

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**LILIANE CRISTINA SANTOS**

**Implicações da patologia e da hospitalização do bebê ao nascer:  
do desenvolvimento à psicanálise**

**Belo Horizonte**

**2016**

**LILIANE CRISTINA SANTOS**

**Implicações da patologia e da hospitalização do bebê ao nascer:  
do desenvolvimento à psicanálise**

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.

Orientadora: Ângela Maria Resende Vorcaro

**Belo Horizonte**

**2016**

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

S237i

2016

Santos, Liliane Cristina

Implicações da patologia e da hospitalização do bebê ao nascer [manuscrito] : do desenvolvimento à psicanálise / Liliane Cristina Santos. - 2016.

215 f.

Orientadora: Ângela Maria Resende Vorcaro.

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

Inclui bibliografia

1. Psicologia - Teses. 2. Crianças - Teses. 3. Neonatologia - Teses. 4. Psicanálise - Teses. 5. Psicologia do desenvolvimento - Teses. I. Vorcaro, Angela M. R. (Angela Maria Resende). 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



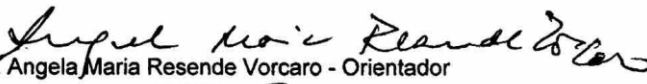
## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Implicações da patologia e da hospitalização do bebê ao nascer:  
do desenvolvimento à psicanálise**

**LILIANE CRISTINA SANTOS**

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 26 de fevereiro de 2016, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). Angela Maria Resende Vorcaro - Orientador  
UFMG

  
Prof(a). Nádia Laguardia de Lima  
UFMG

  
Prof(a). Paula Ramos Pimenta  
Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM)

Belo Horizonte, 26 de fevereiro de 2016.

*Aos meus filhos João Pedro, Cecília e Alice,  
Aqueles que amo “mais do que o universo”*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, cuja presença se faz sentir em todos os momentos da minha vida, guiando meus passos. A minha família, pelo apoio e pela força para seguir adiante: Djane, meu marido, que não mediu esforços para me auxiliar nesta jornada; meus filhos, João, Ciça e Alice, que suportaram minha ausência e minha impaciência decorrentes do trabalho; meu pai, meu porto seguro e suporte sempre; minha mãe, pela disponibilidade e pronto auxílio de sempre; Ambrosina, minha sogra/mãe, pela tranquilidade, auxílio e carinho com meus filhos, pelo aconchego do lar que possibilitou minha escrita tantas vezes; meus irmãos, cunhadas, cunhados, sobrinhos e tias, pela ajuda no cuidado com meus filhos, pela atenção e pelo apoio. À Emília, meu braço direito e muitas vezes esquerdo em casa, sem a ajuda da qual este trabalho não seria possível.

À Ângela, pela orientação precisa, escuta atenta e disponibilidade.

À Andréia Guerra, Cristina Marcos e Paulo Vidal, pela leitura atenta e pontuações preciosas na banca de qualificação.

Aos colegas do Mestrado, pelas trocas produtivas, pelas orientações, pela partilha e pelos encontros que tanto me estimularam a escrever.

Aos colegas de trabalho, pela partilha, pela parceria na lida diária e nos desafios da assistência.

Ao Hospital Municipal Odilon Behrens, especialmente à Comissão de Ética em Pesquisa e à Gerência do Ambulatório, por possibilitarem a pesquisa de campo na instituição.

Aos participantes da entrevista, por permitirem o acesso às suas histórias, que tanto enriqueceram este trabalho.

Às famílias atendidas no dia a dia do trabalho, que motivaram a escrita desta dissertação, pela confiança ao relatarem suas vivências e seus sofrimentos.

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

*Quando a comoção dos dados orgânicos patológicos faz estragos no imaginário familiar, oficiemos de ponte para que nosso pequeno paciente possa apropriar-se do passado que lhe corresponde e para, deste modo, deixar abertos caminhos concretos do futuro”.*

*(Coriat, 1997, p. 75)*

## RESUMO

Santos, L. C (2016). *Implicações da patologia e hospitalização do bebê ao nascer: do desenvolvimento à psicanálise*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.

A opção desta pesquisa é pelo método clínico qualitativo e tem como objetivo investigar as implicações da patologia e da hospitalização do bebê ao nascer. Tem por bases teórica e metodológica a psicanálise e utiliza dois procedimentos: a revisão bibliográfica e a escuta de pais cujas crianças ficaram internados ao nascer, essa por meio de entrevistas clínicas. Com relação à revisão bibliográfica, escolhemos partir da teorização de René Spitz sobre as relações objetais e seus distúrbios para, em seguida, discutir sobre a importância fundamental do outro/Outro para subjetivação dos bebês, enfocando o campo da linguagem e as funções materna e paterna. Para isso, recorreremos a Freud, a Lacan e aos seus leitores, e buscamos uma leitura diferenciada do que foi demonstrado por Spitz em suas pesquisas, a partir do referencial da psicanálise de orientação lacaniana. Nossa proposta é de investigar a constituição do sujeito na concepção da psicanálise lacaniana, estudando a relação entre pais e bebês mediatizada pelo Outro e apreendendo os conceitos relacionados ao assunto. Apresentamos, também, uma discussão sobre o método propriamente psicanalítico, que, no nosso ponto de vista, é diferente do que foi realizado por Spitz, representante da teoria do desenvolvimento. Assim, delimitamos o método que orienta a presente pesquisa, distinguindo-o do método evolucionista. Em seguida, expomos uma revisão da literatura que concerne às possíveis repercussões da doença e da hospitalização de bebês, discutindo acerca dos riscos e da prevenção, na ótica da psicanálise. Nas entrevistas, realizadas no ambulatório do Hospital Municipal Odilon Behrens, as famílias foram incentivadas a falarem a respeito de suas vivências relacionadas à doença e à internação do bebê recém-nascido. As entrevistas visaram a apreender as colocações dos pais/cuidadores sobre a situação vivida com a criança e a posição em que a localizam, considerando ainda a correlação entre o que dizem e o que fazem como atos em relação à mesma. As entrevistas e a análise dos casos partem da clínica como método de pesquisa, que é centrada no paciente e baseia-se na experiência da singularidade como tal. Na apresentação dos casos, portanto, privilegiamos a particularidade e o funcionamento de cada sujeito em seu discurso. Assim, procuramos pensar na contribuição da psicanálise no que se refere à patologia e à hospitalização precoce, argumentando que tal contribuição só pode ser articulada passando pelo método clínico e, portanto, pela ética que a fundamenta. Se a resposta do sujeito ao que lhe ocorre é singular, sendo particular os efeitos da situação de prematuridade e de internação neonatal, então, assim também será a intervenção. Nesta visão, a intervenção pressupõe a escuta de cada caso, diferente da generalização da técnica e do método de observação característicos da perspectiva do desenvolvimento.

**Palavras-chave:** Psicanálise. Neonatologia. Psicologia do Desenvolvimento. Prematuridade. Método clínico.

## ABSTRACT

We chose this research for its qualitative clinical method and it aims to investigate the implications of the pathology and the hospitalization of the baby at birth. It's based on theoretical and methodological psychoanalysis and uses two procedures: the literature review and the reports of parents whose children were hospitalized at birth, which were obtained through clinical interviews. Regarding the literature review, we chose to start from the theory of René Spitz on object relations and their disorders to then discuss the fundamental importance of the Other/ other for the subjectivation of babies, focusing on the field of linguistics and the maternal and paternal roles. For this, we turn to Freud, Lacan and their readers, and seek a different reading than that shown by Spitz in his research from the framework of Lacanian psychoanalysis. Our proposal is to investigate the constitution of the subject in the Lacanian psychoanalysis design, studying the relations between parents and babies mediated by the Other and seizing the concepts related to the subject. We present here a discussion of the proper psychoanalytic method, which, in our view, is different from what was done by Spitz, representative of the developmental theory. Thus, we delineate the method that guides this research, distinguishing it from the evolutionist method. Afterwards, we expose a literature review concerning the possible repercussions of the disease and hospitalization of babies, discussing about risks and prevention, through the psychoanalysis view. In interviews conducted in the ambulatory of *Hospital Municipal Odilon Behrens*, families were encouraged to talk about their experiences related to illness and hospitalization of their new-born babies. The interviews aimed to infer the parents / caregivers' position on the situation lived with the child and on the position in which they are located, also considering the correlation between what they say and what they do to the child. The interviews and the analysis of cases have the clinic as a research method, which is centred on the patient, and based on the experience of singularity as such. Therefore, when presenting the cases, we favour the peculiarity and the operation of each subject in their speech. Thus, we aim to think of the contribution of psychoanalysis regarding the pathology and the early hospitalization, claiming that such contributions can only be articulated through clinical method, and therefore, through the ethics in which it is based on. If the subject's response to which it occurs is distinctive, singularly considering the effects of prematurity situation and of neonatal hospitalization, so will be their intervention. In this view, the intervention requires the understanding of each case, different from the generalization of the technique and of the observation method, characteristic of the developmental perspective.

**Keywords:** Psychoanalysis. Neonatology. Developmental Psychology. Prematurity. Clinical method.

## **LISTA DE SIGLAS**

|        |  |
|--------|--|
| CTI    | Centro de Tratamento Intensivo                           |
| SUS    | Sistema Único de Saúde                                   |
| TCLE   | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido               |
| UCINCO | Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional |
| UMEI   | Unidade Municipal de Educação Infantil                   |
| UPA    | Unidade de Pronto Atendimento                            |
| UTI    | Unidade de Tratamento Intensivo                          |

## SUMÁRIO

|   |     |
|---|-----|
| INTRODUÇÃO -----  | 10  |
| CAPÍTULO 1: O BEBÊ NA PERSPECTIVA DO DESENVOLVIMENTO:<br>A CONTRIBUIÇÃO DE SPITZ -----                          | 14  |
| 1.1. Spitz e a teoria das relações objetais -----   | 15  |
| 1.2. Spitz e as patologias das relações objetais -----  | 25  |
| CAPÍTULO 2: RELAÇÃO MÃE BEBÊ NA PERSPECTIVA DA PSICANÁLISE ---  | 32  |
| 2.1. Sobre a importância e lugar do estímulo -----  | 32  |
| 2.2. Além do estímulo: desejo e pulsão em Freud -----   | 36  |
| 2.3. Necessidade, desejo e demanda: constituição do sujeito e o campo da linguagem -                            | 42  |
| 2.4. O sujeito, o significante e o Outro -----  | 48  |
| 2.5. Presença materna versus função simbólica -----   | 56  |
| 2.6. Função materna: falta, desejo e suposição do sujeito -----   | 61  |
| 2.7. Função paterna: constituição do sujeito no trançamento dos registros real,<br>imaginário e simbólico ----- | 66  |
| 2.8. Algumas considerações sobre a relação de objeto -----  | 74  |
| 2.9. Da família idealizada à transmissão do desejo -----  | 79  |
| CAPÍTULO 3: MÉTODO DE TRABALHO E PESQUISA:<br>DO DESENVOLVIMENTO À PSICANÁLISE -----                            | 84  |
| 3.1. O método de Spitz: apontando diferenças em relação à Psicanálise -----                                     | 84  |
| 3.2. Sobre o método psicanalítico e sua relação com a Ciência -----   | 89  |
| CAPÍTULO 4: IMPLICAÇÕES DA DOENÇA E HOSPITALIZAÇÃO DO BEBÊ<br>AO NASCER -----                                   | 99  |
| 4.1. Contextualizando a internação neonatal -----   | 100 |
| 4.2. A contribuição da Psicanálise no contexto da patologia e hospitalização do bebê -                          | 105 |
| 4.3. Efeitos psíquicos do tratamento intensivo sob o ponto de vista do bebê -----                               | 116 |
| 4.4. Pensando na questão dos riscos e da prevenção -----  | 121 |
| CAPÍTULO 5: PESQUISA DE CAMPO (AS ENTREVISTAS):<br>DOENÇA E HOSPITALIZAÇÃO DO BEBÊ, IMPASSES E SAÍDAS -----     | 128 |
| 5.1. Ezequiel, sua mãe e seu “super cuidado” -----  | 129 |
| 5.2. Hélio: o menino com nome de deus grego -----   | 146 |
| 5.3. Matheus: um acontecimento inesperado, uma grande novidade -----  | 163 |
| 5.4. Gabrielly: uma criança muito esperta -----   | 179 |
| 5.5. Júlia: do desespero à tranquilidade -----  | 185 |
| 5.6. Breve discussão sobre os casos apresentados -----  | 197 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS -----  | 202 |
| REFERÊNCIAS -----   | 206 |
| APÊNDICES -----   | 213 |

## INTRODUÇÃO

O interesse por este tema de pesquisa surgiu do trabalho realizado como psicóloga da Unidade Neonatal do Hospital Municipal Odilon Behrens, da rede pública de Belo Horizonte. A Unidade Neonatal referida recebe bebês de até 30 dias que necessitam de tratamento, nascidos no próprio hospital ou transferidos de todo o estado. Os pacientes são, em sua maioria, mal formados, sindrômicos, cirúrgicos e, principalmente, prematuros, isso é, bebês nascidos com até 37 semanas de gestação e peso de nascimento inferior a 2,5 quilos.

É notável que a incorporação tecnológica tem gerado avanços no tratamento intensivo neonatal, reduzindo, sensivelmente, a mortalidade dos recém-nascidos e permitindo a sobrevivência de bebês cada vez mais prematuros e de menor peso. Atualmente, as discussões e as práticas do campo da neonatologia voltam-se não só para a sobrevivência dos bebês, mas para as consequências da internação, vivida numa fase tão inicial do desenvolvimento, para a vida futura do bebê e da família. Isso porque a hospitalização impõe condições ambientais desfavoráveis, marcadas pelo excesso de estímulos, com procedimentos invasivos e dolorosos, e uma rotina que produz estresse ao recém-nascido. A internação provoca, ainda, a separação entre pais e bebês, num momento em que a proximidade entre eles é fundamental para o processo de vinculação afetiva e consequente desenvolvimento da criança, se pensarmos na perspectiva evolucionista. Do ponto de vista psicanalítico, a interação entre pais e filho possibilita a circulação do desejo, necessária à constituição subjetiva da criança.

Pesquisas demonstraram que o nascimento pré-termo e a hospitalização precoce são comuns em histórias de crianças violentadas ou com atraso no desenvolvimento sem causa orgânica detectável. Assim, a literatura aponta, além das consequências físicas a que estão submetidos os bebês doentes e hospitalizados ao nascer, riscos psicossociais – relacionados à possibilidade de sofrer maus tratos, ser violentadas ou ter atraso no desenvolvimento psicomotor (Brasil, 2011; Brazelton & Cramer 1992; Klaus & Kennel, 1992; Paim 2005; Wanderley, 1999).

Na nossa prática na Unidade Neonatal, vemos as dificuldades que se fazem sentir na relação entre pais e bebês com a patologia e a internação neonatal. Vemos a dificuldade dos pais em se aproximarem do filho, em sentirem que é seu. Escutamos, durante a hospitalização do bebê, falas como: “ainda não me sinto mãe”, “não posso pegar o bebê no colo, cuidar dele”, “tenho medo de pegar nele e a saturação cair”<sup>1</sup>. Mas, presenciamos também a tentativa da

---

<sup>1</sup> Saturação é o nível de oxigênio no sangue.

família em se ajustar à realidade, tentando encontrar ali mesmo no hospital formas de exercer e de construir o seu papel. São falas como: “ele se parece comigo” (referindo-se ao bebê), “se parece com o pai, com a avó [...]”, “veja como se mexe, ele é agitado como eu”. Ou seja, os pais conseguem atribuir características e significantes ao bebê, percebendo o seu corpinho para além do real orgânico, dizendo o que o filho representa para eles. Acompanhamos as famílias no momento da internação neonatal, o que tem efeitos importantes, mas interessou-nos conhecer o que essas famílias conseguem elaborar após a alta hospitalar também.

Portanto, nossa proposta com a presente pesquisa é identificar o que se passa quando o bebê fica doente e hospitalizado ao nascer, que efeitos tal situação provoca no exercício das funções materna e paterna - necessárias à estruturação psíquica da criança - e que saídas os pais e a própria criança encontram no momento e posteriormente à vivência. Pretendemos investigar as marcas que a vivência da doença e da hospitalização do bebê podem produzir na história dos sujeitos envolvidos. Como sugere a diversidade de reações da família durante a hospitalização neonatal, estas marcas são sempre singulares, da história de cada um. Contudo, esperamos com a pesquisa analisar os limites e as possibilidades de intervenções junto à criança e às famílias que vivem a doença e a hospitalização do recém-nascido, tanto durante quanto após a internação hospitalar.

Este é um campo que precisa de atenção porque, quando se trata de estruturação psíquica, consideramos que o bebê encontra-se num momento muito crucial de sua vida e, na circunstância de doença e de hospitalização, ele fica exposto a riscos. Neste sentido, se não é possível a prevenção de um problema, como sustentam alguns autores, vale o consenso de que a intervenção tem melhores resultados se ocorre mais precocemente. O estudo do tema, portanto, se estabelece como campo de pesquisa fértil e de atuação necessária, no nosso ponto de vista.

Seguindo essas diretrizes e essas motivações, delimitamos para essa pesquisa os seguintes objetivos:

- expor a teoria das relações objetais e seus distúrbios formulada por Spitz;
- fazer uma leitura da teoria de Spitz, partindo da psicanálise de orientação lacaniana;
- revisar a literatura sobre a relação entre os pais e o bebê e a constituição subjetiva da criança sob a ótica da psicanálise lacaniana, articulando os conceitos relativos ao tema em Freud, em Lacan e seus leitores;

- estudar a relação entre pais e crianças que precisam de tratamento neonatal e sobre os efeitos da hospitalização precoce para a criança e para a família, revisando a literatura sobre o assunto;
- analisar as relações entre pais/familiares e crianças entrevistados – crianças que necessitaram de tratamento médico neonatal - considerando a interação entre eles e a trama discursiva construída em torno da criança;
- discutir, a partir de traços dos casos localizados nas entrevistas, a contribuição da psicanálise no que diz respeito às possibilidades de intervenção a crianças que vivenciam a hospitalização precoce e a suas famílias.

Esclarecemos que, para discutir sobre as implicações da doença e da hospitalização do bebê ao nascer, buscamos discorrer, teoricamente, sobre o bebê com base na perspectiva do desenvolvimento e da psicanálise. Escolhemos partir da teorização de René Spitz sobre as relações objetais e seus distúrbios para, em seguida, investigar a importância fundamental do Outro para subjetivação dos bebês, na perspectiva da psicanálise lacaniana. É importante apontar que a escolha por iniciar a discussão por Spitz não se dá aleatoriamente, mas parte de nossa prática com interface com outros campos. Pensar no desenvolvimento infantil e seus marcos teóricos é uma estratégia que possibilita conversas entre diferentes disciplinas. Neste sentido, procuramos expor, a partir de Spitz, sobre a noção de linguagem e de objeto, sobre a forma de conceber o desenvolvimento da criança e a ênfase que dá à figura materna. Propomos abordar estes pontos ao longo de nossa releitura da teoria de Spitz nesta pesquisa, tendo em vista que marcam diferenças cruciais entre as teorizações do autor e o ponto de vista psicanalítico, o que distingue fundamentalmente as considerações sobre a relação entre mãe e bebê e a forma de investigá-la. Partindo da perspectiva psicanalítica, podemos discutir sobre o bebê e sobre a interação entre pais e filhos de uma forma diversa da que propõe as teorias desenvolvimentistas, o que produz mudanças na forma de condução do trabalho, seja ele de pesquisa ou de atuação profissional. Neste mesmo sentido, discutimos, ao longo deste trabalho, sobre o método propriamente psicanalítico, que sustentamos ser diferente do que foi realizado por Spitz (1998). Assim, delimitamos o método que orienta a presente pesquisa, distinguindo-o do método evolucionista.

Em seguida, propomos apresentar uma revisão bibliográfica da internação neonatal e suas consequências, explicitando os efeitos da hospitalização do recém-nascido apontados na literatura e discutindo sobre a prevenção na ótica psicanalítica. Depois desta explanação, faremos a apresentação e a discussão dos dados das entrevistas psicanalíticas realizadas. As entrevistas foram feitas no ambulatório de segmento do Hospital Odilon Behrens, no qual são

atendidas as crianças que ficaram internadas ao nascer e são acompanhadas por até dois anos por especialistas, conforme necessidade. As entrevistas e a análise dos casos partem do pressuposto da clínica como método de pesquisa que, segundo Ansermet (2003), é centrada no paciente e baseia-se na experiência da singularidade como tal, devendo priorizar o único, reencontrar o um, em detrimento do múltiplo. Esta é a direção que foi dada à pesquisa de campo caracterizada pelas entrevistas, assim como a descrição e a análise delas. Assim, descrevemos as falas dos entrevistados sobre como foi para eles a vivência da doença e da hospitalização do bebê, que impasses surgiram e quais as saídas construíram para lidar com a situação. A partir disso, fazemos uma discussão sobre as intervenções possíveis e necessárias às famílias que vivem a hospitalização neonatal, refletindo sobre as contribuições da psicanálise neste campo, com o embasamento do método clínico e da ética psicanalítica.

É importante mencionar que, conforme referido por Coriat (1997), Lacan não utiliza a palavra bebê, somente criança e *infans*, diferente de Freud, como sabemos, que se refere muito ao bebê em sua obra. Em nossa investigação teórica, encontramos o uso dos três termos pelos outros autores aos quais recorreremos. É válido citar que *infans* é um significante extraído do latim que remete àquele que ainda não fala, diferente da etimologia da palavra criança, que indica o animal que está sendo criado. Coriat (1997) considera que o termo bebê remete a uma realidade cotidiana, enquanto *infans* faz menção a um conceito abstrato da teoria. É por isso que a autora faz a opção de utilizar mais a palavra bebê. Apesar das palavras demarcarem o contexto histórico social de seu surgimento, sendo a escolha do uso dos termos importante em uma investigação científica, não nos deteremos na distinção desses termos. Neste trabalho, também privilegiamos o termo bebê. Acreditamos que isso se deve ao fato de termos partido de nossa experiência prática cotidiana. Mas, utilizaremos as palavras bebê, criança e *infans* sem nos preocuparmos com suas delimitações etiológicas.

**CAPÍTULO 1**  
**O BEBÊ NA PERSPECTIVA DO DESENVOLVIMENTO:**  
**A CONTRIBUIÇÃO DE SPITZ**

*Da pátria formosa distante e saudoso,/ Chorando e gemendo meus cantos de dor,  
 Eu guardo no peito a imagem querida/ Do mais verdadeiro, do mais santo amor:  
 — Minha Mãe! —*

*Nas horas caladas das noites d'estio/ Sentado sozinho co 'a face na mão,  
 Eu choro e soluço por quem me chamava/ — “Oh filho querido do meu coração!” —  
 — Minha Mãe! —*

*No berço, pendente dos ramos floridos,/ Em que eu pequenino feliz dormitava:  
 Quem é que esse berço com todo o cuidado/ Cantando cantigas alegre embalava?  
 — Minha Mãe! —*

*De noite, alta noite, quando eu já dormia/ Sonhando esses sonhos dos anjos dos céus,  
 Quem é que meus lábios dormentes roçava,/ Qual anjo da guarda, qual sopro de Deus?  
 — Minha Mãe! —*

*Feliz o bom filho que pode contente/ Na casa paterna de noite e de dia  
 Sentir as carícias do anjo de amores,/ Da estrela brilhante que a vida nos guia!  
 — Minha Mãe! —*

*Por isso eu agora na terra do exílio,/ Sentando sozinho co 'a face na mão,  
 Suspiro e soluço por quem me chamava:/ — “Oh filho querido do meu coração!” —  
 — Minha Mãe! —*

*(Poema “Minha mãe”, de Casimiro de Abreu)*

Propor uma discussão sobre o que está em jogo no contexto de doença e de hospitalização do recém-nascido exige a explicitação das balizas teóricas nas quais nos referenciamos para situar a complexidade do bebê e distinguir alguns de seus impasses. René Spitz é importante referência daqueles que lidam com bebês, tendo sido precursor das pesquisas deste campo de conhecimento que envolvem a observação direta. Partindo de dados empíricos, descreve a origem da percepção e do que denomina constituição das relações objetais, atribuindo valor especial ao papel da relação mãe-filho no desenvolvimento da criança. Recorrer, inicialmente, a este autor amplia nossa interlocução científica, considerando que, no contexto do hospital, lidamos com concepções advindas de distintos campos de saber, para os quais a teorização de Spitz é reconhecida, sobretudo pelo uso que o autor faz do método científico positivista, próprio de muitas áreas da saúde. Apesar de estarmos orientados por outra concepção, Spitz nos fornece um solo comum para desencadearmos os diálogos entre disciplinas diversas.

