, todo investimento libidinal será retirado de uma organização. E acrescenta: “o ser humano não gosta de abandonar uma posição libidinal, mesmo quando um substituto já se anuncia” (p. 173). Essa posição descrita por Freud inicia-se muito cedo, a partir do autoerotismo do recém-nascido, seguindo fases de uma organização libidinal da infância até a puberdade. Em “Psicologia das Massas e Análise do Eu”, Freud (1921/ 2011) aponta que:

“Libido” é uma expressão proveniente da teoria da afetividade. Assim denominamos a energia, tomada como grandeza quantitativa – embora atualmente não mensurável –, desses instintos relacionados como tudo aquilo que pode ser abrangido pela palavra “amor”. O que constitui o âmago do que chamamos amor é, naturalmente, o que em geral se designa como amor e é cantado pelos poetas, o amor entre os sexo para fins de união sexual. Mas não separamos disso o que partilha igualmente o nome de amor, de um lado o amor de si mesmo, do outro o amor dos pais e aos filhos, a amizade e o amor aos seres humanos em geral, e também a dedicação a objetos concretos e a ideias abstratas (p. 43).

Decerto que o amor (*Liebe*) faz doer, mas também consiste no que Freud (1921/2011), no mesmo texto, chama de *laços de sentimento* e, *por amor a eles*, “o indivíduo abandona sua peculiaridade na massa e permite que os outros o sugestionem” (p. 45). Mais uma vez sofre a

dor de ser, por amor a esses laços que o constituem e dos quais apresenta uma dependência vital. Para o bebê, o amor inicial estará do lado da mãe, que Lacan (1958-59/2016) descreveu como *lugar da demanda de amor*, “simbolizada primeiro no duplo registro da presença e da ausência” (p. 372). Nesse movimento do *agente da função materna*, “lugar efetivo da mãe, inscrevemos o termo onde tudo o que ocorre por ação dela adquire valor, ou seja, o A do Outro, na medida em que é ali que a demanda se articula” (p.373).

Uma vez que a demanda do bebê se articula no lugar da presença/ausência da posição materna, o que Freud (1926/2014) descreve como traumático para o bebê não é a situação de perigo que ele vive, mas “é a da perda da percepção [do objeto], que é equiparada à perda do objeto” (p. 121). Freud (1926/2014) ainda difere a situação traumática do nascimento, momento em que não “havia objeto que pudesse fazer falta” (p. 121). Depois disso, o bebê teve a vivência de satisfação que o objeto mãe fez surgir a necessidade, *anseio*. E contribui: “a essa novidade devemos relacionar a reação da dor. Portanto, a dor é reação propriamente dita à perda do objeto, e a angústia, ao perigo que essa perda traz consigo e, em deslocamento posterior, ao perigo da perda do próprio objeto” (p. 121).

O fluxo da presença e ausência materna no contexto do bebê hospitalizado, pela intervenção do meio médico, será modificado. A decisão de apaziguar a tensão do corpo do bebê não ficará sob os cuidados da mãe em alguns ou muitos momentos, mas da medicina, que impõe seu saber determinando como será esse encontro. É evidente que, para a medicina, salvar o organismo malformado é o foco principal. Se essa ação causará danos à constituição psíquica dos bebês, com esse problema não podem se haver, mesmo que conheçam ou interessem-se sobre o assunto. Em determinados episódios do tratamento não há outro meio a não ser a interferência maciça da medicina na relação mãe/bebê. Essa separação necessária, porém agressiva para os protagonistas da cena, bebê e mãe, deixa explícito a marca da vivência de dor. O indivíduo não escapa do sofrimento, porém ao sobreviver a essa contingência da vida, carrega suas marcas, que não conseguimos dimensionar *a priori*. Mas talvez fosse importante destacar que, apesar de todos os esforços médicos e de todas as técnicas avançadas, sem o investimento de um outro, sem esse empuxo à vida que só o outro pode fazer, o bebê não se manterá vivo!

Com o intuito de exemplificar melhor essa questão, a partir da experiência clínica, descrevemos um fragmento de um paciente tratado pela clínica médica quando bebê. Em análise aos 21 anos, dizia: *Devo a minha mãe minha vida! Ela é uma pessoa muito difícil, mas sinto que preciso ajudá-la, pois ela deixou tudo para ficar ao meu lado meses e meses durante o tratamento, quando eu era um bebê ainda. Sempre fui doentinho, fraquinho, olha*

*meu braço, é atrofiado. Sofro do coração!* O próprio paciente localiza nesse investimento do outro o fator fundamental que salvou sua vida!

As marcas do tratamento eram expressas através das sequelas no corpo, mas, mais do que isso, através das palavras descritas pelos adultos ao seu redor, principalmente sua mãe, que, para tê-lo por perto, afirmava sua impotência, sua malformação. Mesmo assim, o rapaz conseguiu manter um trabalho e estudar, mas precisou da análise em função dos sentimentos de culpa que mantinha sempre que decidia viver sua própria vida. *Um verdadeiro martírio!* – ele dizia. Podemos pensar se o recurso utilizado pela mãe para manter o investimento no filho doente pode ser decretar sua absoluta impotência paralisante.

Evidentemente, ele expressava que devia à mãe sua própria vida. Afinal, foi ela quem o salvou, cuidando do seu corpo frágil e doente. Tinha também esse sentimento pelos médicos. *Eles salvaram minha vida!* As lembranças do sofrimento na terapia intensiva foram relacionadas com seu sofrimento psíquico, estar no mundo e viver sua própria vida continuava sendo sua maior dificuldade. Freud (1926/2014) afirma que sobre a dor sabemos pouco. Segue dizendo:

O único fato de que há certeza é que a dor – inicialmente e por via de regra – nasce quando um estímulo que ataca na periferia rompe os dispositivos que protegem contra estímulos e passa a agir como um estímulo instintual constante, diante do qual são impotentes as ações musculares normalmente eficazes, que subtraem aos estímulo o local estimulado. Se a dor não vem de um ponto da pele, mas de um órgão interno, nada muda na situação; apenas sucede que uma porção da periferia interna tomou o lugar da externa. Obviamente, a criança tem oportunidade de passar por experiência de dor desse tipo, que são independentes de suas experiências de necessidades. Mas essa condição para o surgimento da dor parece ter bem pouca semelhança com uma perda de objeto, e, além disso, o fator essencial para a dor que é a estimulação periférica falta completamente na situação de anseio da criança. E, contudo, não é desprovido de sentido que a linguagem tenha criando o conceito de dor interna, psíquica, e que compare à dor física o sentimento de perda de objeto (p. 121-122).

Sendo a dor uma reação própria à perda do objeto, o que está suspenso não é a dor, mas a falta do objeto, o que gera o sofrimento, a dor. Na indefinição dos limites, das fronteiras da dor, a expressão do sofrimento está presente na cena clínica, nos bebês e nos seus cuidadores. Certamente esse é o motivo das nossas indagações para entender o fluxo desse funcionamento complexo.

Por outras palavras, o bebê, mesmo gritando sua dor, não é o grito que o acalma, pois a experiência não fará encontrar o objeto perdido da vivência de satisfação inicial. Mas o fluxo de apaziguamento da tensão poderá colocar esse indivíduo em constituição no trilhamento da demanda para o desejo, prazer (*Lust*). Termo alemão traduzido por desejo, prazer e vontade. Vontade de fazer algo. Tendência rumo à sensação prazerosa.



A vida e as dores afetam o bebê, mas também estimulam o psiquismo em constituição na obtenção do amor. Freud (1915/2010) diz que:

O amor deriva da capacidade do Eu para satisfazer-se autoeroticamente, pela obtenção de prazer de órgão, uma parte de seus impulsos instintuais. Ele é originalmente narcísico, depois passa para os objetos que foram incorporados ao Eu ampliado, e exprime a procura motora do Eu por esses objetos, enquanto fontes de prazer” (p. 78-79).

Portanto, mesmo que a medicina encontre meios de aliviar a dor do corpo e o analista presente na clínica possibilite o encontro mãe/bebê, a contingência da vida, marcada pela necessidade de tratamento, deixará suas marcas na constituição psíquica desses bebês, que carregarão traços dessa experiência. Por exemplo, tolerar a dor, e não eliminá-la.

Enfim, em qualquer circunstância da vida, constituir-se como sujeito da linguagem não ocorrerá sem impasses. E descobrimos que os embaraços não se encontram apenas em ambientes invasivos, como os da medicina, mas na própria vida. Porém, são intensificados dependendo das contingências adversas que esses lugares impõem aos sujeitos em constituição.

## **2.2 – Trauma**

É manifesto que a experiência clínica com bebês acometidos por malformação congênita em tratamento médico cirúrgico e as internações em Centro de Terapia Intensiva, ressaltam para o psicanalista a importância do conhecimento do desenvolvimento da primeira infância e da constituição subjetiva, na medida em que supomos a existência de acontecimentos traumáticos oriundos dessa experiência, considerando seu valor patogênico ou não.

Na prática clínica em hospital geral, estamos diante do tratamento de um corpo que precisa de cuidados e da ação médica atestada de tecnologia e intervenções avançadas para salvar a vida dos pequenos bebês. Poderíamos considerar isso apenas um trauma físico. Porém, nosso objeto de interesse é o trauma psíquico em decorrência dessa vivência sofrida pelo bebê, de uma possível desorganização da economia psíquica em função do excesso de excitação sem apaziguamento suficiente para restabelecer a constância do possível mal-estar sofrido. Nesse contexto clínico, o corpo do bebê, na condição da malformação congênita e na

necessidade de procedimentos cirúrgicos, sofre como impacto incisões cirúrgicas e manipulações frequentes. Portanto, pretendemos resgatar, a partir da obra de Freud, alguns pontos importantes da noção do trauma, assim facilitando o entendimento das questões sobre a experiência traumática, as quais supomos existir na prática clínica com esses bebês.

O bebê, diante do fluxo da vida, receberá excitações provenientes de estimulações endógenas, exógenas e aquelas ligadas ao funcionamento do seu organismo. Nesse processo do desenvolvimento, podemos dizer que a constituição psíquica não se dá sem acontecimentos traumáticos, que afetam o pequeno vivente. Porém, no contexto da nossa pesquisa, o bebê será constituído sofrendo os efeitos da contingência da malformação que atravessa seu psiquismo? A contingência da malformação e seus efeitos de tratamento tornam-se uma experiência traumática?

Desde o início da prática clínica essa questão manteve-se frequente, principalmente: Há traumatismo psíquico nesse contexto clínico? De que trauma estamos falando? No primeiro capítulo, optamos em dar ênfase à experiência do bebê, para, em um segundo momento, dizer sobre o primeiro objeto de simbolização da criança: a mãe, que também sofrerá os efeitos dessa experiência potencialmente traumática.

Certamente, como descrevemos algumas vezes ao longo dos itens anteriores, não temos como apreender o que fica no psiquismo do bebê, mas sabemos que o aparelho psíquico, em uma perspectiva dinâmica, pressupõe um funcionamento. Desde o início dessa pesquisa, estamos seguindo as pistas da noção do aparelho psíquico freudiano, relacionando-o agora com a experiência traumática – o que mostra-nos que seu funcionamento mantém uma incapacidade em liberar todo o excesso de excitação captada, noção fundamental para a compreensão do trauma, que seguiremos explicando ao longo do texto.

Sabemos que as consequências das experiências traumáticas são inapreensíveis, porém, na sustentação de uma prática clínica com esses bebês, em que a psicanálise pudesse exercer sua ética, a compreensão teórica do funcionamento desse psiquismo em constituição foi fundamental, não para o exercício de uma prevenção do trauma, mas pelo acolhimento e tratamento do que é considerado pela psicanálise como o estado de desamparo do pequeno bebê em constituição.

Necessariamente, o tratamento médico, a partir das suas técnicas cirúrgicas e procedimentos que invadem o corpo do bebê, adentrando a periferia do organismo para consertar ou salvar a vida, representa um trauma físico. Trauma e traumatismo são provenientes do grego e inicialmente:

esses dois termos utilizados em cirurgia estavam inicialmente reservados para as lesões corporais; possuindo o alemão somente o primeiro, ignora a distinção entre “trauma”, ou seja, a violência externa causadora de um ferimento físico por fratura ou dilaceração, e o “traumatismo” que se define pelos efeitos do trauma sobre o organismo. Esses termos difundiram-se pouco a pouco no uso corrente, psicologizando-se por intermédio da medicina e depois pela psicanálise (Mijolla, 2005, p. 1930).

Freud apropriou-se desses termos provenientes da medicina, principalmente por sua convivência com Jean-Martin Charcot, em que o trauma estaria na etiologia da histeria – essa seria a primeira teoria do trauma freudiana, como conflito psíquico capaz de estimular manifestações patológicas. Nos *Estudos sobre a histeria* (1893-95), no *Projeto* (1895) e no texto “As neuropsicoses de defesa” (1897), Freud apresenta a noção do trauma partindo dos estudos sobre a histeria.

No texto “Sobre os mecanismos psíquicos dos fenômenos histéricos”, Freud (1893/2016) também aborda o trauma psíquico relacionando-o com a teoria da histeria, campo da primeira tópica do trauma freudiano. Sobre a histeria traumática e a neurose traumática faz uma analogia: “na neurose traumática não é o ferimento físico insignificante a causa efetiva da doença, mas o afeto de pavor, o *trauma psíquico*” (p. 22). Considera que na maioria dos sintomas histéricos os *traumas psíquicos* são motivadores do desencadeamento de manifestações patológicas. Freud (1893/2016) esclarece a necessidade da hipnose em alguns casos, para recuperar as lembranças da fase em que o sintoma apareceu. Nessa época, Freud mantinha uma suspeita da natureza do trauma de ordem sexual, a de que a sedução infantil traumática por parte do adulto em relação a criança realmente existiu. A noção do trauma, sob o véu da teoria da sedução de origem traumática, nessa fase dos estudos pré-psicanalíticos da teoria freudiana, conquistou um valor relevante para a psicanálise ao longo da sua história.

Por outro lado, Freud (datas), em suas pesquisas frequentes, percebe que as histéricas sofriam de lembranças de um acontecimento traumático não consciente, inconsciente, expresso pelos sintomas de conversão, paralisias, anestésias, etc. Através de uma memória somática, em um corte entre a recordação e a percepção, a lembrança traumática exerce uma condição regressiva, conferindo o efeito traumático posteriormente. O trauma reaparece despido para nos fazer lembrar do mal-estar, do desamparo sofrido, considerado uma defesa do aparelho psíquico contra o excesso de excitação, ele não cessa de se expor.

Nota-se que Freud (1897/2016) foi forçado a abandonar sua teoria da sedução traumática ao notar a importância da fantasia na realidade psíquica e história infantil. A noção do trauma passou a ser investigada pelo viés da fantasia. Nesse momento, o evento traumático da cena incestuosa infantil perde força e à fantasia é atribuído um valor relevante. A

descoberta do complexo de Édipo, que apresentava ao mundo a sexualidade infantil, motivo de terror por parte da cultura da época, sustentou para a psicanálise a importância de uma teoria da fantasia.

No texto “O Inconsciente”, Freud (1915/2010) diz que: “fomos levados a introduzir, na exposição de fenômenos psíquicos, um terceiro ponto de vista, além do dinâmico e do topológico: o econômico” (p. 120). Nesse momento, ele apresenta a metapsicologia como nome especial para consumir a pesquisa psicanalítica, descrevendo o processo psíquico “em suas relações dinâmicas, topológicas e econômicas” (p. 121). Efetivamente, o *ponto de vista econômico* da metapsicologia freudiana, abordado sob a ótica da intensidade, da força, incondicionalmente relevante no engendramento e manutenção do psiquismo, mostrou-se uma concepção importante na compreensão da ideia do trauma.

A noção do trauma, apontada por Freud ao longo de sua teoria, conquista seu maior valor na segunda tópica da sua metapsicologia, reaparecendo no seu texto *Além do princípio do prazer* (1920/2010). Nesse período da sua trajetória teórica, o psicanalista introduz a concepção do trauma de uma outra forma, atribuindo-lhe um lugar diferente da primeira tópica, inaugurando os conceitos de compulsão à repetição e pulsão de morte. Freud (1920/2010) destacou a insistência da repetição de experiências desagradáveis nas brincadeiras das crianças através do jogo do *Fort* (foi embora) *Da* (está aqui). Quando a criança joga o carretel que desaparece, repetindo essa brincadeira inúmeras vezes, “compensava a si mesmo, digamos, ao encenar o desaparecimento e a reaparição com os objetos que estavam ao se alcance” (p. 173). Sobre a noção do trauma nas duas tópicas freudianas, no *Dicionário Internacional de Psicanálise*, encontramos um resumo: “distinguiu dois modelos de trauma: o primeiro, posto em evidência na histeria, está ligado à ausência de descarga, enquanto no segundo, presente nas neuroses atuais, existe descarga, mas não no momento oportuno ou no bom local e fora do objeto” (Mijolla, 2005, p. 1930). Ambas as concepções do trauma em Freud possuem seu valor relevante para a psicanálise. Em *Além do Princípio do Prazer*, Freud (1920/2010) retoma concepções do *Projeto*, como o modelo da vesícula, para definir o trauma:

Imaginemos um organismo vivo, na sua maior simplificação, como uma indiferenciada vesícula de substância excitável; a sua superfície voltada para o mundo externo é então diferenciada pela própria localização, servindo como órgão receptor de estímulos. A embriologia, enquanto repetição da história evolutiva, mostra realmente que o sistema nervoso central provém do ectoderma, e que o cinzento córtex cerebral é ainda um derivado da superfície primitiva e poderia ter herdado características essenciais desta. Seria concebível, então, que o incessante choque dos estímulos externos na superfície da vesícula alterasse a sua substância até uma certa profundidade, de modo que o processo de excitação desta transcorresse diferentemente do que sucederia nas camadas mais profundas. Assim se formaria

uma casca, afinal tão curtida pela ação dos estímulos, que apresentaria as mais favoráveis condições para a recepção de estímulos e não seria capaz de outras modificações (p. 187).

Essa casca, formada a partir da recepção da excitação externa, não é suficiente para a proteção do psiquismo. Quando há excesso, a desordem ocorrerá, ou seja, o trauma entra em ação. O trauma não é de ordem unicamente sexual, associado à teoria da sedução, mas sua localização está ligada à defesa contra o aumento da excitação que o aparelho psíquico não consegue descarregar. Em seus estudos sobre as neuroses de guerra, Freud (1920/2010) considera como traumático o fator surpresa, o terror que desencadeia enfermidades. E diferencia *terror*, *medo* e *angústia*, sendo a angústia “um estado como de expectativas do perigo” (p. 169); o medo “requer um determinado objeto, ante o qual nos amedrontamos” (p. 169); e o terror é o “estado em que ficamos ao correr um perigo sem estarmos para ele preparados, enfatiza o fator surpresa” (p. 169).

No caso dos bebês, na nossa experiência clínica, os estímulos externos da medicina para tratar o bebê têm como objetivo salvar a vida orgânica, mas, como consequência, seu excesso de estimulação coloca o aparelho psíquico a todo vapor, no trabalho de proteger sua integridade, possivelmente agredida. O aparelho psíquico mantém uma fragilidade para defender-se dos estímulos que ultrapassam sua condição natural de proteção.

Um exemplo prático que podemos destacar desse excesso de excitação causada pelo ambiente refere-se àqueles bebês que necessitam de inúmeros procedimentos médicos por um tempo prolongado, podendo somar dias – são os casos de bebês que apresentam quadros clínicos graves de difícil controle. Na terapia intensiva, local de suporte da vida, dotado de tecnologia avançada e condições para diversas intervenções, inclusive de alta complexidade, o monitoramento hemodinâmico invasivo e não invasivo revela que a vida está por um fio, literalmente! Acessos venosos, drenos, termômetro, bombas de infusão, oxímetro, monitores, tubo orotraqueal, sondas, entre outros fatores técnicos – o bebê grave estará submetido a uma gama de equipamentos e técnicas imprescindíveis para controle da dor, da respiração, pressão, hemodinâmica, suporte avançado para manutenção da vida e inúmeras necessidades da urgência. Sobre a realidade na terapia intensiva, Rabello (2004), em seu texto “A função simbólica da UTI neonatal”, diz que “a visão é impactada” e acrescenta:

onde permanecem os bebês muito pequenos, alguns apresentam deformidades, cheios de fios, lutando pela sobrevivência nos indicando que a vida pode escapar a qualquer instante. A sensação é de choque, o que instaura uma dúvida no olhar, tornando difícil decidir entre desviar ou encarar a situação (p. 178).

É imprescindível observar que nesse contexto, proveniente da contingência de vida desses pequenos bebês, mesmo recebendo todo o cuidado para sua sobrevivência orgânica, o excesso da excitação externa, impossível de calcular, ultrapassa a barreira de proteção do aparelho psíquico, deixando seus traços. E como podemos afirmar esse fato? Considerando o que temos descrito ao longo dessa pesquisa, o bebê no seu fluxo de tensão sem condições de apaziguamento maternante sofrerá os efeitos desse excesso de excitação. Freud (1920/2010) considera o trauma uma defesa do organismo e destaca:

Às excitações externas que são fortes o suficiente para romper a proteção nós denominamos de *traumáticas*. Acho que o conceito de trauma exige essa referência a uma defesa contra estímulos que normalmente é eficaz. Um evento como o trauma externo vai gerar uma enorme perturbação no gerenciamento de energia do organismo e pôr em movimento todos os meios de defesa. Mas o princípio do prazer é inicialmente posto fora de ação. Já que não se pode evitar que o aparelho psíquico seja inundado por grandes quantidades de estímulo; de ligar psicologicamente as quantidades de estímulo que irrompem, para conduzi-las para eliminação (p.192).

Nesse aspecto, o funcionamento do princípio de prazer ficará comprometido, mesmo sendo predominante no psiquismo, quando a proteção traumática toma forma, tendo em vista que “o aparelho psíquico se empenha em conservar a quantidade de excitação nele existente o mais baixa possível ou ao menos constante” (Freud, 1920/2010, p. 164). Nesse sentido, a impossibilidade de ação do princípio de prazer compromete a vida, pois, com o objetivo de diminuir a excitação, o trauma ficaria fora da representação. Em outras palavras, o objetivo do princípio do prazer é diminuir a excitação, conservando a sua quantidade o mais baixa ou menos constante. Portanto, são tendências no aparelho psíquico fundamentais na manutenção da vida que, mesmo atuantes no psiquismo, não são suficientes para estabilizar o aparelho psíquico, que sofrerá os efeitos do excesso de estímulo e como causa da defesa: o trauma.