Assim, a partir de seus construtos, propomos fazer uma leitura sobre a relação mãe-bebê na perspectiva da psicanálise de orientação lacaniana, o que produz diferenças, tanto nas concepções teóricas quanto no método de pesquisa.

### 1.1. Spitz e a teoria das relações objetais

Spitz (1998) propõe explorar, minuciosamente, as interações e as influências recíprocas entre a personalidade da mãe e a personalidade da criança, ambas distintas uma da outra, segundo o autor. Em *O primeiro ano de vida*, sua principal obra, busca apresentar um quadro amplo de seu trabalho e de sua pesquisa sobre o que denomina a gênese das primeiras relações objetais e de seus elementos componentes, discorrendo sobre seus estágios sucessivos observados no desenvolvimento normal e, ainda, sobre seus distúrbios no decurso do primeiro ano de vida. A primeira versão resumida do livro foi publicada em francês, em 1954, e era um relatório sucinto dos resultados das pesquisas e das observações do autor com centenas de bebês. Em 1963, a obra aludida teve a primeira edição na versão atual e constituía-se como um compilado de postulações teóricas construídas pelo autor a partir de quase 30 anos de pesquisas, essas iniciadas em 1935 e realizadas com inúmeros colaboradores, de forma multidisciplinar, devido a sua amplitude e sua magnitude.

O autor acentua que pretende introduzir o leitor no estudo de vários métodos de exploração do que considera como “período pré-verbal” sob o ponto de vista psicanalítico (Spitz, 1998, p. 17). Anuncia que utiliza diferentes referências teóricas, mas que seu estudo é baseado, notadamente, nas proposições estabelecidas pela psicanálise, explicitando que sua obra, além de ser marcada pelo empenho em confirmar e elaborar as ideias originais de Freud, a quem denomina seu “mestre”, traz as contribuições que pôde empreender a partir de suas observações em pesquisas (Spitz, 1998, p. XVI).

Contudo, é preciso situar melhor o método do autor, bem como o uso que faz da teoria psicanalítica. Na introdução teórica de sua obra, Spitz (1998) já localiza seu interesse pela psicologia do ego e pelo objeto libidinal, destacando a leitura que faz a partir da discussão de Freud sobre as relações recíprocas entre mãe e filho no texto *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (Freud, 1905/1996), no qual afirma ter se baseado especialmente no desenrolar de seu trabalho. A partir dos conceitos aí fundados, Spitz (1998) busca estudar essas relações recíprocas por meio de observações diretas e experimentos com crianças, visando a apresentar resultados e ideias sobre as relações objetais quanto ao: “início, desenvolvimento, estágios e certas anomalias” (Spitz, 1998, p. 3).

Assim, apesar de trabalhar com postulações freudianas, Spitz (1998) privilegia determinadas conceitos da psicanálise e faz uma leitura própria deste campo de conhecimento, como demonstra o fato de ter recorrido a um método de pesquisa diferente do utilizado por Freud para fundar a teoria psicanalítica. Spitz (1998) utiliza instrumentos da psicologia

experimental, com a justificativa de que o método psicanalítico não se aplica ao período pré-verbal, aí entendido como anterior à articulação da fala pelo bebê. A proposta do autor, neste sentido, é fazer investigações em psicologia infantil utilizando-se de observação, de filmes e de testes, além do método clínico, quando necessário.

Spitz (1998) utilizou, durante todo o estudo, o método longitudinal, observando crianças de diferentes populações durante extensos períodos, com duração de até dois ou dois anos e meio. Ao longo das pesquisas, foram administrados testes de personalidade em intervalos mensais e realizados numerosos experimentos. Os testes seguiram critérios determinados de fidelidade e de validade. Além disso, foram observadas crianças individualmente, de forma padronizada, durante quatro horas por dia, em média. Estas observações foram protocoladas e constituíram o histórico de caso do sujeito, combinando, assim, o método longitudinal ao transversal. Vale notar o reconhecimento de Spitz (1998) de que, mesmo privilegiando o método experimental, o estudo de caso se fez necessário em algumas conjunturas, devido à complexidade dos problemas detectados.

No estudo, foi incluído grande número de crianças, com a finalidade de chegar a resultados estatisticamente significativos<sup>2</sup>. Com elevado número de sujeitos, foi realizada grande multiplicidade de mensurações. As populações estudadas variavam também com relação a uma série de contextos, como bagagem cultural, raça dos indivíduos, condição socioeconômica dos pais, e outros fatores. Além de cidades do continente europeu, foram pesquisadas, ainda, populações dos Estados Unidos, com a finalidade de estabelecer, no hemisfério ocidental, a validade dos testes utilizados, elaborados em Viena (Áustria), cidade de origem do autor. Assim como abrigos e famílias da Europa e Estados Unidos, Spitz (1998) cita também outras populações que participaram dos seus estudos: um povoado indígena situado na América Latina e uma pequena maternidade – nessa última, os partos foram filmados e observados, e as famílias acompanhadas por até três meses após o nascimento do bebê. As pesquisas, embora desenvolvidas, também, com crianças criadas em casa, foram realizadas principalmente por meio da observação e de experimentos de crianças que viviam em instituição. Esta direção se justificava pela necessidade de máxima medida de constância do ambiente, segundo o autor.

---

<sup>2</sup> À título de ilustração, vale informar que só o Departamento de Psicologia da Universidade de Viena, no período de 1928 a 1938, aplicou testes sistematicamente em todas as crianças de zero a 12 meses recebidas pelo Centro de Crianças Dependentes da Cidade de Viena, uma média de 400 a 500 por ano, totalizando 5000 crianças na faixa etária referida testadas neste período de 10 anos.

Partindo então, da pesquisa experimental e de algumas referências teóricas da psicanálise, Spitz (1998) trata da gênese das relações objetais. O autor, recorrendo à interpretação dos conceitos de Freud correntes em sua época, define objeto libidinal como o objeto pelo qual a pulsão é capaz de alcançar seu objetivo, sendo variável e não necessariamente estranho, já que pode ser uma parte do próprio corpo. A libido seria a força dos instintos sexuais ou a energia sexual, e a pulsão consistiria na pressão ou na direção em relação ao objeto, sendo que uma de suas modalidades é a agressão - “uma outra pulsão fundamental que atua na psique” (Spitz, 1998, p.9). De acordo com suas acepções, o objeto libidinal pode mudar no decorrer da vida, mudanças estas que são previstas na maturação do indivíduo e na diferenciação das pulsões. As relações objetais, nesta visão, são definidas como as relações estabelecidas entre um sujeito e um objeto. No estudo de Spitz (1998), o sujeito é o recém-nascido, que, no início, está em estado de não diferenciação - já que a existência de um funcionamento psíquico não pode ser demonstrada em bebês acabados de nascer - e o objeto ainda não existe no universo do bebê. O objeto libidinal deverá ser constituído, num processo descrito por Spitz (1998), em três etapas: o “estágio pré-objetal”, o “estágio do precursor do objeto” e o “estágio do próprio objeto libidinal” (p. 16).

Spitz (1998) afirma que os processos de desenvolvimento e de independência da criança vão ocorrendo tanto no setor somático quanto psicológico da personalidade da criança. Neste sentido, o autor distingue o que é da ordem orgânica e o que se relaciona às funções psicológicas. O primeiro aspecto é identificado como maturação, distinguida como o desdobramento de funções filogeneticamente desenvolvidas e, portanto, inatas das espécies. No que se refere às funções psicológicas, essas são diferentes da maturação e estão incluídas no processo do comportamento, sendo resultado de intercâmbios entre o organismo e os ambientes interno e externo, nesta perspectiva.

O autor parte do pressuposto de que o bebê é um organismo psicologicamente indiferenciado, nascido com um equipamento congênito e certas tendências, mas que ainda não apresenta funções psicológicas, tais como percepção, sensação e consciência. Assim, a maior parte do primeiro ano de vida é dedicada ao esforço de sobrevivência e à formação e à elaboração dos instrumentos de adaptação aos objetos. A criança é desprovida de recursos próprios para sua sobrevivência e o que falta a ela é compensado e suprido pela mãe, que provê a satisfação de todas as suas necessidades. Trata-se, portanto, de uma díade, uma “relação complementar” entre bebê e mãe (Spitz, 1998, p. 4).

Com relação ao estado não diferenciado do recém-nascido, Spitz (1998) assevera que, no nascimento do bebê, não existe um ego, menos ainda um complexo de Édipo ou um superego. O autor sustenta que não existe o simbolismo nem a linguagem:

Do mesmo modo, o simbolismo e o pensamento simbólico não existem e as interpretações simbólicas (psicanalíticas) são inaplicáveis. Os símbolos são mais ou menos contingentes à aquisição da linguagem. Entretanto, a linguagem não existe durante todo o primeiro ano de vida. Os mecanismos de defesa também estão ausentes, pelo menos na forma como o termo é usado na nossa literatura. Podemos detectar apenas traços de seus protótipos em uma forma mais fisiológica do que psicológica. Tais protótipos servirão, por assim dizer, como uma base sobre a qual a psique erigirá, subsequentemente, uma estrutura de natureza inteiramente diferente. (Spitz, 1998, p. 6).

Nesta perspectiva, no decorrer do primeiro ano, as crianças desenvolvem suas potencialidades e vão se tornando independentes de seu ambiente, processo que depende do estabelecimento e do progressivo desdobramento das relações objetais. Segundo o autor, um vínculo puramente biológico é transformado, aos poucos, tornando-se a primeira relação social do indivíduo. Assim, ocorre uma transição do fisiológico para o psicológico e social: de um estado de simbiose com a mãe no primeiro momento, a criança passará para um outro estágio, no qual são desenvolvidas as inter-relações sociais.

No que se refere aos estágios de constituição do objeto libidinal para o bebê-sujeito, Spitz (1998) descreve que, na primeira fase, “pré-objetal ou não objetal” (p.35), o recém-nascido não consegue distinguir um coisa externa de seu próprio corpo e não experimenta o meio que o cerca como separado dele mesmo. Assim, o bebê percebe o seio materno, por exemplo, que satisfaz suas necessidades e lhe fornece alimento, como parte de si mesmo.

Spitz (1998) compara a percepção do bebê, nesta fase, ao do cego de nascença que é submetido a uma cirurgia e passa a enxergar: o influxo súbito e maciço de incontáveis estímulos visuais não pode ser transformado em indicações significativas sendo, ao contrário, completamente sem significado. A diferença entre o cego de nascença e o bebê é que o primeiro já possui um sistema de sinais coerente e organizado sem os estímulos visuais, sistema que sofre uma irrupção com o início da percepção visual após a cirurgia, tendo o cego que enfrentar uma enorme tarefa de reorganização. Para o recém-nascido, por sua vez, não há ainda nenhuma imagem do mundo nem estímulos de qualquer modalidade sensorial que ele possa reconhecer como sinais. Todo estímulo sensorial deverá ser primeiro transformado em experiência significativa, para, então, se tornar um sinal ao qual outros sinais são acrescentados, gradativamente, para construir a imagem coerente do mundo da criança.

O processo de dotar os estímulos de significado, nesta perspectiva, é gradual. No início da vida do bebê, a mãe o protege para que não seja sobrecarregado de estímulos de qualquer

espécie – contendo estes estímulos ao colocá-lo no berço, enrolando-o em mantas ou deixando-o fora da luz, por exemplo - e lhe dá assistência no que se refere aos estímulos internos, proporcionando descarga de tensão: alimentando-o quando tem fome, trocando-o quando está sujo, cobrindo-o quando tem frio, isto é, aliviando a tensão desagradável gerada por estas condições. Interessa notar, aqui, que Spitz (1998) parte da ideia freudiana de desprazer como aumento de tensão interna e prazer como diminuição dessa tensão.

Para Spitz (1998), o fator mais importante para tornar a criança capaz de construir gradualmente uma imagem coerente diz respeito à reciprocidade entre mãe e filho, o que é chamado pelo autor de “diálogo” (p. 43), caracterizado pelo ciclo sequencial de ação-reação-ação, no quadro das relação mãe-filho: “Esta forma muito especial de interação cria para o bebê um mundo exclusivo, que é bem dele, com um clima emocional específico. É este ciclo de ação-reação-ação que torna o bebê capaz de transformar gradualmente os estímulos sem significado em signos significativos” (Spitz, 1998, p. 43).

Conforme demonstra Spitz (1998), durante as primeiras semanas de vida, o bebê é incapaz de perceber o mundo que o cerca. Quando está chorando de fome, por exemplo, não percebe o bico do seio na sua boca e continua o choro. Duas ou três semanas mais tarde, o bebê começa a seguir os movimentos do rosto humano, porque este se torna associado à supressão do desprazer e à experiência de prazer, já que aparece no campo visual da criança todas as vezes que uma de suas necessidades é satisfeita. O autor observa: “No decorrer das primeiras seis semanas de vida, um traço mnêmico do rosto humano é estabelecido na memória infantil, como primeiro signo da presença de uma satisfação das necessidades. O bebê acompanhará com os olhos todos os movimentos deste signo” (Spitz, 1998, p. 52). Spitz (1998) sustenta, assim, que a percepção deve ser aprendida, mostrando que, para que o bebê se torne capaz de perceber um estímulo externo, deve associá-lo à satisfação de uma necessidade, como a de alimento, por exemplo, o que se dá por meio das experiências que ele tem de fome e de saciedade. O autor retoma a experiência de satisfação descrita por Freud, lembrando que os primeiros traços mnêmicos só são estabelecidos com essa experiência, que interrompe a excitação advinda de uma necessidade interna, cessando o estímulo interno que causara uma elevada tensão.

Segundo Spitz (1998), na segunda fase da constituição da relação objetal, chamada fase do “precursor do objeto”, que ocorre a partir dos dois meses, o rosto humano torna-se um “percepto visual privilegiado” e o bebê é capaz de isolá-lo e distingui-lo do plano de fundo (p. 87). Isso porque, como mostra o autor, até os três meses de vida, um bebê que está sendo amamentado não olhará para o seio, mas para o rosto da mãe. Assim, no início do segundo mês

de vida, em resposta ao estímulo do rosto humano, o bebê apresenta uma resposta nova: um *sorriso*.

Há um progresso da maturação física e do desenvolvimento psicológico que permite ao bebê usar seu equipamento somático para a expressão de uma experiência psicológica. A respeito da “reação do sorriso” (p. 87), o autor afirma, ainda, ser o que dá início às relações sociais no homem, constituindo-se como o protótipo e a premissa de todas as relações sociais subsequentes. Ele delimita o sorriso como um primeiro organizador da psique, a partir do qual desenvolve-se todo um sistema diferenciado do aparelho psíquico. O estabelecimento da resposta do sorriso indica que diversas correntes de desenvolvimento do aparelho psíquico foram “integradas, organizadas, e irão operar, daí em diante, como uma unidade distinta no sistema psíquico” (Spitz, 1998, p. 119). O autor considera: “A emergência da resposta do sorriso marca uma nova era no modo de vida da criança; começou uma nova maneira de ser, basicamente diferente da anterior. É um ponto crítico, claramente visível no comportamento da criança.” (Spitz, 1998, p. 119-120)

Spitz (1998) apresenta seus experimentos e conclui que, na verdade, o bebê, neste momento, não responde ao rosto humano como objeto, já que reconhece o rosto em seus atributos secundários e não em suas qualidades essenciais ou nos atributos que o fariam atender e satisfazer às necessidades dele. O bebê responde com um sorriso a qualquer rosto que lhe seja apresentado de frente e em movimento, mesmo que este seja de um boneco de papelão, reconhecendo, na verdade, um sinal, chamado pelo teórico de “gestalt-sinal”, que é uma configuração no rosto humano – que consiste na região da testa-olhos-nariz, concentrando-se nos olhos (Spitz, 1998, p. 92). Por isso, o autor denomina este sinal de “pré-objeto”, que é incompatível com as características do objeto libidinal, já que esse último, por definição, é aquele capaz de satisfazer o sujeito (Spitz, 1998, p. 92).

Vale ressaltar, aqui, a questão que o autor levanta ao discutir sobre a resposta do bebê ao “gestalt-sinal”, o que parece ser um processo mecânico, constituído de mecanismos disparadores que desencadeiam respostas inatas. Neste sentido, o autor se pergunta se “não poderia uma boneca mecânica equipada com a gestalt-sinal criar nossos filhos” (Spitz, 1998, p. 96), ao que responde negativamente. Spitz (1998) propõe explicar a questão ao longo do livro, mas salienta:

Por ora, basta dizer que, embora o equipamento inato exista no bebê desde o primeiro minuto de vida, ele tem de ser ativado; o lampejo vital tem de ser conferido ao equipamento através de trocas com outro ser humano, com um parceiro, com a mãe. Só uma relação recíproca é capaz disso. Só uma relação recíproca pode fornecer o fator experiencial ao desenvolvimento do bebê, consistindo, como consiste, em uma troca circular contínua, em que os fetos desempenham o papel principal. Quando o bebê sente

uma necessidade, esta provoca nele um afeto que conduzirá a mudanças comportamentais que, por sua vez, provocam uma resposta afetiva e sua atitude concomitante da mãe; ela se comporta ‘como se compreendesse’ qual a necessidade específica do bebê causa sua manifestação afetiva. Uma relação entre uma boneca mecânica, automática, e o bebê seria unilateral. É o mútuo dar e receber, a constante mudança e troca entre esses elementos únicos (embora a soma total continue sendo a relação diádica), que representa a essência do que estamos tentando descrever e transmitir ao leitor. O *feedback* recíproco dentro da díade mãe-e-filho, e filho-e-mãe, está em fluxo contínuo. Entretanto, a díade é basicamente assimétrica. A contribuição da mãe para a relação é completamente diferente da contribuição do bebê. Cada um deles é o complemento do outro, e enquanto a mãe fornece o que o bebê precisa, o bebê por sua vez (embora geralmente seja menos reconhecido) fornece o que a mãe precisa. (Spitz, 1998, p. 96-97).

Neste sentido, Spitz (1998) considera a importância do afeto na relação mãe-bebê, também nesta fase de precursor do objeto. Segundo ele, no início da vida, é a mãe o parceiro humano do filho, que serve de mediador a toda percepção, ação ou conhecimento. O teórico observa que o bebê consegue estabelecer um sinal no rosto da mãe, isolando uma entidade significativa em meio aos caos de coisas sem significado do ambiente, graças às contínuas trocas afetivas entre a mãe e ele. Spitz (1998) enfatiza:

Mais uma vez somos obrigados a voltar às origens e discutir o papel totalmente abrangente da mãe no aparecimento e desenvolvimento da consciência do bebê e a participação vital que ela tem nesse processo de aprendizagem. Neste contexto, é inestimável a importância dos sentimentos da mãe em relação a ter um filho, o ‘seu’ filho. Sabe-se que estes sentimentos variam dentro de uma escala muito ampla, mas não se tem muita consciência disso, porque quase todas as mulheres se tornam mães meigas, amorosas e dedicadas (p. 99).

Os sentimentos maternos, para o autor, criam um “clima emocional favorável” ao desenvolvimento da criança, sob todos os aspectos (Spitz, 1998, p. 99). Spitz (1998) considera: “O amor e afeição pelo filho o tornam um objeto de contínuo interesse para a mãe” (p. 99). A mãe, assim, oferece ao bebê, além desse interesse persistente, uma gama “renovada, rica e variada” de experiências e o “que torna essas experiências tão importantes para a criança é o fato de que elas são interligadas, enriquecidas e caracterizadas pelo afeto materno”, sendo que a criança responde, também, afetivamente a esses sentimentos da mãe (Spitz, 1998, p. 100). Spitz (1998) defende que os afetos, nesta idade, são de importância muitíssimo maior do que em qualquer outro período posterior da vida.

Ao apresentar tais ideias, o autor não parece pretender simplificar e desconsiderar a complexidade da relação mãe-filho, mas apenas demonstrar a influência decisiva desta relação na personalidade da criança. Spitz (1998) lembra o esquema recompensa e punição como modo de aprendizagem, pontuando que as ações do bebê que são agradáveis à mãe são por ela facilitadas, sendo que suas preferências terão uma interferência direta no desenvolvimento da criança. No entanto, ocorre que “o maior grau de facilitação para as ações do bebe é propiciado não pelas ações conscientes da mãe, mas por suas atitudes inconscientes.” (Spitz, 1998, p.125).

Desta forma, há correntes contraditórias operando nas relações que a “mãe boa, normal” estabelece com seu filho (Spitz, 1998, p.126). Há situações em que atitudes maternas mesclam alegria com tom de indignação, como exemplifica o autor. Spitz (1998) acentua, ainda, que o bebê também evoca reações na mãe e parte significativa dessas reações não corresponde à imagem popular de maternidade. Isso porque a criança precisa viver o controle das pulsões e o cuidado com ela reativa essa vivência no adulto. Na medida em que é preciso esforço e luta para controlar o comportamento, os desejos e as fantasias infantis, já que a criança precisa dominá-los para conviver socialmente, cabe à mãe presenciar e justificar o comportamento da criança, o que mobiliza seus sentimentos de culpa e, ao mesmo tempo, sentimentos agradáveis de domínio, explica Spitz (1998). Neste sentido, segundo o autor, a mãe reativa todo equipamento de dispositivos oferecidos pelos mecanismos de defesa – ela nega, desloca-se, reprime, etc – tendo que se “defender de uma gama de seduções oferecidas por seu bebê” (Spitz, 1998, p. 127).

É importante pontuar que Spitz (1998) considera que a mãe é quem transmite os costumes para a criança, mesmo não sendo o único ser humano em seu ambiente, que compreende também pai, irmãos, parentes e outros, podendo eles terem significado afetivo para a criança. O autor lembra que o ambiente cultural e seus costumes exercem influência sobre a criança já no primeiro ano de vida, mas que essas influências, em nossa cultura ocidental, são transmitidas pela mãe ou seu substituto: “Na relação mãe-filho, a mãe representa os dados ambientais – ou poderia ser dito que a mãe é a representante do ambiente” (Spitz, 1998, p. 101). É por isso que o autor concentra sua pesquisa basicamente no problema das relações mãe-filho, apontando que, além do fato da mãe representar o ambiente para o bebê, a relação mãe-filho é mais sensível a uma intervenção terapêutica e profilática nos primeiros meses de vida.