Essa concepção do trauma na obra freudiana possibilita a discussão sobre a compulsão à repetição, que ganha força em *Além do Princípio de Prazer*: “na vida psíquica há realmente uma compulsão à repetição, que sobrepuja o princípio do prazer” (Freud, 1920/2010, p. 183). A repetição de vivências desprazerosas, que ignoram o princípio do prazer, torna-se uma constante na vida humana – mesmo nas crianças –, demonstrando com esse processo contínuo da compulsão à repetição, a tentativa de elaboração da experiência traumática. Como Freud (1914/2010) declarou, inequivocamente, o conceito da repetição auxilia a compreensão do analista na experiência clínica, “o esquecimento de impressões, cenas, vivências reduz-se em geral ao ‘bloqueio’ delas” (p. 196). E acrescenta que a amnésia infantil, fator importante da sua teoria, deixará o rastro das *lembranças encobridoras*, que, ao extraí-las por meio da análise, representam o esquecimento da infância.

O conceito de *compulsão à repetição* aparece nesse texto como uma modalidade que Freud não medirá esforços para trabalhar melhor em seu texto de 1920, *Além do princípio do prazer*. Esse conceito é muito importante de destacar em nossa pesquisa, de tal forma que, na prática clínica, como descrito no fragmento anterior, a repetição da vivência desprazerosa evidencia o que Freud (1920/2010) tratou na segunda tópica da sua metapsicologia: “a compulsão à repetição também traz de volta experiências do passado que não possibilitam prazer, que também naquele tempo não podem ter sido satisfações” (p. 179).

Seguindo o conceito da compulsão a repetição, o trecho abaixo descrito por Freud (1920/2010) em *Além do princípio do prazer* esclarece o aspecto da repetição na observação da primeira infância:

As manifestações de uma compulsão à repetição, que descrevemos nas primeiras atividades da vida psíquica infantil e também nas vivências da terapia analítica, exibem em alto grau um caráter impulsivo e, quando se acham em oposição ao princípio de prazer, em caráter demoníaco. No caso do jogo infantil, acreditamos perceber que a criança também repete a vivência desprazerosa porque sua atividade lhe permite lidar com a forte impressão de maneira mais completa do que se apenas a sofresse passivamente. Cada nova repetição parece melhorar o controle que ela busca ter sobre a impressão, e também nas vivências prazerosas a criança não é saciada pelas repetições, insistindo implacavelmente para que a impressão seja igual (p. 199-200).

O funcionamento do princípio do prazer na economia psíquica humana é superado pela compulsão à repetição. Nas brincadeiras e no comportamento do bebê, como nos jogos declarados por Freud (*Fort-Da*), observa-se a repetição da experiência dolorosa.

Na clínica com bebês, observa-se com frequência no comportamento dos pequenos viventes o movimento de compulsão à repetição, às vezes inexplicável, que a mãe ou seu cuidador mais próximo, compreendendo ou não a mensagem do bebê, responderão com algum tipo de movimento. O bebê não verbaliza no início da sua vida palavras que possam ser interpretadas ou compreendidas, mas ele expressa através do corpo seu mal-estar ou seu contentamento. A partir desse comportamento, o adulto próximo responde do seu modo, haja vista o incômodo que o desamparo apresentado pelo bebê diante da sua condição frágil e inacabada expõe. Sem a possibilidade de apreensão do trauma, os vestígios dessa marca se destacam na compulsão à repetição. Nos acompanhamentos diários dos bebês, destacamos aqui um desses que, depois da sua recuperação do quadro grave, após alta da terapia intensiva, no leito de enfermaria, no desmame da sonda nasoentérica, em acompanhamento com fonoaudióloga, alimentou-se com leite por um tempo através da seringa. O bebê não aceitou a mamadeira, mesmo depois de inúmeras tentativas que o bebê recusava. A alternativa da mãe foi alimentá-lo dessa forma. Quatro anos se passaram e estive novamente com mãe e criança.

A mãe relata que o filho alimenta-se normalmente, porém, nunca mais bebeu leite em outro lugar que não na seringa. A criança aceita outros alimentos líquidos no copo, mas o leite precisa ser na seringa.

A seringa de leite evidencia como as fixações pulsionais se conectam a algum elemento traumático. O objeto parece fixado em torno de algo que não pode deslizar, que deve se manter inerte, num contexto de repetição. Paradoxalmente, todavia, é com isso que o sujeito às vezes pode contar para suportar o efeito do trauma.

Sobre a compulsão à repetição como forma de elaboração, descrevemos no pequeno fragmento a seguir o atendimento de uma criança de cinco anos que realizaria a terceira cirurgia cardíaca necessária ao longo da sua pequena vida. Essa mesma criança foi acompanhada pelo analista também quando bebê, durante as cirurgias anteriores. Nesse atendimento, a criança conta a seguinte história através de um desenho que fez: *“Essa aqui no meio sou eu, ao redor um coração. Fora dele está o lobo mal, e ele quer pegar o coração da menina. Mas ela está protegida, dentro do coração”*. E diz ao analista: *“Você sabe o nome desse lobo mal?”*. Ao que a analista responde: *“não!”*. A criança continua: *“Médico”*. E, ao longo de vários atendimentos realizados pelo analista à criança que aguardava internada com sua família mais uma cirurgia cardíaca, o desenho e a história se repetiam.

No texto “O Estranho”, Freud (1919/2010) nos ensina que:

No inconsciente psíquico nota-se a primazia de uma compulsão de repetição vindas dos impulsos instintuais, provavelmente ligada à íntima natureza dos instintos mesmos, e forte o suficiente para sobrepor-se ao princípio do prazer, que confere a determinados aspectos da psique um caráter demoníaco, manifesta-se claramente ainda nas tendências do bebê e domina parte do transcurso da psicanálise do neurótico. As considerações anteriores nos levam a crer que será percebido como *estranho* aquilo que pode lembrar essa compulsão de repetição anterior (p. 356).

Para explicar o fenômeno da repetição, Freud (1920/2010) concebeu o conceito de pulsão de morte. Como pulsão conservadora, a pulsão de morte tende ao inorgânico, ao retorno ao início da vida, à primeira vivência de satisfação. Apoiando-se no conceito da pulsão de morte, Freud (1920/2010) afirma que *“como experiência que não tem exceção, que todo ser vivo morre por razões internas, retorna ao estado inorgânico, então só podemos dizer que o objetivo da vida é a morte, e, retrospectivamente, que o inanimado existia antes que o vivente”* (p. 204).

A concepção do dualismo pulsional expressará sua maior ênfase a partir de 1920, quando Freud (1920/2010) elabora a segunda tópica da sua teoria, considerando o movimento pulsional da pulsão de morte e pulsão de vida. Afirma: *“desde o princípio nossa concepção*



era *dualista*, e hoje é mais claramente dualista do que antes, desde que não mais denominamos os opostos instintos do Eu e instintos sexuais, mais instintos de vida e de morte” (p. 224).

Retomando a concepção do trauma, seguindo as pistas da pulsão de morte, que apresenta seu maior fôlego na segunda teoria da angústia, quando Freud (1926/2014) aponta sua repercussão no desamparo, constata-se que, na clínica com bebês, o desamparo mostra-se como fator de relevância extrema, afinal, o bebê sofre os efeitos da sua própria condição. Porém, no hospital, com o bebê submetido a procedimentos e manipulações frequentes, os efeitos da própria natureza são acrescidos de excitações de origem exógena, experiências no corpo tão potentes que desestabilizam o psiquismo, tornando-se *a posteriori* uma patologia. Mas é evidente que esses efeitos do evento possivelmente traumático não serão apreendidos de imediato, o que fica suspenso no psiquismo humano tanto do evento real sobre corpo do bebê quanto dos efeitos das fantasias em sua constituição não serão facilmente decifrados.

Como foi visto, o bebê encontra-se em seu desamparo nato em uma dependência absoluta do *humano ao lado*. O bebê desconhece outra forma de viver, seu nascimento apresenta desde o início as marcas dessa contingência, portanto, a questão nesse ponto de trabalho teórico, será o excesso de excitação externa desestabilizando o aparelho psíquico que, como já visto, terá seus meios de reestabelecer sua constância.

Freud (1926/2014) considera que a angústia é uma sensação, possui um caráter desprazeroso com um traço particular: suas sensações físicas são mais definitivas, exemplo disso são aos órgãos respiratórios e ao coração. O psicanalista afirma que os estados de angústia revelam o caráter desprazeroso específico, reações de descarga e percepções destas. Com a segunda teoria da angústia, Freud (1926/2014) diferencia a angústia automática da angústia sinal: a primeira “surgiu como reação a um estado de *perigo*” (p. 74), já a segunda “é reproduzida sempre que um estado desses se apresenta” (p. 74). Lejarraga (1996), em *O Trauma e seus destinos*, considerando Freud, aponta a diferença entre: “uma *angustia automática*, que é a reação espontânea à aparição da situação traumática, do *sinal de angústia*, que consiste na espera e na reprodução mitigada do trauma, por parte do eu, para evitar o perigo e ser submergido no transbordamento de excitações” (p. 51 – itálicos nossos).

Entre os estado afetivos, a angústia difere por se tratar de um sinal de perigo, uma sensação que não passa pela consciência. No psiquismo do bebê, sua imaturidade não permite o controle da descarga pulsional sobre seu psiquismo, causando angústia, que reativa a memória do desamparo do nascimento, instalado como primeira sensação de angústia. A ausência da mãe será sentida pelo bebê como sinal do perigo, desencadeando angústia diante

do desamparo. Considerando o texto “Inibição, sintoma e angústia”, Freud (1926/2014) fará uma importante discussão, recusando a concepção do trauma do nascimento na teoria de Otto Rank, qual seja:

adotaremos o princípio freudiano de que todo sentimento de angústia remete, no fundo, à angústia psicológica do nascimento (dificuldade respiratória). Examinando dessa perspectiva o desenvolvimento psíquico da criança, podemos afirmar que, de forma geral, o homem parece precisar de muitos anos para superar esse primeiro e intenso trauma de uma maneira relativamente normal (Rank, 1924/2016, p. 33).

Portanto, para Otto Rank, o nascimento é traumático por natureza e responsável por consequências ao longo da vida do indivíduo. Freud (1926/2014) categoricamente recusa essa teoria, e argumenta que “a angústia é provavelmente uma reação comum a todos os organismos superiores, o nascimento é vivido apenas pelos mamíferos, e é questionável que signifique um trauma para todos eles” (p. 74). Afirma em sua teoria que a angústia não existe somente no nascimento; sendo um sinal de perigo, será sentida na particularidade da experiência de cada ser vivo.

Nessa clínica com bebês acometidos por malformação congênita, alguns partos são frequentemente realizados em decorrência do diagnóstico fetal da malformação. A equipe de referência técnica, médicos e profissionais da saúde, estabelece essa prática para que os bebês nasçam em um hospital com recurso imediato após o parto, para recepção e tratamento da patologia diagnosticada no pré-natal, em especial, as cardiopatias congênitas. Patologias que necessitam em alguns casos de intervenção médica cirúrgica nos primeiros dias de vida do recém-nascido. Desse modo, bebês ainda muito pequenos, recém-chegados à vida, são tratados e observados por toda equipe, incluindo o analista. O que observa-se é a fragilidade biológica e psíquica de um ser vivo em constituição. Alguns mais ativos aos estímulos que os outros, porém, todos destacam-se pelo desamparo nato, incapazes de manterem-se vivos sem ajuda alheia.

É interessante notar que o bebê não está desconectado completamente do mundo externo, parece ativo e “comprometido” com os movimentos vindos de dentro e de fora do seu corpo desorganizado. Suas respostas motoras ao meio reproduzem seu estado de angústia, que Freud (1926/2014) considerou existir desde o nascimento como primeiro sinal de perigo, sendo reproduzida sempre que o estado de perigo manifestar-se. É importante ressaltar que esse primeiro estado de angústia, Freud não compara ao trauma do nascimento definido por Otto Rank, como esclarecemos acima.

O nascimento expulsa o bebê do útero materno, lugar que tende a homeostase, provocando uma ruptura do equilíbrio e exigindo do organismo um dinamismo vital. O bebê que encontrava-se em harmonia no útero materno sofre o efeito surpresa do nascimento. Freud (1926/2014) declara: “no ato do nascimento há um perigo objetivo para a conservação da vida, sabemos o que isso significa na realidade... o perigo do nascimento não tem ainda conteúdo psíquico” (p. 75). Explica:

O feto não pode notar senão um imenso distúrbio na economia de sua libido narcísica. Grandes quantidades de excitação chegam até ele, produzindo novas sensações de desprazer, vários órgãos conquistam investimentos elevados, algo como um prelúdio do investimento objetal que logo começará; o que, em tudo isso, será utilizado como sinal distintivo de uma “situação de perigo”? (p.75-76)

Para Freud (1926/2014), ambas “a angústia do nascimento como a angústia do bebê são determinadas pela separação da mãe” (p. 80). O bebê, restrito ao seu desamparo nato, sofrerá as consequências dessa condição, a angústia será um sinalizador de que algo não está bem. Em outras palavras, o constante fluxo de ausência e presença materna e os efeitos do meio no amparo e desamparo do pequeno vivente serão responsáveis pelo estímulo de grande parte do mal-estar sofrido pelo bebê em constituição – como sinal desse mal-estar, a angústia.

Nas *Novas Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise*, Freud (1933/2010) explica que a angústia deixa traços afetivos. O primeiro deles é o nascimento, como já vimos. Porém, no decorrer do desenvolvimento da maturidade do Eu, o perigo da perda do objeto de amor proveniente da dependência do bebê ao outro semelhante perde força – o que ocorre de forma incompleta. Para o psicanalista, alguns indivíduos não superam a perda do objeto (amor materno) e mantêm um comportamento infantil, reproduzindo na vida adulta o desamparo psíquico dos tempos de imaturidade do Eu. O que resta a angústia como sinal de perigo é a reprodução do desamparo. Freud (1933/2010) esclarece:

O *desenvolvimento da angústia*, a repetição da antiga vivência traumática, limita-se a um sinal, e a reação restante pode adequar-se à nova situação de perigo, procedendo à fuga ou à defesa, ou a situação antiga prevalece, toda a reação se esgota no desenvolvimento da angústia e o estado afetivo torna-se paralisante e inadequado ao presente (p. 225).

O bebê não reproduz seu mal-estar com palavras, seu comportamento corporal é perceptivo, a angústia sinal de perigo recordando o trauma é reproduzido de forma enigmática. O choro, os gemidos, o susto, as respostas motoras diante da ausência e presença de um outro humano são sinais de que algo não vai bem. Mas exatamente o que não vai bem? O adulto observa e responde ao comportamento desorganizado do bebê. Esse desamparo

expresso no início da vida precisa ser acolhido, mas não há como significá-lo de imediato. O desenvolvimento da angústia como sinal de desamparo observamos *a posteriori*. Para exemplificar, a seguir descreveremos o fragmento do relato de um jovem adulto que, quando bebê, foi submetido a inúmeros procedimentos médicos cirúrgicos para tratamento da patologia cardíaca. Aos 16 anos seria submetido a uma quarta cirurgia cardíaca. Diante do analista, em assistência pré-operatória, dias antes do quarto procedimento cirúrgico declara: *Tenho medo! Medo de alguma coisa acontecer!* Analista: “O que pode acontecer?” *Alguma coisa dar errado. Tenho medo de sentir dor. Me lembro da última cirurgia, senti muita dor. Me disseram que essa cirurgia tem um risco maior que as outras. Minha mãe disse para eu não pensar nisso, que tudo dará certo. Antes de ser internada eu passei mal, sentia muita falta de ar, estava muito nervoso, fui me acalmando aos poucos.* Analista: “O que te acalma?” *Ficar perto da minha mãe. Eu não quero que minha mãe sofra.*

A ausência e a presença materna apresentavam-se como um divisor do sofrimento emocional desse jovem, que precisava de um constante contato da mãe, porém uma presença que não cessava a sensação de angústia frequente. Nas palavras dele sempre a apreensão de que algo não sairia bem. Diante do encontro com o traumático, apresenta-se a angústia como sinal de perigo constante. Lacan (1964/1998) aponta o real como trauma e argumenta:

Com efeito, o trauma é concebido como devendo ser tamponado pela homeostase subjetivante que orienta todo o funcionamento definido pelo princípio do prazer. Nossa experiência nos põe então um problema, que se atém a que, no seio mesmo dos processos primários, vemos conservada a insistência do trauma a se fazer lembrar a nós. O trauma reaparece ali, com efeito, e muitas vezes com o rosto desvelado (p. 57).

Qualquer que seja o efeito do trauma sobre o indivíduo, sua função negativa ou positiva apresenta uma tentativa de rearranjo das funções psíquicas. Vale ressaltar, embora brevemente, o papel do pai nesse contexto clínico. Teríamos muito a dizer, exemplos recolhidos da prática, porém, optamos, devido aos recortes necessários da pesquisa, por representar a mãe. Mas a função do pai intervém como elemento de referência para alguma simbolização possível do elemento traumático, suas vicissitudes, sua presença e também sua função. Violante (2001) aponta que Aulagnier considera que:

Desde muito cedo, entram em cena o desejo do pai de ter filhos e seu desejo por esta criança e seu discurso – o que fala por ela, dela e para ela. Chama-nos a atenção para o lugar ambíguo que a psicanálise atribui a esse desejo, na constituição de sua psique, muito embora o pai tenha um lugar central tanto em Freud quanto em Lacan – como referente a lei, doador de nome, “detentor das chaves que dão acesso ao simbólico”. No entanto, como observa Aulagnier, “no que se refere à ação do desejo do pai sobre a criança, deparamo-nos com um estranho silêncio” (p. 47).

Por fim, na clínica com bebês, considerando a complexidade da constituição do psiquismo e o desamparo original dos homens, a questão do trauma mostrou-se necessária para a argumentação dessa pesquisa. O trauma é aquilo que ultrapassa as barreiras de proteção do aparelho psíquico, porém ele também manifesta uma tentativa de organização do psiquismo. Maia (2005) afirma que “em seus aspectos positivos, diríamos que o trauma ‘chama’, provoca a narrativa, na medida em que afeta, desestabiliza momentaneamente as construções psíquicas operantes, podendo provocar desdobramentos de formas, sentidos e significações” (p. 94). Essa narrativa suscitada na clínica com bebês não poderia ser de outra ordem que a do incognoscível, do inapreensível, da delicadeza daqueles que não falam, porém expressam sua dor e seus traumas em decorrência do destino da vida sobre sua constituição:

Desde a origem, a criança se alimenta tanto de palavras quando de pão,  
e perece por palavras. Como diz o Evangelho, o homem não perece apenas pelo  
que entra na sua boca, mas também pelo que dela sai (Lacan, 1956-57/1995, p. 192).

### **2.3 – Autoerotismo (parcial, corporal) X Narcisismo (falo da mãe)**

Na pesquisa psicanalítica com bebês, a interlocução entre os conceitos de autoerotismo e narcisismo, elaborado por Freud em sua teoria, mostra-se relevante na contextualização dos processos da constituição do psiquismo. Compreender a constituição psíquica a partir de alguns recortes teóricos que apontam para o desenvolvimento do aparelho psíquico e seu funcionamento tão complexo revelou-se essencial. Na clínica médica, ao observar bebês, percebemos que: “a criança observada não revela nenhuma trajetória previsível. A questão de seu vir a ser, de seu ‘tornar-se’, permanece estruturalmente sem resposta, restando apenas o que o sujeito constrói, e que será encontrado somente *a posteriori*” (Ansermet, 2003, p. 14). Para o autor, “psicanálise ou biologia, uma não exclui a outra” (p. 14). Seguimos nas pistas do psiquismo, na medida em que, ao longo desse primeiro capítulo selecionamos alguns pontos-chaves fundamentais da metapsicologia freudiana: aparelho psíquico, vivência de satisfação e dor e o conceito de trauma. A seguir, elaboramos outra parte desse recorte, a junção e as diferenciações entre o autoerotismo e o narcisismo.

Uma das questões que julgamos importantes delimitar nesse ponto da pesquisa refere-se à constituição do Eu como instância do aparelho psíquico. Se, do ponto de vista dinâmico, conforme descrito no *Vocabulário de Psicanálise*, o eu “representa eminentemente, no

conflito neurótico, o pólo defensivo da personalidade; põe em jogo uma série de mecanismos de defesa, estes motivados pela percepção de um afeto desagradável (sinal de angustia)” (Laplanche & Pontalis, 2016, p.124), como o Eu será constituído nesses bebês? Eu prazer X Eu realidade X Eu prazer purificado. Freud (1911/2010), em “Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico”, diz que: “assim como o Eu-de-prazer não pode senão *desejar*, o Eu-realidade necessita apenas buscar o que é útil e proteger-se dos danos” (p. 116). Já em “As pulsões e seus destinos”, Freud (1915/2010) aponta que:

Na medida em que é autoerótico, o Eu não precisa do mundo exterior, mas recebe dele objetos, devido às experiências dos instintos de conservação do Eu, e portanto não pode deixar de sentir estímulos instintuais internos como desprazerosos por algum tempo. Sob o domínio do princípio do prazer se efetua nele mais uma evolução. Ele acolhe em seu Eu os objetos oferecidos, na medida em que são fontes de prazer, introjeta-os (conforme a expressão de Ferenczi) e por outro lado expõe de si o que se torna, em seu próprio interior, motivo de desprazer (p.74-75).

Para Freud (1915/2010), há uma mudança do Eu-realidade para um purificado Eu-de-prazer, que colocará o prazer acima de qualquer outro. Certamente, para explicar essa questão sobre o Eu, Freud (1915/2010) o define, dizendo que “o Eu se comporta passivamente face ao mundo externo, enquanto recebe estímulos dele, e ativamente, ao reagir a ele” (p. 73). Ou seja, como Freud (1915/2010) descreve no mesmo texto, “o objeto é levado ao Eu, desde o mundo exterior... se depois o objeto se revela fonte de prazer, ele será amado, mas também incorporado ao Eu, de modo que para o Eu-prazer purificado o objeto coincide novamente com o alheio e odiado” (p. 75-76). Não há dúvidas sobre a competência do bebê e sua condição de percepção do mundo, porém, com a realidade externa que atravessa seu organismo e impõe fatores estressores, o objeto será amado, odiado ou incorporado pelo Eu?

Seguimos com a contextualização para melhor compreensão, partindo da relação entre o autoerotismo e o narcisismo. Em “Introdução ao Narcisismo”, Freud (1914/2010) afirma que: “uma unidade comparável do Eu não existe desde o começo no indivíduo; o eu tem que ser desenvolvido. Mas os instintos autoeróticos são primordiais; então, deve haver algo que se acrescente ao autoerotismo, uma nova ação psíquica, para que se forme o narcisismo” (p.19). Pensamento freudiano relevante sobre a origem do Eu, não definido desde o início da vida, mas terá seu êxito a partir desse processo de maturação e desenvolvimento. Entretanto, em seu texto “Pulsões e Destinos da Pulsão”, Freud (1915/2010) descreve que as três polaridades psíquicas – *Sujeito (Eu) – Objeto (mundo externo), Prazer – Desprazer e Ativo – Passivo* – estabelecem conexão entre si, sendo que, na situação psíquica originária, duas delas coincidem:

bem no começo da vida anímica, o Eu se acha investido instintualmente, e em parte é capaz de satisfazer seus instintos em si mesmo. A esse estado chamamos de narcisismo, e de autoerótica a possibilidade de satisfação. Nesse tempo o mundo exterior não está investido de interesse (falando de modo geral) e não faz diferença no que toca à satisfação. Logo, nesse momento, o Eu-sujeito coincide com o que é prazeroso, o mundo externo com o que é indiferente (eventualmente com o que, enquanto fonte de estímulos, é desprazeroso) (p. 74).