Spitz (1998) afirma que o primeiro ano de vida é o período mais plástico no desenvolvimento humano, uma vez que o bebê adquire incontáveis habilidades em muito pouco de tempo, além de não ter ainda uma estrutura psíquica bem estabelecida e bem diferenciada. Nessa etapa, a criança passa “por vários estágios, cada um representando uma transformação superior” à da fase anterior, segundo o autor (Spitz, 1998, p. 109). No que diz respeito ao processo de constituição do objeto libidinal para a criança, ele observa que, após o estágio de completo desamparo e passividade dos primeiros três meses, o bebê passa por um estágio no qual explora, experimenta e expande seu território, o que se dá por meio de “constantes trocas e interações com o pré-objeto” (Spitz, 1998, p. 109). Apesar dessas interações estarem presentes anteriormente, neste momento elas adquirem novas características, já que o bebê progride para uma atividade dirigida e uma ação estruturada.

Spitz (1998) aponta que, na transição entre o nível não objetal de atividade não dirigida para a atividade estruturada dirigida para o ego, as experiências do bebê, necessárias para que ele evolua, têm mais consequências duradouras do que em outros períodos, quando sua organização psíquica é mais estável. Dessa forma, assim como a reação da criança a algum estímulo é diferente conforme a fase do desenvolvimento na qual se encontra, as repercussões de algum trauma sofrido por ela também o são, de modo que se a criança for exposta a um trauma durante essas transições, haverá implicações específicas e muitas vezes sérias. Sobre isso, o autor expõe quando trata das patologias das relações objetais, demonstrando a vulnerabilidade específica da idade.

No entanto, antes de discorrer sobre os distúrbios possíveis no processo de desenvolvimento da criança, Spitz (1998) enfatiza as enormes diferenças quanto à resposta do bebê ao mesmo estímulo, quando em estágios diferentes. Assim, como ilustração, descreve a experiência de uma mesma criança (Jessy) com “três meses, sete meses e meio e quatorze meses” ao estímulo da máscara de um rosto sorridente, que é padronizado para provocar a reação do sorriso nos bebês de três meses (Spitz, 1998, p. 111). Ocorre, é claro, que a criança, conforme sua idade, tem reações muito diferenciadas ao mesmo estímulo, sorrindo aos três meses, rindo e se aproximando da máscara aos sete meses e meio, e afastando-se gritando aos 14 meses. O que o autor quer demonstrar com o experimento é que a criança passa por fases sucessivas no que se refere ao processo de constituição do objeto, processo que associa ao desenvolvimento do ego. Portanto, se a criança sorri na fase não objetal e interage com o objeto na transição entre este estágio e o pré-objetal, é porque ela reconhece um “gestalt-sinal” de dois olhos, testa e nariz, em movimento, associando-o à satisfação de suas necessidades. No entanto, a mesma criança estranha o estímulo da máscara em movimento aos 14 meses porque, nessa fase, já passou da reação do “gestalt-sinal” para o estágio de reconhecimento e diferenciação do próprio objeto libidinal (Spitz, 1998, p. 113).

Spitz (1998) explica que “entre o sexto e oitavo meses”, ocorre “uma mudança decisiva no comportamento do bebê em seu relacionamento com os outros” (Spitz, 1998, p.152). O bebê já não responde com um sorriso a qualquer pessoa, já que neste momento a criança distingue claramente um amigo de um estranho, rejeitando e recusando o contato de desconhecidos, com um tom mais ou menos carregado de ansiedade. O autor denomina a reação de “ansiedade dos oito meses”, considerando-a “a primeira reação de ansiedade propriamente dita” (Spitz, 1998, p. 151-152). A hipótese levantada pelo autor a partir da observação de bebês é de que eles respondem à ausência da mãe com desprazer. Quando um estranho se aproxima do bebê de oito meses, esse se sente frustrado em seu desejo de ter a mãe. A experiência demonstra que o que

ocorre não é uma resposta à memória de uma experiência desagradável com o estranho – que seria uma reação de medo – mas uma resposta a sua percepção de que o rosto visto não corresponde aos traços de memória do rosto da mãe. Tal experiência é apontada por Spitz (1998) como uma “operação de apercepção”, já que “um percepto do presente é comparado com traços de memória do passado” (Spitz, 1998, p.157). O teórico considera, assim, que a capacidade do deslocamento de energia em traços de memória apresentada pela criança de oito meses reflete que ela “estabeleceu uma verdadeira relação objetal” e que “a mãe se tornou seu objeto libidinal, seu objeto de amor” (Spitz, 1998, p. 157).

Desta forma, esta etapa corresponde ao terceiro estágio da constituição do objeto libidinal: o estágio do próprio objeto libidinal, que representa uma nova fase no desenvolvimento infantil sendo o “segundo organizador” da psique (Spitz, 1998, p. 161). Assim como a reação do sorriso do bebê aos três meses, a ansiedade dos oito meses marca um estágio distinto no desenvolvimento da organização psíquica. Neste momento, a forma pela qual o desprazer é expresso, bem como a percepção e o reconhecimento do estímulo que provoca o desprazer, tornam-se cada vez mais específicos.

Nas semanas que se seguem aos primeiros sinais da ansiedade dos oito meses, conforme Spitz (1998), surgem novos padrões de comportamento, desempenhos, relações. É, então, marcante a emergência de formas mais complexas de relações sociais, com a compreensão de gestos sociais e de seu uso como um veículo de comunicação e a participação cada vez maior da criança nos jogos sociais recíprocos.

A mudança nos relacionamentos da criança com seu ambiente inanimado é constatada pelo autor, considerando a ampliação do território da criança das grades do berço para fora dele, na medida em que tenta pegar um brinquedo fora deste espaço, por exemplo, diferente da fase anterior. Spitz (1998) descreve, ainda, as modificações no campo afetivo, com a diferenciação de atitudes emocionais como ciúme, cólera, fúria, inveja e possessividade de um lado e, de outro, amor, afeição, amizade, satisfação, prazer.

Aparecem, além disso, a compreensão progressiva que a criança tem de proibições e uma forma rudimentar de imitação de gestos e expressões, primeiros traços dos fenômenos de identificação, especialmente influenciadas pela atitude da mãe e pelo clima emocional por ela proporcionado. Segundo Spitz (1998), na relação mãe e bebê há um nítido contraste com o período precedente, já que a passividade infantil e o carinho e a ação protetora da mãe dão lugar a explosões da atividade infantil e ordens e proibições maternas. A criança entende as proibições da mãe por meio de um processo de identificação, sendo seu sintoma manifesto o fato da criança imitar, no devido tempo, o meneio negativo da cabeça feito pela mãe.

Spitz (1998) entende o “domínio do ‘não’” como uma fato que tem consequências de longo alcance para os desenvolvimentos mental e emocional da criança, supondo que ela tenha “adquirido a primeira capacidade de julgamento e de negação” (p. 192). Mesmo não incorporando o raciocínio da mãe a ponto de compreender as razões que a motivaram à proibição, por ser ainda incapaz de pensamento racional, a criança distingue o afeto “a favor” do afeto “contra” (Spitz, 1998, p. 193). O autor considera este progresso extraordinário, uma vez que a expressão dos afetos da criança, se até este momento limitava-se ao contato imediato, à ação, com o gesto de negação, é substituída pelas mensagens, inaugurando a comunicação a distância. Este seria, para Spitz (1998), o começo da humanização da espécie e da sociedade, pelo advento das trocas recíprocas de mensagens, uso dos símbolos semânticos, originando a comunicação verbal. Por isso que considera a conquista do sinal de negação e da palavra “não” como o indicador da formação do “terceiro organizador da psique” (Spitz, 1998, p.193).

É importante colocar a observação de Spitz (1998) de que a idade em que surge a chamada “ansiedade dos oito meses” (p. 151) varia consideravelmente. Isso porque ele acredita que as instituições culturais participam de maneira significativa na formação da personalidade, já que oferecem uma gama de oportunidades para a expressão dos processos intrapsíquicos, tanto da mãe quanto do filho. A propósito, Spitz (1998) preserva, no desenrolar de suas formulações, o cuidado de indicar que as aquisições em cada faixa etária podem variar muito. Mas considera as relações objetais normais baseando-se em mensuração e índices, servindo-se de uma média estatística. Assim, descreve a normalidade no que diz respeito ao desenvolvimento da criança em termos de realização média numa determinada idade e emprega também a relação entre escores de desempenho em diferentes setores do desenvolvimento.

Outro critério adotado pelo autor para discutir acerca da normalidade e da patologia, que complementam os critérios estatísticos, refere-se ao que chama de quadro clínico, sobre o que pondera:

[...] uma criança normal é um indivíduo ativo, de aparência sadia, que dá a impressão de ser feliz e dá pouca preocupação aos pais. Come bem, dorme bem, cresce bem; seu peso, assim como seu tamanho, aumenta normalmente, e a cada mês torna-se mais inteligente e mais ativa – e, cada vez mais, um ser humano. Emocionalmente, ela dá satisfação aos pais e parentes e, por sua vez, recebe deles cada vez mais satisfação (Spitz, 1998, p.205)

## **1.2. Spitz e as patologias das relações objetais**

É partindo dos pressupostos apresentados que Spitz (1998) descreve suas observações referentes às patologias ou aos distúrbios das relações objetais. Ele expõe suas duas afirmativas

fundamentais: (1) “distúrbios da personalidade materna se refletirão nas perturbações da criança”; e (2) “na primeira infância, as influências psicológicas prejudiciais são a consequência de relações insatisfatórias entre mãe e filho” (Spitz, 1998, p. 209). O autor demonstra suas proposições acerca dessas patologias, associando-as ao que chamou de relação inadequada ou insuficiente entre mãe e filho, quando esta é insatisfatória nos aspectos qualitativo e quantitativo, respectivamente.

No que diz respeito ao primeiro grupo de patologias – associadas às relações inadequadas entre mãe e filho - Spitz (1998), apesar de não ignorar a combinação de fatores congênitos e psicológicos, demonstra que alguns quadros clínicos parecem ser uma consequência de um determinado padrão de comportamento da mãe, afirmando que a personalidade da mãe atua, nesses casos, como o agente provocador da doença, como o que o autor denomina “toxina psicológica” (p. 209). É por esse motivo que ele nomeia este grupo de distúrbios de “doenças psicotóxicas da primeira infância” (Spitz, 1998, p. 211), enumerando estes padrões de comportamento materno:

- a. Rejeição primária manifesta
- b. Superpermissividade ansiosa primária
- c. Hostilidade disfarçada em ansiedade
- d. Oscilação entre mimo e hostilidade
- e. Oscilação cíclica de humor da mãe
- f. Hostilidade conscientemente compensada (Spitz, 1998, p. 211)

De acordo com Spitz (1998), a “rejeição primária manifesta” pode ser “ativa” ou “passiva” (p. 213). A primeira seria a atitude da mãe de uma rejeição global da maternidade, incluindo a gravidez, a criança e, provavelmente, a sexualidade genital. Nesses casos, a criança geralmente morre, sendo difíceis de acompanhar. Já a rejeição primária passiva consistiria na não aceitação do recém-nascido pela mãe, diante do que ele responde ficando em estado de choque, podendo, em casos extremos, tornar-se comatoso, ter dispnéia, palidez extrema e sensibilidade reduzida. O autor cita, ainda, a dificuldade ou a ausência de sucção que acompanham os sintomas apontados, comentando que a situação coloca em perigo a vida do bebê.

A “superpermissividade ansiosa primária”, conforme Spitz (1998), seria uma espécie de “superproteção materna” (p. 216), marcada por uma solicitude extrema para atender ao choro do bebê e estaria associada à cólica dos três primeiros meses, que ocorre após a terceira semana de vida até o fim do terceiro mês, fazendo com que o bebê grite diariamente à tarde, durando diversas horas, sem recursos que o façam parar. O autor observa que essa cólica não ocorre nas crianças criadas em instituições.

A “hostilidade disfarçada em ansiedade” (Spitz, 1998, p. 227), por sua vez, diz respeito à atitude observada na grande maioria das mães cujos filhos sofrem de eczema infantil, doença de pele localizada predominantemente numa área de flexão, particularmente em dobras da pele, que começa na segunda metade do primeiro ano de vida e tende a desaparecer na primeira metade do segundo. A atitude da mãe aqui referida seria uma ansiedade manifesta que corresponde a uma “hostilidade inconsciente reprimida” (Spitz, 1998, p. 228). Nesses casos, a mãe evita o contato físico com a criança.

Spitz (1998) apresenta ainda os dados clínicos e estatísticos e suas conclusões acerca da “oscilação entre mimo e hostilidade” (p. 245), que associa ao distúrbio de motilidade conhecido como comportamento de balanço, muito comum em bebês e particularmente frequente no ambiente das instituições. Segundo o teórico, o comportamento em si não pode ser considerado patológico. O balanço na primeira infância toma um caráter patológico quando se torna a principal atividade do bebê e substitui a maioria das atividades que seriam comuns em sua faixa etária, além de ser realizado com violência, envolvendo comportamento motor e dispêndio de energia bem maior do que observado em crianças da mesma idade.

As mães observadas nas instituições estudadas por Spitz (1998), cujos filhos apresentavam tal comportamento, tinham, geralmente, personalidade extrovertida, com facilidade para contato intenso e positivo, sendo que a maior parte apresentava personalidades infantis, com falta de controle sobre suas agressões, expressas por frequentes explosões negativas e de hostilidade violenta. Esses bebês eram alvo das emoções instáveis de suas mães, ficando expostos a explosões intensas de carinho e hostilidade alternadamente.

Spitz (1998) observa que as crianças que se balançavam eram retardadas em seu desenvolvimento nos setores de adaptação social e capacidade de manipulação dos objetos inanimados. O autor supõe que, uma vez que as crianças normais só conseguem relacionar-se com os objetos se tiverem alcançado a constância objetal, e por conseguinte, estabelecido as relações com o objeto libidinal, no caso das crianças que se balançam, ao contrário, esse processo não se realiza. Isso porque, nesses casos, o comportamento contraditório e incoerente das mães impediriam que o objeto primeiro fosse constituído, tornando impossíveis para as crianças todas as relações objetais posteriores. A hipótese de Spitz (1998) é de que, nas ocorrências do sintoma do balanço, os bebês guardariam na memória representações conflitantes em relação à mãe e seu estoque de traços de memória não se prestariam a formar um objeto libidinal constante e unificado.

No que se refere ao sintoma do balanço, Spitz (1998) explica que o desenvolvimento normal da criança, em que se dá o estabelecimento do objeto libidinal, é resultado do

intercâmbio com a mãe, experiência que propicia a libidinização de várias partes do corpo da criança. Uma vez que representações psíquicas dessas partes do corpo tornam-se investidas, a criança apresenta diferentes formas de atividade autoerótica em seu primeiro ano de vida, tais como chupar o dedo, manipular os lábios, as orelhas, o nariz, os cabelos ou os órgãos genitais. Cada uma dessas formas de atividade envolve um objeto e necessita da energia de uma representação de objeto, já que um objeto particular torna-se privilegiado em relação ao resto do corpo. A única atividade que não exige tal seleção é o movimento do balanço. Nesse movimento, todo o corpo da criança está sujeita à estimulação autoerótica. A atividade é, desta forma, “pré-objetal”, num nível de narcisismo primário, no ponto de vista do autor (Spitz, 1998, p. 251).

Outra doença que Spitz (1998) relaciona a um padrão de comportamento da mãe é a “manipulação fecal e a copografia” (p. 252), que o autor associa a mudanças de humor acentuadas e intermitentes que a mãe demonstra em relação ao filho. Apesar de o fenômeno não ser encontrado na literatura relativa ao primeiro ano de vida, como aponta o teórico, suas observações na creche, importante instituição estudada por ele, indica incidência significativa de depressão entre as mães de crianças que apresentam tal sintoma. Diferente das crianças que apresentam o balanço, as que se servem da manipulação fecal manipulam um objeto real, indicando que certo tipo de relação objetal foi constituída, ainda que patológica. Spitz (1998) expõe que parte dessas crianças manipulavam os órgãos genitais antes de apresentarem copografia, sugerindo que relações objetais relativamente normais teriam sido conseguidas, mas foram, posteriormente, perturbadas.

No que se refere à “hostilidade materna conscientemente compensada” (p. 268), Spitz (1998) afirma que não dispõe de material suficiente para melhor elaboração do tema, mas indica uma hipótese baseada em suas observações, fomentando o aprofundamento do estudo. Sua hipótese é de que o comportamento da mãe, nesses casos, é o resultado de um conflito consciente, sendo que, para elas, a criança serve como escoamento para sua satisfação narcisista e exibicionista e não como objeto de amor. As mães sabem que são inadequadas e, por sentirem-se culpadas, compensam seu comportamento por meio de uma doçura exagerada. Nesses casos, segundo Spitz (1998), as crianças apresentam muita habilidade de manipulação de objetos inanimados, mas ficam comprometidas no desenvolvimento no setor social, desinteressando-se pelo contato com outras pessoas e tornando-se hostis quando abordadas. Como pode ser notado, o que Spitz (1998) vai demonstrando com base em suas pesquisas, é que “uma forma específica de distúrbio de comportamento na criança reflete e indica uma forma específica correspondente na relação mãe filho” (Spitz, 1998, p. 255).

A respeito das relações insuficientes entre mãe e filho, que seria, para Spitz (1998), uma segunda categoria de distúrbio da constituição das relações objetais e do desenvolvimento da criança, citamos:

Para a criança, a privação de relações objetais no primeiro ano de vida é um fator muito prejudicial, que leva a sérios distúrbios emocionais. Quando isso ocorre, as crianças apresentam um quadro clínico impressionante; parecem ter sido privados de algum elemento vital à sobrevivência. Quando privamos crianças de suas relações com a mãe, sem proporcionar-lhes um substituto adequado que possam aceitar, nós as privamos de provisões libidinais (Spitz, 1998, p. 211-212).

Spitz (1998) chama esse segundo grupo de distúrbios de “doenças de carência afetiva” ou “doenças de carência psicogênica” (p. 212). Segundo ele, na etiologia dessas doenças, a mãe desempenha um papel menor, pois as patologias resultam, geralmente, da “ausência física da mãe”, devido à enfermidade ou à morte dela ou à hospitalização do filho (Spitz, 1998, p. 271). O dano sofrido pela criança será proporcional à duração da privação, sendo que as consequências da carência afetiva dividem-se em duas subcategorias, de acordo com as proporções da privação de provisões libidinais da criança. São elas: carência parcial e carência total, diante das quais a criança desenvolve as doenças “depressão anaclítica” (Spitz, 1998, p. 272) e “hospitalismo” (p. 282), respectivamente. Essas duas síndromes resultantes da privação afetiva não estão nitidamente divididas, há transições de uma para a outra, conforme mostra o autor.

Spitz (1998) demonstra que as crianças que desenvolvem “depressão anaclítica” (Spitz, 1998, p. 272) são aquelas que têm relações boas e normais com suas mães durante os primeiros seis meses de vida, apresentando bom desenvolvimento, porém começam a apresentar mudança em seu comportamento, uma vez afastadas de suas mães. O que o teórico observa é que as crianças privadas do contato com a mãe, no primeiro mês de separação, tornam-se chorosas, exigentes e tendem a apegar-se ao observador quando este consegue estabelecer contato com eles. No segundo mês, o choro frequentemente transforma-se em gemido, começa a perda de peso e há uma parada no quociente de desenvolvimento. Já no terceiro mês, as crianças recusam o contato, permanecem a maior parte do tempo de bruços na cama, apresentam insônia, perda de peso contínua e uma tendência para contrair enfermidades; além do atraso motor tornar-se generalizado, tendo início a rigidez facial. Após o terceiro mês de separação, no entanto, a rigidez facial consolida-se, o choro cessa e é substituído por lamúria; o atraso motor também é interrompido dando lugar a uma letargia; o quociente de desenvolvimento começa a diminuir.

Todavia, como mostra Spitz (1998), quando a criança que sofre de *depressão anaclítica* permanece privada de sua mãe sem ter recebido um substituto aceitável por um período superior

a cinco meses, ocorre maior deterioração da sua condição e toda a sintomatologia muda radicalmente, incorporando-se à síndrome que o autor denomina *hospitalismo* (Spitz, 1998, p. 277). Os sintomas da *depressão anaclítica* seguem em rápida sucessão surgindo um novo quadro clínico, no qual a criança apresenta sintomas de progressiva degradação. No aspecto motor, o atraso torna-se evidente, sendo que as crianças ficam totalmente passivas. Elas permanecem inertes na cama, não atingindo o estágio de controle motor necessário para virar-se de bruços. Além disso, a expressão torna-se vaga, a coordenação dos olhos defeituosa, a expressão frequentemente imbecil. Nos testes, apresentam um declínio progressivo do quociente de desenvolvimento, chegando a uma média no nível da idiotia.

De acordo com Spitz (1998), a deterioração observada no *hospitalismo* manifesta-se, primeiramente, por uma interrupção do desenvolvimento psicológico da criança e é seguida por mudanças somáticas, que aparecem paralelas às disfunções psicológicas. Isso acarreta em uma predisposição crescente à infecção, o que leva a uma taxa alta de mortalidade quando a privação emocional continua no segundo ano de vida. O autor comparou os índices de diferentes instituições e notou número elevado de mortalidade em instituição cujas crianças eram abandonadas por suas mães com três meses, após terem sido amamentadas por elas. A alta taxa de mortalidade se fazia sentir nessa instituição, mesmo que as crianças recebessem cuidados adequados quanto a todos os aspectos corporais.

Com relação à possibilidade de melhora da criança que sofre privação afetiva, Spitz (1998) elucida que, se a criança retorna em seu contato com a mãe antes de três meses de separação, recupera-se sensivelmente. Se isso ocorre ainda no período de transição da *depressão anaclítica* ao *hospitalismo*, ou seja, entre três e cinco meses de afastamento da mãe, a criança pode recuperar-se, mesmo que não completamente. Porém, se o reencontro com a mãe acontece após cinco meses, os sintomas são, pelo menos em parte, irreversíveis.

É importante apontar que a pesquisa realizada por Spitz (1998), bem como os conceitos fundados a partir dela, influenciou notadamente o cuidado à criança no século XX, fundamentando o trabalho com crianças institucionalizadas e tendo ainda efeitos importantes nas áreas da educação e da clínica. Depois de sua obra, as instituições que abrigam crianças ficaram advertidas das sequelas da separação entre a criança muito pequena e sua mãe. Os hospitais foram obrigados a encontrar medidas que incluísse a família nos cuidados à criança internada. O estudo do teórico foi e ainda é muito conhecido e reconhecido, tendo uma grande relevância social, haja vista ser uma referência sempre citada nos estudos e práticas que envolvem a psicologia na primeira infância.

Entretanto, podemos levantar algumas questões: será que, ainda hoje, a relação mãe-bebê e a importância essencial atribuída pelo autor ao agente materno para o desenvolvimento da criança na primeira infância é pensada da mesma forma? Com os recursos que dispomos hoje a partir da psicanálise é possível progredir nestas teorizações?

Acreditamos que o que foi demonstrado empiricamente por Spitz (1998) pode ser mais precisamente aguçado recorrendo a outras perspectivas. Neste sentido, propomos reler o teórico para discutir alguns aspectos que contribuam para a atualização de suas formulações, com base na psicanálise de orientação lacaniana. Buscaremos, assim, uma leitura diferenciada da teoria de Spitz, a partir desse referencial, levantando alguns pontos cruciais da teoria de Spitz, para diferenciá-la das discussões que hoje se estabelecem dentro do tema psicanálise e bebês. Neste sentido, a partir dos referenciais lacanianos, aludiremos sobre a linguagem, a presença materna e o objeto de forma diferenciada da que propôs Spitz. Estes são pontos que marcam diferenças fundamentais nas considerações sobre a relação mãe-bebê e na forma de investigá-la.

No próximo capítulo, construiremos as bases referenciais da psicanálise de orientação lacaniana, com vistas a, posteriormente, tratarmos da hospitalização de bebês.

## CAPÍTULO 2

### RELAÇÃO MÃE BEBÊ NA PERSPECTIVA DA PSICANÁLISE

Propomos, nesse capítulo, reler a teorização de René Spitz para discutir alguns aspectos que contribuam para a revisão de suas formulações, a partir do horizonte lacaniano. Levantamos alguns pontos cruciais da teoria de Spitz, para diferenciá-la das discussões que hoje se estabelecem no campo da articulação da psicanálise aos bebês. Os aspectos a que nos propomos a trabalhar são tomados dos pontos críticos observados na proposta teórica do autor. São eles:

- o conceito de sujeito e sua relação com a linguagem;
- a perspectiva da linguagem;
- a presença materna;
- o conceito de objeto e de relações de objeto.

#### **2.1. Sobre a importância e o lugar do estímulo**

As teorias psicológicas desenvolvimentistas, bem como outros campos de conhecimento, são unânimes em admitir a importância de um agente com função materna para o desenvolvimento da criança e apontam como consequência da falta desta figura na primeira infância distúrbios, muitas vezes, irreversíveis na vida do sujeito (Brasil, 2011; Cunha, 2015; Klaus & Kennel, 1992; Spitz, 1998; Winnicott, 2006). A pesquisa e a teoria de Spitz (1998) demonstram que oferecer ao bebê condições que o atendam em todos os seus aspectos físicos não é o suficiente para que ele se desenvolva ou mesmo, em alguns casos, sobreviva. O autor, como vimos, enfatiza a presença materna e sua influência no desenvolvimento do bebê, mostrando os possíveis distúrbios quando há interferências na qualidade e na quantidade dessa presença. Ele elucida que “a existência da mãe, sua simples presença, age como um estímulo para as resposta do bebê; sua menor ação – por mais insignificante que seja – mesmo quando não está relacionada com o bebê, age como um estímulo” (Spitz, 1998, p. 124).

Levantamos algumas interrogações: o que da mãe se faz tão necessário ao bebê como o atendimento de suas necessidades vitais? O que está em jogo nessa relação e nessa presença materna? Trata-se de estímulo (ou da falta dele) somente? O que caracterizaria ou marcaria esta presença materna na vida do bebê?

Jerusalinsky (2002), ao discutir sobre a função do estímulo para o bebê, parte da neurologia para explicar os reflexos arcaicos humanos, que constituem uma série de manifestações subcorticais e, portanto, involuntárias apresentadas por bebês recém-nascidos a termo, que regem a conduta no início da vida, mas desaparecem ao longo dos primeiros meses de idade. Tais reflexos servem como base orgânica para a corticalização e o estabelecimento de atividades voluntárias. Mas, para que ocorra este salto dos reflexos arcaicos para as reações voluntárias, a simples maturação não é suficiente. Já é claro na neurologia que o cérebro precisa de um ambiente estimulante para sua maturação: “As experiências de vida têm um efeito decisivo para a constituição cerebral, ou seja, sobre o suporte orgânico no qual se registram as aquisições realizadas” (Jerusalinsky, 2002, p. 50).

Reforçando essa ideia, recorremos a Cunha (2015), que é médica neonatologista e, portanto, partindo do ponto de vista da neurologia, salienta que o cérebro humano cresce graças a modificações dos neurônios, diferente da maioria dos órgãos do corpo, cujas novas células se originam da divisão das já existentes. A autora ressalta que, como resultado da nova experiência interativa do organismo do bebê com a mãe, iniciado antes do nascimento, os aproximadamente 100 bilhões de neurônios que constituem a base genética do cérebro humano vão se modificar. Neste sentido, ela sustenta que “a epigenética ou seja a experiência vivenciada desde os primeiros momentos, pelos cuidados, têm um impacto tão grande na arquitetura do cérebro, a ponto de se estender às capacidades do futuro adulto” (Cunha, 2015).

É necessário estímulo, mas não qualquer um e de qualquer maneira. Um ambiente com estímulos em excesso acaba por ser nocivo para o bebê, como é o caso, por exemplo, do ambiente de tratamento intensivo no hospital, onde há excesso de ruído e de luminosidade, assim como implica em procedimentos invasivos ao paciente, o que produz um efeito desorganizador no neonato (Brasil, 2011; Jerusalinsky, 2002). Como vimos, Spitz (1998) demarca que a mãe é quem protege o bebê do excesso de estímulos e é só assim que ele pode atribuir aos estímulos alguma significação.

A despeito do aspecto quantitativo do estímulo, que é um dado importante como explicitado no exemplo, mas conduz à tentativa de precisar a quantidade adequada de estímulos, Jerusalinsk (2002) destaca o aspecto qualitativo dos estímulos. Assim, a autora sustenta que não se trata de oferecer ao bebê uma gama variada e rica de estímulos, propiciando um puro encontro do órgão com as contrastantes características físicas dos objetos, pois isso não é suficiente para propiciar desenvolvimento e constituição psíquica.

Teperman (2000) também enfatiza esta ideia ao discutir a demanda por estimulação que as famílias dirigem ao profissional quando têm uma criança com Síndrome de Down. A autora discute como o senso comum, assim como determinadas abordagens de tratamento que privilegiam técnicas específicas de estimulação, valoriza a prescrição de “um bombardeio sensorial para que o bebê ganhe rapidamente ‘mais’ pois veio ao mundo com ‘menos’” (p. 46), em uma tentativa de compensar o *deficit* observado. Para a autora, isso seria “a quantidade sendo privilegiada a despeito da qualidade, a universalidade sendo privilegiada a despeito da singularidade” (Teperman, 2000, p. 46).

Mas, então, em que consistiria o estímulo que tem efeitos para o bebê em seu desenvolvimento ou em sua constituição psíquica?

Jerusalinsky (2002) cita uma pesquisa em neurologia na qual os pais de bebês de 12 meses eram instruídos, num primeiro momento, a orientarem seus bebês formalmente a olharem uma bola vermelha presente na sala; e na segunda etapa do experimento, era permitido aos pais oferecerem espontaneamente aos filhos a bola para brincar. O experimento verificou que, quando os pais se dirigiam aos filhos espontaneamente, com uma forma de falar particularmente dirigida a bebês<sup>3</sup>, a resposta do bebê, indo até a bola, era muito maior, o que fez os neurologistas refletirem sobre a importância do tipo de estímulo oferecidos aos bebês para propiciar aprendizagem.

O procedimento é simples, mas mostra de maneira muito clara a importância qualitativa do estímulo, evidenciando a distância entre o estímulo espontâneo dos pais e aqueles tecnicamente aprendidos, tão valorizados nos exercícios prescritos para as crianças com alguma deficiência. A respeito desta espontaneidade necessária no cuidado ao bebê, vale lembrar uma recomendação básica de Winnicott (2006) de respeitar o que a mãe faz de forma espontânea no cuidado ao filho. O autor introduz um conceito-chave em sua teorização, o de “segurar”<sup>4</sup> o bebê, ampliado seu significado para abranger tudo aquilo que uma mãe é e faz nesta ocasião, agindo naturalmente. Assim, Winnicott (2006) enfatiza o saber inconsciente da mãe, afirmando que o seu conhecimento intuitivo a torna capaz de cuidar de seu bebê independente de qualquer aprendizado.

---

<sup>3</sup> Trata-se da língua das babás, assim referida por Jerusalinsky (2002) ou do “manhês”, neste termo referido por diferentes autores, entre eles Ferreira (1997), que se trata de uma maneira dos adultos conversarem com os bebês com tom de voz mais agudo, entonação exagerada, prosódia ritmada e estrutura gramatical mais simplificada. Lasnik (2013a) - autora que sempre recorre à noção de manhês em seus estudos – destaca a importância deste tipo de fala prosódica para o início da relação do bebê com o outro, mas admite que ele, por si só, não é suficiente para manter tal relação. O que nos interessa enfatizar, no que diz respeito ao manhês, é a invocação que ele reflete. Discutiremos isso neste estudo.

<sup>4</sup> O termo que ficou conhecido e é utilizado por muitos autores é *holding*, termo em inglês. Na referência citada, a tradutora faz opção por traduzir o termo para o português, utilizando “segurar”.

Para ele, os conhecimentos teóricos nesse caso são absolutamente desnecessários e os conselhos dados às mães pelos especialistas devem ser evitados, por serem prejudiciais à relação entre mãe e bebê. Aponta que a lição mais importante a ser aprendida pelos especialistas é não interferir desnecessariamente nessa relação, aprendendo com a mãe ao invés de tentar ensiná-la: “em vez de conselhos, eles [a mãe e o bebê] precisam de recursos ambientais que estimulem a confiança da mãe em si própria” (Winnicott, 2006, p. 22). E este é um ponto importante para discutir a situação de patologia e de hospitalização do bebê ao nascer, nosso objeto de estudo, situação em que tantos conhecimentos especializados afetam notadamente o cuidado dos pais ao bebê.

Voltaremos neste ponto, mas agora interessa-nos ressaltar sobre o que está em jogo na estimulação ao bebê feita pelos pais, em seus aspectos qualitativos, sobre a qual a psicanálise nos oferece recursos para pensar. Neste sentido, Jerusalinsky (2002) elucida que, na estimulação que os pais fazem aos bebês, o alvo dos estímulos não é um órgão específico e seu funcionamento – como seria no caso de um treinamento especializado - mas o próprio bebê. É porque o bebê está na mira do desejo dos pais é que eles se dirigem ao filho desse modo convocante observado no experimento neurológico, que corresponde à forma como os pais comumente se dirigem aos filhos. Segundo a autora, “o que opera aí não é um automatismo estímulo-resposta, é um circuito de demanda e desejo no qual, para além do objeto físico em questão, o agente materno supõe um sujeito no bebê e a este se dirige<sup>5</sup>” (Jerusalinsky, 2002, p. 61).

Nesta perspectiva, o que está em jogo na interação entre pais e filhos, tão fundamental para o desenvolvimento da criança – e isso é um consenso nas diversas teorias e práticas, inclusive sendo ratificado nos experimentos de Spitz - não é da ordem do estímulo sensorial em si, mas determinadas operações das quais os pais são agentes. Para explicar este circuito de demanda e desejo, Jerusalinsky (2002) parte do corte epistemológico da psicanálise e propõe uma discussão que vai “do estímulo sensorial à rede significativa materna” (p. 52). A autora sustenta que a constituição psíquica e o desenvolvimento não são feitos de puros estímulos sensoriais, mas da sujeição dos mesmos ao crivo simbólico, à rede de significativo do Outro encarnado na mãe. Procuraremos elucidar tal discussão também neste trabalho.

---

<sup>5</sup> Esta suposição do sujeito feita pela mãe em relação ao bebê, assim como o circuito de demanda e desejo, são considerados pela psicanálise como fundamentais para constituição psíquica da criança. Voltaremos a frente nestes pontos, aprofundando-os.

## 2.2. Além do estímulo: desejo e pulsão em Freud

*“A gente não quer só comida, a gente quer comida diversão e arte [...]”*

*Arnaldo Antunes, Marcelo Fromer e Sérgio Britto (Titãs)*

A questão do estímulo e sua influência na constituição psíquica é um tema recorrente na teoria freudiana. No *Projeto para uma psicologia científica*, Freud (1895) já discutia avidamente sobre a interação entre estímulos sensoriais internos e externos e aparelho psíquico, formulando, assim, seu funcionamento. Ainda muito arraigado na neurologia, campo do qual advém sua formação, Freud (1985) estabelece neste texto uma ideia básica de sua teoria que diz respeito à tensão provocada pelo estímulo e à tendência de descarregar certa quantidade de energia recebida. A tarefa central do aparelho psíquico, neste sentido, segue o princípio da constância e procura se estabilizar com uma descarga apropriada de energia. O teórico refere-se às excitações provenientes do somático (estímulos endógenos) que também devem ser descarregados, mas que dependem de uma realização no mundo externo, de uma ação específica, necessitando de um auxílio externo para se satisfazer, considerando que o ser humano é totalmente desamparado no início de sua vida. Freud (1895/1996), assim, postula a experiência de satisfação, descrevendo a remoção do estímulo endógeno mediante a ação específica de um auxiliador e apontando como resultado dessa experiência a instalação de seu traço mnêmico. Segundo ele, a partir do reaparecimento da urgência e do desejo, as lembranças relacionadas à experiência de satisfação são reativadas e reproduzidas como a percepção anterior. Trata-se, portanto, de uma alucinação cuja consequência é o desapontamento, uma vez que, sozinha, a alucinação não satisfaz nem corresponde à satisfação almejada.

N’A *interpretação dos sonhos*, a fim de sustentar a realização do desejo que ocorre nos sonhos, Freud (1900/1996) propõe-se a discutir a natureza psíquica do desejo, retomando o funcionamento do aparelho psíquico e a vivência de satisfação de forma mais pormenorizada. Além disso, ele ilustra suas hipóteses por meio da experiência do bebê, o que nos interessa averiguar. Freud (1900/1996) retoma os esforços do aparelho psíquico de mantê-lo tão livre de estímulos quanto possível e das excitações produzidas pelas necessidades internas, que buscam descarregar-se. Descreve, assim, a situação do bebê faminto que, mesmo gritando e se debatendo, não consegue intervir sobre sua insatisfação, a situação permanece inalterada, tendo em vista que a “excitação proveniente de uma necessidade interna não se deve a uma força que produza um impacto momentâneo, mas a uma força que está continuamente em ação” (Freud, 1900/1996, p. 594). Neste sentido, o autor reconhece que, à semelhança de suas formulações

no Projeto, só poderá haver mudança nesta situação do bebê por meio do auxílio externo, que leva a uma vivência de satisfação que põe fim ao estímulo interno e que inaugura um traço mnêmico. Segundo Freud (1900/1996): “Um componente essencial dessa vivência de satisfação é uma percepção específica (a da nutrição, em nosso exemplo) cuja imagem mnêmica fica associada, daí por diante, ao traço mnêmico da excitação produzida pela necessidade” (Freud, 1900/1996, p. 594). O autor supõe que, em decorrência do vínculo assim estabelecido, na próxima vez em que essa necessidade for despertada, surgirá uma moção psíquica que procurará recatexiar a imagem mnêmica da percepção e reevocar a própria percepção, restabelecendo a situação da satisfação original. Tal moção psíquica é o que denomina desejo e o reaparecimento da percepção é a realização do desejo. De acordo com Freud (1900/1996), “o caminho mais curto para essa realização é a via que conduz diretamente da excitação produzida pelo desejo para uma completa catexia da percepção”, presumindo, assim, que teria havido um “estado primitivo do aparelho psíquico em que esse caminho era realmente percorrido, isto é, em que o desejo terminava em alucinação” (p.595). Nesta perspectiva, o objetivo dessa suposta primeira atividade psíquica era produzir o que o autor chamou de “identidade perceptiva”, ou seja, “uma repetição da percepção vinculada à satisfação da necessidade” (p. 595). No entanto, o estabelecimento de uma identidade perceptiva não tem o mesmo resultado que a catexia dessa mesma percepção desde o exterior, já que a satisfação não sobrevém e a necessidade perdura. Freud (1900/1996) afirma:

Mas toda a complexa atividade de pensamento que se desenrola desde a imagem mnêmica até o momento em que a identidade perceptiva é estabelecida pelo mundo exterior, toda essa atividade de pensamento constitui simplesmente um caminho indireto para a realização de desejo, caminho esse que a experiência tornou necessário. O pensamento, afinal, não passa do substituto de um desejo alucinatório, e é evidente que os sonhos têm de ser realizações de desejos, uma vez que nada senão o desejo pode colocar nosso aparelho anímico em ação.

Os sonhos, que realizam seus desejos pela via curta da regressão, simplesmente preservaram para nós, nesse aspecto, uma amostra do método primário de funcionamento do aparelho psíquico, método este que foi abandonado por ser ineficaz. O que um dia dominou a vida de vigília, quando a psique era ainda jovem e incompetente, parece agora ter sido banido para a noite — tal como as armas primitivas abandonadas pelos homens adultos, os arcos e flechas, ressurgem no quarto de brinquedos. O sonho é um ressurgimento da vida anímica infantil já suplantada (p. 595-596).

É interessante notar a ênfase que Freud dá ao traço mnêmico, à percepção relacionada à satisfação como alvo do desejo, separando nitidamente desejo de necessidade e, portanto, diferenciando o que é da ordem do funcionamento psíquico com o que é da ordem da necessidade biológica. Mesmo que elas tenham uma relação, esta última só existiu supostamente em um primeiro momento. O desejo está, portanto, relacionado à busca dos signos de percepção pelos quais uma experiência de prazer tenha sido memorizada no aparelho

psíquico sob a forma de traços mnêmicos. A procura do objeto na realidade dá-se a partir desses traços, sendo que o objeto remete a algo perdido, que só existiu supostamente, mas que deixa uma inscrição. Isso vai adquirir um caráter essencial na leitura lacaniana da teoria de Freud, como veremos mais adiante.

Com relação a esta força continuamente em ação a que se refere Freud (1900/1996), é importante salientar que, posteriormente, foi nominada por ele como pulsão, tema crucial instituído pela psicanálise. Nesta perspectiva, a pulsão sempre retorna pressionando para a realização do desejo, pois as quantidades endógenas (assim definidas no Projeto por Freud, 1959 [1895]/1996) nunca cessam. O termo pulsão, associada a essa força contínua ou a essas quantidades endógenas, foi acrescentado por Freud no texto de 1905 – *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (Freud, 1905/1996) - e perpassa toda teorização freudiana, dando ao estímulo, inclusive, uma perspectiva diferente da considerada pela neurologia. À propósito, à este esforço de Freud para construção de uma teoria do psiquismo e à distância que foi tomando, portanto, do campo da neurologia, pode ser atribuído o caráter inovador de suas formulações, que o fizeram inaugurar um novo campo. E vale lembrar que um dos motivos que o levou a rejeitar o texto do Projeto e deixá-lo por terminar foi o fato de suas formulações terem sido muito fundamentadas nas acepções neurológicas, mesmo que neste texto já esteja presente muitos fundamentos das ideias que desenvolveu ao longo de sua obra (Freud, 1985).

Recorrendo a Freud (1915/2004), em *Pulsões e destinos da pulsão*<sup>6</sup>, sublinhamos que ele se dedica a elaborações acerca da pulsão, afirmando ser um conceito-limite entre o psíquico e o somático, configurando-se como o representante psíquico dos estímulos que provêm do

---

<sup>6</sup> É válido esclarecer que consultamos também o texto “*Instintos e suas vicissitudes*” (Freud, 1915/1996), da *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, no qual o termo *trieb* utilizado por Freud foi traduzido como instinto, referindo-se ao que é denominado aqui como pulsão. Sabe-se que a tradução do termo *trieb*, dentre outros da obra de Freud, gera contrassensos, mas que o termo pulsão é mais utilizado e convencionado na literatura psicanalítica, o que mantivemos neste trabalho. Como explicado pela comissão editorial de “*Pulsão e Destinos da Pulsão*” (Freud, 1915/2004), bem como por Laplanche (1998), *trieb* é um termo do alemão com múltiplos significados, relacionados a um mesmo núcleo semântico, mas designando sentidos diferentes conforme sua composição com outras palavras. As dificuldades de tradução surgem pelo fato de Freud ter selecionado um termo de ampla abrangência inserido em um arcabouço de uma teoria psicodinâmica, marcada por conflitos psíquicos, além de ser um conceito limite entre dois campos (somático e psíquico). No entanto, a opção pelo uso da palavra pulsão dá-se porque “instinto” é mais restrito ao biológico, diferente da noção introduzida por Freud que, vale lembrar, utilizou *instinkt* em algumas circunstâncias para se referir ao biológico. Sobre este tema, é válido mencionar ainda que Freud estabeleceu o dualismo entre a pulsão sexual e de auto preservação, e, posteriormente, formulou o dualismo entre pulsão de vida e pulsão de morte, este último referindo-se a uma força no sentido de fazer o sujeito retornar a um estado inorgânico (morte) e, portanto, sem nenhuma tensão provocada por estímulos, diferente da pulsão de vida que levaria o sujeito a busca de satisfação pela via do princípio do prazer (Freud, 1920/1996; Laplanche, 1998). Entretanto, neste trabalho, não nos deteremos a aprofundar no conceito, mas apenas extrair a ideia da pulsão como força que impulsiona para a satisfação, ideia que é fundamental para compreensão da relação pais e filhos e constituição subjetiva, na perspectiva psicanalítica, a fim discutir sobre o que está em jogo nesta relação, interrogação que tem nos direcionado em nossa investigação neste momento.

interior do organismo e alcançam a mente. O teórico utiliza o termo pressão para se referir à força que se constitui como a própria essência da pulsão; discorre sobre sua finalidade que é sempre a satisfação, sobre o objeto, que é a coisa por meio da qual a pulsão consegue atingir sua finalidade, e sobre sua fonte, que é um órgão ou parte do corpo e cujo estímulo é representado na vida mental, sendo esta uma fonte de contínua estimulação. Segundo Freud (1915/2004), as principais características da pulsão são “sua proveniência de fontes de estímulo no interior do organismo e sua manifestação como força constante” (p. 147). Ao elucidar sobre a relação entre estímulo e pulsão, ele coloca que, se o aparelho psíquico tem a função de livrar-se dos estímulos que chegam e reduzi-los a um nível tão baixo quanto possível, os estímulos pulsionais obrigam este aparelho a renunciar seu propósito de uma condição não estimulada, uma vez que a pulsão segue pressionando continuamente.

No texto *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, Freud (1905/1996) já apresenta a pulsão como pressuposto básico, acentuando até mesmo a pulsão sexual envolvida na relação entre mãe e criança, tema que nos interessa aprofundar aqui. Neste texto clássico da psicanálise, que marcou o campo pela ênfase ao caráter sexual das relações dada por Freud (1905/1996), inclusive no que concerne à infância, o teórico concebe a pulsão como “o representante psíquico de uma fonte endossomática de estimulação que flui continuamente, para diferenciá-la do estímulo, que é produzido por excitações isoladas vindas de fora”, sendo, portanto, um “conceito da delimitação entre o anímico e o físico” (Freud, 1905/1996, p. 159), como vai reafirmar em 1915 e em outros momentos. Ele anuncia sua hipótese de que a pulsão “não possui qualidade alguma, devendo apenas ser considerada como uma medida da exigência de trabalho feito à vida anímica” (Freud, 1905/1996, p. 159). É válido acrescentar, dentro de nossa investigação, que uma das classes de excitação que Freud (1905/1996) designa como especificamente sexual refere-se ao órgão que se delimita como “zona erógena”<sup>7</sup>, do qual parte uma “pulsão parcial” (p.159). Estes conceitos têm uma importância fundamental para compreensão da sexualidade infantil detalhada neste texto.

No que se refere à pulsão, ao bebê e a sua relação com a mãe, Freud (1905/1996) elucidava que, embora a vida sexual da criança só tenha expressão numa forma acessível à observação por volta dos três ou quatro anos de idade, ele acredita que o recém-nascido traga germes de moções sexuais que continuam a se desenvolver por algum tempo, sofrendo depois uma

---

<sup>7</sup> Zona erógena é um conceito de Freud que diz respeito a uma área do corpo especialmente propensa à excitação sexual. Mesmo que ele considere todo o corpo susceptível à erogeidade, algumas regiões parecem predestinadas para esta função, no ponto de vista do autor (Freud, 1905/1996; Laplanche, 1998).

supressão progressiva, a qual pode ser rompida por avanços regulares do desenvolvimento sexual ou suspensa pelas peculiaridades individuais.