Esse trecho contraria a afirmação freudiana do texto da *introdução ao narcisismo* (1914), em que o eu não existe desde o começo. Porém, em nota de rodapé, Freud (1915/2010) descreve que a pulsão sexual é capaz da satisfação autoerótica, mas o Eu não consegue essa satisfação, causando um problema, uma perturbação que abre caminho para mudanças. E continua: “o estado narcísico primordial não poderia tomar essa evolução se todo indivíduo não conhecesse um período de desamparo e cuidados, durante o qual suas necessidades prementes são satisfeitas por intervenção exterior, e com isso freadas na evolução” (p. 74). Literalmente, a frase freudiana de 1914 afirma a não existência do eu desde o início, porém, a continuidade dela aponta para o desenvolvimento do Eu, que certamente acontece desde os primórdios da vida, o que parece que Freud sustenta em sua obra.

Para explicitar esse processo do desenvolvimento do eu, iniciaremos com o autoerotismo que, na teoria freudiana, aparece pela primeira vez na *Carta 125* para Wilhelm Fliess, datada de 9 de dezembro de 1899. Nesse momento da sua teoria, Freud (1899/1988) diz que “a camada sexual mais inferior é o autoerotismo, que age sem qualquer objetivo psicosexual e exige somente sensações locais de satisfação” (p. 331). Inicialmente o bebê grita ao mundo sua necessidade vital, sua fome; num movimento de autoconservação, quando atendido e saciado através do alimento, uma outra etapa do processo de seu desenvolvimento psíquico se originará: o autoerotismo. Esse é o momento onde a sexualidade origina. Nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, Freud (1905/2016) aponta isso da seguinte forma:

Quem vê uma criança largar satisfeita o peito da mãe e adormecer, com faces rosadas e um sorriso feliz, tem que dizer que essa imagem é exemplar para a expressão da satisfação sexual na vida posterior. Então a necessidade de repetir a satisfação sexual se separa da necessidade de nutrição, uma necessidade que é inevitável, quando os dentes aparecem e a alimentação não é a mais exclusivamente sugada, e sim mastigada. A criança não se utiliza de um objeto exterior para sugar, mas sim de uma área da própria pele, porque isso lhe é mais cômodo, porque assim independe do mundo externo que ainda não consegue dominar, e porque dessa maneira cria praticamente uma segunda zona erógena, embora de valor menor (p. 86).

Essas primeiras satisfações do bebê no encontro com o seio materno, ou um substituto que o alimenta e também o satisfaz, é a origem do que Freud (1905/2016) chama de *mais primitiva satisfação sexual*, sendo o objeto da pulsão sexual situado fora do corpo. Porém,

somente depois de perder esse objeto de sua satisfação, com a marca ausência e presença da mãe, o bebê terá a percepção da satisfação. Portanto, Freud (1911/2010) afirma que a pulsão sexual se torna autoerótica e, quando superado o período de latência, a relação originária será reestabelecida:

Os instintos sexuais se comportam a princípio autoeroticamente; acham satisfação no próprio corpo e por isso não chegam à situação de frustração que levou ao estabelecimento do princípio da realidade. E, quando mais tarde começa neles o processo de busca do objeto, ele experimenta logo uma demorada interrupção no período de latência, que retarda o desenvolvimento sexual até a puberdade. Esses dois fatores – autoerotismo e período de latência – têm por consequência que o instinto sexual é detido em seu desenvolvimento psíquico e permanece muito mais tempo sob o domínio do princípio do prazer, ao qual em muitas pessoas não consegue jamais se subtrair (p.115).

Segundo Freud (1905/2016), no período de latência a criança amará aqueles que satisfazem suas necessidades e auxiliam no seu desamparo. Esse contato é sobrecarregado de excitação sexual, o outro torna-se substituto regular do objeto sexual, objeto da satisfação. O investimento nos objetos de satisfação não se constitui após a satisfação autoerótica, o bebê, ao permanecer longe dos primeiros objetos de sua satisfação, alucina a satisfação utilizando-se do próprio corpo, que possibilita sensações de prazer próximas das primeiras experiências.

Na clínica com bebês em situação de risco de morte, internados em terapia intensiva, notamos essa experiência de alucinação da satisfação, quando observamos o bebê sugando o tubo de ventilação mecânica orotraqueal, como se fosse uma chupeta, seio da mãe ou mamadeira. A criança, mesmo sob efeito de sedação, que diminuirá seu nível de consciência para preservar seu quadro clínico enquanto entubada, ou recebendo medicamentos para alívio das dores, que também causam sonolência e sedação, expressa através da boca movimentos como os de sucção. As próprias mães, quando observam esse movimento, relatam: “*Olha! Esta sugando o tubinho!*” O corpo controlado pela medicina, para responder bem ao tratamento clínico, expressa sua atividade, lenta, porém viva. Alguns bebês choram nesse momento do tratamento, mesmo entubados. Outros resistem a sedação e acordam, expressando um choro sem som, em função do aparelho que tampona o grito; assim, expressam através do rosto seu mal-estar. São sedados ou medicados para não sentir dor e para manter uma estabilidade necessária para sua sobrevivência. É observado que, quando apaziguados na dor ou no incômodo, parecem sugar novamente o tubo e continuam assim por longo período.

Em “Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico”, Freud (1911/2010) estabelece que “a continuidade do autoerotismo é que torna possível se ater por tanto tempo à satisfação mais fácil com o objeto sexual, momentânea e fantástica, em lugar da



satisfação real, que demanda esforço e adiamento” (p. 115-116). Separando-se do objeto, o seio materno, o bebê é lançado à fantasia, ao autoerotismo.

Esse funcionamento do psiquismo não é suficiente para apaziguar sua necessidade, a partir dos estímulos externos oferecidos pelo mundo. No caso descrito acima, o investimento libidinal é direcionado para fora do próprio corpo do bebê, nos outros objetos sexuais externos. A pessoa que ampara a criança torna-se figura necessária diante do temor do desamparo da própria natureza do bebê. O choro do bebê é a expressão do seu mal-estar, da angústia infantil, de um corpo amparado em sua incapacidade biológica, que, após ser libidinizado pelo outro externo, terá como destino um corpo pulsional e a necessidade da presença da pessoa amada que, na ausência, marca o temor.

Na clínica, diante do acompanhamento de adolescentes que na primeira infância passaram pela experiência de internações e tratamentos prolongados, observamos a permanência de comportamentos autoeróticos. Apresenta-se mais evidente quando as próprias mães confirmam e lembram-se dos comportamentos durante o tratamento quando bebês. Por exemplo, um bebê que permaneceu meses com traqueostomia e mantinha o comportamento de alisar com suas pequenas mãos o conector do tubo no próprio pescoço, como se fosse parte do seu corpo, mantém o mesmo comportamento ao longo da vida, mesmo sem a existência do tubo: principalmente antes de dormir, alisa seu pescoço como se existisse um conector de traqueostomia no mesmo lugar da primeira infância. Um outro exemplo é de um adolescente que só dormia com a mão entre as pernas, alisando seu órgão genital, principalmente o saco escrotal. Como a mãe mesma diz: *Ele faz isso desde bebê, só se acalma quando fica assim, alisando!* Na necessidade de nova cirurgia na adolescência, teve seu órgão genital extremamente dilatado em função do uso de medicamento necessário, prejudicando o contato em função do aumento de dores, o que fez o paciente apresentar uma crise de ansiedade durante a internação. Por esse motivo, a mãe relatou que esse comportamento era uma rotina diária e acalmava o filho efetivamente. Laplanche e Pontalis (2016) resumem que o autoerotismo é, “em sentido amplo, característica de um comportamento sexual em que o sujeito obtém a satisfação recorrendo ao seu próprio corpo”, e acrescentam: “característica de um comportamento sexual infantil precoce pela qual uma pulsão parcial, ligada ao funcionamento do órgão ou à excitação de uma zona erógena, encontra a sua satisfação no local” (p. 47). Como descrito por Freud (datas), as pulsões sexuais existem desde a origem.

No texto “Pulsão e seus Destinos”, Freud (1915/2010) diz que nessa fase inicial da evolução do Eu, a pulsão sexual possui satisfação autoerótica, a qual é habituado chamar de narcisismo, sem por em discussão a união entre os dois: autoerotismo e narcisismo. E

acrescenta: “então temos que dizer, sobre o estágio preliminar do instinto de olhar, em que o prazer de olhar tem o próprio corpo como objeto, que ele pertence ao narcisismo, é uma formação narcísica” (p.70). O indivíduo desenvolverá o que Freud (1915/2010) chama de *pulsão ativa de olhar*, abandonando mais tarde o narcisismo e mantendo sua posição ativa de olhar atento ao objeto narcísico. De acordo com Freud (1915/2010), o destino da pulsão, da organização narcísica do Eu, carregará a marca dessa fase.

O bebê, diante da presença/ausência materna, no fluxo de tensão do corpo, inicialmente biológico e posteriormente pulsional, apresenta notoriamente seu desamparo, sua incapacidade de manter-se vivo e constituir seu psiquismo. Essa precariedade psíquica e orgânica coloca os representantes da cultura, em especial a mãe, na assistência das necessidades básicas do bebê, as reais e as imaginarizadas pela própria mãe. Esse movimento de apaziguamento da tensão do corpo do bebê abre espaço para que a satisfação da necessidade possa ser acolhida e amparada. Por isso, torna-se essencial a presença do agente da cultura, que alivie a dor de existir do bebê e, através do seu amparo, proporcione condições para que a constituição do psiquismo siga seu fluxo. Ressaltamos, por isso, a relevância dessa nova ação psíquica e do objeto narcísico, que Nicéas (2013), em seu livro *Introdução ao Narcisismo: o amor de si*, ressalta:

O texto deixa por nomear o que seria essa “nova ação psíquica”, que se somaria ao autoerotismo para dar forma ao narcisismo. Um vetor freudiano já se inscreve aí e aponta para a seguinte direção: se o narcisismo coincide com o nascimento do eu, é para o eu como instância psíquica que se dirigirão as pulsões autoeróticas. Não há, assim, no texto freudiano, nenhuma ideia de síntese das pulsões, nenhuma transformação de pulsões parciais em pulsões totais, apenas coloca-se que as pulsões autoeróticas encontram uma unidade para investi-la, encontram um objeto. Porque, para Freud, trata-se do surgimento simultâneo do eu e do objeto, de uma relação estreita entre a origem narcísica do eu e a formação do objeto (p.90).

Inquestionavelmente, o vetor freudiano sobre a origem do eu, o narcisismo, não se reduz “a uma fase do desenvolvimento a ser ultrapassado e que, um vez deixada para trás, liquidada, se traduzisse como um sinal de maturação do sujeito. Ao contrário, o narcisismo freudiano se revela como um dado estrutural” (Nicéas, 2013, p.47). Em outras palavras, o narcisismo se dá como fundamental.

No texto dos *Três ensaios sobre a teoria da Sexualidade*, Freud (1905/1989) esclarece que “o encontro com o objeto é, na verdade, um reencontro” (p.209). Essa tentativa de encontro com o objeto pode ser pela via do apoio ou narcísica; a primeira busca os modelos infantis primários e, na segunda, o Eu busca no outro o encontro com o objeto perdido.

Assim, na forma de resgatar a satisfação perdida, a criança necessita de um outro que faça esse papel e que torne-se um vínculo para sua constituição psíquica. Nicéas (2013) continua:

o eu freudiano teria propriamente o estatuto de uma projeção, projeção mental da superfície do corpo. Dessa maneira, o narcisismo equivale a esse instante em que se explicita a fundação do eu, exteriormente às funções vitais, momento em que ele se dá à pulsão sexual, ao seu investimento por ela, à maneira de um objeto libidinal. Foi isso que a clínica do narcisismo confirmou a Freud, foi disso que tratou Lacan em seu O Estádio do espelho: a concepção da instância psíquica do eu enquanto objeto libidinal, feita a imagem da forma do humano (p. 95).

A constituição do Eu relacionada ao esquema corporal será possível através da imagem de si, segundo atraída pelo olhar do outro, “o narcisismo seria a captação amorosa do sujeito por essa imagem” (Laplanche e Pontalis, 2016, p. 288). O bebê, em sua situação original de desamparo, receberá a partir do outro maternante os cuidados para sua sobrevivência. Em uma dependência absoluta, expressa sua necessidade por comportamentos corporais que denotam seu apelo existencial. E isso não é feito sem essa projeção mental da superfície do corpo, apresentando seu conflito psíquico ao mundo externo, exigindo sem saber auxílio do enigma materno. Freud (1914/2010) descreve o narcisismo primário argumentando com a teoria da libido, observando na atitude dos pais com os filhos uma reprodução do próprio narcisismo abandonado. Salientamos a importância desse acolhimento do desamparo psíquico do bebê na constituição do seu narcisismo. Porém esse movimento não se dá sem conflito. Guimarães (2012), sobre a força do desamparo, diz:

Pode-se dizer que essa força do desamparo impulsiona a formação do psiquismo no sentido de lidar com a tensão interna. A condição de desamparo, assim, é atribuída da abertura do sujeito para o mundo, à medida que se instaura, a partir dele, a necessidade de deslocamento do estado narcísico. Isso quer dizer que esse estado deve ser, mesmo que parcialmente, abandonado, porque, inevitavelmente, existe uma condição de desamparo e cuidado em que necessidades urgentes são atendidas ou satisfeitas por agentes externos. É esse acometimento do bebê pelo agente externo que possibilita a descarga e satisfação da necessidade (p. 58).

Voltando-se para o mundo externo a partir da presença de um outro semelhante, que faça esse movimento de organização de um corpo inicialmente em descompasso e um Eu em desenvolvimento, a constituição psíquica seguirá seu caminho. Sem esse outro primordial, que subjetive o psiquismo, as exigências pulsionais ficarão a cargo da precariedade e incapacidade do aparelho psíquico não constituído e de um corpo biológico sem investimento libidinal. Porém, imposto pelo mundo externo, o ideal do Eu se fará presente na constituição do eu. Sobre o ideal do Eu, Laplanche e Pontalis (2016) escrevem:

Expressão utilizada por Freud no quadro da sua segunda teoria do aparelho psíquico. Instância da personalidade resultante da convergência do narcisismo (idealização do ego), e das identificações com os pais, com os seus substitutos e com os ideais coletivos. Enquanto instância diferenciada, o ideal do ego constitui um modelo a que o sujeito procura conformar-se (p.222).

Quanto ao Eu ideal, os mesmos autores descrevem: “formação intrapsíquica que certos autores, diferenciando-a do ideal do ego, definem com um ideal narcísico de onipotência forjado a partir do modelo do narcisismo infantil” (p.139). Para Freud (1940/1975), é tarefa do Eu manter a satisfação através de uma maneira menos perigosa e as exigências somáticas atribuídas à mente são de natureza conservadora: “o estado, seja qual for, que um organismo atingiu dá origem a uma tendência a restabelecer esse estado assim que ele é abandonado” (p. 173). Acrescenta adiante que a libido tem fontes somáticas, várias partes do corpo e órgãos são zonas erógenas, e o corpo todo também tem essa condição de zona erógena. Portanto, a pulsão sexual mantém uma influência, tornando o corpo biológico um corpo libidinal, corpo erógeno. Para Freud (1923/2011), “o Eu é antes de tudo corporal” (p. 32). E, anterior ao desenvolvimento do Eu, o bebê inicialmente possui um corpo desintegrado, sem dimensões organizadas de maturação e desenvolvimento, o que Lacan (1949/1998) explica no *estádio do espelho* como “verdadeira prematuração específica do nascimento no homem” (p. 100). Mais a frente, acrescenta: “esse corpo despedaçado” (p.100). Vejamos como o *estádio do espelho* lacaniano é apresentado pelo próprio:

A assunção jubilatória de sua imagem especular por esse ser ainda mergulhado na impotência motora e dependência da amamentação que é o filhote do homem nesse 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 como o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito (p. 97).

Esse corpo desintegrado, uma imagem corporal despedaçada, terá como proteção a ação do narcisismo no psiquismo, ultrapassando o autoerotismo como modo de satisfação e o amor objetual, para tomar seu lugar e unificar os processos de estruturação do eu. Sobre esse aspecto da constituição do psiquismo, Freud (1914/2010) escreve:

A esse ideal do Eu dirige-se então o amor a si mesmo, que o Eu real desfrutou na infância. O narcisismo aparece deslocado para esse novo Eu ideal, que como o infantil se acha de posse de toda preciosa perfeição. Aqui, como sempre no âmbito da libido, o indivíduo se revelou incapaz de renunciar à satisfação que uma vez foi desfrutada. Ele não quer se privar da perfeição narcísica de sua infância, e se não pôde mantê-la, perturbado por admoestações durante seu desenvolvimento e tendo seu juízo despertado, procura readquiri-la na forma nova do ideal do Eu. O que ele projeta diante de si como seu ideal é o substituto para o narcisismo perdido da infância, na qual ele era seu próprio ideal (p. 40).

Esse deslocamento é imposto de fora, do mundo externo, portanto, para Freud (1914/2010), os pais, os educadores e muitos outros representantes da cultura, participantes da formação do indivíduo serão responsáveis pela formação do Ideal do Eu: “Uma parte do amor próprio é primária, resto do narcisismo infantil; outra parte se origina da onipotência confirmada pela experiência (do cumprimento do ideal do Eu); uma terceira, da satisfação da libido objetal” (Freud, 1914/2010, p. 48).

Sobre a gênese do amor para o narcisismo, Nicéas (2013) afirma que Freud oferece uma bússola: “é o ‘ideal do eu’, formação derivada do narcisismo, mas a se inscrever num registro em que um outro da fala pode estabelecer com o sujeito um laço simbólico, em que se podem encarnar trocas através da palavra com efeitos diferentes de identificação”(p. 98). Nesse lugar de investimento e capacidade para ser amado, o sujeito se desenvolve numa relação de eterna ambivalência e conflito.

A felicidade marcada pelas primeiras satisfações da relação amorosa do bebê com o seio materno (ou seu substituto), a satisfação perdida, que representa a Coisa (*das Ding*<sup>23</sup>), não será abandonada; seu destino seguirá “um primeiro deslocamento do narcisismo originário para o eu ideal, vai tentar resgatá-lo agora, na função de uma outra formação de ideal: o ideal do eu, projeção verdadeiramente substitutiva do narcisismo” (Nicéas, 2013, p. 82). Para Freud (1914/2010), “haver trocado seu narcisismo pela veneração de um elevado ideal do Eu não implica ter alcançado a sublimação de seus instintos libidinais”(p. 41). Em outras palavras, a satisfação primeira nunca será renunciada:

Ele não quer se privar da perfeição narcísica de sua infância, e se não pôde mantê-la, perturbado por admoestações durante seu desenvolvimento e tendo seu juízo despertado, procura readquiri-la na forma nova de ideal do Eu. O que ele projeta diante de si como seu ideal é o substituto para o narcisismo perdido da infância, na qual ele era seu próprio ideal (p. 40).

No texto intitulado *Autobiografia*, Freud (1925c/2011) apresenta um fragmento importante, que resume um pouco do que descrevemos ao longo do texto. Que o estado designado por *narcisismo* ou *amor a si próprio* nunca é completamente eliminado, sendo reservatório da libido, portanto a “libido narcísica se transforma continuamente em libido objetal e vice-versa” (p. 143). Na clínica com bebês, ficamos com a primeira parte do conceito de narcisismo, aquela que Freud (1914/2010) chama de terceira via de acesso, para acrescentar e concluir, retomamos a citação freudiana sobre a relação entre esses dois

---

<sup>23</sup> Cf. *Projeto para uma psicologia científica* (1895).

momentos da vida dos indivíduos, entrelaçados pelo destino do desenvolvimento do próprio narcisismo:

Uma terceira via de acesso ao estudo do narcisismo constitui a vida amorosa dos seres humanos, em sua variada diferenciação no homem e na mulher. Assim como a libido de objeto escondeu primeiramente da nossa observação a libido do Eu, também na escolha de objeto pela criança (e o adolescente) vimos primeiro que ela toma os objetos sexuais de suas vivências de satisfação. As primeiras satisfações sexuais autoeróticas são experimentadas em conexão com funções vitais de autoconservação. Os instintos sexuais apoiam-se de início na satisfação dos instintos do Eu, apenas mais tarde tornam-se independentes deles; mas esse apoio mostra-se ainda no fato de as pessoas encarregadas da nutrição, cuidado e proteção da criança tornarem-se os primeiros objetos sexuais, ou seja, a mãe ou quem a substitui (Freud, 1914/2010, p. 31-32).

A constituição psíquica do bebê e a subjetividade materna tornaram-se questões essenciais na discussão dessa pesquisa, em um contexto clínico em que a junção desses dois fenômenos são vistos longe da vida privada, na presença de profissionais da saúde como expectadores legítimos de um momento de interrupção da vida planejada e esperada pelos pais. O nascimento de um bebê acometido por malformação congênita torna-se um sério problema para a família e um processo de aceitação muitas vezes lento. O bebê não pode dimensionar seu sofrimento a princípio, sente seu mal-estar quando manipulado e desamparado em suas necessidades vitais e psíquicas, o que, ao longo desse primeiro capítulo, fizemos um esforço teórico para compreender. Qual a dimensão do sofrimento psíquico dos bebês em tratamento médico hospitalar de alta complexidade?

Sobre o desenvolvimento do Eu desses pequenos indivíduos é possível notar, com a ajuda indispensável de Freud, que o sofrimento humano resultante da alienação e da ambivalência insuperável é inerente ao desenvolvimento humano. Freud (1924/2011) descreve “esse Eu como uma pobre criatura submetida a uma tripla servidão, que sofre com as ameaças de três perigos: do mundo externo, da libido do id e do rigor do Super-eu” (p. 70).

O mundo externo visto como ameaçador é notável, mas o psiquismo humano nos pareceu incalculável, restrito, indecifrável e enigmático. A contingência da vida parece clara, sabemos do que se trata na doença e a medicina avança suas propostas e práticas terapêuticas. Mas o psiquismo humano é receptor ativo de grande parte dos estímulos que o afetam. Não temos como calcular o que o afeta. Qualquer movimento de presença ou ausência poderá marcá-lo. Freud (1916/2010), no texto “Alguns tipos de caráter encontrados na prática psicanalítica”, cita uma fala do monólogo inicial de Ricardo III, de Shakespeare:

A natureza cometeu uma grave injustiça comigo, ao me negar as belas proporções que conquistam o amor humano. A vida me deve por isso uma reparação, que eu tratarei de conseguir. Eu tenho o direito

de ser um exceção, de não me importar com os escrúpulos que detêm o outro. Posso ser injusto, pois houve injustiça comigo (p. 259).

Freud (1916/2010) acrescenta: “todos nós cremos ter motivo para nos irritar com a natureza e o destino por desvantagens congênicas e infantis; todos exigimos reparação por antigos agravos ao nosso narcisismo, ao nosso amor-próprio” (p. 259). O narcisismo se reconhece a partir do resultado da natureza e da imagem do corpo que a criança constituiu partindo do espelho que mirou, sinalizado por sua mãe e pelos discursos compostos na sua cultura quanto a sua história. Alguns pacientes da clínica quando adultos dizem: *Por que isso aconteceu comigo? Tento esconder a marca da cicatriz para que não me vejam como doente, mas não consigo. Uma vez tentei namorar um menino que ao ver minha cicatriz disse: não posso namorar uma menina com problema de coração, quero ter filhos!* Nesse momento, em análise, ela pode dizer sobre seu desejo de ter filhos, mas foi desaconselhada pelo médico em função do risco da gestação para seu coração. *Meu médico me disse que eu posso morrer!* O desejo de ser mãe talvez ainda não estivesse definido, mas a questão apareceu na ordem da castração: *Eu não posso! Por que isso aconteceu comigo?* Questiona seu destino, de um corpo sentido como despedaçado.

Foi possível compreender que, mesmo de forma enigmática, o psiquismo, a partir dos conceitos freudianos, mantém uma lógica de funcionamento. Sobre *a mente e o seu funcionamento*, Freud (1940/1975), diz:

a psicanálise faz uma suposição básica, cuja discussão se reserva ao pensamento filosófico, mas a justificação da qual reside em seus resultados. Conhecemos duas espécies de coisas sobre o que chamamos nossa psique (ou vida mental): em primeiro lugar, seu órgão corporal e cena de ação, o cérebro (ou sistema nervoso) e, por outro lado, nossos atos de consciência, que são dados imediatos e não podem ser mais explicados por nenhum tipo de descrição (p.169).

Portanto, antes de problematizar a subjetividade materna presente nessa clínica, suscitou como primordial compreender aquele que Freud (2014/2010) denominou “sua majestade o bebê” (p. 37), representado como questão de investigação nesse contexto. No texto “Sobre a interface entre a subjetividade materna e as malformações do neonato”, Vorcaro e Martins (2016) asseveram:

Para problematizar a subjetividade materna na clínica das malformações do neonato, é necessário partir da *sua majestade o bebê*, que Freud (1914) se referiu ao estudar o narcisismo. Afinal, entre o bebê e a mãe encontra-se o que ele afirma como o ponto *mais delicado do sistema narcísico, a imortalidade do Eu* (p.37), aspecto observado nas expectativas projetadas no filho relativas aos próprios sonhos não realizados, que expressam o *narcisismo a muito tempo abandonado* (p.36). Diante da contingência da malformação, essa perspectiva subjetiva apresenta uma possível suspensão (p. 151).

Foi inevitável seguir o caminho da impotência fisiológica do recém-nascido, ainda em constituição, na cena de cuidados intensivos e risco de morte, pois ele torna-se, mesmo assim, subjetivamente tão potente ao ponto de transformar a vida do seu responsável em um momento de crise e sofrimento emocional algumas vezes avassalador. Em uma servidão imaginária, a mãe segue concentrando uma parte do seu narcisismo no órgão doente do filho. Nesse ponto, o narcisismo revela sua importância na medida em que o eu é apreensível como objeto. Como objeto para o Outro, inicialmente, e como um objeto que se desdobra, se duplica e cria a especularidade que torna o eu do neurótico sempre e de algum modo dividido, separado de “si”. A mãe aí mostra-se doente como o filho, passiva, sem condições de responder às exigências do mundo externo. Sente-se paralisada como o filho, submetida aos efeitos da medicina, sofre na sua condição impotente.

Sobre a relação simbólica mãe e filho, primordial e necessária para constituição da subjetividade, nesse contexto será atravessada pelo mundo externo e seus perigos. Esse atravessamento dos perigos da vida tem como consequência danos patológicos ou poderá também apresentar uma organização psíquica regulada e marcada pela sorte ou pelo apoio ativo do recurso emocional dos participantes do contexto. Uma servidão imaginária da mãe com seu filho acometido por malformação congênita tem consequências sobre a mãe a nível psíquico. O filho pode torna-se um falo capenga, que difere do falo imaginário construído ao longo da sua história e significativo do seu desejo enquanto mulher. Ter ou não o filho. Sobre o falo imaginário, Lacan (1956-57/1995) considera:

O falo imaginário é o pivô de toda uma série de fatos que exigem seu postulado. É preciso estudar este labirinto onde o sujeito habitualmente se perde, e pode mesmo vir a ser devorado. O fio para se poder sair é dado pelo fato de que à mãe falta o falo, que é porque ele lhe falta que ela o deseja, e é apenas na medida em que alguma coisa lhe proporcione que ela pode ser satisfeita (p. 194).

A mãe “insaciável, insatisfeita, em torno de quem se constrói toda a escalada da criança no caminho do narcisismo, é alguém real, ela está ali e, como todos os seres insaciados, ela procura o que devorar” (Lacan, 1956-57/1995, p. 199). Continuamos esse tema com mais propriedade no segundo capítulo, anunciando essa questão relevante que consideramos: a subjetividade materna e seus impasses nessa clínica.



## CAPITULO III – SUBJETIVIDADE MATERNA

*“Seja o que deve ser. Minha raça,  
 Ainda que inferior, quero conhecer.  
 É com razão, pois as mulheres pensam na grandeza,  
 Que ela tem vergonha de meu nascimento baixo.  
 Mas eu, tendo-me como filho da sorte,  
 A favorável, não quero ser desonrado.  
 Pois ela é a minha mãe. Pequenas e grandes,  
 Envolveram-me as luas do meu nascimento.  
 E, gerado assim, não quero partir, assim,  
 Sem investigar totalmente quem sou”.*  
 (Hölderlin)

### 3.1 – Notas sobre a subjetividade materna

Começar com um poema do final do século XVIII do poeta, romancista, dramaturgo e filósofo Friedrich Hölderlin foi a alternativa para introduzir nesse texto a sutileza, delicadeza e esmorecimento que a clínica com bebês acometidos por malformação congênita apresentam inicialmente. Selecionamos e contextualizamos no primeiro capítulo o que consideramos aspectos da teoria freudiana importantes sobre a constituição psíquica do bebê, da sua condição no mundo, suas possibilidades e dificuldades. Compreender o bebê se mostrou, a princípio, mais enigmático do que compreender o sujeito materno, porém, ambos, a constituição do psiquismo e a subjetividade materna misturam-se na cena de tratamentos médicos e diagnósticos de malformação congênita, apresentando os impasses e as alternativas de trabalho clínico para o psicanalista presente.

Nos *Estudos sobre a Histeria*, Freud (1893/2016) situa a conexão dos sintomas histéricos a motivos precipitadores e exemplifica:

Uma criança gravemente enferma adormece por fim; a mãe concentra toda sua força de vontade em se manter quieta e não despertá-la. Devido precisamente a essa intenção, ela produz (“contravontade histérica”!) um ruído estalante em que também quer se manter absolutamente quieta, e disso nasce um tique, que, na forma de estalido da língua, acompanha-a por muitos anos, sempre que fica agitada (p. 21).

Freud (1893/2016) conceitua a *histeria traumática* e diz que “toda vivência que suscita os penosos afetos de pavor, angústia, vergonha, dor psíquica, pode atuar como trauma psíquico; se isso de fato acontece depende, compreensivelmente, da sensibilidade da pessoa

afetada” (p.22). Freud mostra como a “contravontade histérica” é uma formação reativa diante do impasse com o objeto. O bebê doente que ela conscientemente não quer perturbar, mas o tique nervoso como uma resposta sintomática à dificuldade em assimilar, em simbolizar aquela presença que rompe a idealização. Afetos que verificamos com frequência na clínica em questão, em que o atravessamento da contingência da vida, nesse caso, a malformação congênita do bebê, será experimentado de forma singular por essas mulheres. A vulnerabilidade orgânica do bebê evidencia o aparecimento do desamparo psíquico, observado também nas mães. Isso gera os afetos de *pavor, angústia, vergonha e dor psíquica*, expressos através da subjetividade e comportamento dessas mulheres, que revelam a perturbação do ideal escamoteado pelo viés da contingência da vida.

### 3.1.1 – *Entre a mãe e a mulher: o bebê como veio ao mundo*

A maternidade é sobrecarregada de incertezas, nem sempre recompensada com o filho idealizado, o que não impede que a mulher idealize essa condição. Antes mesmo de deparar-se com o filho e, nesse contexto, a realidade de um filho acometido por malformação congênita, a própria maternidade sobrecarrega a subjetividade da mulher de indagações e impasses que esbarram na posição enigmática do feminino.

No âmbito da nossa pesquisa é importante esclarecer que a maternidade é atravessada pela incidência de malformações congênitas do recém-nascido, o que não é um acontecimento raro, estando entre os problemas médicos de prevenção e cura mais difíceis. Santos e Dias (2005) nos dizem que “qualquer alteração no decorrer do desenvolvimento embrionário pode resultar em anomalias congênitas que podem variar desde pequenas assimetrias até defeitos com maiores comprometimentos estéticos e funcionais” (p. 592-3). São decorrentes de causas diversas, afetam esqueleto, órgãos sensoriais, músculos, a circulação, sistemas respiratório e nervoso, e o metabolismo do recém-nascido.

Na experiência em Hospital Geral, na clínica com bebês acometidos por malformação congênita, os diagnósticos mais frequentes são as cardiopatias congênitas e as malformações craniofaciais, algumas associadas a síndromes genéticas, sendo o tratamento cirúrgico o indicado na maioria dos casos. Doenças que na sua grande maioria requerem tratamento de alta complexidade, realizado em centro cirúrgico, com internações em centro de terapia intensiva e acompanhamento médico – em internação hospitalar por um período e

ambulatorial ao longo da vida. Limitações físicas, sequelas neuropsicomotoras graves, transplante cardíaco (ex: cardiopatia congênita complexa), inúmeras intervenções cirúrgicas, sequelas cicatriciais, podem estar associadas à história de vida desses bebês, que, em determinado momento do tratamento, são crianças maiores ou adultos à espera de uma resolução da medicina no tratamento da malformação congênita.

No contexto hospitalar, obviamente, a possibilidade de vínculo e relação mãe/bebê é atravessada pelo saber da ciência. O imperativo que se dá é o de que o bebê sobreviva por meio do tratamento clínico e/ou cirúrgico. Assim, o bebê é acolhido com a tecnologia médica necessária, aparelhado para a vida fisiológica, precisando, em sua urgência orgânica, das intervenções médicas, por vezes invasivas, para sobrevivência do corpo. Para Clavreul (1978), o desejo do médico é definido pelo objeto da medicina, e acrescenta:

o corpo não é senão o lugar onde a doença se inscreve. O que chamamos um ‘belo doente’ nunca designou nada de considerações estéticas sobre seu corpo, morto ou vivo. É somente a doença ou as doenças que ele é portador que o designam para a admiração dos médicos (p. 115).

É sabido que os esforços médicos são voltados para viabilizar a sobrevivência do pequeno paciente, mas sabemos que o êxito dos avanços técnico-científicos inaugura outras condições de risco: o risco do desamparo psíquico do bebê e da mãe. No primeiro capítulo, procuramos explicar esse desamparo do bebê e, agora, contextualizando a subjetividade materna, reunimos ambos: o bebê e sua mãe. Indivíduos presentes no dia a dia da nossa experiência clínica, motivo do interesse dessa pesquisa.

Salientando a maternidade, consideramos o que Freud (1914/2010), no texto “Introdução ao Narcisismo”, diz das atitudes de afetos que os pais direcionam aos filhos: são a “reprodução do seu próprio narcisismo há muito tempo abandonado” (p36). E continua:

Os pais são levados a atribuir à criança todas as perfeições – que um observador neutro nelas não encontraria – e a ocultar e esquecer todos os defeitos, algo que se relaciona, aliás, com a negação da sexualidade infantil. Mas também se verifica a tendência a suspender, face à criança, todas as conquistas culturais que o seu próprio narcisismo foi obrigado a reconhecer, e a nela renovar as exigências de privilégios há muito renunciados. As coisas devem ser melhores para a criança do que foram para seus pais, ela não deve estar sujeita às necessidades que reconhecemos como dominantes na vida. Doença, morte, renúncia à fruição, restrição da própria vontade não devem vigorar para a criança, tanto as leis da natureza como as da sociedade serão revogadas para ela, que novamente será centro e âmago da Criação. *His Majesty the Baby*, como um dia pensamos de nós mesmos (p. 36-37).

*Sua majestade o bebê* apresenta-se ao mundo de forma particular, surpreende os expectadores, escancarando sua incapacidade e fragilidade, o que exige de imediato um cuidador que o ampare em seu desenvolvimento. A mãe, tomada pela própria experiência e

narcisismo já constituído, transfere para o filho sua história, afinal, é tudo que essa mulher dispõe de pessoal e subjetivo para oferecer como herança simbólica. O bebê, incapaz de decidir por si, precisa desse outro materno que constitua seu psiquismo, sua vida, portanto, estará submetido e imerso a esse contexto da experiência materna.

No contexto desse trabalho de pesquisa, é possível fazer uma analogia entre a experiência da maternidade e o que Lacan (1945/1998), em seu texto “O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada”, descreveu sobre as instâncias do tempo: “o instante do olhar, o tempo para compreender e o momento de concluir” (p.205). Assim, ele separa os momentos lógicos da evidência. No instante de olhar, o sujeito vê os outros, mas não consegue se ver. No tempo de compreender, acredita dizer quem é, mas não tem certeza. E, no momento de concluir, o sujeito tem a chance de notar sua incompletude. Lacan (1945/1998) acrescenta que “o pensamento moderno mostrou que todo juízo é essencialmente um ato e, aqui, as contingências dramáticas só fazem isolar esse ato no gesto da saída dos sujeitos” (p.209). Isso mostra o que o psicanalista chama de “outros modos de expressão do ato de concluir” (209). E continua:

O que constitui a singularidade do ato de concluir, na asserção subjetiva demonstrada pelo sofisma, é que ele se antecipa às suas certezas, em razão da tensão temporal de que é subjetivamente carregado, e que, sob a condição dessa mesma antecipação, sua certeza se confirma numa precipitação lógica que determina a descarga dessa tensão, para que enfim a conclusão fundamente-se em não mais do que instâncias temporais totalmente objetivadas, e que a asserção se des-subjete no mais baixo grau (Lacan, 1945/1998, p. 209-210).

Essa relação da certeza antecipada com a maternidade parece-nos oportuna em função do que Lacan (1945/1998) apontou sobre as *contingências dramáticas*, que impõe aos sujeitos uma tentativa de saída, uma conclusão precipitada do seu ser e da sua condição no mundo. Na evidência da maternidade, gravidez confirmada, mulheres apresentam-se diante do resultado de uma escolha que consideram inicialmente assertiva ou da continência da vida, que traz a possibilidade de que algo se realize: o nascimento de um bebê, sem que ao menos tivessem o tempo de compreender. No momento da gestação deparam-se com o diagnóstico da malformação do seu bebê: essa informação poderá ser dada no pré-natal, pós-natal imediato ou nos primeiros anos de vida do bebê, situações com repercussões diferentes, porém, não sem uma certa dose de angústia. No pré-natal o tempo de espera torna-se longo, meses de gestação parecem uma eternidade, afinal, para os pais – no caso da nossa pesquisa, especificamente a mãe – cabe pensar sobre o futuro do seu bebê: suas dores, necessidades cirúrgicas, limitações físicas e risco de morte; além do luto do bebê idealizado.

Nesse aspecto é possível retomar um caso acompanhado na clínica, de uma criança maior, que aguardava a programação da cirurgia cardíaca. Na assistência psicológica à criança, durante a avaliação pré-operatória, observa-se primeiramente o mal-estar psíquico expresso pela mãe, que chora e demonstra seu desespero claramente. Antes de avaliar a criança, foi necessário acolher o desespero da mãe. O atendimento é realizado em sala reservada, o que possibilita à mãe falar sobre seu desalento e, assim, contar sua história. Verbaliza sobre a gestação do primeiro filho e a dificuldade para engravidar, o que a fez perder as esperanças de ter um bebê após o diagnóstico médico. Dispensando contraceptivos, já que não havia possibilidade de engravidar, nesse tempo, inicia um tratamento para outros problemas de saúde com uso de medicações controladas. No tempo do tratamento para outra doença, descobre a gravidez e necessita permanecer em repouso por toda a gestação, em função de problema de saúde. A gravidez desejada tornou-se a sua maior preocupação, permanecendo ao longo de toda gestação com a ideia de perda, em função da sua condição de saúde e do diagnóstico pré-natal de malformação cardíaca do feto, o que aumentou seus afetos de insegurança, choro e tristeza. Na internação do filho, após anos de acompanhamento médico, evidenciava-se a necessidade do tratamento cirúrgico, fantasma que a assolava durante a gestação e ao longo dos últimos anos. Assim, diz: *“Tenho o tempo todo medo de perder meu filho, ele é diferente, é especial, precisa de mim! Não faço nada além de trabalhar e cuidar dos meus filhos, dedico todo meu tempo quando não estou no trabalho para eles! Sou agarrada demais com meu filho! Tenho um medo absurdo de que algo aconteça, esse pensamento nunca saiu da minha cabeça! E agora volta mais forte, porque ele precisa fazer a cirurgia. Eu pensava que um dia um milagre pudesse acontecer, todas os pensamentos que tive na gestação voltaram muito forte agora”*. E chora muito! Em outro momento do acompanhamento, perde por um instante a sensibilidade das pernas – afirma não sentir suas pernas –, empalidece e sente-se fraca. Mesmo diante do resultado satisfatório da cirurgia do filho, mostra-se fragilizada e descrente das informações médicas.

No texto “Mecanismos psíquicos dos fenômenos histéricos”, sobre a perda de afeto de uma lembrança, Freud (1893/2016) diz que:

O empalidecimento ou perda de afeto de uma lembrança depende de vários fatores. O que importa sobretudo, é se ocorreu ou não uma reação energética ao evento afetador. Entendemos aqui por reação toda a série de reflexos voluntários e involuntários em que, como se sabe pela experiência, os afetos se descarregam: do choro até o ato de vingança. Quando essa reação ocorre em grau suficiente, faz desaparecer uma grande parte do afeto; nossa linguagem dá testemunho desse fato, que é de observação cotidiana, em expressões como ‘desafogar a raiva’ [sich austoben], ‘desafogar o choro’ [sich ausweinen] etc. Se a reação é suprimida, o afeto permanece ligado à lembrança (p. 26).

Os afetos expressos como *desafogar o choro* mantém um valor nessa clínica. Muitas vezes, o choro é a primeira expressão do desespero sentido por essas mulheres diante da realidade da malformação do filho. Após o choro, muito se diz no desenrolar de um atendimento oferecido pelo analista a essas mulheres.

Seguindo, descreveremos outra situação, a do diagnóstico no pós-natal, quando o susto é o primeiro impacto. Ainda na maternidade ou em sua residência, com o filho nos braços, a mãe recebe a informação médica de que o bebê tem uma malformação congênita. Em ambas as situações, a mãe precisa de um tempo subjetivo para a compreensão dessa informação, porém, esse tempo não existe de fato: a realidade da doença do filho explicita a urgência para o seguimento do tratamento. Nos relatos dessas mulheres nos acompanhamentos, tanto ambulatorial quanto durante a internação hospitalar do bebê, é observado o caos subjetivo. O fragmento que mostraremos aponta para um esmorecimento do ser: “*tenho a sensação que o chão se abriu diante de mim! Meus passos parecem flutuar, como se o chão estivesse mole*”. A sensação de que o solo oscila, a instabilidade do chão é o reflexo da instabilidade que torna-se a vida a partir do diagnóstico. Seguir a vida mostra-se incerto, um caminho inseguro, instaura o impacto da experiência traumática.

A gravidez é um momento de incertezas por si só: não se sabe a olhos nu o que encontra-se efetivamente dentro do útero. As tecnologias avançadas mostram em até três dimensões a imagem do bebê intra-utero e, a partir das avaliações diagnósticas desses exames, o que se passa no organismo ainda em gestação. Porém, mesmo aquelas mães que lançam mão da tecnologia existente não são efetivamente satisfeitas e apaziguadas pelas informações médicas. A sensação aflitiva durante a gestação mantém-se nas falas e comportamento sobre uma aparente ameaça constante de que algo poderá não acontecer como planejado. Além do desconforto no corpo, pelo mal-estar físico causado pela gravidez, muitas mulheres anseiam pelo desfecho do parto, que será o momento de comprovação de um possível bem-estar do seu bebê. Ver o bebê é o primeiro pedido das mulheres após o parto, quando tocam o corpo do filho para verificar que colocaram no mundo uma criança saudável.

Mannoni (1964/1988), em *A criança retardada e sua mãe*, aponta que: “qualquer que seja a mãe, o nascimento de uma criança nunca corresponde exatamente ao que ela espera. Depois da provação da gravidez e do parto, deveria vir a compensação que faria dela uma mãe feliz” (p. XVIII). O nascimento não traz a satisfação esperada, pelo contrário, inicia-se o desencadeamento de afetos que parecem não ter fim. A mãe coloca-se a serviço da maternidade e não parece encontrar a satisfação desejada.

O nascimento do bebê e a visão de uma aparente saúde – nos casos das cardiopatias congênitas em que o bebê não apresenta uma malformação aparente – alivia em certo grau essa tensão inicial. Porém, ainda não sem mal-estar ou conflito diante do filho idealizado frente à presença do filho como veio ao mundo, que será de maneira particular subjetivado por cada mulher. Nos casos de malformações craniofaciais – síndromes genéticas em que o bebê apresenta alterações evidentes –, o impacto é instantâneo: o instante de ver permanece paralisado antes mesmo que se possa passar para o tempo de compreender.

Lacan (1956-57/1995), na lição “A estrutura dos mitos”, do *Seminário, livro 4: a relação de objeto*, aponta que “o falo, na medida em que é objeto imaginário do desejo materno, constituía um ponto realmente crucial da relação mãe-filho” (p. 275). Segue esclarecendo: “o drama imaginário tende para uma situação fundamental da qual não podemos desconhecer o caráter crucial, onde ele se insere e assume um sentido ainda mais elaborado – a situação de surpresa” (p. 277). Ao ser surpreendida pela vivência como tal e o filho como veio ao mundo, a mãe se depara com o desejo imaginário e a cena real. No instante de ver e ser visto, Lacan (1956-57/1995) aponta: “é assim que, num grau superior ao ver e ser visto, a dialética imaginária resulta num dar-a-ver e ser surpreendido pelo desenvolvimento. Essa dialética é a única que nos permite compreender o sentido fundamental do ato de ver” (p. 277).