O teórico toma o chuchar - repetição rítmica de um contato de sucção com a boca sem o propósito de nutrição - como modelo das manifestações sexuais infantis. Ele observa que tal prática aparece no lactente e pode continuar até a maturidade ou persistir por toda a vida, destacando que a pulsão, neste caso, não está dirigida para outra pessoa, satisfazendo-se no próprio corpo, sendo autoerótica. Freud (1905/1996) explica que o ato da criança que chucha é determinado pela busca de um prazer já vivenciado e, portanto, lembrado com a ação. Entende, assim, que as primeiras experiências desse prazer que o bebê se esforça para renovar têm relação com a primeira e mais vital das atividades da criança, qual seja: mamar no seio materno ou em seus substitutos, vivência que familiariza o lactente com o prazer da sucção. De acordo com Freud (1905/1996), na amamentação, os lábios da criança comportam-se como uma zona erógena, e a estimulação pelo fluxo de leite é a origem da sensação prazerosa. Ele sustenta que a satisfação da zona erógena como atividade sexual, num primeiro momento, deve ter-se associado com a necessidade de alimento, apoiando-se numa das funções que servem à preservação da vida, para só depois tornar-se independente delas. Neste sentido, a necessidade de repetir a satisfação sexual dissocia-se da necessidade de absorção de alimento, uma separação, à propósito, que se torna inevitável quando aparecem os dentes e o alimento já não é exclusivamente ingerido por sucção, mas é também mastigado, como lembra Freud (1905/1996).

No que diz respeito ao chuchar, Freud (1905/1996) salienta ainda que a criança não se serve de um objeto externo para sugar, mas prefere uma parte de seu próprio corpo, porque isso lhe é mais cômodo, tornando-a independente do mundo externo, que ela ainda não consegue dominar. E não é por acaso, como lembra o autor, que mais tarde o sujeito buscará beijar os lábios de uma outra pessoa. Freud (1905) supõe ainda que, se nem todas as crianças praticam esse chuchar, é porque quem o faz são aquelas em quem a significação erógena da zona labial tenha sido constitucionalmente reforçada.

A partir do chuchar, Freud (1905/1996) observa três características essenciais de uma manifestação sexual infantil, que são válidas para a maioria das atividades das pulsões sexuais infantis. São elas: nasce apoiando-se numa das funções somáticas vitais, ainda não conhece nenhum objeto sexual, sendo autoerótica, e seu alvo sexual acha-se sob o domínio de uma zona erógena. No que concerne às outras manifestações sexuais infantis além do chuchar, Freud (1905/1996) destaca também a atividade da zona anal - que se apoia na função corporal da excreção, representando as fezes o primeiro “presente” da criança - e a atividade da zona genital,

que pode ser observada na criança desde a fase da amamentação, nos cuidados de higiene genital que provocam sensação prazerosa. Com relação às atividades genitais, o autor discorre sobre a masturbação infantil, distinguindo três fases relacionadas a esta atividade: “A primeira é própria do período de lactância, a segunda pertence à breve florescência da atividade sexual por volta do quarto ano de vida, e somente a terceira corresponde ao onanismo da puberdade, amiúde o único a ser levado em conta” (Freud, 1905/1996, p.177-178). Assim, evidencia atividades genitais desde a primeira infância, rompendo com pressupostos consolidados na época.

Freud (1905/1996), neste texto, reforçando que a pulsão sexual infantil é autoerótica, diferencia a libido do ego ou libido narcísica da libido objetal: se a libido é dirigida para si próprio ou se para o objeto, respectivamente. Esse tema foi tratado de forma mais detalhada em 1914 em seu texto sobre narcisismo (Freud, 1914/1996). Falando especificamente sobre este movimento libidinal relativo ao bebê e sua relação com a mãe, é válido citar:

Na época em que a mais primitiva satisfação sexual estava ainda vinculada à nutrição, a pulsão sexual tinha um objeto fora do corpo próprio, no seio materno. Só mais tarde vem a perdê-lo, talvez justamente na época em que a criança consegue formar para si uma representação global da pessoa a quem pertence o órgão que lhe dispensava satisfação. Em geral, a pulsão sexual torna-se auto-erótica, e só depois de superado o período de latência é que se restabelece a relação originária. Não é sem boas razões que, para a criança, a amamentação no seio materno toma-se modelar para todos os relacionamentos amorosos. O encontro do objeto é, na verdade, um reencontro (Freud, 1905/1996, p.210).

Freud (1905/1996), portanto, enfatiza a importância da relação mãe-bebê como protótipo para as futuras relações, considerando que a criança aprende a amar outras pessoas que a ajudam em seu desamparo, segundo o modelo de sua relação de lactente com a cuidadora e dando continuidade a ele. Ele acentua a tendência de se contestar a identificação do amor sexual com os sentimentos ternos e a estima da criança pelas pessoas que cuidam dela, mas propõe que uma investigação psicológica mais rigorosa permite estabelecer que o “trato da criança com a pessoa que a assiste é, para ela, uma fonte incessante de excitação e satisfação sexuais vindas das zonas erógenas” (Freud, 1905/1996, p.210). Todavia, para tanto, é necessária a compensação do lado da cuidadora, porque ela também busca uma satisfação na relação com a criança. E Freud (1905/1996) aponta isso, dizendo que “essa pessoa — usualmente, a mãe — contempla a criança com os sentimentos derivados de sua própria vida sexual: ela a acaricia, beija e embala, e é perfeitamente claro que a trata como o substituto de um objeto sexual plenamente legítimo”, mesmo que ela considere seu cuidado como um amor puro e assexual (Freud, 1905/1996, p.211).

Assim, Freud (1905/1996) afasta mais uma vez a necessidade (nutrição, da ordem biológica), da pulsão sexual (relacionada ao psiquismo) mencionando a perda do objeto de satisfação e a busca desse objeto perdido que se faz sentir nos relacionamentos amorosos. Destacamos sua suposição de que, se o bebê experimenta, a princípio, com a alimentação, a satisfação de uma pulsão sexual, depois ele irá perder o seio, momento em que consegue formar uma representação da portadora do seio, que lhe dispensava satisfação, função atribuída a sua cuidadora, ou à mãe que, por sua vez, também estabelece com o filho uma relação de ordem sexual, sendo que isso é fundamental no cuidado. Segundo ele, é assim que a mãe ensina a criança a amar, cumprindo, portanto, sua tarefa.

Notamos que o que está em jogo na relação mãe-bebê, nesta perspectiva, não é somente a satisfação de necessidades e da estimulação sensorial isoladamente, mas algo de outra ordem. Freud (1905/1996) aponta a dimensão da pulsão e do desejo, que pressupõe uma relação com o objeto que não se dá diretamente, na medida em que a natureza da pulsão é colocar o psiquismo a trabalho, importando menos o objeto do que a busca da satisfação.

É neste sentido que a leitura atenta de Lacan da obra de Freud e sua discussão sobre a relação de objeto (ou sobre a falta de objeto) e da mãe em sua função – que considera a mãe simbólica e, portanto, inserida no campo da linguagem - fornece-nos elementos para pensar a relação do bebê com a mãe para além da constituição do objeto libidinal e das consequências destrutivas da ausência da pessoa da mãe proposta por Spitz (1998).

Para compreendermos esta perspectiva, consideramos importante pensar em que consiste o circuito da demanda, para além da necessidade e do desejo, que implica na sujeição dos estímulos sensoriais ao crivo simbólico e à rede de significante do Outro - que a mãe encarna, mas cuja noção vai além da pessoa da mãe - de que depende a constituição psíquica da criança. Busquemos investigar, então, de forma pormenorizada, em que consiste a constituição do sujeito como efeito do campo da linguagem, e como situado diante do Outro. Em seguida, discutiremos sobre a função materna e paterna e teceremos algumas considerações sobre a relação de objeto, cuja noção perpassa as outras referidas.

### **2.3. Necessidade, desejo e demanda: constituição do sujeito e o campo da linguagem**

*“Eu não sou eu nem sou outro,  
sou qualquer coisa de intermédio[...].”  
Trecho do poema de Mário de Sá-Carneiro,  
musicado por Adriana Calcanhoto*

Voltando à oposição entre necessidade e desejo formulada por Freud, é necessário destacar que Lacan relê tais formulações introduzindo um terceiro elemento nesta oposição Freudiana: a demanda, que faz passar o que é da ordem da necessidade para a ordem da linguagem (Costa, 2010; Elia, 2010; Tendlarz, 1997). Neste ponto de vista, é possível considerar que, a partir do choro do bebê provocado por uma necessidade, um “outro primordial”, geralmente “encarnado” pela mãe, intervém com uma ação específica que faz desaparecer essa necessidade, eliminando o desprazer e fazendo com que o bebê experimente uma satisfação (Tendlarz, 1997, p. 28).

A partir daí, frente à emergência de um estímulo, a criança buscará reestabelecer a experiência por meio da percepção, alucinando a reprodução da vivência de satisfação, como discutido. Devido à insuficiência da alucinação, somente o outro poderá agenciar a ação específica que responde à insatisfação. No entanto, como enfoca Tendlarz (1997), existe sempre uma diferença entre a satisfação obtida e a almejada, chamada desejo, e a demanda seria a significação da necessidade que provém desse outro primordial, chamado por Lacan de Outro (grande Outro, com O maiúsculo). A autora afirma: “Pelo fato de falar, o homem torna-se um ser de demanda” (Tendlarz, 1997, p. 28). Assim, a criança é capturada pela linguagem, o que a distingue do animal. A autora lembra que o reino do instinto, da necessidade, permanece perdido para o falante, já que é metaforizado pela demanda. Quando à necessidade, atravessa o código por meio do sentido dado pela mãe, transforma-se em demanda. O grito do bebê toca algo do real, uma vez que não está aprisionado pelo simbólico, e o Outro introduz no grito a dimensão de significação, na medida em que interpreta o grito.

Portanto, ocorre que o bebê recebe, além do alimento, o signo, na medida em que a mãe, que cuida dele, interpreta seu choro para então responder ao que entende como sua necessidade, incômodo do corpo que provoca o choro. A necessidade do bebê não é só respondida por um agente auxiliador que faz desaparecer a tensão provocada por um estímulo interno, ela é interpretada e mediada pela linguagem. Isso é fundamental na constituição subjetiva da criança. E é neste sentido que Lacan fez a psicanálise avançar, na medida em que destacou o campo da linguagem (Costa, 2010; Elia, 2010).

Para Elia (2010), Freud precisou de forma clara a passagem do objeto da necessidade (o alimento, por exemplo) para o objeto do desejo, esclarecendo sobre a experiência psíquica que registra a experiência de satisfação, o que quer dizer que, se o sujeito registra, representa esta experiência, ele a perde como natural. Nesta concepção, Freud afirma claramente que o psiquismo procurará reencontrar o objeto segundo os traços em que ele foi registrado psiquicamente, cuja busca denomina como desejo. Contudo, na opinião de Elia (2010), Freud,

mesmo tendo introduzido esse desdobramento de forma precisa, não deu suficiente atenção as suas consequências, por não ter dado, como Lacan, maior ênfase ao campo da linguagem que se interpõe na experiência. Neste sentido, a demanda, introduzida por Lacan na passagem do plano da pura necessidade ao plano do desejo, de algum modo intermediário, é um plano da maior importância porque situa esse desdobramento entre necessidade e desejo no campo da alteridade, no Outro diante do qual a criança se situa. Assim, evidencia o campo da linguagem, a partir do qual o sujeito se constitui.

A esse respeito, Elia (2010) esclarece que, mesmo que o bebê, ao nascer, evidencie uma imperiosa necessidade de sobrevivência, o que Freud denomina desamparo, o tempo da necessidade não faz parte da história do sujeito, só podendo ser “mítico”:

Se nascemos com necessidades, 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 (Elia, 2010, p. 44-45).

A condição de necessidade do ser humano, desta maneira, é mítica, porque não é o primeiro momento do sujeito, mas condição prévia ao sujeito, passando a ser um mito quando o sujeito estiver constituído. Interessante observar que Freud sempre fala da vivência da satisfação, relacionada à necessidade, como uma experiência suposta, que explicaria a busca constante e incessante do traço mnêmico relacionado à satisfação. Mas, de fato, nesta perspectiva, esta vivência não pode ser apreendida enquanto tal, enquanto satisfação de uma necessidade. Segundo Ansermet (2003) “o organismo vivo estaria desde o início inserido em uma dialética que não decorre de sua base animal, e sim do esquecimento desta base” (p. 73).

Na visão de Elia (2010), só consideramos tal condição de necessidade, mesmo ela sendo excluída para o sujeito, quando assim constituído, porque ela deixa marcas no sujeito, não diretamente, mas como uma herança a ser retomada e ressignificada pelo sujeito a partir do significante. O autor explica que a mediação do significante faz com que experimentemos nossa condição orgânica “por fragmentos, pedaços, com os quais sonhamos, imaginamos, fantasiemos, enfim, representamos para nós próprios” (Elia, 2010, p. 46). Ele considera ainda:

Muitos cometem aqui o mal-entendido de dizer que a psicanálise desconsidera a vida biológica, que negligencia nossa condição animal, por exemplo. Deixemos, portanto, bem claro do que se trata: a psicanálise não desconsidera que tenhamos um organismo e que este é regido por leis naturais e biológicas (o que seria louco), nem afirma que as vicissitudes deste organismo não afetam o sujeito (o que seria impróprio). Ela evidencia e formaliza, como aliás é de sua vocação fazer, o que todo mundo sabe pela experiência, mas disso não tira, em geral, nenhuma consequência: que a experiência que temos de nosso organismo, de suas exigências, proezas, debilidades ou doenças, nós só a temos através do campo da significação, do sentido, ou seja, pelo fato de que, por sermos falantes, somos marcados pela

linguagem, pelo significante, mesmo no mais extremo nível de intimidade que possamos estabelecer com nossos órgãos e com nosso corpo (Elia, 2010, p. 46).

Nesta perspectiva, se o bebê, como ser vivo, precisa do alimento, ele o recebe de alguém que o introduz no campo da linguagem, porque esse alguém já está irreversivelmente neste campo e é só de seu interior que pode atender à criança:

O nosso adorável bebê ainda não é um sujeito, e supomos que ele é um ser de necessidade. Quem atende a esta necessidade? Outro ser de necessidade, tão imerso quanto ele na natureza? Não. Quem o atende, e que já propusemos chamar de mãe, [...], é um ser de linguagem, alguém que já está do lado ‘de lá’ do muro da linguagem, de onde só pode atender à necessidade do bebê com a linguagem (Elia, 2010, p. 48-49).

Isso quer dizer que a mãe só pode atender ao choro do bebê com uma ação específica, se recorrer a um saber consciente e inconsciente, tomar este choro como a ela dirigido e outorgar-lhe significação (Jerusalinsky, 2002). É quando ela cobre o bebê dizendo que ele está com frio ou oferece-lhe leite dizendo que ele está com fome, que oferece o signo além dos objetos supostamente capazes de cessar o seu choro, satisfazendo-o. A mãe, que encarna o Outro, não apenas oferece acalento quando entende que o filho quer colo, ela conversa com ele ou com alguém dizendo dele ou por ele, atribuindo aos gestos ou ao choro do bebê diversos significantes e significações, que têm ligação com sua própria história, com seu modo de funcionamento, com o lugar em que coloca a criança. Como pontua Jerusalinsky (2002), “no humano, a experiência de satisfação passa pela tela significante e pela significação atribuída desde o Outro” (p. 57).

É importante acrescentar, ainda, que, conforme indica Elia (2010), isso faz com que a criança passe a não mais poder visar exclusivamente ao leite, objeto da necessidade, mas seja instada a querer a presença daquele que lhe trouxe o objeto visado: “A criança passa a querer a coisa trazida e aquele que a trouxe” (p.51). Lembrando as elaborações de Freud (1905), ele afirma que o bebê perde o objeto no momento em que representa quem traz o alimento, ou seja, é instalada a simbolização. Podemos entender essa representação que a criança faz de quem possui o seio (e fornece o leite) como uma demanda pelo Outro, que é diferente de considerar que ela constituiu um objeto de amor, como sustentou Spitz.

Segundo Elia (2010), a demanda introduz o Outro como tal. No nível da demanda, o sujeito não se move na direção do objeto, mas do Outro capaz de trazê-lo. De acordo com Tendlarz (1997), Lacan estabelece uma distinção de dois valores da demanda: articulação significante e demanda de amor. Nesta perspectiva, a demanda é de presença e ausência do Outro, que desliza para demanda de amor. Se a demanda de amor busca os signos de presença

do Outro todo poderoso de forma incondicional, este outro primordial, representado pela mãe, reconhece-o como faltante enquanto ela mesma é confrontada à falta.

No entendimento de Elia (2010), há algo na demanda que torna impossível a situação de plena satisfação, o que o autor denomina como sua “mentira estrutural”, que consiste em fazer crer que ela é formulada para ser satisfeita (Elia, 2010, p. 54). Se a demanda fosse passível de satisfação, seria uma resposta adequada e perfeita do Outro ao apelo do sujeito. Como não o é, sendo que a demanda implica nessa mentira estrutural, ela não é concebível sem a intervenção do desejo, que a atinge com a marca da impossibilidade de satisfação e a move no nível da causa. “Na medida em que a demanda articula pela linguagem as necessidades do sujeito, ela promove o desprendimento dos objetos que, só suposta e aparentemente, seriam por ela demandados” (Elia, 2010, p. 54). O autor coloca que o primeiro circuito de satisfação da primeira necessidade do sujeito já é marcado pelo significante, e que, portanto, o desejo já incide no primeiro circuito da demanda, impossibilitando a colagem da demanda com a mensagem que a ela responde. Ele cita a sabedoria popular que reforça a ideia de que o que se pede não coincide com o que verdadeiramente se quer, além de nunca se saber exatamente o que se quer, o que revela uma condição estrutural do desejo, que faz com que ele não possa ser formulado em palavras.

Elia (2010) discute sobre o conceito de sujeito ponderando sobre o campo da linguagem, e sustenta que só a partir desse campo o sujeito pode ser concebido, especialmente a partir da reelaboração que Lacan empreendeu dos textos Freudianos. É nessa perspectiva que o autor aventa sobre a constituição do sujeito.

No que se refere à constituição do sujeito referida, é preciso delimitar que sujeito é um conceito de Lacan, relacionado ao inconsciente, como enfatiza Miller (1997). Bruder e Brauer (2007) levantam a questão da diferenciação entre "eu" e "sujeito", para discutir sobre a constituição subjetiva, e afirmam que a contribuição de Lacan configura-se como uma inovação em relação ao ensinamento freudiano na medida em que distingue o eu, uma construção imaginária, do sujeito do inconsciente, o sujeito do desejo. Segundo as autoras, para Lacan, eu e sujeito não coincidem.

Lasnik (2013a) também apresenta, partindo de Lacan, o ego e o sujeito do inconsciente como dois polos ou dois centros do aparelho psíquico, que não se sobrepõem. A autora afirma que se, nesta perspectiva, o ego é uma instância imaginária comparada à imagem especular do próprio corpo, sendo o ego um produto da alienação na imagem, o sujeito do inconsciente, por

sua vez, está profundamente articulado na ordem simbólica da linguagem<sup>8</sup>. Não entraremos, neste momento, na diferença entre eu e sujeito, distinguindo os campos imaginário e simbólico. Por ora, apenas destacamos a delimitação do conceito de sujeito, circunscrevendo a perspectiva desta investigação, com ênfase no campo da linguagem e no sujeito que neste campo se constitui.

Vorcaro (1999) coloca, sobre esse ponto, que o sujeito de que trata a psicanálise não é o indivíduo: “é um equívoco considerar que o sujeito com o qual a psicanálise opera é uma substância individual, sujeito psicológico. O sujeito é o efeito da divisão própria ao funcionamento da linguagem” (p. 20). E é neste sentido que o sujeito é diferente do organismo vivo. Da expressão popular “desde que eu me entendo por gente”, podemos extrair a ideia de que realmente o bebê não nasce sujeito, é preciso uma operação de linguagem para que ele se “entenda por gente”, havendo, portanto, uma diferença entre ser vivo, organismo biológico, e sujeito, só assim considerado como constituído no campo da linguagem, sendo necessárias certas operações.

É válido salientar, desta forma, que, à semelhança de Freud, assim como pesquisadores de outros campos, que partem da patologia para entender o que é próprio do humano, podemos pensar nas crianças com psicopatologias graves para entender as operações que se fazem necessárias para a constituição do sujeito por meio da entrada da criança no mundo simbólico e da linguagem. Se o sujeito não se constitui, como o caso de crianças com psicopatologias graves, elas estão no “limbo entre ser vivo e sujeito” (Vorcaro, 1999, p.19).

Neste sentido, o sujeito, como acentua também Costa (2010), não nasce pronto como os animais:

O sujeito assujeitado à fala, o sujeito do inconsciente, nasce no campo do Outro. Se ele não nasce pronto, deve ser construído, e sua constituição acontece na relação com a fala que passa pela linguagem. E essa fala não significa aprender a articular palavras e formar frases para comunicar-se com os demais, mas significa ir além da necessidade e ter acesso ao desejo. Portanto, se o sujeito é efeito de linguagem, representado de um significante para outro<sup>9</sup>, é necessário submeter-se ao significante para que possa falar (Costa, 2010, p. 62).

<sup>8</sup> Segundo Lasnik (2013a), “o ego tem uma má reputação entre os lacanianos”, tendo em vista o objetivo do tratamento analítico de ser um processo de desmontar o ego alienante (enquanto eu ideal da identificação) “para o benefício do sujeito do inconsciente” (p. 202). No entanto, a autora justifica a necessidade de trabalhar com a noção de ego considerando sua clínica com autistas, o que a faz confrontar-se com casos clínicos nos quais o ego alienado ainda não foi constituído, o que mostrou para ela “quão precioso e indispensável era esse ego, todavia talvez alienado na imagem especular” (Lasnik, 2013a, p. 202). Voltaremos neste ponto com foco no imaginário e sua relação com o real e simbólico na constituição do sujeito, pontos fundamentais para compreensão da relação mãe bebê.

<sup>9</sup> Esta concepção do sujeito como efeito da linguagem, representado de um significante para outro, mencionada por Costa (2010) ou como efeito da divisão da linguagem presente na afirmativa de Vorcaro (1999), como vimos, parte dos pressupostos de Lacan, que privilegia o campo da linguagem e concebe o inconsciente estruturado como linguagem, assim como a necessidade da submissão do sujeito ao significante para sua constituição. Entraremos nestes pontos adiante.

Desta forma, é válido considerar nesta discussão a primazia do significante trazida pela teoria de Lacan, a despeito do significado. Costa (2010) ressalta que Lacan, em seu retorno a Freud, recorre também à linguística estrutural de Saussure, utilizando seus termos significante e significado, mas de maneira inversa a que postulou o linguista, já que privilegiou o significante. Corroborando com esta ideia, Elia (2010) explica que Lacan recorre à categoria de significante, imagem material acústica, para Saussure, à qual se associa um conceito (ideia), como significado, na composição do signo linguístico. Porém, o psicanalista subverte essa associação significante e significado, conferindo primazia ao primeiro (o significante) na produção do segundo. Nesta concepção, o significante prevalece sobre o significado, que lhe é secundário, e se produz somente a partir da articulação entre os significantes.

Tendlarz (1997) afirma que a demanda é uma articulação da cadeia de significante. Se a necessidade fica presa na rede significante como sentido do Outro, traduz a incidência do simbólico sobre o real. Segundo Costa (2010), a formulação lacaniana do sujeito do significante implica pensar o sujeito pela sua relação com a fala e com o Outro. Se o bebê grita, este grito é descarga e somente a resposta do Outro transforma o grito em apelo, em demanda. E é a partir daí que a criança entra no mundo da linguagem, entra no campo da fala, mesmo que ela ainda não fale. A autora expõe que a passagem do biológico (real) para o simbólico é realizada pela intervenção do Outro, introduzindo a demanda na criança.