Nas experiências da confirmação da malformação congênita, os afetos são expressos de forma particular, porém, podem explicitar para a mãe “a vergonha daquilo que lhe falta” (Lacan, 1956-57/1995, p. 227). Importante salientar a vergonha a partir do que Lacan (1964/1998) considerou como “o olhar se vê” (p. 84). Nesse trecho do *Seminário, livro 11*, Lacan (1964/1998), considerando Sartre em *O Ser e o Nada*, diz que:

precisamente esse olhar de que fala Sartre, esse olhar que me surpreende, e me reduz a alguma vergonha, pois que é este o sentimento que ele esboça como o mais acentuado. Esse olhar que encontro – isto pode ser destacado no texto mesmo de Sartre – de modo algum é um olhar visto, mas um olhar imaginado por mim no campo do Outro (p.84).

Mais a frente do mesmo texto, Lacan (1964/1998) aponta: “um olhar o surpreende na função de voyeur, o desorienta, o desmonta, e o reduz ao sentimento de vergonha” (p. 84). Ver e ser vista como mãe, mas longe imaginariamente do ideal do filho “perfeito”, e sim na presença do bebê como veio ao mundo, envergonha, angustia. A malformação torna-se tão marcante que ofusca qualquer possibilidade do filho idealizado brilhar. A experiência do olhar do Outro imaginado como reprovação é tão radical e intensificado pela contingência que

defesas e afetos são automaticamente expressos de forma ambivalente. Em “A significação do falo”, Lacan (1958/1998) aponta que, para ser o falo, que é o significante do desejo do Outro, a mulher “vai rejeitar uma parcela essencial da feminilidade, nomeando todos os seus atributos na mascarada. É pelo que ela não é que ela pretende ser desejada, ao mesmo tempo amada” (p. 701). No desejo de ser amada, o falo mantém sua função significante, indicando o que falta a essa mulher para além do filho, inaugurando uma relação mãe-falo-bebê. Lacan (1958/1998), no mesmo texto, diz que “na doutrina freudiana, o falo não é uma fantasia... tampouco é, como tal, um objeto (parcial interno, bom, mau, etc.)... é menos ainda o órgão, pênis ou clitóris, que ele simboliza... o falo é um significante” (p. 696-697).

Diante disso, a angústia é um afeto que de fato é observado nas falas maternas. Freud (1926/2014), em *Inibição, sintoma e angústia*, nos mostra que existem diferenças entre a angústia realista e a angústia neurótica: o “perigo real é um perigo que conhecemos, e angústia realista é a angústia ante tal perigo conhecido. A angústia neurótica é a angústia ante a um perigo que não conhecemos” (p. 114). Para Freud (1926/2014), há um momento em que a angústia realista e a angústia neurótica surgem mescladas. É esse o ponto da teoria importante para contextualizarmos sobre essa questão da intensidade do afeto expresso nessa clínica. Quando Freud (1926/2014) diz que “o perigo é conhecido e real, mas a angústia diante dele é excessiva, maior do que poderia ser pelo nosso julgamento. O elemento neurótico se mostra neste excesso” (p. 115). As neuroses aparecem claramente expressas nessa clínica, na qual o desencadeamento de defesas e sintomas é evidente.

Nesse mesmo texto, Freud (1926/2010) acrescenta o que parece evidente nessa clínica, o que ele chama “do desamparo material, no caso do perigo real; do desamparo psíquico, no caso do perigo pulsional” (p. 115).

Nos atendimentos a essas mães, observa-se o desencadeamento desse elemento neurótico descrito por Freud (1926/2014) como resposta a esse excesso de angústia diante do perigo real: ter um filho acometido por uma malformação congênita. O desamparo materno vem acompanhando de uma urgência que exige da mulher decisões rápidas, entre o diagnóstico e o tratamento médico a urgência é preservar a vida do bebê. Em alguns casos complexos e graves, salvar a vida desse pequeno bebê é prioridade, tratar e amenizar os efeitos da malformação congênita no desenvolvimento da criança segue concomitantemente ao diagnóstico.

O percurso entre o diagnóstico e o tratamento não é definido inicialmente, tudo dependerá da complexidade da doença e do efeito do tratamento médico. Nesse tempo de espera e incertezas, a subjetividade materna é expressa de forma particular: em cada caso



acompanhando pelo analista, uma dose de angústia é anunciada pela fala materna. Um caso emblemático foi o de uma mãe que apresentou reações de choro intenso, instabilidade emocional e expressão de horror diante do resultado pós-operatório da cirurgia realizado no filho para tratar uma displasia frontonasal (doença que acomete o esqueleto crânio facial, deflagrando significativamente uma deformidade facial). A mãe afirma não suportar olhar para seu filho após a cirurgia, não o reconhecia. Perguntava-se pela imagem anterior do rosto do filho, constatava não se lembrar mais. Relatou que antes do tratamento médico não conseguia aceitar que seu filho era *diferente das outras crianças*, pois todos olhavam e se assustavam com o que viam, deixando-a sem reação, sempre sem respostas às perguntas e questionamentos. Essa mãe expressa nesse momento seu desejo de que o tratamento reparasse completamente a deformidade, porém, diante do pós-operatório, experimentou a visão de uma imagem de um rosto edemaciado, com cicatrizes, em processo de recuperação cirúrgica e como ela diz: *Ficou pior que antes!* A face que imaginava poder ser retocada, como um milagre, não foi.

Lacan (1964/1998), no *Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, traz como referência a citação de Merleau-Ponty de *que somos seres olhados no espetáculo do mundo*, e pergunta: “não haverá satisfação em estar sob esse olhar de que eu falava ainda há pouco, seguindo Maurice Merleau-Ponty, esse olhar que nos discerne e que, de saída, faz de nós olhados, mas sem que isto se nos mostre?” (p. 76). E segue:

O espetáculo do mundo, neste sentido, nos aparece como *onivoyeur*<sup>24</sup>. É mesmo essa a fantasia que encontramos, na perspectiva platônica, de um ser absoluto ao qual é transferida a qualidade de onividente. Ao nível mesmo da experiência fenomenal da contemplação, esse lado onivoyeur desponta na satisfação de um mulher em se saber olhada, com a condição de que não se mostre isto a ela (p.76).

Para a mulher, na satisfação de saber ser olhada, o filho apresenta-se como extensão dessa possibilidade: será ele também objeto de admiração ou não? No *espetáculo do mundo*, o momento da maternidade trará a possibilidade de olhares à sua direção, sendo vista percebendo esses olhares. Notoriamente no fragmento clínico descrito, há uma insatisfação evidente, os olhares, inclusive o da mãe, são de horror. No dia da cirurgia, no pós-operatório, primeiro, expressa o horror diante da visão, depois, a insatisfação quanto ao resultado imaginado e não satisfatório. Sua intenção de mostrar ao mundo o filho retocado, como imaginava, não se concretizou. Sem que ao menos o médico pudesse explicar o tempo de

---

<sup>24</sup> Na nota de rodapé do *Seminário, livro 11*, lemos: “traduzimos omnivoyeur sem grifar o segundo componente da mesma palavra (voyeur) que, de sempre, não se traduz ao português, tendo-se tornado um termo corriqueiro e já dicionarizado como da língua (cf. Aurélio Buarque de Holanda)” (p. 269).

recuperação para diminuição dos edemas e cicatrização, o analista precisou acolher o que mostrou-se mais urgente: o afeto intenso expresso na cena. A partir desse acolhimento, foi possível resgatar sua história para localizar seus próprios fantasmas, recolher seu desespero e o lugar da sua angústia. A atenção sobre o afeto expresso na cena indicou um sofrimento, donde segredos foram revelados sobre a própria constituição psíquica da mãe – negligência e traumas da sua infância foram expressos. O analista não se curvou a investigar e apostar na subjetividade gritante daquele instante. Mesmo em um ambiente de tratamento médico intensivo, o analista pode estabelecer um espaço de escuta clínica e indicar a necessidade da continuidade da análise em um outro ambiente – no consultório. Assim, a transferência se estabeleceu. Lacan (1960-61/1992) aponta que “o fenômeno de transferência é ele próprio colocado em posição de sustentáculo da ação da fala. Com efeito, ao mesmo tempo em que se descobre a transferência, descobre-se que se a fala se mantém, como se manteve até que percebessem isso, é porque existe a transferência” (p. 175).

Lacan (1962-63/2005), no *Seminário, livro 10: a angústia*, afirma que “o que é buscado é, no Outro, a resposta à queda essencial do sujeito em sua miséria suprema, e essa resposta é a angústia” (p. 182). Nesse encontro com a mãe e o bebê, muitas vezes, observamos a expressão de um certo pavor. Na lição “A angústia como sinal de real”, Lacan (1962-63/2005) diferencia o pavor da angústia e argumenta: “a coisa de que se trata não é da ordem da angústia, mas do medo. O que ele teme não é coisa alguma que o ameace, mas algo que tem a característica de se referir ao desconhecido do que se manifesta” (p. 177). Mais adianta, acrescenta: “essa aparição, aparentemente arrancada de qualquer determinismo reconhecível, é de novo o que deixa momentaneamente na desordem de um verdadeiro pânico, que é, com certeza, da ordem do medo” (p. 177). Ressaltar o aspecto do medo<sup>25</sup> é importante nesse contexto clínico, afinal, diante do fato que não se esperava, um filho acometido por malformação congênita, o sujeito é arremessado ao que Lacan (1962-63/2005) chama de “desarvoramento menos adaptado à resposta” (p. 177). Ele vai dizer que o que avisa o sujeito do próprio perigo é a angústia<sup>26</sup>, uma defesa. Para ele, a própria palavra defesa

<sup>25</sup> “‘Medo’ em português é bastante parecido ao termo alemão *Angst*. Tal como a *Angst*, o “medo” abarca o sentido de “temor” e “receio” e os sentidos de “pânico” e “pavor”. Pode referir-se a um objeto específico (“tenho medo de”) ou a um objeto inespecífico, designando um estado (“estou com medo”, “sou medroso”, “vivo com medo” etc.). No sentido do “receio” e “temor” o termo em português “medo” também tende a significar “preocupação” ou “ansiedade” por algo que poderá acontecer. Em geral “medo” se refere a uma reação a um perigo ou imaginário mais imediato”. (Hanns, 1996, p. 66-67).

<sup>26</sup> “Seja qual for o termo que se empregue na tradução, é importante que o leitor tenha em mente que em *Angst*, mesmo quando se trata de um medo vago e antecipatório, ocorre um estado de prontidão reativa, visceral, intensa, algo vinculado à sensação de perigo e muitas vezes próximo da fobia e do pavor. Isto vale tanto para a primeira como a segunda teoria freudiana de *Angst*” (Hanns, 1996. 79).

determina que “a função em si do perigo está implicada, mas nem por isso é esclarecida” (p. 178). A pista da *angústia como sinal* é o caminho que percorremos na prática clínica.

A maternidade poderá anunciar a realização de um desejo expresso, como também denunciar o conflito desse enigmático lugar fundamental na constituição de um outro ser humano. É evidente que nessas circunstâncias de malformação do bebê, essa comoção apresenta-se abafada pelo desaparecimento do ideal do filho perfeito, com saúde e inauguração de uma fase de angústia frequente diante do real da cena da patologia do filho. Para além do lugar da maternidade, o lugar de mulher. Zafirooulos (2009), em seu texto sobre “A teoria freudiana da feminilidade: de Freud a Lacan”, aponta de forma categórica:

Não, decididamente não, a mãe não é o excelente do torna-se mulher. Seu futuro é o de relançar o desejo que, em si, como sabemos, é eminentemente subversivo das instituições sociais onde ele nem sempre está presente; instituições sociais dentre as quais a família vem em primeiro lugar (p. 23).

No final do texto, quando apresenta a reprodução das trocas sociais e formação da sociedade, ele conclui declarando:

Que me compreendam bem: não estou dizendo aqui que a mulher não quer ser mãe. Eu digo, com Lacan, que quando a mulher torna-se mãe, isto não resolve a questão de seu desejo de mulher enquanto mulher, mesmo se, como vimos, o bebê pode funcionar para ela como objeto de satisfação enquanto mãe (Zafirooulos, 2009, p. 24).

Esse dilema sobre tornar-se mãe e o desejo da mulher pareceu-nos oportuno contextualizar, considerando, a partir dos impasses dessa clínica, a evidência do mal-estar psíquico existente. Lugar onde mulheres/mães apresentam-se na presença do impacto do diagnóstico da malformação do bebê e, posteriormente, imersas no rumor dos afetos que expressam a sua própria impotência humana: ter um filho saudável. Afinal, a contingência da vida atravessou seu caminho, aniquilando qualquer possibilidade inicial de manter viva a fantasia cultivada do bebê superestimado, exaltado ou até mesmo enigmático. O bebê como objeto de satisfação sofrerá outro rumo no discurso materno vigente, considerando que esse embate da vida provoca o aparecimento do estado de frustração, bem como é gerador de angústia. Importante ressaltar que esse ponto da fantasia acerca do bebê talvez não seja tão somente pela idealização do filho, sempre forjada em bases de superestimação, nos moldes das projeções de perfeição da citação de Freud (1914a/2010) sobre o narcisismo. Certamente fantasias atormentadoras, de morte, imperfeição, mutilação também surgem.

No momento em que tornam-se mães, nessa circunstância, algumas conseguem expressar efetivamente sua experiência enquanto mulher. Porém, na maioria das vezes, diante

da presença do analista, a fala é direcionada para o bebê em tratamento. Quando interrogadas sobre outros aspectos da vida para além do bebê, escuta-se: *“minha vida parou, agora só posso pensar na vida do meu filho”*. *“Não tenho tempo para cuidar de mim”*. *“Tenho medo de sair de perto e deixar meu bebê com outras pessoas e acontecer alguma coisa”*. *“Sinto que meu bebê fica mais tranquilo na minha presença”*. *“Não tenho mais vida conjugal com meu marido, você entende o que estou dizendo? Durmo todas as noites com meu filho”*. *“Eu morri e agora comecei a viver outra vida”*. *“Quando meu filho está longe de mim, parece que estão arrancando um pedaço da gente, não consigo viver sem ele”*. Em acordo com Soler (2005), consideramos que:

Esses caminhos só podem ser os do discurso. É como ser de fala que ela deixa sua marca no filho. Mas excetuando o fato de que a fala acerta na mosca quanto ao corpo, só exerce a totalidade de seus efeitos enquanto encarnada e, sendo assim, não há contradição em evocar, por outro lado, o peso do gozo materno (p. 91).

Na urgência da cena de cuidados à criança “doente”, a fala materna é invadida pela realidade, não há como fugir do que sai do controle. Falar para essas mulheres talvez seja o caminho mais próximo para uma possível compreensão. Palavras e atos que transpõem a fantasia em jogo e o gozo materno são evidentes, clamam por interpretação, sabendo que, para a mulher, mesmo sem a condição de ter o ser o falo, ela goza nessa posição fálica, sendo a maternidade uma dessas saídas possíveis. Freud (1924/2011), em “A dissolução do complexo de Édipo”, argumenta que a menina passa do pênis ao bebê, “a renúncia do pênis não é tolerada sem uma tentativa de compensação” (p. 212). Logo à frente, acrescenta: “os dois desejos, de ter um pênis e um filho, permanecem fortemente investidos no inconsciente, e ajudam a preparar o ser feminino para seu futuro papel sexual” (p. 213). O desejo de ter um filho e a realização desse desejo estabelecem para a mulher a possibilidade fantasmática de ser amada, a partir da sua condição fálica de gerar e ter um bebê. O que de fato exprime a sua relação afetiva de ter o filho do homem, seu companheiro, portador de uma falo. O bebê sofrerá o sobrepeso da incompletude da mulher, mascarada na condição de toda pela saída da maternidade. Sabemos que essa é uma saída que conta com impasses, decepções e desencontros, pois a “fantasia envolvendo um desejo” (Freud, 1925a/2011) faz parte da vida sexual infantil, reproduzindo consequências na vida adulta da mulher. Sobre a inveja do pênis (*Penisneid*), Freud (1925a/2011) destaca que:

As consequências psíquicas da inveja do pênis, na medida em que não é assimilada na formação reativa do complexo de masculinidade, são diversas e de largo alcance. Como o reconhecimento da ferida

narcísica, produz-se na mulher – como uma cicatriz, por assim dizer – um sentimento de inferioridade. Depois de haver superado a primeira tentativa de explicar sua falta de pênis como castigo pessoal e haver apreendido a universalidade dessa característica sexual, ela começa a partilhar o menosprezo do homem por um sexo reduzido num ponto decisivo, e ao menos nesse juízo permanece equiparada ao homem (p. 292).

Essa questão da inveja do pênis na obra Freudiana é discutida em outros momentos, como nas *Novas Conferências Introdutórias à Psicanálise*, no texto “A feminilidade”. Neste, Freud (1933/2010) constata e diz que basta observar reações de mãe ao nascimento dos filhos:

Apenas a relação com o filho produz satisfação ilimitada na mãe; é a mais perfeita, mais livre de ambivalência de todas as relações humanas. A mãe pode transferir para o filho a ambição que teve de suprimir em si, pode esperar dele a satisfação de tudo o que lhe ficou do seu complexo de masculinidade. Mesmo o casamento não está assegurado, até que a mulher tenha conseguido fazer de seu marido também um filho, agindo como mãe para ele (p. 292).

Ao transferir suas ambições, a mãe aguarda um retorno desse pequeno ser humano idealizado, o que, de fato, não acontece. O bebê quase nunca corresponde às exigências imaginárias da mãe e, por isso, contrariando Freud nesse trecho, sem dúvida essa relação mãe/bebê tende não ser plena, em muitos casos. Muitas mulheres, na sua grande maioria, durante a internação hospitalar do bebê para tratamento, permanecem atentas e participativas, mesmo expressando exaustão física e emocional. A presença da posição mulher para além da maternidade parece abatida, anulada, arrebatada talvez. É observado nas falas as preocupações com esse lugar constituído na vida: companheiro, trabalho, outros filhos, amigos e história pessoal. Porém, mesmo sabendo que esse lugar existe ou demonstrando sua importância, a realidade de um filho doente sobrecarrega a vida dessas mulheres de tal forma que o espaço para uma vida para além do filho aparece em segundo plano, ou desaparecer por completo.

Mannoni (1964/1988), em seu livro *A criança retardada e sua mãe*, sobre a relação fantasmática do filho com a mãe diz que “a criança retardada e sua mãe formam, em certos momentos, um só corpo, o desejo de um confundindo-se tanto com o desejo do Outro, que os dois parecem viver uma única e mesma história” (p. 37). A autora refere-se à criança que sofre de retardamento mental, porém, na nossa experiência clínica, não é essa a particularidade inicial. De toda forma, podemos apropriar-se dessa formulação, principalmente o que é descrito como um só corpo, pois é um dos aspectos que apresenta-se nessa clínica. Em alguns casos, essa é uma saída possível diante dos anseios que a realidade impõe à saúde mental da mãe e do bebê. Em decorrência da malformação, a possibilidade dos desejos serem confundidos poderá ser uma consequência. Algumas mulheres mergulham na

maternidade em uma dedicação “exemplar” aos olhos da cultura, outras não sabem o que fazer com aquele bebê que necessita do que elas sentem não ter pra dar, e poucas conseguem encontrar a resiliência para dar continuidade a vida como mãe e mulher. Em todos os discursos expressos, a frustração parece ter seu lugar. O dano mostra-se estabelecido.

Lacan (1956-57/1995), no seu seminário sobre a relação de objeto, diz que:

A noção que temos da frustração, referindo-nos simplesmente ao uso que é feito dela quando falamos, é a de um dano. É uma lesão, um prejuízo que, tal como temos o hábito de vê-lo se exercer, para seguir a maneira com que o fazemos entrar em jogo na nossa dialética, é sempre um dano imaginário. A frustração é, por essência, o domínio da reivindicação. Ela diz respeito a algo que é desejado e não obtido, mas que é desejado sem nenhuma referência a qualquer possibilidade de satisfação nem de aquisição. A frustração é por si mesma o domínio das exigências desenfreadas e sem lei. O centro da noção de frustração, na medida em que esta é uma das categorias da falta, é um dano imaginário. É no plano imaginário que ela se situa (p. 36).

Ter um filho acometido por uma malformação congênita é da ordem de um dano provocado pela realidade. Isso que Lacan (1956-57/1995) chama de *prejuízo* e seu *dano imaginário* será expresso na fala materna através do sofrimento causado pela desordem que a maternidade lhe impõe. Quando o que é da ordem do imaginário oscila, quando a realidade não é apaziguada pela fantasia, o real da experiência ressoa sua força. Entre a mãe e a mulher, a presença do bebê desloca essas duas posições para lados opostos, que parecem incompatíveis. Na cena de cuidados do bebê acometido pela malformação, a maternidade se desloca para o centro da atenção, qualquer outra posição subjetiva é ofuscada pela força da necessária e onipresente função materna. Lacan (1956-57/1995) mostra como a reivindicação do sujeito frustrado se sobrepõe a elementos da realidade e revela uma carência fundada no inconsciente. O manejo da escuta da fala materna, no contexto de atendimento no hospital, não é, de fato, simples, mas é somente ao verbalizar sua condição que o sujeito se manifesta – esse é o objetivo. Laurent (2012), sobre a experiência de estar no mundo, diz que “é nessa dispersão que o sujeito perdido se manifesta em sua dimensão de existência, de deslocamento de si mesmo” (p. 253). Nos atendimentos realizados no hospital geral, *reconhecer* os fenômenos da resistência e da transferência possibilita que o método de escolha, a psicanálise, se estabeleça como prática clínica. Entretanto, como Freud (1920/2010) estabelece:

ao combater as resistências, lidamos com a resistência do “inconsciente”. O inconsciente, ou seja, o “reprimido”, não promove qualquer resistência aos esforços da terapia, ele mesmo não procura senão, apesar da pressão que sobre ele pesa, abrir caminho rumo à consciência ou à descarga através da ação real (p. 178).

É a partir dos atos e palavras dessas mães e da presença do analista nesse momento de escuta que é possível que o sujeito revele sua aflição, seu desejo inconsciente. Destacamos um outro fragmento de fala materna diante do bebê em tratamento na terapia intensiva, o que deflagra esse ponto da nossa discussão: *“Eu não sei lidar com essa situação. Minha vida é cheia de dúvidas! É difícil ver ele assim: triste, cortado, com dreno. Esse dreno me preocupa. Eu tenho medo de mexer nele assim”*. Faz questões ao analista presente: *“Pelo que conhece de outros pacientes que fizeram essa cirurgia, a maioria fica bem depois? Parece que tudo pra mim é mais difícil? Meu único filho e ainda vem com problemas. Meu sonho é que ele pudesse estudar, fizesse faculdade. Um médico um dia me perguntou se eu estava procurando um milagre”*. Declara essa última frase quando lembra sua trajetória por vários médicos, sendo que um último percebeu sua peregrinação e questionou seu comportamento, provocando o efeito de diminuir sua busca por médicos. Porém, em seu discurso explícito sua frustração mantinha sua constância.

Soler (2005), em seu livro *O que Lacan dizia das mulheres*, sobre a mulher não ser mãe, afirma: “entre a mãe e a mulher existe um hiato, aliás muito sensível na experiência. Às vezes, o filho fálico é passível de tamponar, de silenciar a exigência feminina, como vemos nos casos em que essa maternidade modifica radicalmente a posição erótica da mãe” (p. 35). Ela acrescenta que “o dom do filho só raramente permite fechar a questão do desejo. O filho, como resto da relação sexual, realmente pode obturar em parte a falta fálica na mulher, mas não é causa do desejo feminino que está em jogo no corpo a corpo sexual” (p. 35). A esse respeito, encontramos no *Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, a seguinte afirmação: “o objeto do desejo é a causa do desejo, e esse objeto causa do desejo é o objeto da pulsão – quer dizer, o objeto em torno do qual gira a pulsão” (Lacan, 1964/1998, p. 229). Qual será o desejo dessas mulheres diante do seu bebê como veio ao mundo?

Laplanche e Pontalis (2016), em referência a Lacan, descrevem que:

o desejo nasce da defasagem entre a necessidade e a demanda; é irredutível à necessidade, porque não é no seu fundamento relação com o objeto real, independente do sujeito, mas com a fantasia; é irredutível à demanda na medida em que procura impor-se sem levar em conta a linguagem e o inconsciente do outro, e exige absolutamente ser reconhecido por ele (p.114).

Se a relação do desejo é com a fantasia, e não com o objeto real, escutar o que essas mulheres têm a dizer sobre seus enigmas, caso-a-caso, é o caminho para não deixar anônimo tantos discursos e, de alguma forma, possibilitar o encontro com o desejo de mãe e mulher embaçados pela contingência da vida: ser mãe do bebê como veio ao mundo. Sem a pretensão

de decifrar inicialmente o enigma que compõe a feminilidade, o discurso da maternidade apresentará os traços dessa marca, sendo a maternidade uma forma de fazer existir a mulher, mesmo não toda, uma saída do feminino. Freud (1933/2010), em seu texto “A feminilidade”, diz que “imputamos à feminilidade um alto grau de narcisismo, que também afeta a escolha de objeto, de modo que ser amada constitui, para a mulher, uma necessidade mais forte do que amar” (p. 290).

A experiência vivida por mulheres nesse contexto clínico destacou muitas questões sobre a subjetividade presente em cada caso acolhido e tratado pelo analista. Seguiremos com o texto na tentativa de descrever esse mal-estar materno, seus conflitos e ambivalência.

### 3.2 – Frustração: centro da relação mãe e filho

*“tem mais presença em mim  
o que me falta”  
(Manoel de Barros).*

Selecionamos aqui um dos conceitos psicanalíticos sobre o registro da falta: a *frustração*<sup>27</sup>. Consideramos esse registro importante na compreensão da subjetividade materna, o que Lacan (1956-57/1995), no *Seminário, livro 4: a relação de objeto*, destacou: “a mãe é primordialmente toda-poderosa, que não podemos eliminá-la dessa dialética, que esta é uma condição essencial para compreender o que quer que seja” (p. 189). Ele também escreve, nesse mesmo seminário, que “a frustração é, por essência o domínio da reivindicação” (p. 36). Sendo a reivindicação um discurso presente no feminino, o conceito de frustração nos deve ser útil na tentativa de verificar o que Lacan (1956-57/1995) chamou de “as carências, as decepções, que afetam a onipotência materna” (p. 70), relacionando isso com o contexto da gestação e o nascimento de um filho acometido por malformação congênita.

Começamos com um fragmento clínico que exemplifica essa experiência: *“Eu preciso de ajuda, eu não aguento mais, sempre fui muito forte, mas agora não consigo mais, estou*

---

<sup>27</sup> *Versagung* é geralmente traduzido por “frustração”, palavra que não corresponde exatamente ao termo alemão. O verbo tem três vertentes de sentido: 1) Falhar, ratear, fracassar; 2) privar-se, abdicar de, renunciar a; 3) vedar o acesso ao objetivo, impelir, proibir. Não-consecução do objetivo (cf. Hanns, 1996, p. 252). No *Vocabulário da Psicanálise*, Laplanche e Pontalis (2016) apontam que a frustração é: “condição do sujeito a quem é recusada, ou que recusa a si mesmo, a satisfação de uma exigência pulsional” (p. 203).



*sem forças. Depois que minha filha parou de respirar em meus braços, eu não consigo dormir. Estou sentindo meu corpo tremendo, dor de cabeça, fraqueza. Eu não sei o que faço, mas sei que preciso de ajuda”.*

No contexto clínico dessa pesquisa, parece óbvio um certo nível de frustração no que se refere à maternidade e seu desfecho nessa contingência. Porém, pelo olhar da psicanálise, esse conceito ultrapassa uma avaliação simples. Lacan (1956-57/1995) diz que:

temos experiências frustrantes, achamos que elas deixam marcas. Esquecemos simplesmente que, se as coisas fossem assim tão simples, seria preciso ainda explicar por que o desejo, que teria sido assim frustrado, responderia a esta característica que Freud acentua tanto desde o início, e de cujo enigma todo o desenvolvimento de sua obra é feito, justamente, para interrogar: a saber, o fato de que o desejo, no inconsciente, recalcado é indestrutível (p. 183).

Indestrutível, porque desde Freud sabe-se que o desejo mantém um compromisso com as primeiras vivências de satisfação, aquelas da infância, que desenvolvemos no primeiro capítulo para falar da constituição psíquica do bebê. Freud (1900/2016), sobre a realização de desejo em *A interpretação dos sonhos* enuncia que: “a imagem mnêmica daquela percepção e causar novamente a própria percepção, ou seja, na verdade restabelecer a situação da primeira satisfação. Uma moção dessas é que chamamos de desejo; o reaparecimento da percepção é a realização do desejo” (p. 593-594). A mãe atrela as necessidades referentes aos aspectos contingenciais da vida – que podemos acrescentar aqui como experiências frustrantes – mais as demandas de origem pulsional à realização do desejo, tal como verificamos na lógica de alguns comportamentos e discursos de mães presentes nessa experiência clínica. Freud (1916/2010), em seu texto, “Alguns tipos de caráter encontrados na prática psicanalítica”, diz que “as pessoas adoecem devido à frustração” (p. 262). Distingue, nesse momento, a frustração externa de uma interna, apontando que quando falta na realidade o objeto com o qual a libido poderia se satisfazer, o resultado é uma *frustração externa*. Para ter um efeito patogênico, a frustração externa terá que se juntar com a frustração interna: “Portanto, a frustração interna deve ser considerada em todos dos casos, mas não produz efeito até que a real frustração externa tenha preparado o terreno para ela” (Freud, 1916/2010, p. 263).

Nesse aspecto é importante considerar que a vida afetiva mantém impasses que não passam por uma lógica vista apenas pelo meio externo. O sofrimento dessa mãe está em função da malformação do filho? Não apenas! O sofrimento está para além disso, está onde não há uma explicação aparentemente lógica. Lacan (1956-57/1995) exprime que a frustração é inerente ao discurso do sujeito, é própria do eu. Está no encontro da experiência externa frustrante e da frustração interna da recusa da satisfação pulsional.

Em “A dialética da frustração”, Lacan (1956-57/1995) ressalta que “a frustração é o verdadeiro centro da relação mãe-filho” (p. 59). Ele ainda aponta que “existem, desde a origem, duas vertentes na frustração, que encontramos reunidas até o final” (p. 67). São consideradas por ele como vertentes na frustração o objeto real e o agente (mãe): “o objeto não tem instância, nem entra em função, senão com relação à falta. E nessa relação fundamental que é a relação da falta do objeto, é possível introduzir a noção do agente, que vai nos permitir trazer uma formulação essencial” (p. 67). A mãe como agente e o bebê como objeto real, ambos entrelaçados. Lacan (1956-57/1995) considera que “tudo que é real está sempre e obrigatoriamente em seu lugar, mesmo quando se o perturba. O real tem por propriedade carregar seu lugar na sola de sapatos” (p. 38). E, mais adiante, o autor retoma: “aqui estou dando um salto que exigiria que eu voltasse à tríade imaginária da mãe, da criança e do falo, mas não tenho tempo de fazer isso. Quero simplesmente completar o quadro. O agente desempenha ele também seu papel na falta de objeto” (p. 38).

A mãe, na posição de agente na constituição do psiquismo do pequeno vivente, transmite sua história, deixando suas marcas simbólicas nesse ser humano em desenvolvimento psíquico. Contudo, sendo um adulto hoje e uma criança no passado, ela também carrega em sua organização psíquica já constituída o sobrepeso da história e do elo com seus cuidadores primordiais, bem como as marcas da constituição: frustração imaginária de um objeto real constituído. Observamos na criança uma constituição psíquica em desenvolvimento; já na mãe constituída, de sua subjetividade sobrecarregada de reivindicações escapam enigmas, que, pelo viés da psicanálise, são passíveis de uma compreensão. No texto freudiano, “Alguns tipos de caráter encontrados na prática psicanalítica”, notamos como se dá essa demanda de reivindicação das mulheres:

Antes de abandonarmos as “exceções”, porém, observamos que tem o mesmo fundamento as reivindicações das mulheres por privilégios e dispensa de muitas restrições da vida. Conforme aprendemos no trabalho psicanalítico, as mulheres se veem como prejudicadas na infância, imerecidamente privadas de um pedaço e relegadas a segundo plano, e o amargor de muitas filhas para com suas mães tem raiz, afinal, na objeção de que as trouxeram ao mundo como mulheres, em vez de homens (Freud, 1916/2010, p. 260).

O apontamento de Freud nos auxilia a considerar que no contexto de vida dessas mulheres, mães, o sentimento de frustração externa diante da maternidade “mal sucedida” desencadeia o imaginário da frustração da sua própria experiência enigmática infantil.

Evidentemente, observamos o desencadeamento de sintomas neuróticos ou a mudança de um estado de neutralidade psicológica para uma atividade mental instável. Agitam-se,

murmuram, rebelam-se, reivindicam, comportam-se ativamente ou passivamente expressando um mal-estar imensurável. A expressão é de apelo ao nada, diante da impossibilidade de mudança efetiva da experiência. Percebem em algum momento ou por um instante que seu destino não mudará: o de ter um filho acometido por uma malformação congênita. E repetem inúmeras vezes: *“Tenho medo”*. Do futuro incerto do filho, das limitações possíveis da malformação, da impotência paralisante de sustentar sua condição de mãe perante os cuidados ao filho que sofre e sobrevive a tantos procedimentos invasivos, das dúvidas frequentes, enfim, de tanto, sofrem também diante da eminência de morte? O que parecia distante, impasses e incertezas na rotina da vida diária dessas mulheres, a partir da experiência da maternidade nesse contexto, torna-se próximo. Medo daquilo que parecem conhecer – a finitude e as limitações do corpo –, porém, a recusa psíquica (não acreditar nessa possibilidade) mostra-se como uma defesa necessária. Os tratamentos, as internações hospitalares e procedimentos médicos escancaram essa realidade. Nesses momentos que os discursos angustiantes, frustrantes podemos dizer, são mais evidentes.

Acrescentemos fragmentos que ilustram essa questão: *“Eu não consigo..., se for falar..., eu só choro..., não sei nada...”*. E chora desesperadamente seu desalento. *“Estou tentando fazer um trabalho comigo mesma. Eu percebi que só vou conseguir lidar com mais leveza... quando eu conseguir ACEITAR. A palavra certa é ACEITAÇÃO<sup>28</sup>”*.

Vemos aqui dois níveis, por assim dizer, subjetivos de frustração: um mais imediato, ligado ao trauma atual, de supressão de uma condição pulsional conforme ao eu (quando acontece algo ruim, inesperado, angustiante). O outro – a frustração que interessa a Lacan e que também se expressa aqui – toma a forma de uma “demanda”. Uma demanda do impossível, pois seu lastro é fundado num ponto do inconsciente que o sujeito ignora. Nesse sentido, a aceitação talvez pressuponha não somente uma renúncia à reparação idealizada do trauma ocorrido, mas uma mudança na posição subjetiva, em que a demanda do gozo impossível se transforma numa outra coisa.

Na história dessa mulher, a maternidade seguiria o caminho planejado, como outros fatores em sua vida organizada. No planejamento familiar, ter dois filhos após o seguimento de uma organização na vida e no casamento era um fato. Da formação profissional ao casamento, tudo seguia como planejado, incluindo o primeiro filho, até a chegada do segundo bebê, que transformou toda a história de sucesso e eficácia nos projetos de vida em decorrência do diagnóstico de malformação congênita. A princípio, nos primeiros dois anos

---

<sup>28</sup> A palavra está em caixa alta para descrever a entonação da voz no momento da fala.

de vida dessa criança, não havia espaço para insucesso. Apesar da angústia frequente e evidente na fala, a mãe tornou-se militante do objetivo de salvar a vida do filho e de outros bebês acometidos pela mesma doença. Seu comportamento mantinha-se em torno de encontrar meios através da medicina, bem como profissionais capacitados e envolvidos com alta tecnologia, para salvar vidas.

Certamente essa tarefa, salvar a vida do filho, torna-se o objetivo da maioria dessas mães, porém, nesse caso, do fragmento acima descrito, em especial, compreender ao máximo a doença e lançar mão de tudo o que fosse eficaz, mostrou-se uma obsessão. Não havia, a princípio, espaço para a falta de um tratamento ou até mesmo da cura. As limitações apresentadas pela criança intensificavam a necessidade de aumentar a busca pelo melhor tratamento. O corpo de um bebê que não respondia à maneira do imaginário materno e a necessidade dessa mãe em manter encontros frequentes com profissionais da saúde, possuidores do “domínio” sobre o tratamento, evidenciou o sofrimento desencadeado por essa contingência, da ordem de um dano.

Lacan (1956-57/1995) esclarece que “a noção que temos da frustração, referindo-nos simplesmente ao uso que é feito dela quando dela falamos, é a de um dano” (p. 36). E, sobre a infelicidade, em *Mal estar da civilização*, Freud (1930/2010) diz que:

nossas possibilidades de felicidade são restringidas por nossa constituição. É bem menos difícil experimentar a infelicidade. O sofrer nos ameaça a partir de três lados: do próprio corpo, que, fadado ao declínio e à dissolução, não pode sequer dispensar a dor e o medo como sinais de advertência; do mundo externo, que pode se abater sobre nós com forças poderosíssimas, inexoráveis, destruidoras; e, por fim, das relações com os outros seres humanos. O sofrimento que se origina desta fonte nós experimentamos talvez mais dolorosamente que qualquer outro; tendemos a considerá-lo um acréscimo um tanto supérfluo, ainda que possa ser tão fatidicamente inevitável quanto o sofrimento de outra origem (p. 31).

Com efeito, o mundo externo, com sua força, atravessa sem dó nem piedade a vida dessas mulheres, trazendo à tona, além da sua realidade factual, um movimento que rompe defesas e faz acordar os monstros internos – como em uma erupção de um vulcão, o que flui da sua chaminé são suas lavas, que escorrem sem controle e com tamanha força. Nessa realidade, o mundo externo e as vicissitudes da libido circunscrevem uma parceria ambivalente, mostrando sua força e seu conflito.

Em seu texto “Tipos de adoecimento neurótico”, Freud (1912/2010) reconhece, a partir da psicanálise, “que as vicissitudes da libido são decisivas para a doença ou a saúde nervosa” (p. 230). Também argumenta “que a predisposição neurótica se acha na história do desenvolvimento da libido” (p. 230). Divide em quatro os tipos de adoecimento neurótico: 1)

frustração; 2) fixação; 3) Inibição do desenvolvimento; e 4) Frustração relativa. No primeiro tipo, Freud (1912/2010) inclui a maioria das pessoas:

A causa imediata mais evidente, mais encontrável e também mais compreensível para o adoecimento neurótico acha-se no fator externo que pode ser geralmente designado como *frustração*. O indivíduo era saudável, enquanto sua necessidade de amor era satisfeita por um objeto real do mundo externo; torna-se neurótico quando esse objeto lhe é retirado, sem que ache um substituto para ele. Aqui a felicidade coincide com saúde, a infelicidade, com neurose. Mais do que ao médico, a cura cabe ao destino, que pode arranjar um substituto para a perdida possibilidade de satisfação (p. 230).

Como poderá essa mulher, que é mãe, satisfazer sua necessidade de amor a partir do objeto real, o bebê, acometido por malformação congênita? O mundo externo não dá trégua nesse caso. Mostra-se evidente que, para ser feliz, a mãe precisará aceitar que esse filho não poderá lhe dar aquilo que tanto esperava. E o que ela espera? Em nota de rodapé do seu livro *A criança retardada e a mãe*, Mannoni (1988), sobre o desejo do Outro, acrescenta, partindo de Freud e Lacan, a seguinte citação:

A psicanálise freudiana caracteriza-se pela importância dada ao desejo na constituição do sujeito e do objeto. J. Lacan faz notar que o desejo distingue-se da *necessidade* e da *demanda*. O desejo aparece vazio, como uma falta de ser, que subsiste enquanto falta, mesmo que a necessidade e a demanda sejam satisfeitas. A satisfação da necessidade apresenta-se então como um logro. A mãe, lograda na perspectiva da necessidade e da demanda, acredita escapar aos problemas do desejo empanturrando o filho com a “sopa sufocante daquilo que ele tem”, esquecendo “o que ele não tem” e “confundindo seus cuidados com a dádiva do seu amor” (p. 37).

No caso dos bebês da nossa pesquisa, as mães buscam o que eles deveriam ter definido na perspectiva do imaginário. Descrevem seu filho com esperanças ou não, às vezes desanimam diante das dificuldades e às vezes negam a possibilidade do filho não ter, nessa situação, saúde. A ambiguidade dos sentimentos surge tendo em vista a frustração como reivindicação diante de tal vivência. A relação aqui não se dá na lógica simples: eu tenho um filho acometido por uma malformação, portanto eu sofro disso. Esse fato faz sofrer essa mãe, porém, para além dele, existem os fantasmas de sua origem, o desejo e seu destino e o amor, que mantém uma relação direta com o modo desse sofrimento. Sobre o amor, Lacan (1959-60/2008) o situa “no centro do sistema de significantes, uma vez que essa demanda derradeira de ser privado de alguma coisa de real é essencialmente ligada à simbolização primitiva que se encontra inteiramente na significação do dom de amor” (p. 182). O modo desse sofrimento assinala a entrada no tratamento, que será particular em cada caso. O analista constata que o

sofrimento está ligado aos processos primários da constituição psíquica de cada sujeito em questão.

Lacan (1958-59/2016), no *Seminário, livro 6: o desejo e sua interpretação*, afirma que o desejo do homem é o desejo do Outro, e continua: “o sujeito não se dirige ao Outro com sua própria vontade, mas com aquela de que ele é, naquele momento, o suporte e o representante ou seja, a do pai, e também a da ordem, e também a do pudor, da decência” (p. 309). Existe então uma necessidade de natureza biológica satisfeita com um objeto real, porém, para satisfação dessa necessidade, há sempre um outro que, com sua demanda, atravessa a necessidade como um acontecimento sobre a fantasia. Lacan (1958-59/2016), no mesmo livro acima citado, nos diz que, “na experiência, o desejo se apresenta primeiro como perturbação. Ele perturba a percepção do objeto” (p. 385). A seguir, conclui: “o desejo se apresenta como o tormento do homem” (p. 385). Uma luta constante de reconhecimento. “O amor, tanto quanto o desejo começa pela falta” (Soler, 2005, p.95).

Como falar da subjetividade materna e não pensar na referência a falta do objeto? No sujeito feminino, seu ser é de falta. Na tentativa de preencher esse vazio que domina seu psiquismo, a maternidade poderá ser objeto de divisão ou preenchimento dessa falta. Para Lacan (1956-57/1995), a frustração é da ordem do dano, a privação é de um furo e a castração é uma herança simbólica. No *Seminário, livro 4: a relação de objeto*, o psicanalista continua diferenciando a castração da frustração e da privação: “a privação, em sua natureza de falta, é essencialmente uma falta real. É um furo” (p. 36). Já a frustração “é sempre um dano imaginário. A frustração é, por essência, o domínio da reivindicação” (p. 36). Sobre a castração, Lacan (1956-57/1995) aponta para Freud e diz: “a castração foi introduzida por Freud de uma maneira absolutamente coordenada à noção da lei primordial, do que há de lei fundamental na interdição do incesto e na estrutura do Édipo” (p. 36). Somando esses três registros, Lacan (1956-57/1995) postula castração, frustração e privação respectivamente como: “Dívida simbólica, dano imaginário e furo, ou ausência, real, eis o que nos permite situar esses três elementos a que vamos chamar os três termos de referência da falta do objeto” (p. 37).

O fracasso do recobrimento das diferenças dos sexos através da maternidade trilhará seu caminho na pretensão de tamponar a falta. Referindo-se a teoria freudiana, que situa a maternidade com umas das saídas para a castração na dialética edípiana, Lacan (1956-57/1995) diz que:

por seu lado, nos diz que a mulher tem, dentre suas faltas de objetos essenciais, o falo, e que isso está estreitamente ligado à sua relação com a criança. Por uma simples razão – se a mulher encontra na criança uma satisfação e, muito precisamente, na medida em que encontra nesta algo que atenua, mais ou menos bem, sua necessidade de falo, algo que o satura. Não considerando isso, desconhecemos não somente o ensino de Freud, mas os fenômenos que se manifestam a todo instante na experiência (p. 71).

Na nossa experiência é interessante notar que a maternidade como saída possível para o enigma da feminilidade não alcança sua satisfação, esbarra na contingência e nos acidentes que afetam profundamente o ideal em jogo. Descreveremos aqui um fragmento: a mãe relata que o bebê foi muito desejado, ela e o marido sofreram um tempo pela espera do resultado positivo de uma gravidez. Já tinham um filho, mas não conseguiam outra gravidez. Resolveram adotar uma criança e, na concretização do processo de adoção, um tempo depois, uma gravidez foi anunciada. A mãe relata: *“O meu marido era louco para ter uma filha, foi uma gravidez muito esperada, desejada”*.

A criança nasce com uma malformação congênita, que necessita de inúmeros procedimentos cirúrgicos. Em uma das internações, a segunda cirurgia do coração indicada no tratamento do bebê é cancelada, por motivo de diarreia de difícil controle. Em um dos encontros do analista com a mulher, a mãe diz: *“Eu vivo por ela. Não que não cuide dos outros dois filhos, mas desde que ela nasceu a atenção é exclusiva para seu cuidado”*. No dia marcado da cirurgia, na porta do bloco cirúrgico, ao se despedir do bebê e entregá-lo ao cirurgião, a mãe chora e diz: *“Vou dizer uma coisa para você, todas às vezes que abria a Bíblia, a palavra morte aparecia. Lembrei-me de uma vizinha que me dizia para não trazer meu bebê para a cirurgia, tenho medo de ter trazido minha filha para... será que ela não sobreviverá muito tempo assim?”*. A mãe não consegue dizer a palavra morte durante sua fala. Dessa forma, aquilo que parecia temer, a morte, foi velada em silêncio para não anunciar qualquer possibilidade desse encontro com o real da vida: um filho condenado à morte (no caso da gravidade dessa realidade). Todo ideal da maternidade, e a possibilidade de gozar satisfatoriamente dessa opção pela maternidade desejada, despenca diante da contingência da vida. Um sofrimento que não se pode explicar de imediato, mas que remexe a subjetividade do sujeito em questão: a mãe e sua onipotência atravessada pelos acidentes da vida.