#### **2.4. O sujeito, o significante e o Outro**

*No princípio era o Verbo [...]  
E o Verbo se fez carne, e habitou entre nós [...]*  
*(Trecho da Bíblia Sagrada, Evangelho de São João, Capítulo 1, versículos 1 e 14)*

No que concerne ao Outro, é válido mencionar que, segundo Jerusalinsky (2002), Lacan escreve Outro com letra maiúscula para diferenciá-lo do semelhante (outro), com o qual se estabelecem identificações imaginárias. O Outro, nesta concepção, é o lugar do significante, em relação ao qual o sujeito precisa vir a se situar. Apesar do conceito remeter, de modo amplo, à ordem e à lei da linguagem, como coloca a autora, nota-se que é por meio de um agente materno que um bebê recebe as marcas significantes e é inscrito no campo da linguagem. Segundo Costa (2014), Lacan articula a presença da mãe ao lugar do Outro, “ou seja, a mãe na teoria lacaniana ocupa no real o lugar do Outro primordial, o Outro real da demanda, para onde se dirigirá a demanda a partir das necessidades”. Coriat (1997) também considera que as

necessidades do bebê estão alienadas por não poderem ser articuladas em sua demanda, já que esta “é emitida, a princípio, desde o lugar do Outro, encarnado em sua mãe” (Coriat, 1997, p. 51). Jerusalinsky (2014) salienta que a mãe, por sua condição desejante em relação ao bebê, ocupa realmente o lugar do Outro, encarna este lugar. O Outro, como implicado à estrutura da linguagem anterior ao sujeito, precisa ser encarnado e materializado, para endereçar ao bebê um desejo não anônimo. Só assim, o bebê pode se constituir como falasser<sup>10</sup>.

Assim, é a mãe que ocupa esse lugar de Outro e introduz no grito a dimensão de significação, o que não equivale a dizer que a figura materna é propriamente o Outro - ou seja, é propriamente a pessoa da mãe que responde à criança e é à pessoa que o bebê se dirige - como parece indicar as teorias evolucionistas. É importante lembrar que Spitz (1998) parece ter notado que a mãe representa mais do que ela mesma, ao delimitar a mãe como representante do ambiente cultural. Entretanto, o Outro não é apenas uma pessoa física, um adulto (a mãe) que cuida do bebê e também não se restringe a um conjunto de valores culturais. Podemos menos ainda afirmar que o Outro seja o meio ambiente favorável ou desfavorável. “A noção de Outro ultrapassa largamente a de meio ambiente” (Ansermet, 2003, p. 73). Entendamos melhor.

Elia (2010) destaca que Lacan propõe a categoria de Outro para designar não apenas o adulto próximo de que fala Freud, mas também a ordem que este adulto encarna para “o ser recém-aparecido na cena de um mundo já humano, social e cultural” (p. 39). O autor enfatiza a ordem simbólica que a mãe introduz no seu ato de cuidar do bebê. Portanto, o Outro, que a mãe encarna para o bebê, é uma ordem significante, que é diferente de uma ordem significativa, segundo Elia (2010). O que a mãe transmite é, “primordialmente, uma estrutura significante e inconsciente para ela própria (ela não sabe o que transmite, para além do que ela pretende deliberadamente transmitir), e não poderia ser simplesmente o conjunto de valores culturais” o que o autor entende como “toda a complexidade de elementos significativos ordenados na família e na sociedade à qual pertencem mãe e bebê” (Elia, 2010, p. 40). Elia (2010), assim, faz uma diferenciação entre a categoria de Outro e as ordens social e cultural. Sendo que essas são eivadas de valores, ideologias, princípios, e, portanto, de significações, diferente do Outro, que é uma estrutura significante. Por isso, o que chega ao bebê por meio do Outro materno não é um conjunto de significados a serem por ele meramente incorporados como estímulos ou fatores sociais com os quais interagiria, mas um conjunto de marcas simbólicas que suscitarão, no bebê, um ato de resposta que se chama de sujeito. De acordo com Elia (2010), esta diferença entre uma ordem social significativa e valorativa e uma ordem significante implica que esta segunda

---

<sup>10</sup> A palavra *parlêtre* (fala-ser) é um neologismo de Lacan que associa o ser e a fala para indicar que a fala é próprio do ser ou do humano, ou seja, refere-se ao sujeito, assim constituído, como ser falante (Costa, 2010).

ordem seja furada, subtraída da dimensão que lhe daria consistência e completude. E isso ocorre pelo fato da barra também incidir no Outro, pela própria inserção na linguagem.

Vorcaro (1999) também enfoca o desejo do agente materno que se faz sentir no intervalo de seu discurso, para além ou aquém do que ele diz, que escapa ao que surge como sentido. Entendemos que o agente materno estabelece um discurso, uma cadeia de significantes acerca do seu bebê, do lugar ao qual o filho é convocado, que diz do que ele representa para a mãe, mas o discurso se configura para além do que ela consegue dizer. É a ordem significante a despeito do sentido, que se funda no circuito de demanda e do desejo do Outro. E, assim, a criança lê nas entrelinhas da evocação esta invocação materna. Ela se identifica ao que a mãe quer dizer (consciente ou inconscientemente) e não diz (em palavras), ao que ela diz sem querer (consciente ou inconscientemente), ao que ela não diz em palavras, mas está presente no discurso, no deslizamento e nos intervalos dos significantes.

Com Lacan, Vorcaro (1999) ressalta os intervalos no discurso do Outro, os cortes entre os significantes que fazem parte da própria estrutura significante. É por isso, e assim, que o sujeito pode se localizar, neste intervalo, porque pode apreender o desejo do Outro que aí desliza, nas faltas de seu discurso, o que mantém, portanto, o enigma do seu desejo: “Nesse ponto de falta constitui-se o sujeito, efeito de fala” (Vorcaro, 1999, p. 25).

Para explicar como isso se dá, a autora retoma às operações de alienação e de separação como operações constituintes do sujeito, que o classificam em sua dependência significante ao lugar do Outro, das quais o ser vivo depende para sua estruturação em sujeito falante, portanto. Desta maneira, é preciso que o ser vivo, que se encontra imerso em um enxame significante produzido no campo do Outro, funcione, num primeiro momento, como significante fixado ao significante definido pelo Outro, configurando o movimento da alienação. Nesse momento, sua condição de ser é anulada pelo que ele se torna para o Outro: ou ele submete-se ao sentido dado pelo Outro e assim desaparece como ser ou ele é puro ser e fica sem sentido. Ou seja, o ser é obrigado a uma escolha forçada, porque ele não pode sobreviver se não optar pelo sentido do Outro. A partir dessa operação, o sujeito pode achar um ponto fraco do casal primitivo da articulação significante com que o agente do Outro o localiza – articulação entre S1, primeiro significante, do traço unário, significante a partir do qual o sujeito é representado, e S2, para o qual o sujeito é representado pelo S1 ao ser introduzido no campo do Outro<sup>11</sup>. Portanto, o sujeito advém como um efeito da articulação S1-S2 e a operação de separação resulta no encontro com

---

<sup>11</sup> Ou seja, S1 é aquele significante unário, ou significante mestre, que representa o sujeito para um outro significante (S2), o que é formulado por Lacan (1964/1995) em *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. S2, por sua vez, é o saber, o sentido produzido pela articulação entre os significantes.

o intervalo produzido pelo deslizamento do desejo. Na alienação, o Outro é absoluto e não pode ser interrogado, diferente da separação, operação na qual o sujeito encontra uma falta no Outro e localiza-se nas faltas do seu discurso, como sustenta Vorcaro (1999). Servindo-se de seu desaparecimento como ser no tempo da alienação, separa-se da cadeia de significantes, “o sujeito deixa de estar ligado ao sentido que constitui o essencial da alienação” e referencia-se a partir da cessão de algo de si que o outro almeja. Na extração desse elemento de seu corpo, comum à falta do Outro, o sujeito articula-se, como efeito do significante, a este elemento não significante, qual seja: o objeto *a* - objeto causa de desejo “objeto não significante que tampona o intervalo significante, objeto indeglutível, atravessado entre os significantes” (Vorcaro, 1999, p. 25). Assim, “o sujeito representa sua parte e joga sua partida na separação, engendrando-se, pondo-se no funcionamento da linguagem”, sendo assim a entrada ou constituição do sujeito na linguagem.

Vale citar, neste sentido, Soler (1997): “o Outro implicado na separação não é o Outro implicado na alienação. É um outro aspecto do Outro, não o Outro cheio de significantes, mas ao contrário, um Outro a que falta alguma coisa” (p. 63).

Soler (1997), na retomada ao *Seminário 11* de Lacan - texto no qual Lacan introduz a alienação e a separação como duas operações constituintes do sujeito - cita a afirmativa de Lacan que diz que o sujeito não é nada além de um significante, considerando que o sujeito é um efeito e não um agente, que se constitui no campo do Outro, como lugar dos significantes e da fala. Assim, a autora lembra que o Outro precede ao nascimento do sujeito.

Assim, o Outro é a primeira causa do sujeito. O sujeito não é uma substância: o sujeito é um efeito do significante. O sujeito é representado por um significante, e antes do surgimento do significante não existe sujeito. Mas o fato de não existir sujeito não quer dizer que não exista nada, porque pode existir um ser vivo, mas este ser vivo se torna um sujeito somente quando um significante o representa. Logo, antes do surgimento do significante, o sujeito é nada (Soler, 1997, p. 56).

É neste sentido que Elia (2010) assinala o sujeito como ato de resposta suscitado pelo conjunto de marcas simbólicas advindas do Outro, como citamos. É importante salientar que, nesta perspectiva, a linguagem preexiste ao sujeito, o que quer dizer que a criança, antes mesmo de nascer, está “mergulhada em um banho de linguagem, ou seja, há um discurso que a precede” (Costa, 2010, p. 59). Como aponta Elia (2010), bem antes do bebê nascer, o campo em que ele aparecerá já se encontra constituído e ordenado, o que não se limita à cultura e à família, com todos os seus elementos, mas abrange a linguagem, como campo de constituição do sujeito. Segundo o autor, há um conjunto de demandas, desejos e desígnios que é dirigido àquele que vai nascer muito antes do nascimento, antes mesmo da gravidez e da sua concepção, o que,

mesmo que ele denomine como a pré-história de um bebê no campo do Outro, não remonta a um momento que é delimitável na história do Outro, sendo seu estatuto simbólico e por isso não se confundindo com experiências factuais na história do agente materno. Ele exemplifica: “O nome próprio que se dará à criança, que é o nome de um ancestral, e que por sua vez corresponde a um sonho de infância da mãe, por exemplo, é um dos elementos da pré-história no Outro que estarão relacionados àquele que vai nascer” (Elia, 2010, p. 43). Neste sentido, é só a partir do momento de encontro do bebê com o Outro materno que a incidência desses desígnios irá se projetar no passado como pré-história do bebê. Tais desígnios terão sido prévios ao bebê. É por isso que Elia (2010) considera uma “anterioridade anteriormente inexistente”, na medida em que “passa a existir como anterioridade no momento em que é criada (o encontro do sujeito com o Outro)” (p. 44).

Como afirma Ansermet (2003): “A criança nasce inacabada, e sua dependência em relação ao que a precede decorre desse fato [...]. O simbólico, nessa perspectiva, vem primeiro” (p. 73), como descrito na passagem bíblica de Gênesis referente à criação do mundo: “Deus disse: ‘Que exista a luz!’ E a luz começou a existir” (Genesis, Cap. 1, v. 3, p. 14), ou no trecho do Evangelho de São João:

No começo a Palavra já existia [...] Tudo foi feito por meio dela, e, de tudo o que existe, nada foi feito sem ela [...] A Palavra estava no mundo, o mundo foi feito por meio dela [...] Ela, porém, deu o poder de se tornarem filhos de Deus a todos aqueles que a receberam, isto é, àqueles que acreditam no seu nome [...] E a Palavra se fez homem e habitou entre nós<sup>12</sup> (Evangelho Segundo São João, 1991, cap. 1, p. 1353).

Desta forma, a dependência do bebê não se refere apenas a uma dependência da ordem da necessidade, mas algo muito mais amplo e complexo, denominado por Freud como desamparo. O desamparo, neste sentido, não diz respeito à dependência do bebê relativa às suas necessidades vitais, mas à dependência em relação à palavra do Outro (que já está lá antes dele), ao mundo simbólico no qual o agente materno o introduz a partir do desejo que a ele dirige.

Jerusalinsk (2007) lembra que o indivíduo da espécie humana é um “deficiente instintivo”, uma vez que “nada em seu sistema genético-neurológico lhe define o objeto capaz de acalmar o seu mal-estar” (p. 25). Diferente de outras espécies, o bebê humano fica à mercê de suas necessidades sem recursos biológicos suficientes que possam definir como e com o que satisfazê-las. O autor esclarece que, quando se trata de um estímulo externo, uma ação basta para aplacar seus efeitos, o que não acontece com relação ao estímulo interno, para esse sendo preciso um outro tutelar que opere uma tentativa de resolução.

---

<sup>12</sup> Referindo-se a Jesus, filho de Deus, que se encarnou e veio ao mundo. Na visão do evangelista, Jesus é a encarnação da Palavra de Deus, que já estava presente no mundo.

É por isso que o objeto humano é constituído pelo Outro. O que define para esse objeto seu campo de alteridade é, portanto, a alienação do sujeito a respeito dele. Esse objeto, no Imaginário, constitui-se como idealizado, e, no Real, como impossível. Em seu lugar, para representa-lo, aparece o significante (Jerusalinsky, 2007, p. 25).

É interessante marcar que a pesquisa de Spitz (1998) demonstra esse desamparo do bebê e sua total dependência do outro para sobreviver e se desenvolver, mas a psicanálise nos mostra que esta dependência não se reduz às ligações objetais em si. Na perspectiva psicanalítica, o desamparo do bebê não se resolve com a satisfação das necessidades vitais das quais decorre a associação de sinais significativos e conseqüente estabelecimento da percepção, como Spitz (1998) sustentou. A dependência do bebê diz respeito à inserção no mundo humano que a mãe, que representa o Outro, busca assegurar.

A linguagem, aqui, como podemos notar, é considerada de forma muito mais ampla do que apenas restrita à articulação da fala, como pressuposto por Spitz (1998). A linguagem não se refere nem apenas à comunicação, conforme Costa (2010). Sobre isso, vale colocar que Freud (1895), ao descrever a experiência de satisfação, menciona que esta via de descarga adquire a “importantíssima função secundária da comunicação”, que surge do desamparo inicial dos seres humanos (p. 370). No entanto, mesmo Freud tendo considerado a função da comunicação no que diz respeito à vivência referida, é Lacan quem evidencia a linguagem como um aspecto primário em jogo neste experiência de satisfação, como vimos. E o campo da linguagem não se reduz à comunicação na perspectiva de orientação lacaniana. Segundo Costa (2010), Lacan diferencia a linguagem e a comunicação nitidamente e não lhes confere o mesmo estatuto, pois, sendo a intersubjetividade o princípio da função de comunicação, ela é secundária diante de outra função da língua que é a evocação, como vimos.

É porque a criança é invocada no circuito de demanda e desejo do Outro que ela pode se localizar no intervalo do discurso do Outro e ser representada como significante, inserindo-se na cadeia e podendo falar, constituindo-se, portanto, como sujeito, para além de organismo vivo. “E é por efeito de tal convocatória, deste circuito de demanda e desejo do Outro em que a pulsão do bebê é enlaçada” (Jerusalinsky, 2002, p. 61). É preciso que a pulsão seja enlaçada e entre num circuito próprio da linguagem, do contrário a criança seria pura pulsão.

Sobre este enlaçamento pulsional, é válido recorrer ao que Vorcaro (1999) discute sobre “como a libido se encarna no instinto vital do ser produzindo o movimento pulsional” (p. 56). A autora compreende que este processo dá-se a partir da alternância entre tensão e apaziguamento, devido ao suporte do agente da função materna. No ciclo entre a tensão, o

apaziguamento, a tensão, o apaziguamento... (um termo remete ao outro), a resposta maternante introduz uma temporalidade que esboça uma matriz simbolizante. A experiência de satisfação situa-se no que foi perdido neste funcionamento cíclico e a tentativa de recuperá-lo é que mobiliza a atividade pulsional. Mas a resposta do Outro em significantes faz da manifestação do ser (condizente à atividade pulsional) um apelo: “Seu apelo retorna em significantes, forçando, na resposta, equivalências substitutivas ao apelo de retorno à satisfação” (Vorcaro, 1999, p. 57). Assim, nos cuidados maternantes, o corpo do ser é libidinizado na composição de um tecido signifiante que traça uma cartografia do organismo:

[...] o gozo do fluxo vital é, assim, subtraído ao ser vivo, na necessária submissão ao esquadramento da linguagem, que faz, deste ser, um sujeito.  
Em sua atividade, a pulsão opera o movimento circular do impulso que, como apelo, sai através da borda erógena, para a ela retornar, na resposta do Outro [...]  
O circuito – o vai e vem que constitui o alvo da pulsão, sai da zona erógena para ir buscar algo que, a cada vez, responde no Outro (Vorcaro, 1999, p. 57).

Portanto, a incidência da linguagem provoca um movimento que tem relação com o sujeito e não mais com o ser. “É o que define o movimento pulsional que representa, em si mesmo, a parte da morte no ser vivo, que é chamado, pela linguagem, à subjetivação” (Vorcaro, 1999, p. 57). O sujeito atinge, assim, a dimensão da falta, também no Outro, pela circularidade da pulsão. Segundo Costa (2010), é o simbólico que recorta no corpo as zonas erógenas, referido à linguagem em que a demanda se articula.

É neste sentido que Coriat (1997) salienta que “o Outro é quem escreve as primeiras marcas no corpo do *infans*, ao recortar os objetos pulsionais libidinizando as zonas erógenas” (p. 52). A autora diz que essa asserção é bem menos metafórica do que supomos, explicando que, na vida cotidiana, podemos reconhecê-la na manipulação do corpo do bebê feita pelo adulto, não só com as mãos que o tocam, mas também “com o olhar e a voz, percebida desde o nascimento como objeto privilegiado” (Coriat, 1997, p. 52). Segundo Coriat (1997):

Estas marcas, incluindo entre elas a primeira experiência de satisfação e as necessárias repetições da mesma – que na vida de um bebê acontecem várias vezes por dia – passarão a formar os primeiros traços mnêmicos do esquema do pente. Lacan irá dar-lhes o estatuto de letra (não de signifiante) e, mais adiante, [...], ao aparecer os primeiros S2, como palavra ao lado da incipiente criancinha, essas marcas passarão a adquirir estatuto de S1.  
O adulto que se encarregue de cuidar da criança – habitualmente a mãe – irá manipulá-lo de acordo com o que determinem os significantes de sua história e de acordo com o lugar que esses significantes outorguem ao objeto que tem em suas mãos. Os significantes que marcam o bebê não são os enunciados verbais com o que o adulto fala, e sim aqueles que dirigem os atos nos quais o bebê está incluído (p. 52).

A partir dos pressupostos discutidos, podemos entender as observações de Spitz (1998) no que se refere à articulação entre sinais significativos que o bebê pode fazer a partir de sua

experiência com a mãe, do que denominou “clima emocional específico”, que se configura no “ciclo de ação-reação-ação que torna o bebê capaz de transformar gradualmente os estímulos sem significado em signos significativos.” (Spitz, 1998, p. 43). Se o bebê torna-se capaz de articular estímulos sem significado em significativos a partir de sua relação afetiva com a mãe, é porque a mãe representa o Outro faltoso, que dá ao bebê um lugar em seu desejo, interpreta seu choro e estabelece um discurso no qual o bebê pode se localizar como significante, podendo, assim, fazer sua própria cadeia e se inserir na linguagem. E isso não se reduz à associação dos sinais a uma experiência de satisfação referida à necessidade especificamente ou diretamente, na perspectiva psicanalítica.

Nem mesmo em Freud, a quem Spitz recorreu, encontramos, como vimos, uma referência direta à necessidade com relação ao funcionamento psíquico. Spitz (1998) parece ter notado algo próximo disso ao delimitar um clima emocional específico, mas ao reduzir este clima a um circuito de ação e reação, dando ênfase à satisfação da necessidade, desconsidera, por conseguinte, o enfoque dado por Freud na percepção do traço mnêmico buscado no movimento do desejo, e o campo da linguagem a partir do qual o sujeito se constitui, como sujeito falante e desejante, esclarecido por Lacan.

É válido citar que Costa (2010) traça um percurso da psicanálise com crianças, mostrando como foi se instituindo o campo a partir da prática clínica e das reformulações teóricas dela advinda, desde Anna Freud e Melanie Klein. Ao retomar os momentos históricos relacionados à temática, mostra que a psicanálise com crianças estava se tornando uma espécie de “psicologia adaptativa” (p. 58), que podemos delimitar como uma psicologia que prevê determinados comportamentos, adequados para adaptação do sujeito ao meio e para um desenvolvimento apropriado de suas funções, de forma a propiciar uma interação conveniente com a maturação biológica, objetivos que podem ser sustentado inclusive pelo construtos e modelos estabelecidos por Spitz, à propósito de nosso tema de estudo, vale mencionar.

Para Costa (2010), a direção da psicologia para um caminho com finalidades adaptativas indicava a necessidade de diferenciar o campo da psicologia do campo psicanalítico. Segundo a autora, é só com a releitura proposta por Lacan que a radicalidade das teses Freudianas vai emergir, em todo seu alcance, devido a sua busca por resgatar de maneira nova a questão do sujeito do inconsciente. Para isso, foi fundamental o fato do psicanalista ter recorrido à lingüística e ter privilegiado a linguagem, como afirma a autora.

Consideramos que as noções de demanda, de linguagem e do Outro, neste sentido, são cruciais na presente discussão, principalmente porque evidenciam avanços teóricos possibilitados pela perspectiva lacaniana sobre a relação mãe-bebê e permite-nos fazer uma

leitura diferenciada da pesquisa de Spitz. A partir dessas concepções, podemos nos questionar: Como a mãe encarna o Outro e marca a criança com seu desejo? E qual o lugar e importância do pai nesta operação? Propomos pensar na relação mãe bebê, considerando a função da mãe, do pai e da família, apontando ainda outras diferenciações em relação aos postulados de Spitz. Faz-se necessário aprofundar na discussão sobre como opera a mãe no lugar do Outro, e como a intervenção do pai insere-se como lei, relacionado à castração e à falta, o que buscaremos discutir agora.

## 2.5. Presença materna *versus* função simbólica

*Minha mãe cozinhava exatamente:  
arroz, feijão, molho de batatinhas. Mas cantava.  
(Solar, Adélia Prado)*

Elia (2010) comenta sobre o uso do termo genitora como primeira definição psicanalítica de mãe, referindo-se ao adulto próximo de que Freud nos fala, quem executa a ação específica para o atendimento das necessidades do bebê, fazendo isso pela introdução da palavra também. O uso do termo genitora ao invés de mãe, segundo o autor, segue a intenção de não aprisionar essa função à pessoa da mãe. Como vimos, a mãe encarna o Outro, enquanto agente que introduz o bebê no campo da linguagem, o que é muito mais amplo do que uma relação dual recíproca. Assim, consideramos a mãe como agente de uma operação necessária à constituição psíquica da criança, a mãe em sua função simbólica.