Para Lacan (1956-57/1995), *“a onipotência que se trata é da mãe”* (p. 69). Porém, o que conta *“são as carências, as decepções, que afetam a onipotência materna”* (p. 70). A mãe é afetada drasticamente por aquilo que supera o inesperado, a malformação congênita do seu bebê. O analista, na cena dessa crise instalada, acolhe a singularidade de cada mulher, caso-a-caso, perante os resíduos, o resto que escapa a simbolização possível.

Entretanto, as carências e decepções expõem a subjetividade materna, que se apresenta, para algumas mulheres, investida puramente no bebê, para outras, dividida entre ser mãe e ser mulher. Diante do relato uma-a-uma, a relação com a falta estabelece seu lugar evidente. Miller (2014), em seu texto “A criança entre a mulher e a mãe”, diz que “é bom que o desejo seja dividido, que o objeto não seja único” (p. 10). Na maternidade, essa divisão do desejo se dá no encontro entre ser mãe e ser mulher, não uma única coisa, que seria, respectivamente, o extremismo materno ou o significante do seu desejo somente no corpo do homem. Para esclarecer melhor esse ponto da divisão do objeto desejado, citamos Lacan (1956-57/1995):

o que acontece na medida em que a imagem do falo para a mãe não é a completamente reduzida à imagem da criança? Onde existe diplopia, divisão do objeto desejado, supostamente primordial? Longe de ser harmônica, a relação da mãe com a criança é duplicada, de um lado, pela necessidade de uma certa saturação imaginária, e de outro, por poderem existir ali, com efeito, relações reais eficientes com a criança, num nível primordial, instintual, que permanece irreduzível no que está em questão. Afinal, se acompanharmos Freud, diremos que a criança, como real, simboliza a imagem. Mais precisamente – a criança, como real, assume para a mãe a função simbólica de sua necessidade imaginária – os três termos estão aí (Lacan, 1956-57/1995, p. 71).

Nessa desarmonia constante da relação mãe e bebê, nesse e em muitos outros contextos, o caráter traumático do encontro mãe e filho é um fato. Afinal, esse encontro estará sempre ligado com o drama edipiano e seus desfechos. A maternidade não é sinônimo do encontro com o paraíso, é uma parte importante do viés da sexualidade feminina, sempre enigmática. Badinter (1980/1985), para falar do paraíso perdido ou reencontrado, em seu livro *Um amor conquistado: o mito do amor materno*, anuncia que:

Ao se percorrer a história das atitudes maternas, nasce a convicção de que o instinto materno é um mito. Não encontramos nenhuma conduta universal e necessária da mãe. Ao contrário, constatamos a extrema variabilidade de seus sentimentos, segundo sua cultura, ambições e frustrações. Como, então, não chegar à conclusão, mesmo que ela pareça cruel, de que o amor materno é apenas um sentimento e, como tal, essencialmente contingente? Esse sentimento pode existir ou não existir, ser e desaparecer. Mostra-se forte ou frágil. Preferir um filho ou entregar-se a todos. Tudo depende da mãe, de sua história e da História. Não, não há uma lei universal nessa matéria, que escapa ao determinismo natural. O amor materno não é inerente às mulheres. É ‘adicional’ (p. 368).

Perceber a nuance do desejo, ser ou não mãe, é uma tarefa acolhida pelo analista na escuta dos relatos durante a cena de cuidados médicos. Cada uma fala de uma história, que mostra que o amor materno também vacila, sucumbe, estremece, oscila; como descrito por Badinter: *constatamos a extrema variabilidade de seus sentimentos*. Soler (2005) expõe: “seria ‘amor materno’ uma expressão vã? Certamente, não; antes, trata-se de que, como qualquer amor, ele é estruturado pela fantasia” (p. 93). A autora acrescenta que não é



imaginário esse amor, mas que: “reduz o parceiro a ser apenas o objeto evocado pela divisão subjetiva. E mais, a alienação inerente ao amor é elevada pela relação mãe-filho a uma potência superior, na medida em que, no começo, o recém-nascido não é um sujeito, mas um objeto” (p. 93). O amor materno é um sentimento que ultrapassa infinitamente a sua expressão propriamente dita. Em um blog<sup>29</sup> sobre desabafo e opiniões de mães sobre malformação congênita, encontramos o seguinte relato:

*Ser mãe de cardiopata é abdicar de planos e sonhos para viver uma vida de incertezas e sustos. É travar pequenas batalhas todos os dias tendo certeza que no final da luta sairemos todos vitoriosos, quando na verdade a grande vitória é nos mantermos de pé. É torcer todos os dias para que possamos ver nossos filhos crescendo, indo a escola, namorando, casando e tendo seus próprios filhos, mas acima de tudo, AMAR tanto, mas tanto que em alguns momentos apenas desejando que ele não sofram mais. É aprender a compartilhar a dor, entendendo que dor de mãe não tem tamanho nem intensidade, é simplesmente DOR. É descobrir que ser mãe é ter um estoque infinito de AMOR e FORÇA, é brigar como nunca imaginamos que poderíamos. É chorar, rir, se desesperar, mas nunca desistir. É ter marcas que jamais se apagarão, que irão nos fazer recordar o quanto tudo valeu a pena. É sentir a angústia da impotência e a felicidade de podermos estar aqui para dar a mão a estes seres especiais. E não saber até quando teremos estes anjos conosco, e mesmo assim, agradecer cada minuto que estamos ao seu lado. E finalmente compreender que amor de mãe não respeita tempo nem espaço, ultrapassa os limites do infinito e da própria vida (Valéria Macedo, 2010).*

Partindo dessa sentença, descrita na cultura para as mulheres e incorporada por elas sobre o amor materno, verificamos um além do amor, o que Freud (1927/2014), sobre a frustração, aponta como: “a pulsão não poder ser satisfeita” (p. 240). No texto sobre a frustração, “A menina e o falo”, Lacan (1957-58/1999) emite o seguinte:

o importante, com efeito, não é apenas a frustração como tal, ou seja, um mais ou um menos de real que tenha ou não tenha sido dado ao sujeito, mas é aquilo pelo qual o sujeito almejou e identificou o desejo do Outro que é o desejo da mãe. E o importante é fazê-lo reconhecer, em relação ao que é um X de desejo da mãe, de que modo ele foi levado a se tornar ou não aquele que atende a esse desejo, a se tornar ou não o ser desejado (p. 283).

Em todo o discurso sobre o amor, há algo do desejo de ser amado – abstrair esse ponto no acolhimento a essas mães foi um grande desafio para o psicanalista presente. Num lugar onde se estabelece o discurso da paixão e da medicina, possibilitando o discurso da frustração, o desejo, em muitos relatos, emergiu como análogo à condição humana. A reivindicação pelo amor parece não ter fim. Algumas mulheres puderam, a partir da presença do psicanalista, ressignificar seu apelo, outras tiveram um espaço de legitimação da sua condição, sem desconsiderar que todo discurso de frustração é apenas um discurso.

<sup>29</sup> Blog: <http://mari-desabafoseopinioes.blogspot.com.br/2010/06/ser-mae-de-cardiopata.html>

## MOMENTO DE CONCLUIR

### O psicanalista na clínica com bebês

*“A teoria analítica e a prática, sempre se disse, não podem se dissociar uma da outra e, a partir do momento em que se concebe a experiência num certo sentido, é inevitável que se a conduza igualmente nesse sentido. Certamente, os resultados práticos só podem ser entrevistados”*  
(Lacan, 1956-57/1995, p. 12).

No desafio inicial da prática clínica em hospital geral com bebês mostrou-se essencial a interlocução entre a teoria analítica e a prática, porém, como fazer valer essa condição necessária em ambientes em que o discurso operante é o da medicina? Lacan (1971-72/2009) enuncia que “um discurso se sustenta de quatro lugares privilegiados, dentre os quais um, precisamente, ficou sem ser nomeado – justamente aquele que, pela função de seu ocupante, fornece o título de cada um desses discursos” (p. 24). Nesse momento, Lacan (1971-72/2009) destaca os seguintes discursos: discurso do mestre, discurso da universidade, discurso da histórica e discurso do analista. A medicina, definida como o discurso do mestre, operante do discurso da ciência, e a psicanálise, um discurso sobre a investigação dos processos mentais, inacessíveis até a introdução do seu método, descoberto por Freud, são muito distintas. Entretanto, no início do *Seminário, livro 18: de um discurso que não fosse semblante*, Lacan (1971/2009) aponta que “o discurso do mestre não é o avesso da psicanálise, é o lugar em que se demonstra a torção própria, eu diria, do discurso da psicanálise” (p. 09). Esse lugar, que o autor exemplifica a partir da estrutura da banda de Moebius<sup>30</sup>, mostra o sujeito dividido em seu dizer, que os discursos podem representá-lo, mas não o definem. No hospital geral, lugar da medicina, há sempre algo que escapa a condição do saber médico: responder ao enigma da subjetividade. Isso que escapa é o “resto” exposto ao analista, que percebe, por sua formação teórica, a existência do determinismo psíquico e costuma ter a pretensão de não ignorá-lo.

O psicanalista escuta o caso-a-caso dos sujeitos que falam, o que é possível verificar e considerar dos dizeres já constituídos e determinados em seu sofrimento, evidenciando “o significado inconsciente das palavras, das ações, das produções imaginárias (sonhos, fantasias, delírios)” (Laplanche & Pontalis, 2016, p. 384). Mas quando trata-se da clínica com

---

<sup>30</sup> Em seu texto “A ciência e a verdade”, Lacan (1965/1998), sobre o estruturalismo, nos ensina que: “Ele introduz em toda “ciência humana” – entre aspas – que conquiste uma modalidade muito especial do sujeito, aquela para a qual não encontramos nenhum índice senão o topológico, digamos, o signo gerador da banda de Moebius, que chamamos de oito interior. O sujeito está, se nos permitem dizê-lo, em uma exclusão interna a seu objeto” (p. 875).

bebês essa lógica não segue o mesmo sentido. Obrigatoriamente foi preciso estudar conceitos teóricos sobre a constituição psíquica para compreender uma prática possível, respeitando a ética do inconsciente, definida pela teoria de escolha: a psicanálise. Lacan (1954-55/1985), no seminário *O Eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*, aponta o aspecto importante de “tomar distância”, destacando perigos que tangem o campo clínico:

O primeiro é não ser suficientemente curioso. Ensina-se às crianças que a curiosidade é um defeito feio, e, em geral, é verdade, não somos curiosos, e não é fácil provocar este sentimento de maneira automática. O segundo é compreender. Compreendemos sempre demais, especialmente na análise. Na maioria das vezes, nos enganamos. Pensa-se poder fazer uma boa terapêutica analítica quando se é bem dotado, intuitivo, quando se tem o contato, quando se faz funcionar este gênio que cada qual ostenta na relação interpessoal. E a partir do momento em que não se exige de si um extremo rigor conceitual, acha-se sempre um jeito de compreender. Mas fica-se sem bússola, não se sabe nem de onde se parte, nem para onde se está tentando ir (p. 135).

A escolha dessa citação foi oportuna para destacar alguns pontos importantes da clínica com bebês nesse contexto: a curiosidade e o tempo para compreender. A prática do psicanalista no hospital geral, com bebês em tratamento médico de alta complexidade, necessitando em sua urgência biológica do cuidado à saúde do corpo malformado, com consequências vitais no desenvolvimento, não parecia ser, a princípio, sem motivos. Qual a necessidade do psicanalista na formação da equipe multiprofissional? Inicialmente sua presença coincidia com a de outros profissionais de apoio, haja vista que a necessidade era de um psicólogo na equipe. Porém, a formação desse profissional seguia também com outra referência: a psicanálise. Os profissionais da equipe multiprofissional mantinham seus protocolos estabelecidos, uma prática na condução técnica em acordo com uma tecnologia avançada. Para o analista, havia sempre uma surpresa, uma curiosidade. O que fazer nesse lugar onde bebês e familiares expressam sua subjetividade em um contexto de urgência médica e alta complexidade e, principalmente, como extrair a particularidade do caso-a-caso e a trama do inconsciente?

Ser um psicanalista na clínica com bebês inicialmente exigiu *tomar distância*, não sem especificações. Era preciso, após o tempo da curiosidade, o tempo de compreensão, estabelecido através do desejo do analista em manter sua prática clínica mesmo diante da presença ou ausência de demandas, afinal, o bebê não demanda ao analista, mas sua presença intrigante expressa outras demandas, sua potencialidade e sua necessidade de satisfação e

amparo – movimento necessário para a constituição psíquica. Violante (2001), em seu livro *Piera Aulagnier*<sup>31</sup>: *uma contribuição contemporânea à obra de Freud*, aponta que:

No início da vida, toda experiência somática se impõe e se metaboliza em uma experiência psíquica e, portanto, todo sofrimento orgânico é um sofrimento psíquico, sendo ambos indistinguíveis. Assim é que o sofrimento orgânico é representado como sendo auto-engendrado. Se o sofrimento não ultrapassar certo limite ou certa duração, a palavra materna pode e deve intervir, a fim de impedir o movimento de desinvestimento no corpo e na atividade de pensar (p. 62).

As experiências dos bebês são evidentes aos olhos do examinador atento, seus sinais são frequentemente emitidos, da sua forma o bebê expressa suas mensagens. Lacan (1958-59/2016), no *Seminário 6: o desejo e sua interpretação*, diz que o estímulo tem a função de um código, impondo sua ordem para a necessidade e, por isso, sendo traduzido: “diremos que o estímulo é um sinal que o meio externo dá ao organismo de que tem de responder, de que tem de defender, e que ele, por sua vez, emite um sinal” (p. 19-20). Os estímulos externos e os sinais do bebê, de acordo com sua capacidade de resposta, foram reconhecidos pelo analista como via que aponta a constituição psíquica e seu desenvolvimento. É possível também conhecer os bebês através do que enunciam suas mães – elas dizem muitos sobre seus filhos. Porém, em muitas circunstâncias, como a situação dessa pesquisa, a interferência da contingência da malformação congênita e seus entraves, como tanto dissemos, prejudicam as expressões ditas naturais e espontâneas – com isso, os sofrimentos delas também foram motivos de investigação. Saber o que fazer com o que vem dos sujeitos, mesmo sendo eles bebês, ainda na fusão da relação alienada ao outro parental, foi fundamental para a construção de uma prática. Lacan (1956-57/1995) no *Seminário, livro 4: a relação de objeto*, emite que “só podemos nos referir ao real teorizando” (p. 31). Teorizar, para o psicanalista nesse contexto clínico, foi fundamental como desfecho; depois de tanto experimentar e clinicar usando a teoria, a análise pessoal e a supervisão como pilares, como dito, era preciso escrever. Sobre a clínica com bebês, Golse (2003), em seu livro *Sobre a psicoterapia pais-bebê: narrativa, filiação e transmissão*, contribui, esclarecendo que:

Eu me detenho aqui no tema das promessas, dizendo apenas que tudo isto nos conduz a uma clínica do bebê absolutamente fascinante, que deve ser descritiva, muito finamente descritiva, e que deve ser muito interativa. É preciso entrar em contato com o bebê, mas fazê-lo com tato (no contato há o tato) para não forçar, não ser intrusivo. A clínica com bebê nos obriga a levar em conta o que nós sentimos, e isso é muito interessante porque não se escreveu tudo sobre o bebê, não se escreveu tudo sobre seu corpo e seu comportamento. Uma grande parte da clínica com o bebê está inscrita em nós, sobre o que

---

<sup>31</sup> Psiquiatra e psicanalista francesa, fez sua análise com Lacan, participou da fundação da École Freudienne de Paris, deixando-a em 1969 para criar a Organização Psicanalítica de Língua Francesa (OPLF). Especialista em clínica das psicoses e representante da terceira geração francesa, fundou a revista *Topique* (Roudinesco, 1998).

sentimos, sobre o que o bebê reativa em nós, o bebê que fomos... Enfim o bebê nos obriga a ter uma clínica historicizante, quer dizer que remete os distúrbios que observamos hoje a uma história que é sempre atacada por todas as formas de ditadura, e compreendida por todas as formas de ditadura do pensamento (p. 21).

Uma clínica, como afirma Golse (2003), fascinante, porém, que também podemos considerar como enigmática e necessária. No início da prática clínica, a escolha pela psicanálise como teoria sem dúvida auxiliou muito a construção do trabalho. No contato com o bebê e seus representantes primordiais – que optamos em considerar nesse espaço de escrita, em especial, a mãe –, construímos uma prática a partir de um desejo: a psicanálise. Como aponta Laurent (2010) em seu texto “O analista cidadão”: “o analista útil, cidadão, é alguém que avalia as práticas e também aceita ser avaliado, mas ser avaliado sem temor, sem um respeito temeroso, cauteloso diante dos pré-julgamentos da Ciência” (p. 12). E continua com afirmações relevantes sobre o analista no campo da medicina:

Quando se vem dizer-lhes, com arrogância, que a prática analítica não é útil ou não é eficaz, porque tal tipo de terapia cognitiva é supostamente mais útil, os analistas têm que demonstrar o contrário com sua experiência, e isso não é muito difícil. Não se deve pensar que são coisas extravagantes e do outro mundo. Cada vez que há ataques desse tipo com a Psicanálise, é perfeitamente possível mostrar uma experiência que demonstra o contrário (p. 12).

A experiência com os bebês apontou a necessidade de descobrir um saber fazer com essa clínica. Teóricos contemporâneos dos estudos sobre bebês, bem como o trabalho psicanalítico com bebês introduzido na França por Françoise Dolto (2004), auxiliaram muito o início dessa prática. No artigo “Sobre a interface entre a subjetividade materna e as malformações do neonato”, Vorcaro e Martins (2016) apontam como contribuição de Dolto: “que a sensibilidade e o sofrimento humano podem começar desde o nascimento, que é preciso reconhecer sistemática e pacientemente o desejo irreduzível do recém-nascido em direção à vida. O neonato vem ao mundo banhado numa cultura, tem sua origem, uma herança parental com suas histórias e seus traumas” (p. 159). Conceitos como clínica precoce, prevenção e estimulação precoce são frequentemente utilizados por alguns autores na clínica com bebês na tentativa de intervir antes que o “mal aconteça”. Daniela Teperman (2005) refere-se à prevenção da seguinte forma:

Não temos como garantir os resultados de uma intervenção em psicanálise, mas temos como apostar: na existência do inconsciente ou, ainda, no advento de um sujeito... tornar a prevenção uma questão, interrogar sobre os seus ideais, o poder e a tentativa de controle evocada na prevenção, pois há um caráter de “toda poderosa” embutido na noção de prevenção. A dimensão do real aí situada opera na direção de destituí-la desta perspectiva de apresenta-se como “toda” (p. 83).

Sabemos que prevenção e estimulação precoce não são conceitos psicanalíticos, mas possuem lugar na clínica com bebês e foram estudados no início da nossa prática. Entretanto, percebemos que precisávamos de um estudo estrutural sobre o que se passa na organização do psiquismo. Dessa forma, decidimos voltar no começo da psicanálise, em Freud e sua metapsicologia<sup>32</sup>. A compreensão sobre o funcionamento do aparelho psíquico, sua condição enigmática, mas manifesta, foi o primeiro vestígio de investigação para essa pesquisa. Compreender a constituição do psiquismo partindo dos textos pré-psicanalíticos, como o “Projeto”, e dos textos psicanalíticos como “A interpretação de Sonhos”, teve como objetivo acompanhar Freud no percurso sobre o funcionamento do psiquismo. O psicanalista atribuiu ao aparelho psíquico uma organização, um modelo ligado a diferentes funções, acessível não pela anatomia, mas como um sistema reflexo, considerado por Freud como protótipo de todas as funções psíquicas. Laplanche & Pontalis (2016), sobre o aparelho psíquico, resumem: “expressão que ressalta certas características que a teoria freudiana atribui ao psiquismo: a sua capacidade de transmitir e de transformar uma energia determinada e a sua diferenciação em sistemas ou instâncias” (p. 29). Seguindo as pistas da metapsicologia freudiana, seus princípios, conceitos fundamentais e modelos teóricos, pudemos observar na clínica com bebês a existência da constituição psíquica, não mais obscura, certamente sensível, definida e principalmente acessível para a fundamentação de uma prática.

No leito de terapia intensiva ou no colo da mãe, foi preciso reconhecer a potencialidade do bebê, tanto quanto os discursos que circulavam em torno de sua condição de tratamentos médicos em decorrência da malformação congênita. Na condição de sobrevivente do acometimento orgânico, para alguns casos, apenas possível através da técnica médica, a competência do recém-nascido e a subjetividade em seu entorno mostrava-se viva e instigante para ao analista. Sobre como se constitui o sujeito, no livro *O Conceito de sujeito*, Elia (2010) contribui:

A psicanálise pensa o sujeito, portanto, em sua raiz mesma, como *social*, como tendo sua constituição articulada ao plano social. Resta saber como ela o faz, e ela o faz de modo positivo, ou seja, de modo a manter a positividade de sua concepção de *sujeito do inconsciente*, sem o quê deixaria de ser psicanálise e se diluiria em meio à polifonia da orquestra das concepções culturalistas de uma construção social do sujeito, que o destitui precisamente de sua positividade como sujeito do inconsciente (p. 34).

---

<sup>32</sup> “Termo criado por Freud para designar a psicologia por ele fundada, considerada na sua dimensão mais teórica. A metapsicologia elabora um conjunto de modelos conceituais mais ou menos distantes da experiência, tais como a ficção de um aparelho psíquico dividido em instâncias, a teoria das pulsões, o processo do recalque, etc. A metapsicologia leva em consideração três pontos de vista: dinâmico, tóxico e econômico” (Laplanche e Pontalis, 2016, p. 284).

Fazer psicologia, ao invés de psicanálise, nesse campo clínico do hospital geral poderia ser mais simples a princípio, pela técnica adquirida na graduação e consagrada já em muitas instituições. Mas a psicanálise indicou um outro caminho, o da sua ética: o *sujeito do inconsciente*. Moretto (2001), em seu livro *O que pode um analista no hospital?*, argumenta que “diante da variedade de propostas psicológicas, me deparei com a inconsistência das mesmas. Jamais acreditei que fosse possível um caminho psicanalítico reversível, muito menos que fosse possível um desvio da estrada psicanalítica” (p. 19). Apostar na psicanálise como consistência de uma prática possível tornou-se um belo desafio desde o começo, persistido ao longo de toda prática clínica. 2016Lacan (1964/ 1998) ressalta que: “a presença do analista é ela própria uma manifestação do inconsciente” (p. 121). Mannoni (1989), em seu livro *Um saber que não se sabe: a experiência analítica*, diz que:

Freud tinha evitado ligar a transmissão da análise a regras técnicas. A *radicalização* de sua posição visava subtrair a análise de toda aplicação da psicologia. É a esta radicalização que Lacan, por seu turno, reconduziu os analistas, para que compreendessem o que deveriam questionar na condução de um tratamento, de forma que se manifestassem à escuta da singularidade de uma palavra e uma linguagem, assim como das estruturas simbólicas às quais um sujeito se prende, levando-se em conta a participação ou não do paciente no drama neurótico (ou psicótico), e cuja origem às vezes retoma à terceira geração (p. 51).

Na clínica com bebês, a singularidade da palavra, da linguagem e das estruturas simbólicas são constatadas. O bebê permanece totalmente a mercê do seu entorno. Vimos que, para Freud, o recém-nascido é um ser em estado de desamparo (*Hilflosigkeit*), necessitando de um adulto próximo (*Nebenmensch*), que fará a ação específica fundamental para sua constituição subjetiva. Freud (1905/2016), sobre a descoberta do objeto, nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, assegura que: “talvez haja relutância em identificar com o amor sexual os sentimentos de afeição e estima que a criança tem por aqueles que dela cuidam, mas penso que uma investigação psicológica mais precisa poderá estabelecer essa identidade além de qualquer dúvida” (p. 144). Na investigação de horas de trabalho, dia a dia, do analista em hospital geral, com esses bebês e suas mães, notava-se que havia algo a ser revelado, reconstruído só depois (*a posteriori*), mas acolhido no instante de ver. O desejo de escutar o que estava além da rotina da unidade de cuidados médicos intensivos possibilitou uma prática que autorizava legitimar as expressões e comportamentos dos bebês e a fala materna, considerando com isso a existência da subjetividade, das marcas simbólicas da profunda experiência humana e seu psiquismo. Elia (2010) indica que: “muito antes do bebês nascer, ou seja, de um ser humano surgir na cena do mundo com a possibilidade de se tornar um sujeito, o campo em que ele aparecerá já se encontra estruturado, constituído, ordenado”

(p. 38). Recapitulando que o sujeito também é constituído pela linguagem, o autor contribui: “há um conjunto de demandas, desejos e desígnios que é dirigido àquele que vai nascer muito antes do nascimento, e que inclusive determina o fato do nascimento” (p. 38). Na escuta e acolhimento dos dizeres maternos, consideramos essa ordenação já definida pela cultura e as relações estabelecidas em sua própria experiência de vida, de fato, expressas e determinantes para o caminho da constituição do sujeito recém-chegado ao mundo: o seu bebê. A cena de tratamento médico, como qualquer outra contingência dramática, estremece a relação de cuidados e o ideal em jogo da mãe direcionado ao seu bebê, deixando marcas, como a vida, inevitáveis. Porém, como afirma claramente Ansermet (2003):

Trabalhar como analista em pediatria supõe levar em conta não somente a realidade física da doença, mas também o lugar ocupado por ela na realidade psíquica do sujeito. Essa distinção entre realidade física e realidade psíquica é um pré-requisito essencial para qualquer colaboração entre um psicanalista e um pediatra junto à criança doente. Para isso, o psicanalista deve, contrariamente ao médico, preservar na sua relação com o paciente o que poderíamos designar como o lugar da ignorância: deixar aberta a escuta do corpo tal qual ele aparece na dimensão subjetiva, o corpo falante que apenas o paciente pode revelar (p. 15).

O corpo falante do bebê e o discurso materno, ambos entrelaçados, porém embaçados pela cena de cuidados médicos. No desassossego do mal-estar de um e de outro, do bebê e de sua mãe, a experiência clínica apresentou o enigma do psiquismo, possível de decifrar quando sustentamos que a psicanálise seria o caminho para a compreensão e tratamento. Os fragmentos clínicos descritos na construção dessa pesquisa possibilitaram a transmissão de trechos da experiência do encontro do analista com a subjetividade materna e com as fantasias de algumas crianças e jovens adultos que *a posteriori* expressavam o mal-estar vivido ao longo dos tratamentos médicos, resquícios da primeira infância. De acordo com Moretto e Prizskulnik (2014), há uma distância entre a experiência original e sua transmissão. Descrever e transmitir a experiência particular do caso-a-caso vivida pelo analista no hospital geral não é sem faltas, algo escapa desse conteúdo da clínica, impossível de apreender. Porém, ao eleger alguns detalhes da clínica, conseguimos seguir com a tentativa de fundamentar a prática da nossa escolha. Sobre o bebê, compreender o funcionamento do psiquismo tornou-se, como já dissemos, fundamental. Sobre a mãe, eleger e teorizar a marca que mais se apresentou nos discurso vigente: a frustração, complementou alguns dos fenômenos encontrados na prática clínica que recortamos para a pesquisa.

O bebê, sem recitar suas palavras, expressava com seu corpo sua dor, seu mal-estar, o desamparo diante da ausência do outro primordial, com respostas particulares, porém, que demarcam sua condição de prematuridade psíquica e física. Foi necessário considerar que o



corpo doente portava um psiquismo em constituição; a subjetividade a sua volta, histórias contadas por seus pais, expressavam o bebê idealizado, investimentos afetivos ligados à vida, apesar da doença. Brun (1996), em *A criança dada por morta*, sobre o sentido da narração no que tange ao corpo doente da criança, ressalta:

O corpo doente da criança se oferece, é verdade, como habitáculo privilegiado das reminiscências do adulto, talvez porque a doença, principalmente muito grave, confere à criança uma posição ambígua. A ambiguidade da posição, contudo, tem-se relacionado menos com a pessoa da criança do que com o modo que ela é investida, e sobretudo na função de anteparo que implicitamente lhe pedem que ocupe. Assim, o olhar que recai sobre ela, suas atividades, suas declarações, mesmo depois de crescida, é, no mais das vezes, um olhar de preocupação (p. 207).

Um olhar de preocupação que obstrui outras possibilidades de reconhecimento além da malformação congênita. Na possibilidade do encontro do analista com o bebê e sua mãe na cena de cuidados médicos, abre-se a possibilidade do encontro com algo além da necessidade fisiológica, e sim com um sujeito em constituição e sua história. Elia (2010) aponta que:

Se nascemos com necessidade, nunca a experimentamos pura ou diretamente, ou seja, sem a mediação da linguagem. A vida biológica é, como tal, excluída da experiência do sujeito, que só se relacionará com ela por intermédio da linguagem, o que evidentemente a modifica, a pulveriza, a fragmenta (p. 40).

Enigmático e encantador descrever, partindo da psicanálise, uma clínica que registra a realidade de bebês e seus infortúnios, além do despertar das suas mães para a maternidade diferente do ideal, do bebê como veio ao mundo. A experiência trazendo seus conteúdos inexoráveis e legitimados pelo olhar da psicanálise. Para explicar sobre o caráter da psicanálise como ciência empírica, Freud (1923/2011) apresenta sua diferença do sistema filosófico – que possui parte dos conceitos fundamentais claramente definidos – e afirma que a psicanálise “se atém aos fatos do seu âmbito de trabalho, busca solucionar os problemas imediatos trazidos pela observação, segue tateando com base na experiência, esta sempre incompleta, sempre disposta a ajustar ou modificar suas teorias” (p. 301). Na observação do caso a caso dos pacientes em tratamento médico no hospital geral, a possibilidade do trabalho clínico com bebês foi sem dúvida uma surpresa e um acontecimento que instigou a busca de conhecimento dirigido aos primórdios da primeira infância. Ribeiro (2010), na apresentação do seu livro sobre *Imitação: seu lugar na psicanálise*, apresenta contribuições relevantes sobre as perspectivas da prática na clínica com bebês:

Essa busca de apreensão do originário não representa apenas uma exigência teórica, como parece o caso do conceito de recalçamento originário em Freud, apresentado como conceito necessário para se conceber o recalçamento secundário. À medida que a clínica psicanalítica alcança uma amplitude cada

vez maior, dirigindo-se aos primórdios da infância e, inclusive, à díade mãe-bebê, torna-se necessário que as intervenções do analista possam apoiar-se em uma compreensão metapsicológica dos processos envolvidos nesses momentos inaugurais do psiquismo. Na clínica do adulto, tal compreensão tem também sua importância na elucidação dos movimentos transferenciais que conservam o caráter arcaico dos momentos precoces da constituição psíquica (p. 13)

Para a compreensão das contribuições da metapsicologia freudiana, os conceitos teóricos sobre a constituição psíquica foram estudados, com o intuito de também compreender a prática com bebês, respeitando a ética do inconsciente, definida pela psicanálise. Abordar a noção de *aparelho psíquico*, sua estrutura, seu funcionamento e seu desenvolvimento mostrou-se essencial para o trabalho clínico. A decisão pela teoria psicanalítica como referencial fundamental para realização da pesquisa se estabeleceu com a finalidade de extrair da experiência clínica o que a psicanálise revela com sua descoberta: o inconsciente.

É interessante sublinhar que, na clínica em questão, o ponto que escapa à medicina, o *incognoscível*, esse “resto” de interesse do analista, constata a ligação ativa do corpo e do psiquismo de um ser humano em constituição. Evidentemente é o que estabelece, constantemente, a necessidade do conhecimento teórico, de modo que a análise da infância não seja negligenciada e abra espaço para o caso a caso e suas particularidades.

Conclui-se que a clínica com bebês apresentou seus enigmas sobre as produções do psiquismo, que foram atenciosamente observados, legitimados e cuidadosamente estudados pela analista presente. O impacto causado pela contingência da malformação congênita foi considerado, porém não como única razão, uma sentença que anulasse o desejo do bebê e de sua mãe. Os sujeitos dessa clínica puderam existir subjetivamente quando acolhidos, sem negar suas manifestação de vida psíquica e suas produções subjetivas constituídas ou em constituição.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aulagnier, P. (1999). Nascimento de um corpo, origem de uma história. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2 (3), 9-45.
- Ansermet, F. (2003). *Clínica da Origem a criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa. Livraria, 2003.
- Bandinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. (W. Dutra, trad.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bezerra Jr, B. (2013). *Projeto para uma psicologia científica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Berger, K. S. (2016). *O desenvolvimento das pessoas: do nascimento à terceira idade*. (D. Conde de Alencar, trad.; C. Henschel de Lima, rev.). Rio de Janeiro: LTC.
- Brun, D. (1996). *A criança dada por morta: riscos psíquicos da cura*. (J. Pereira Neto, J. de Souza e Mello Werneck, trad.). São Paulo: Casa do psicólogo.
- Clavreul, J. (1978). *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. Rio de Janeiro. Ed. Brasiliense.
- Dolto, F. (1996). *Quando surge a criança*. Campinas, SP: Papyrus.
- Dolto, F. (1999) *As etapas decisivas da infância*. São Paulo: Martins Fontes.
- Dolto, F. (2004). *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva.
- Dunker, C. (2014). *Prefiro pensar a clínica, a terapia e a cura não como matrizes epistêmicas, mas matrizes éticas*. Recuperado em 01 de outubro de 2013, de <http://lacaneando.com.br/christian-dunker/>.
- Elia, L. (2010). *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- França Neto, O. (1998). *Freud e a consciência*. São Paulo: Editora Escuta.

- Freud, S. (1975). Moisés e o Monoteísmo. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XXIII) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho publicado originalmente em 1939 [1934-38]).
- Freud, S. (1987). Esboço de Psicanálise. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XXIII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho publicado originalmente em 1940 [1938]).
- Freud, S. (1988). Carta 52. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. I). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho publicado originalmente em 1896).
- Freud, S. (1988). Projeto para um psicologia científica. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. I). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho publicado originalmente em 1895 [1950]).
- Freud, S. (1988). Artigos sobre hipnotismo e sugestão. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. I). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho publicado originalmente em 1888)
- Freud, S. (1989). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. VII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho publicado originalmente em 1905).
- Freud, S. (1995). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. II). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho publicado originalmente em 1893).
- Freud, S. (2010). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico. In: *Obras Completas* (P. César de Souza, trad., Vol. X). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1911).
- Freud, S. (2010). Introdução ao Narcisismo. In: *Obras Completas* (P. César de Souza, trad., Vol. XII). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914a).
- Freud, S. (2010). Recordar, repetir e elaborar. In: *Obras Completas* (P. César de Souza, trad., Vol. X). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914b).

- Freud, S. (2010). O inconsciente. In: *Obras Completas* (P. César de Souza, trad., Vol. XII). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1915a).
- Freud, S. (2010). Os instintos e seus destinos. In: *Obras Completas* (P. César de Souza, trad., Vol. XII). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1915b).
- Freud, S. (2010). Alguns tipos de caráter encontrados na prática psicanalítica. In: *Obras Completas* (P. César de Souza, trad., Vol. XII). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1916).
- Freud, S. (2010). Luto e Melancolia. In: *Obras Completas* (P. César de Souza, trad., Vol. XII). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1917 [1915]).
- Freud, S. (2010). O inquietante. In: *Obras Completas* (P. César de Souza, trad., Vol. XIV). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1919a).
- Freud, S. (2010). Batem numa criança: contribuição ao conhecimento da gênese das perversões sexuais. In: *Obras Completas* (P. César de Souza, trad., Vol. XIV). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1919b).
- Freud, S. (2010). Além do princípio do prazer. In: *Obras Completas* (P. César de Souza, trad., Vol. XIV). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1920).
- Freud, S. (2010). A feminilidade. In: *Obras Completas* (P. César de Souza, trad., Vol. XVIII). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1933).
- Freud, S. (2011). Psicologia das massas e análise do eu. In: *Obras Completas* (P. César de Souza, trad., Vol. XV). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1921).
- Freud, S. (2011). Psicanálise e teoria da libido. In: *Obras Completas* (P. César de Souza, trad., Vol. XV). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1923a).
- Freud, S. (2011). O eu e o id. In: *Obras Completas*. (P. César de Souza, trad., Vol. 16). São Paulo: Companhia das Letras (trabalho original publicado em 1923b).
- Freud, S. (2011). As relações de dependência do eu. In: *Obras Completas*. (P. César de Souza, trad., Vol. 16). São Paulo: Companhia das Letras (trabalho original publicado em 1923c).

- Freud, S. (2011). Dissolução do complexo de Édipo. In: *Obras Completas* (P. César de Souza, trad., Vol. XVI). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1924).
- Freud, S. (2011). Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos. In: *Obras Completas* (P. César de Souza, trad., Vol. XVI). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1925a).
- Freud, S. (2011). A negação. In: *Obras Completas* (P. César de Souza, trad., Vol. XVI). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1925b).
- Freud, S. (2011). Autobiografia. In: *Obras Completas* (P. César de Souza, trad., Vol. XVI). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1925c).
- Freud, S. (2012). Contribuição à historia do movimento psicanalítico. In: *Obras Completas* (P. César de Souza, trad., Vol. XI). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (2014). Conferências Introdutórias à Psicanálise. In: *Obras Completas* (P. César de Souza, trad., Vol. XVIII). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (2014). Inibição, sintoma e angústia. In: *Obras Completas* (P. César de Souza, trad., Vol. XVII). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1926a).
- Freud, S. (2014). A questão da análise leiga. In: *Obras Completas* (P. César de Souza, trad., Vol. XVII). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1926b).
- Freud, S. (2014). O futuro de uma ilusão. In: *Obras Completas* (P. César de Souza, trad., Vol. XVII). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1927).
- Freud, S. (2015). O romance familiar dos neuróticos. In: *Obras Completas* (P. César de Souza, trad., Vol. XIX). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1909).
- Freud, S. (2016). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos. In: *Obras Completas* (P. César de Souza, trad., Vol. II). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1893).

- Freud, S. (2016). *A interpretação dos sonhos*. (R. Zwick, trad., T. Vieira, rev.). Porto Alegre, RS: L&PM. (Trabalho publicado originalmente em 1900).
- Freud, S. (2016). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Obras Completas* (P. César de Souza, trad., Vol. VI). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1905).
- Gabbi Jr, O. F. (2003). *Notas a projeto de uma psicologia: as origens utilitaristas da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Golse, B. (2003). *Sobre a psicoterapia pais-bebê: narrativa, filiação e transmissão*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Grégoire, M.-C. & Finley, G. A. (2008). “Doctor, I think my baby is in pain”: the assessment of infants’ pain by health professionals. *J Pediatr* (Rio J), 84(1):6-8.
- Guimarães, V. C. (2012). A concepção freudiana da sexualidade infantil e as implicações da cultura e educação. *Educativa*, Goiânia, v.15, n. 1, p. 53-66, jan/jun.
- Keller, A. J. (2009). *MICHAELIS: dicionário escolar do alemão: alemão- português*. São Paulo: Editora Melhoramentos.
- Hanns, L. A. (1996). *Dicionário comentado do alemão*. Rio de Janeiro: Imago.
- Hölderlin, F. (2008). Observações sobre o Édipo e observações sobre Antígona. (A. L. Andrade Coli, M. Nassif Passos, P. Süsseking, R. Machado, trad.; G. Almeida, V. Figueiredo, rev.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1985). *O Seminário, livro 2: o Eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho publicado originalmente 1954-55).
- Lacan, J. (1992). *O Seminário, livro 8: a transferência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho publicado originalmente 1960-61).
- Lacan, J. (1995). *O Seminário, livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho publicado originalmente 1956-57).
- Lacan, J. (1997). *O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

(Trabalho publicado originalmente 1959-60).

Lacan, J. (1998). O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. *Escritos*. (V. Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho publicado originalmente 1945).

Lacan, J. (1998). O estádio do espelho como formador da função do eu. *Escritos*. (V. Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho publicado originalmente 1949).

Lacan, J. (1998). A instância da letra no inconsciente. *Escritos*. (V. Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho publicado originalmente 1957).

Lacan, J. (1998). A significação do falo. *Escritos*. (V. Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho publicado originalmente 1958).

Lacan, J. (1998). *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho publicado originalmente 1964).

Lacan, J. (1998). A ciência e a verdade. *Escritos*. (V. Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho publicado originalmente 1965).

Lacan, J. (1999). *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho publicado originalmente 1957-58).

Lacan, J. (1999). A fantasia para além do princípio do prazer. *O Seminário, livro 5*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho publicado originalmente 1957-58).

Lacan, J. (2003). Os Complexos familiares na formação do indivíduo. *Outros Escritos*. (V. Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho publicado originalmente 1938).

Lacan, J. (2003). *A identificação: seminário 1961-1962*. (C. Ivan & B. Marcos, trad.) Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife. (Trabalho publicado originalmente 1961-62).

Lacan, J. (2005). *O Seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho publicado originalmente 1962-1963).

Lacan, J. (2008). *O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho publicado originalmente 1959-60).



- Lacan, J. (2009). *O Seminário, livro 18: de um discurso que não fosse semblante*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho publicado originalmente 1971).
- Lacan, J. (2016). *O Seminário, livro 6: o desejo e sua interpretação*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho publicado originalmente 1958-59).
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (2016). *Vocabulário de psicanálise*. (P. Tamen, trad.). 4 ed. São Paulo: Martins fontes.
- Laurent, E. (2010). O analista cidadão. *Revista Coringa*, v. 1, n° 0 (out.1993). Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas, n. 31.
- Laurent, E. (2012). *A psicanálise e a escolha das mulheres*. Belo Horizonte: Scriptum Livros.
- Lejarraga, A. L. (1996). *O trauma e seus destinos*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Maia, M. S. (2005). *Extremos da Alma*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Mannoni, M. (1988). *A criança retardada e sua mãe*. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes. (trabalho originalmente publicado em 1964).
- Mannoni, M. (1989). *Um saber que não se sabe: a experiência analítica*. (M. Prada e Silva, trad.). Campinas, SP: Papirus.
- Mazet, P., & Stoleru, S. (1990). *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. PortoAlegre: Artes Médicas.
- Mijolla, S. (2005). *Dicionário internacional da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Moretto, M. L. T. (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moretto, M. L. T. & Prizskulnik, L. (2014). Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. *Tempo Psicanalítico*, 46(2). Rio de Janeiro.
- Nicéas, C. A. (2013). *Introdução ao narcisismo: o amor de si*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

- Pessoa, F. (2014). *Poesias inéditas & Poemas dramáticos*. Porto Alegre: L&PM. (Poema publicado originalmente 1932).
- Porchat, P. (2005). *Freud e o teste de realidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo: FAPESP.
- Rabello, A. (2004). A função simbólica da UTI neonatal. In: R. Aragão (Org.). *O bebê, o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rank, Otto. (2016). O trauma do nascimento: e seu significado para a psicanálise. (E. Gonçalves de Castro, trad.) São Paulo: Cienbook. (Trabalho original publicado em 1923).
- Ribeiro, P. C. C. (2010). *Imitação: seu lugar na psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2010.
- Rocha, Z. (2011). A dor física e psíquica na metapsicologia freudiana. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 11(2), 591-621. Recuperado em 08 de agosto de 2016, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482011000200006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000200006&lng=pt&tlng=pt).
- Roudinesco, E. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. (V. Ribeiro, L. Magalhães, trad.; supervisão de edição brasileira Marco Antonio Coutinho Jorge). Rio de Janeiro: Zahar.
- Santos, R. da S. & Dias, I. M. V. (2005). Refletindo sobre a malformação congênita. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(5), 592-596.
- Soler, C. (2005). *O que Lacan dizia das mulheres*. (V. Ribeiro, trad.; Consultoria Marco Antonio Coutinho Jorge). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Teperman, D. (2005). *Clínica psicanalítica com bebês – uma intervenção a tempo*. São Paulo: Casa do Psicólogo/ FAPESP.
- Torres, R. (2011). Indicações sobre a estrutura da ação específica freudiana: efeitos para o sujeito da psicanálise. *Ágora*, (Rio de Janeiro), v. XIV, n.1.
- Viesenteiner, J. L. (2013). O conceito de vivência (Erlebnis) em Nietzsche: gênero, significado e recepção. *Kriterion: Revista de Filosofia*, 54 (127), 144-155.
- Violante, M. L. V. (2001). *Piera Aulagnier. Uma contribuição à obra de Freud*. São Paulo:

Via Lettera Editora e Livraria.

Vorcaro, A. & Martins, A. (2016). Sobre a interface entre a subjetividade maternal e as malformações do neonato. In: Michele Kamers, Heloisa Helena Marcon, Maria Livia Tourinho Moretto. *Desafios atuais das práticas em Hospitais e nas instituições de Saúde*. São Paulo: Escuta.

Winograd, M, & Mendes, L. da C. (2009). Qual o corpo para a psicanálise: Breve ensaio sobre o problema do corpo na obra de Freud. *Psicologia: teoria e prática*, 11(2): 211-223. Recuperado em 11 de junho de 2016, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872009000200015&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872009000200015&lng=pt&tlng=pt).

Zafiroopoulos, M. (2009). A teoria freudiana da feminilidade: de Freud a Lacan. *Reverso* (Belo Horizonte), n.58, p.15-24.