Ansermet (2003), na discussão que alça sobre as crianças abandonadas, afirma que o problema dessas crianças não é a falta da mãe concreta, do apoio do outro ou de um meio protetor: “Da depressão anaclítica ao hospitalismo, elas acabam morrendo por falta de apoio. Esse sustento perdido não se resume aos braços da mãe” (p. 71). Para o autor, o modelo para compreender a relação mãe-criança determina a maneira de abordar as formas de expressão clínica dos distúrbios que a caracterizam. Ele elucida que se pode distinguir, basicamente, duas concepções: uma evolucionista e psicogenética, que pensa a criança e sua relação com a mãe a partir de um paradigma desenvolvimentista, segundo um tempo linear e contínuo; e uma que considera a mãe em sua função, ou seja, a mãe simbólica.

No primeiro modelo, evolucionista, Ansermet (2003) enquadra Spitz, citando os distúrbios por ele observados (depressão anaclítica e hospitalismo). Nessa concepção, segundo Ansermet (2003), a vida psíquica é considerada como um desdobrar progressivo, escorado nas funções vitais. O campo do desejo e da demanda se abriria a partir de imperativos oriundos das

necessidades e o vir a ser da criança é pensado a partir de sua relação com o meio ambiente e de suas interações precoces. De fato, como vimos, Spitz (1998) sustenta que os traços de memória e, por conseguinte, a percepção, dentre outras funções psicológicas - que constituem inclusive a relação objetal - estão sempre associadas à satisfação de necessidades e o desenvolvimento da criança é pensada, notadamente, em função de sua relação com a mãe (seu ambiente), e estes pontos ficam muito claros em sua obra. Dentro deste modelo, Ansermet (2003) pondera que a evolução depressiva seria precipitada pela separação brusca da criança com o meio em que vive, decorrendo de uma ruptura de continuidade, quebra temporal, pela perda de apoio.

Todavia, Ansermet (2003) coloca que a depressão da criança separada de seu meio pode ter, em contrapartida, outra interpretação, baseada no segundo modelo citado por ele, ou seja, psicanalítico, que considera a mãe simbólica. Nesta perspectiva, o hospitalismo observado por Spitz indica que os bebês reagem ao anonimato dos cuidados, o que significa que eles já estão sensíveis à presença do Outro (da fala e do desejo), para além daquele que responde às suas necessidades. Ele afirma que a criança rejeitada e abandonada deprime e regride quando é considerada um simples objeto manipulado, sendo a sua sobrevivência o único objetivo, se o alimento não se situa na dialética do desejo e da demanda, o que pode ocorrer mesmo com a mãe presente.

Ansermet (2003) sustenta a discussão sobre a mãe simbólica, salientando que a “presença da mãe só se realiza no jogo da presença e da ausência. A mãe chamada pela criança é a mãe em sua condição alternante” (Ansermet, 2003, p. 74), como no jogo do *Fort da* descrito por Freud (1920)<sup>13</sup>.

Neste sentido, é interessante mencionar o que Spitz (1998) pondera sobre a importância das “demoras” da mãe em atender a necessidade do bebê para o “comportamento adaptativo” dele e conseqüente estabelecimento dos traços de memória (p. 83). Sobre isso, o autor afirma:

Entre a sensação de necessidade e seu desaparecimento através da satisfação da necessidade, são frequentes as demoras. Essas demoras desempenham um papel primordial no desenvolvimento

---

<sup>13</sup> Trata-se do conhecido jogo descrito por Freud (1920/1996) no texto *Além do princípio do prazer* a partir da observação do seu neto, quando então com 1 ano e meio, que ele repetia de forma incessante e, por isso, chamou a atenção do autor. Na brincadeira, a criança segurava o carretel pelo cordão e o arremessava para longe, em um canto da cama, de maneira que o brinquedo desaparecia por entre as cortinas, ao mesmo tempo que o menino emitido o som “o-o-ó” (remetendo a palavra “*fort*”, que quer dizer “ir embora”, em alemão). Depois deste movimento, a criança puxava o carretel para fora da cama novamente, por meio do cordão, e dizia com expressão alegre “*da*” (significa ‘ali’). O jogo completo era: desaparecimento e retorno do brinquedo, que Freud (1920/1996) interpretou como referindo-se à grande realização cultural da criança, que diz respeito à renúncia à satisfação instintual que efetuará ao deixar a mãe ir embora sem protestar. A repetição dessa experiência aflitiva destacou-se para Freud (1920/1996), de forma a auxiliá-lo na elaboração de uma ideia fundamental de sua teoria, qual seja: a compulsão a repetição, que o autor articulou à pulsão de morte, conceito que ele formulou neste texto.

adaptativo. A frustração resultante da demora está na origem do comportamento adaptativo e de um dos instrumentos de adaptação mais importantes, isto é, dos traços mnêmicos e da memória (Spitz, 1998, p. 83).

A ideia da demora faz-nos remeter à ausência que se coloca e possibilita a simbolização. No entanto, Spitz (1998) não se detém a explicar sobre tal frustração e seu papel na constituição dos traços mnêmicos e mantém a ênfase na satisfação da necessidade.

Na perspectiva psicanalítica que considera a ausência da mãe que a constitui simbolicamente, a presença da mãe é necessária para que inaugure o espaço da ausência e a criança passe a convocar a sua presença. A presença só adquire seu valor na medida em que ocorre a ausência. Para Ansermet (2003) “é por alternância que a mãe se constitui como mãe simbólica”, sendo esta a mãe que retorna (p. 74). O autor explica que “a mãe simbólica é aquela que provém da resposta ao grito, aquela cuja resposta transforma grito em demanda” (Ansermet, 2003, p. 74).

Ansermet (2003) contesta a tese de uma relação primária simbiótica entre mãe e criança – inclusive sustentada por Spitz, como vimos - uma vez que o Outro antecede o sujeito. É neste sentido que a relação entre mãe e filho é uma relação mediatizada pela linguagem. Desta forma, se a alternância e a mediação materna não acontecem, nenhuma perda pode se inscrever e constituir sua marca. O autor considera que, no caso da criança que apresenta depressão por carência, o grito não dispõe de nenhuma metáfora para sustentá-lo, na medida em que não é interpretado e transformado em demanda. Assim, a mãe exclui-se do simbólico. Ansermet (2003) considera: “Eis o problema da carência: em razão do desaparecimento da alternância, deixa de haver mutação do grito em demanda. A confrontação direta com o real que disso resulta se revela fatalmente traumática para a criança” (p. 77). O autor cita as crianças que são privadas dessa alternância (a mãe simbólica), até mesmo quando a mãe biológica está presente, em casos em que a mãe encontra-se em estados graves depressivos ou maníacos, por exemplo. Assim, essas crianças sofreriam, segundo o autor, de um excesso de real, “de uma efração do real pulsional”, não havendo mediação, “seja pela ausência da mãe, seja pelo excesso de uma presença concreta, operatória” (Ansermet, 2003, p. 77).

Entendemos esta presença concreta, operatória, como o cuidador que atende o bebê em suas necessidades e faz tudo o que precisa para isso, mas não produz um discurso que desliza no desejo, por não incluir o bebê no circuito de demanda e desejo. Ansermet (2003) cita o orfanato como a mãe apenas concreta. Vale lembrar que Spitz (1998) também descreve instituições que eram exemplares com os cuidados de higiene e alimentação, mas cujas crianças eram muito comprometidas em seu desenvolvimento, em contrapartida a abrigos que não

privilegiavam a limpeza e cuidado com alimentos, mas que, por permitirem a interação com a mães (presas, por exemplo) ou por contarem com cuidadoras que dedicavam à criança uma atenção especial, tinham crianças mais saudáveis.

Para Ansermet (2003), “a carência seria, então, carência simbólica mais que carência na realidade” (p. 77), que pode acontecer sem a carência objetiva, diferente da concepção de Spitz, portanto, que privilegiou a presença da mãe para o desenvolvimento infantil e associou uma categoria de distúrbios das relações objetais à ausência da mãe concretamente. No nosso ponto de vista, essa perspectiva da mãe simbólica, além de ser uma outra leitura do que Spitz demonstrou acerca das denominadas doenças de carência afetiva ou doenças de carência psicogênica – que são decorrentes da ausência da mãe e vão da depressão anaclítica ao hospitalismo – é também uma maneira a partir da qual se pode interpretar o que o autor chamou de doenças psicotóxicas da primeira infância, que são quadros clínicos apresentados pela criança que ele associa a determinados padrões de comportamento da mãe.

A cólica dos três primeiros meses, por exemplo, que Spitz (1998) associa à superproteção materna ou à supersolicitude da mãe para atender ao choro do bebê, pode ser entendida como articulada à demanda do Outro, como feito por Krueel (2009)<sup>14</sup>. Na perspectiva da psicanalista, o bebê sente dor no abdômen, no corpo real, quando a demanda do Outro é muito maciça e sem intermediação, o que sofre uma mudança quando são instalados, por volta dos três meses de vida do bebê, os jogos simbólicos entre a criança e o adulto cuidador, como de esconder e achar, por exemplo - brincadeira muito comum dos adultos fazerem com os bebês, tampando o rosto com as mãos e anunciando os movimentos de esconder o rosto e fazer ele aparecer com algumas palavras, como “tuti, cadê o neném?” e “achoooouuu”. No que se refere a esta demanda maciça do Outro, a psicanalista apontou a ansiedade e a expectativa extremas que os pais apresentam nos primeiros meses da vida do filho, por não saberem ainda como operar com os cuidados – o que podemos associar a esta supersolicitude da mãe apontada por Spitz (1998).

Podemos citar outra alteração de comportamento que Spitz (1998) circunscreve entre as doenças psicotóxicas: o balanço, considerado pelo autor como distúrbio de motilidade muito comum em bebês e frequente no ambiente das instituições. Esse comportamento, quando torna-se a principal atividade do bebê e é realizado com violência, adquirindo um caráter patológico,

---

<sup>14</sup> Curso intitulado “O psicanalista na clínica com bebês: a cólica dos três primeiros meses e a demanda do Outro”, ministrado por Sandra Seara Krueel, em 29 de agosto de 2009, no Centro de Convenções e Estudos do Hospital Mater Dei, em Belo Horizonte, como atividade *Pré IV Fórum Internacional Psicanálise e Hospital: a responsabilidade da psicanálise na modernidade*.

o autor associa à atitude da mãe caracterizada pela oscilação entre mimo e hostilidade. Como vimos, na suposição que Spitz (1998) faz acerca deste movimento de balanço, o comportamento contraditório e incoerente da mãe impediria que o objeto primeiro fosse constituído de forma unificada, restringindo a criança a uma fase pré-objetal, na qual não pode selecionar um objeto específico para investir sua energia. O autor apreende a atividade do balanço como pré-objetal, uma vez que não há seleção de nenhuma parte do corpo para ser libidinizada.

Pois bem, em uma perspectiva psicanalítica, podemos pensar se o balanço não corresponda a uma tentativa da criança de criar a mãe em sua condição alternante, o que, diferente de oscilar entre comportamentos afetivos muito extremos, coloca a criança na dialética da presença-ausência, da demanda e do desejo, libidinizando seu corpo para que não seja só pulsão? Como levanta Ansermet (2003):

As crianças abandonadas tentam desesperadamente criar o Outro que lhes é necessário. Às vezes, inclusive por meio das cadências do sono, tão características das crianças de orfanato, que parecem querer ninar a si próprias, se deixarem embalar por seus próprios movimentos. Com esses movimentos, não tentariam dar colo a si mesmas? Como sabemos, acabam se tornando crianças sem sentido. Não encontram lugar (p. 72).

Não pretendemos interpretar a partir da referência da psicanálise todos os distúrbios elucidados por Spitz, mas apenas marcar que seus experimentos podem ter uma outra leitura, partindo de pressupostos diferentes, o que tem repercussões importantes na clínica e na pesquisa.

Neste sentido, destacamos que, em *Direções para um congresso sobre a sexualidade feminina*, Lacan (1958/2003) critica a noção de carência afetiva, que associa diretamente falhas reais de maternagem a distúrbios do desenvolvimento. Segundo ele, essa noção de carência afetiva “é reforçada por uma dialética de fantasias das quais o corpo materno é o campo imaginário” (p. 734), constituindo-se como uma “negligência marcante” (Lacan, 1958/2003, p.734).

Ansermet (2003) cita essas críticas de Lacan lembrando das concepções desenvolvidas por Spitz. A partir de Lacan, o autor esclarece que a relação entre mãe e criança não pode ser concebida somente em termos diádicos, já que há uma mediação nesta relação. Neste sentido, não é a mãe quem falta na carência afetiva da criança, mas a função de mediação que fracassa. O que está em jogo é a ausência da mãe simbólica:

As crianças abandonadas, rejeitadas, seriam aquelas que passam por todos os lugares e se perdem. Falta-lhes um apoio. Um lugar não lhes é dado. A criança carente sofre de uma falta de inscrição no tempo, no espaço, no corpo. O grito não pôde ser transformado em apelo. Em uma ausência imutável, a criança se apaga por não ter encontrado a possibilidade de um lugar, não importa qual seja (Ansermet, 2003, p. 76-77).

Trata-se, portanto, da função materna, cuja resposta transforma o grito do bebê em demanda. É a pessoa que assume a função materna que faz o papel de interpretar as manifestações corporais do bebê, dar sentido ao seu grito, oferecendo a ele, além do alimento, o signo, dando um lugar para a criança, na medida em que a coloca como alvo ou como causa do seu desejo.

O desejo, nesta perspectiva, tem um papel fundamental na constituição subjetiva da criança, para que o cuidado não seja anônimo, mas particularizado, como aponta Lacan (1969/2003) no texto *Nota sobre a criança*, ao ressaltar que a constituição subjetiva não pode prescindir de um “desejo que não seja anônimo” (p.369). Aprofundemos nestes pontos, esmiuçando, inclusive, os aspectos trazidos neste texto em que Lacan (1969/2003) se dedicou a dizer sobre a criança, especificamente, e que se configura como um texto chave dentro do nosso tema de pesquisa.

## 2.6. Função materna: falta, desejo e suposição do sujeito

*Filhos[...] Filhos?/ Melhor não tê-los!/ Mas se não os temos/ Como sabê-lo?  
Se não os temos/ Que de consulta/ Quanto silêncio/ Como os queremos! [...]  
Filhos? Filhos/ Melhor não tê-los/ Noites de insônia/ Cãs prematuras  
Prantos convulsos/ Meu Deus, salvai-o!/ Filhos são o demo/ Melhor não tê-los [...]  
Mas se não os temos/ Como sabê-los?/ Como saber/ Que macieza/ Nos seus cabelos  
Que cheiro morno/ Na sua carne/ Que gosto doce/ Na sua boca!  
Chupam gilete/ Bebem shampoo/ Ateiam fogo/ No quarteirão  
Porém, que coisa/ Que coisa louca/ Que coisa linda/ Que os filhos são!  
(Trechos do Poema Enjoadinho, de Vinicius de Moraes,  
do livro "Antologia Poética", Rio de Janeiro, 1960).*

É importante considerar que, para que o bebê seja colocado nesta dialética do desejo e da demanda, necessária à constituição subjetiva, é preciso que ele seja suposto enquanto sujeito. Assim, para que o Outro introduza no grito do bebê uma dimensão de significação, é preciso que ele suponha um sujeito ao lado do grito (Tendlarz, 1997). A mãe, que está no lugar do Outro, faz isso quando atribui aos gestos, ao choro e às manifestações corporais uma série de significantes e sentidos: “o Outro deve supor um sujeito do lado do grito, para supor que esse grito seja o sinal de um sujeito que pede. O S2 da resposta dá retroativamente ao grito valor de um significante com índice 1 e torna-se o significante que representa o sujeito ‘suposto pedir’” (Tendlarz, 1997, p. 28).

Brazelton e Cramer (1992) - autores que tratam das chamadas primeiras relações e são muito consultados sobre este tema - afirmam que “as mães não se relacionam apenas com aquilo

que a criança faz; elas conferem enorme significado ao menor gesto ou vocalização por parte da criança, e é a esse ‘significado injetado’ que reagem”, acrescentando que “desse modo, ela introduz o bebê no mundo simbólico dos adultos” (Brazelton & Cramer, 1992, p. 157-158).

Acerca deste investimento libidinal dos pais em relação ao filho, é válido recorrer a Freud (1914/1996) - em *Sobre o narcisismo: uma introdução* - que comenta sobre a atitude de pais afetuosos para com os filhos, indicando uma tendência a atribuir todas as perfeições ao filho, em uma revivescência e uma reprodução de seu próprio narcisismo. Segundo o teórico, os pais acreditam que a criança concretizará os sonhos dourados que eles jamais realizaram. Freud (1914/1996) refere-se ao bebê como “sua majestade”, salientando: “O amor dos pais, tão comovedor e no fundo tão infantil, nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido, o qual, transformado em amor objetal, inequivocamente revela sua natureza anterior” (Freud, 1914/1996, p.98). Os pais, neste sentido, investem libidinalmente no filho, fazendo dele alvo de suas projeções e expectativas.

É importante notar que, neste texto, Freud (1914/1996) discorre sobre o circuito da pulsão e do investimento libidinal, implicando o investimento no objeto em um processo identificatório. Isso porque o autor elabora a noção de “ideal do eu”, que se constitui como uma projeção do eu, como um “substituto do narcisismo perdido de sua infância na qual ele era o seu próprio ideal” (Freud, 1914/1996, p.101), processo necessário ao desenvolvimento do eu, na visão de Freud (1914/1996). Explicita, assim, que o investimento dos pais nos filhos trata-se, na verdade, de uma projeção, que tem o ideal do eu como referência: os pais investem narcisicamente em um ideal deles mesmos.

Lasnik (2014b) considera “uma forma particular de investimento libidinal, que permite aos pais uma ilusão antecipadora onde eles percebem o real orgânico do bebê, aureolado pelo que aí se representa, aí ele poderá advir.” (p.24-25). A autora apresenta a constituição da criança como sujeito a partir das significações que os pais lhe atribuem, a partir dessa ilusão antecipadora. Neste sentido, os pais, ao criarem uma expectativa em torno do filho, antecipam um sujeito no filho, o que lhes permite colocar palavras onde ainda não têm e falar pelo bebê que ainda não articula a fala. Ao cobrirem o corpinho real do bebê de representações, os pais dão ao filho um lugar no desejo deles, incluindo o filho na história familiar a partir de suas idealizações, fantasias, projeções, expectativas. As referências que são colocadas ali são as que servirão à criança para sua estruturação psíquica. A criança vai se apropriar, a sua maneira, dos significantes a ela atribuídos, para entrar no mundo simbólico, da linguagem, como vimos nas operações da alienação e da separação, necessárias à constituição do sujeito falante. É a partir dos significantes que os pais lhe atribuem que a criança irá se constituir como sujeito falante e

desejante. Desta forma, é necessário que ela seja antecipada como tal e que sua necessidade seja transformada em demanda. Para que isso ocorra, é preciso que alguém a coloque em determinado lugar. É necessário que quem encarna o Outro encontre o lugar da criança em seu desejo.

E o que determina a função materna, nesta perspectiva, é a condição desejante desse agente mãe em relação ao bebê. Lacan (1969/2003) deixa isso muito claro no texto *Nota sobre a criança*. Nesse importante texto de Lacan (1969/2003) – nota pequena, mas precisa e densa teoricamente - ele evidencia que, para uma constituição subjetiva, há de haver um desejo não anônimo a ser transmitido, e, para isso, são necessários agentes que exerçam a função da mãe e do pai. Interessante notar que o teórico discute sobre isso partindo da ideia do fracasso das utopias comunitárias, enfatizando o irreduzível de uma transmissão. Na época, estava em voga a discussão dessas práticas das comunidades, que, “eram anunciadas não só como uma inovação, mas também como uma maneira de prescindir da família” (Teperman, 2015, p.230). Nas palavras de Lacan (1969/2003):

Ao que parece, ao ver o fracasso das utopias comunitárias, a posição de Lacan nos lembra a dimensão do que se segue.

A função de resíduo exercida (e, ao mesmo tempo, mantida) pela família conjugal na evolução das sociedades destaca a irreduzibilidade de uma transmissão – que é de outra ordem que não a da vida segundo as satisfações das necessidades, mas é de uma constituição subjetiva, implicando a relação com um desejo que não seja anônimo.

É por tal necessidade que se julgam as funções da mãe e do pai. Da mãe, na medida em que seus cuidados trazem a marca de um interesse particularizado, nem que seja por intermédio de suas próprias faltas. Do pai, na medida em que seu nome é o vetor de uma encarnação da Lei no desejo. (p. 369).

Lacan (1969/2003) salienta que a constituição subjetiva implica a relação com um desejo não anônimo e refere-se às funções materna e paterna, para além da satisfação das necessidades. O teórico associa a função materna ao interesse singular que se faz sentir nos cuidados, sendo as faltas da mãe uma condição para isso. Assim, o que é transmitido à criança é um desejo, e o desejo só assim o é em relação à falta.

Vale lembrar, aqui, o argumento utilizado por Spitz (1998) para sustentar porque as crianças não poderiam ser criadas por uma boneca mecânica equipada com a "gestalt-sinal": a troca de afetos circular, contínua e a relação recíproca entre mãe e criança, que se constitui como fator experiencial imprescindível para o desenvolvimento infantil. Neste sentido, o autor evidencia a importância do afeto da mãe para vida da criança, mas enfatiza que a mãe também deve ter um benefício na relação, pois o bebê também fornece o que ela precisa, sendo “inestimável a importância dos sentimentos da mãe em relação a ter um filho, o ‘seu’ filho [...] porque quase todas as mulheres se tornam mães meigas, amorosas e dedicadas” (Spitz, 1998,

p. 99). Os sentimentos maternos, para o autor, criam um “clima emocional favorável” ao desenvolvimento da criança (Spitz, 1998, p. 99).

Entretanto, o que Lacan (1969/2003) destaca é a importância do desejo, enfatizando as faltas da mãe e evidenciando-a em sua função. Assim, nesta perspectiva, admite-se que realmente o investimento e o interesse da mãe em relação ao filho têm uma importância fundamental na constituição do sujeito, mas não pelo que a mãe tem de bom ou pelo fato de ela tornar-se boa, mas por ela ser falante - portanto um ser de falta - e colocar o filho como objeto causa de desejo, tomando o filho como seu: nos termos de Spitz (1998), “o ‘seu’ filho” (p. 99). Como aponta Tendlarz (1997), só a inscrição da falta permite que uma criança seja desejada, sendo que a falha dessa falta petrifica a criança como um objeto real.

Neste sentido, para entender o que está em jogo na relação mãe-bebê, é preciso aprofundar nessa necessária inscrição da falta para a medida comum fálica. Para isso, retornemos ao texto de Lacan (1969/2003), a partir do qual podemos pensar nos diferentes lugares que a criança poderá ocupar na estrutura familiar. Segundo Lacan (1969) “o sintoma da criança acha-se em condição de responder ao que existe de sintomático na estrutura familiar” (p. 369). Assim, na leitura de Costa (2010) deste texto, Lacan localiza o sintoma da criança conforme os “diferentes lugares que ela ocupa no desejo do Outro, com as possíveis respostas que poderá dar a esse desejo” o que “terá consequências na sua estruturação como sujeito” (Costa, 2010, p. 66). Isso porque Lacan (1969/2003) afirma que “a criança realiza a presença [...] do objeto *a* na fantasia” (p. 370), abordando as três estruturas – neurose, psicose e perversão – conforme a criança, na medida em que substitui-se ao objeto *a*, satura a modalidade de falta em que se especifica o desejo da mãe. Assim, o sintoma da criança localiza-se atestando a culpa no caso da neurose, servindo de fetiche na perversão e encarnando uma recusa primordial na psicose.

Em nossa investigação, com a intenção de destacar o que é imprescindível das funções materna e paterna para constituição subjetiva da criança, citamos:

O sintoma pode representar a verdade do casal familiar. Esse é o caso mais complexo, mas também o mais acessível a nossas intervenções. A articulação se reduz muito quando o sintoma que vem a prevalecer decorre da subjetividade da mãe. Aqui, é diretamente como correlata de uma fantasia que a criança é implicada.

A distância entre a identificação com o ideal do eu e o papel assumido pelo desejo da mãe, quando não tem mediação (aquela que é normalmente assegurada pela função do pai), deixa a criança exposta a todas as capturas fantasísticas. Ela torna-se o ‘objeto’ da mãe e não mais tem outra função senão a de revelar a verdade desse objeto (Lacan, 1969/2003, p. 369).

Aqui, segundo Costa (2010), Lacan aborda o sintoma como resposta da criança remetendo a dois casos: como representante da verdade do casal parental ou dizendo respeito à subjetividade da mãe (tornando-se o objeto real da mãe). O primeiro caso, que é considerado por Lacan (1969/2003) como o mais complexo, porém mais acessível à intervenção, refere-se à neurose, e ocorre quando a metáfora paterna operou. Já em relação ao segundo caso, a criança aparece como correlata de uma fantasia. Para Costa (2010):

[...] há aí uma espécie de antinomia, pois, se para a criança é condição de sua sobrevivência ser o objeto de fantasia da mãe, isso não é condição para sua constituição enquanto sujeito desejante. Logo, quando o Nome-do-Pai não opera para dialetizar o desejo da mãe, a criança fica presa a uma solução parcial, anterior à resolução edípica e impossibilitada de realizar qualquer movimento em direção à sua constituição subjetiva. Nesse caso, trata-se da criança como sintoma da mãe, representando o objeto do seu gozo, que é o lugar ocupado pela criança no autismo, na debilidade e na psicose<sup>15</sup> (p. 68).

Neste sentido, para Vorcaro (1999), o Outro primordial, na pessoa da mãe, ou a de quem a substituí, atribui à criança um lugar e uma significação, que a aliena na condição de objeto - que Lacan (1969/2003) mencionou ao dizer sobre a identificação ao ideal do eu - e a subjetivação implica que a criança possa se destacar desse lugar de alienação - o que entendemos que ocorre quando há a mediação assegurada pela função do pai referida por Lacan (1969/2003). Segundo Neme (2003), “há que se fazer objeto no campo do Outro para se constituir como desejante; é então como a que se faz laço, ‘se prende’ a este campo” (p.16).

Vorcaro (1999) distingue a criança como sintoma e fantasma, nesta diferenciação da posição da criança feita por Lacan (1969/2003) – segundo a autora, respondendo ao que há de sintomático na estrutura do laço parental, no caso da neurose, e encarnando o objeto *a* no fantasma da mãe, nos casos em que a metáfora paterna não operou. A autora esclarece que, “enquanto o sintoma está submetido ao funcionamento simbólico, [...] o fantasma incide não como um funcionamento, mas como inércia, [...] numa lógica regida pela falta no campo significante: um real do simbólico, que subsiste separado do modo de manifestação do sintoma” (Vorcaro, 1999, p. 70). Assim, na leitura da autora, no primeiro caso referido por Lacan (1969/2003), “a criança pode cifrar a tensão entre o desejo materno e a mediação paterna”, interpretando o laço parental e destacando-se da mera alienação (Vorcaro, 1999, p. 71). Já no segundo caso, da criança como objeto da mãe, a criança realiza o objeto *a* no fantasma materno: convertendo-se em objeto da mãe, a criança não pode interpretar a verdade desse objeto.

---

<sup>15</sup> Não nos deteremos aqui na distinção e especificação destas estruturas ou quadros clínicos (autismo, debilidade e psicose) porque são discussões nas quais há contrassensos e que necessitariam de um grande aprofundamento. Mas queremos apenas destacar a operação necessária relacionada à função do pai para a constituição subjetiva, que embasa uma forma diferenciada de compreensão da relação mãe bebê, se comparada as postulações de Spitz (1998), conforme estamos explanando. Estes quadros citados só nos interessam de serem abordados com a intenção de esclarecer essas questões.

Segundo Vorcaro (1999), essa posição do fantasma materno impede a constituição do fantasma na criança:

Seus sintomas, localizáveis nos autismos e nas debilidades, estariam portanto sob a incidência do fantasma materno e não de um fantasma que lhe seja próprio.

Dessa perspectiva, podemos considerar que o caráter inerte e aparado do fantasma, em relação ao campo significante, estaria implicado na fenda aberta num lugar de impossibilidade do exercício da função paterna, relativo ao limite do saber atribuído ao pai (Vorcaro, 1999, p. 71).

É neste sentido que a função paterna é fundamental para a criança, de forma a não deixá-la exposta às capturas fantasísticas da mãe, o que faria dela objeto de gozo da mãe. Lacan (1969/2003), quanto à função do pai, aquela que faz mediação ao desejo da mãe, apresenta seu nome como “o vetor de uma encarnação da Lei no desejo” (p. 369). Podemos dizer, assim, que a Lei é a barra, a castração, que se inscreve no Outro. Segundo Costa (2014), para haver a dialética da demanda e do desejo no lugar do Outro é necessário que se instale uma intervenção, que Lacan articula a lei do pai.

De acordo com Jerusalinsky (2014), o exercício da função materna não prescinde da rede familiar e social, uma vez que a resolução edípica da mulher-mãe se atualiza no laço conjugal e na experiência da maternidade, vindo à tona também seu saldo diante da função paterna. Além disso, o lugar ocupado pelo pai tem efeitos importantes para o laço mãe-bebê, incluindo o modo pelo qual o pai sustenta o laço com sua mulher e o restabelece a partir do nascimento do filho, conforme a autora. Neste mesmo sentido, a função paterna inscrita na mãe, sua fantasia inconsciente e sua resposta sintomática diante da falta têm repercussões significativas no modo como o bebê é recebido e alocado simbolicamente e imaginariamente. Trata-se, no caso, da função simbólica do pai, ou seja, das coordenadas que, desde o discurso materno, apontam com o seu desejo para um terceiro.

Entendamos melhor sobre estas operações, esmiuçando, também, sobre a noção de “identificação com o ideal do eu” (referido ao imaginário) feita por Lacan (1969), do qual “o papel assumido pelo desejo da mãe” (referido ao simbólico) distancia-se sem a mediação da função paterna (Lacan, 1969/2003, p. 369). Busquemos, neste sentido, aprofundar na constituição subjetiva nas dimensões do real, imaginário e simbólico.

## **2.7. Função paterna: constituição do sujeito no trançamento dos registros real, imaginário e simbólico**

Conforme Costa (2010), foi Lacan quem recuperou a importância da função do pai para a psicanálise. Partindo da universalidade do incesto, propôs pensar a função simbólica do pai, representante da lei, na medida em que “ele nomeia, dá seu nome, e, por esse ato, encarna a Lei”, o que quer dizer que a função paterna é o exercício de uma nomeação que permite à criança adquirir sua identidade (p. 65).

Na leitura que autora faz da teoria lacaniana, “a função fundamental do Édipo aparece como coextensiva à função paterna”, o que, à semelhança da função materna, não equivale à presença ou pessoa do pai (Costa, 2010, p. 65). Segundo a autora, há nas postulações de Lacan uma distinção entre o papel social do pai - que está em declínio - e a função lógica do pai para a psicanálise, o que sustenta uma crítica ao uso da expressão “carência paterna”, não importando se o pai está ou não presente na família, ou se é ou não um bom pai. A ausência do pai na família não implica a sua ausência no complexo de Édipo, nesta perspectiva. Trata-se, portanto, do pai em sua função lógica, como operação, sendo o pai, então, “uma entidade simbólica que ordena uma função, possibilitando ao sujeito assumir sua posição sexual” (Costa, 2010, p. 65). Nesta visão, o determinante não é a pessoa do pai, mas o Nome-do-Pai, ou seja, a importância que a mãe dá à palavra ou ainda a autoridade do Outro, o significante que se inscreve como corte em sua relação com a criança:

A questão que se coloca aqui não diz respeito a um personagem, mas a um significante. É portanto pelos efeitos da presença no inconsciente do significante Nome-do-Pai, que ele intervém no complexo de Édipo, ou seja, introduz para a criança a norma fálica. A estrutura familiar de que fala a psicanálise é a estrutura mítica edípica, aquela que organiza a relação entre a mãe, a criança e a função paterna (Costa, 2010, p. 66).

Para Costa (2010), a releitura do complexo de Édipo em Freud foi uma das grandes contribuições de Lacan para a compreensão da constituição do sujeito e para a prática clínica com crianças, na medida em que propõe uma mudança na concepção ambientalista da função dos pais junto à criança, para uma concepção mais estrutural da família. Nesta perspectiva estrutural, “Lacan procura isolar a falta que concerne à estrutura da linguagem, à qual se submetem tanto o pai quanto a mãe e o filho, sendo os pais encarregados de transmiti-la” (Costa, 2010, p. 66).

Lacan (1957-1958), n’O *Seminário 5: as formações do inconsciente*, apresenta formulações sobre a metáfora paterna e afirma que “a função do pai no complexo de Édipo é ser um significante que substitui [...] o significante materno” (p. 180). Considera que a metáfora paterna constitui-se “por uma simbolização primordial entre a criança e a mãe, a colocação substitutiva do pai como símbolo, ou significante, no lugar da mãe” (Lacan, 1957-1958, p. 186).

Para explicar sobre esta operação, o autor relê o Édipo em três tempos, articulando-o ao complexo de castração.

Tendlarz (1997) sintetiza os três tempos do Édipo a partir de Lacan. No primeiro tempo, a criança identifica-se com o objeto de desejo da mãe, ou seja, com o falo. A mãe, por ser falante e, por conseguinte, submetida à lei simbólica, transmite à criança a ação da lei, neste tempo descontrolada e onipotente, já que a mãe, neste momento, responde ao grito da criança conforme seu capricho, fazendo com que a criança confronte com um Outro absoluto. A mãe representa, aí, o objeto primordial "Das ding", gozo perdido pela ação do simbólico, segundo a leitura da autora. Por outro lado, a criança identifica-se com a imagem ideal que a mãe lhe oferece e constitui seu eu – imaginariamente constituído no estádio do espelho formulado por Lacan, relacionado à operação de alienação. “Trata-se de ser ou não ser o objeto de desejo da mãe” (Tendlarz, 1997, p. 29).

Retomando o estádio do espelho em Lacan (1949/1998), lembremos que o autor descreve o reconhecimento que a criança com cerca de seis meses faz de sua própria imagem no espelho, brincando com os movimentos. Compreende o estádio do espelho como identificação, “ou seja, a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem” (Lacan, 1949/1998, p. 97). Assim, a assunção jubilatória de sua imagem pela criança, manifesta a matriz simbólica em que o “eu se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito” (Lacan, 1949/1998, p. 97). É no estádio do espelho que se situará uma instância do eu, formando uma imagem totalizante do corpo real, cumprindo a função da imago de estabelecer uma relação do organismo com sua realidade, na medida em que é esta identificação que permite a formação de uma totalidade do corpo a partir de uma imagem do corpo despedaçado. Desta forma, é o que prepara o eu para a mediatização do desejo do outro, fazendo “a passagem do [eu] especular para o [eu] social” (Lacan, 1949/1998, p. 101). É o eu imaginário que antecede a construção simbólica do sujeito, no nosso entendimento.

Lasnik (2013b) refere-se ao estádio do espelho postulado por Lacan como o momento em que o sujeito vai se reconhecer jubilarmente na imagem que lhe é proposta, situando-se no lugar do Outro. A autora considera que este momento de relação jubilatória à imagem no espelho é crucial porque é ela que vai dar ao bebê seu sentimento de unidade, sua imagem corporal, base de sua relação com os outros. O corpo, neste sentido, não é o biológico, é uma construção que implica uma imagem totalizante, na composição do qual o desejo do Outro tem um lugar fundamental. Jerusalinsk (2007) chama a atenção para o ordenamento simbólico do corpo ordenado por um Outro, que rearme este corpo em uma posição imaginária: “A captura

do corpo por parte de uma cadeia de significante o ordena em um olhar, escutar, dirigir-se, receber, entregar etc.” (p. 25)

Para Costa (2010):

*O infans* vem ocupar um lugar que já está marcado pelo desejo do Outro, lugar daquilo que completa a mãe em seu desejo narcísico. Portanto, o bebê aliena-se na imagem de um Outro, sua demanda torna-se a de ‘ser desejado pelo Outro’ ou ‘ter o desejo do Outro como seu desejo’. Isto instaura uma relação dual, imaginária, na qual a criança sofre uma dependência total na sua demanda pelo amor da mãe. A criança está fascinada, capturada por este olhar: com a mãe se identifica e por ela se aliena. A entrada do pai vai destituir este lugar imaginário onde a criança é o falo da mãe, permitindo ao *infans* sair desse lugar mortífero, de ser o desejo do desejo da mãe, para se constituir como sujeito desejante (p. 64).

Neste sentido, esta entrada do pai, necessária à constituição do sujeito desejante, corresponde ao segundo tempo do Édipo traçado por Lacan (1957-1958/1999). O autor afirma que neste momento é produzida a inauguração da simbolização, explicada por ele no jogo do *Fort-Da!*, brincadeira por meio da qual a criança repete ativamente a experiência que viveu da partida de sua mãe de forma passiva, como vimos. Tendlarz (1997), com Lacan, faz algumas pontuações a partir desse jogo a que se dedica a criança: o fato da criança utilizar uma palavra para nomear a mãe indica que ela já está simbolizada, já não sendo mais um objeto primordial, mas um símbolo; a simbolização introduz uma mediação da linguagem na relação mãe-filho; trata-se da oposição de dois fonemas, sendo o protótipo da entrada na estrutura da linguagem; o fato da observação de Freud terminar com a criança brincando na frente do espelho permite ver o encadeamento entre o imaginário e o simbólico.

Segundo Tendlarz (1997), neste tempo é introduzido um terceiro elemento para além da lei caprichosa da mãe, que intervém como uma palavra ineritante: a lei do pai. “O Nome-do-Pai indica à criança que o desejo materno tem relação com a lei paterna. A proibição de incesto funciona do lado da mãe como a interdição de reintegrar seu produto, e do lado do filho, separa-o de sua identificação com o objeto de desejo materno” (Tendlarz, 1997, p. 29-30). Assim, a mãe deixa de ser um Outro absoluto para ser um Outro barrado, indicando a castração do Outro e incluindo a criança em uma ordem simbólica. No plano imaginário, o pai intervém para a criança privando a mãe de seu objeto. A castração que se dá no plano simbólico, faz-se sentir imaginariamente no desejo materno, de forma que o falo como objeto imaginário desse desejo apareça como falta. No plano simbólico, por sua vez, o falo surge como significante do desejo, substituindo o desejo da mãe e permitindo dar sentido a todos os outros significantes, assim como a ordenação das posições sexuadas. Para a autora, encontramos duas vertentes do falo no ensino de Lacan: uma imaginária, que é o falo metonímico e sustenta a equação criança-falo, e, no plano simbólico, o falo metafórico, que se apresenta como significante do desejo do Outro.

É neste sentido, vale lembrar, que as operações de alienação e de separação, sobre as quais discutimos anteriormente, sobrepõem-se às operações de metáfora e de metonímia (Vorcaro, 1999). No nosso ponto de vista, se a alienação dá-se no plano imaginário, neste momento corresponde à vertente do falo metonímico, que indica que a criança se identifica ao falo, objeto de desejo da mãe. Já na vertente do falo metafórico, dá-se a separação, já que o Outro é barrado, faltoso, e o falo surge como significante do desejo, permitindo que o sujeito seja representado por um significante, ou seja, sua entrada na cadeia simbólica. Citamos: “o falo como significante dá a razão do desejo” (Lacan, citado por Coriat, 1997, p.51). É por isso que Vorcaro (1999) afirma que, para que o sujeito faça sua parte no jogo da linguagem, é preciso que o faça a partir do significante da falta, do objeto *a*, como vimos.

Na elucidação sobre os tempos do Édipo proposta por Lacan (1957-1958/1999), o autor discorre sobre o terceiro tempo, que corresponde ao declínio do Édipo, ou seja, “a criança deixa de ser o falo da mãe para cair na problemática de tê-lo” (Tendlarz, 1997, p. 30). Partindo de Lacan, Tendlarz (1997) considera que “o pai real aparece como suporte das identificações do ideal do eu que permitem a nomeação do desejo” (Tendlarz, 1997, p. 30), assim como pressuposto por Lacan (1969/2003) em *Nota sobre a criança*, como vimos, ao destacar a função paterna que assegura a mediação entre a identificação com o ideal do eu e o papel assumido pelo desejo da mãe.

No que se refere às ordenações sexuais, Tendlarz (1997) explica que, se o menino encontra um sentido para seu órgão genital, identificando-se com o pai como aquele que tem falo e recebendo a promessa fálica de que poderá ter o falo se aceitar não o ser, a menina, por sua vez, deverá negociar com a falta em ter por meio do parecer ter (da maternidade) e do fazer-se amar (demanda de amor dirigida ao parceiro).

Nesta perspectiva, é válido acrescentar ainda que, ao discutir sobre a incidência da linguagem sobre a sexualidade – porque é disso que se trata os tempos de Édipo descritos - Costa (2010) sustenta que a linguagem, que não se reduz à comunicação, é o que diferencia o ser humano – enquanto vir a ser sujeito ou sujeito constituído - dos animais. A autora explica que mesmo que um animal doméstico possa dirigir-se ao seu dono, falta-lhe a linguagem, tendo em vista que é necessário ser sujeito para fazer uso da linguagem. Costa (2010) propõe entender melhor esta questão a partir da tripartição lacaniana de RSI — Real, Simbólico, Imaginário. Nesta acepção, o imaginário do animal é pleno, sem brechas, uma vez que “o animal já nasce com um saber sobre a sexualidade, mas falta-lhe o inconsciente, furo real no imaginário que o simbólico não consegue de todo suprir” (Costa, 2010, p. 62). A autora afirma que, “ao contrário dos animais, o imaginário do sujeito apresenta uma falta originária, há uma falta de saber sobre

a sexualidade e é o simbólico, o Outro, que virá para tentar preencher essa falta que é constituinte de sua própria estrutura” (Costa, 2010, p. 62). De acordo com ela, Lacan utiliza a palavra *parlêtre* (fala-ser) - neologismo que associa o ser e a fala - justamente para indicar que o que é próprio do humano que é a fala.

No que se refere à entrada do sujeito na linguagem, considerando a tripartição lacaniana RSI, aludimos novamente Vorcaro (1999), que, recorrendo ao último ensino do Lacan (a partir do Seminário Vinte, 1970), concebe a constituição do sujeito a partir da topologia do nó borromeano, em uma trama tecida das sobreposições das dimensões do Real, do Simbólico e do Imaginário. Assim, a autora discorre sobre seis movimentos em que essas dimensões, tomadas como linhas infinitas e maleáveis, articulam-se em operações de trançamento. Desta forma, ela traça o percurso no qual o sujeito se inscreve no simbólico que lhe pré-existe.

Sobre este percurso, Vorcaro (1999) elucida, primeiramente, sobre a posição zero, que dá ao trançamento sua condição de possibilidade: trata-se do lugar em que o agente materno insere o real do organismo do bebê, que equivale ao que o localiza no campo discursivo antes do seu nascimento – o que Elia (2010) denominou como pré-história de um bebê no campo do Outro, como vimos - e “à consistência dos sentidos que interpretam suas manifestações, supondo-lhes intencionalidade subjetiva”, que tem relação com a suposição do sujeito sobre a qual referimos (Vorcaro, 1999, p. 60). Segundo a autora, “essa superposição real do organismo à posição simbólica investida imaginariamente pela alteridade de um agente, produz uma espécie de regularidade automática de alternância” (Vorcaro, 1999, p. 60), que é o mecanismo que opõe tensão e apaziguamento, ao mesmo tempo que associa a descarga orgânica de tensão ao apaziguamento da resposta materna, podendo ser tomado como uma vivência de satisfação. Vorcaro (1999) considera o organismo como real, a alternância entre tensão e apaziguamento como simbólica e a consistência dos sentidos em que o agente materno interpreta o organismo como imaginária.

A partir desta condição de possibilidade, posição zero, a autora distingue um primeiro movimento: incidência do real nessa matriz simbólica, cujo funcionamento no organismo caracteriza-se pelo movimento que articula tensão e apaziguamento, produzindo uma descontinuidade, por efeito do funcionamento significante. O segundo movimento é a superação da descontinuidade, exigindo o retorno da equivalência à situação de plenitude anterior. A criança localiza na alteridade materna a possibilidade de satisfação, supondo nela o saber sobre seu gozo. “Assim, a falta real no simbólico é recoberta com a imaginarização do agente materno” (Vorcaro, 1999, p. 61). É a incidência do imaginário no real.

No terceiro movimento, a mãe imaginada onipotente demanda à criança o que ela não sabe dar e a criança tenta determinar o desejo materno oferecendo-se como falo. “No preenchimento do falo constituindo uma falta da mãe – falta que não consegue recobrir, mas supõe preencher – traça-se o perfil da estrutura simbólica. Nesse lugar fálico, a criança opera simbolicamente, lidando com a falta” (Vorcaro, 1999, p. 62). Nesse movimento, portanto, há a incidência do simbólico no imaginário.

No quarto movimento, a criança pressente que a posição de signo que adota não se sustenta, porque não consegue satisfazer a mãe, o que a conduz a deparar-se com algo de real que prova e interdita a mãe, havendo, então, a repetição da incidência do real no simbólico.

No quinto movimento, o obstáculo entre criança e mãe será transformado na onipotência paterna, pela criança, que, diante da impossibilidade real de ser o objeto do gozo materno, reencontra-a, imaginariamente, personificada em pai, ocorrendo, portanto, a repetição do recobrimento imaginário do real, mas com outro elemento.

O sexto e último movimento “é efeito da exaustão combinatória da articulação das formas de impossibilidade de ser o falo materno, que esgota a permutação da relação imaginária da criança com o real” (Vorcaro, 1999, p. 62). O simbólico ultrapassa o imaginário, com a produção da metáfora paterna: “o falo imaginário é posto fora de jogo e substituído por uma unidade de medida que regula as relações entre desejo e lei, e confere a eles uma lógica” (Vorcaro, 1999, p. 62). Para a autora, “trata-se do funcionamento que se instaura a partir da função imaginária do falo, que irá promover a operação metafórica do Nome-do-pai, permitindo ao sujeito evocar a significação do falo” (Vorcaro, 1999, p. 63), assim como apontam Costa (2010) e Tendlarz (1997). Neste sentido, a articulação RSI só incide a partir de operações que implicam em uma versão em que o sujeito se inventa situado em relação à função paterna.

Entretanto, vale considerar que tal trançamento tem caráter de uma amarração borromeana ideal que não coincidirá com a singularidade do sujeito. Depois de se deparar com a impossibilidade de realização das promessas infantis, na relação sexual, o sujeito buscará modalidades inventivas de saber a fazer com isso, enodando singularmente um outro elo nessa trama (Vorcaro, em comunicação pessoal).

Couto e Santiago (2007) discutem acerca do pai, da função paterna e do Nome-do-Pai ao longo do ensino de Lacan. As autoras recorrem à ideia do pai como metáfora - que substitui o desejo da mãe, separando a criança do Outro materno – para, em seguida, apresentar o pai castrado, que acompanha o descobrimento da falta no campo do Outro. Neste último sentido, o pai não é mais agente da castração porque essa é inscrita na estrutura do ser falante, assim como assinala Costa (2010). Há uma falta essencial no Outro que o faz incompleto e a castração

procede da linguagem e não mais do pai. Nesta perspectiva, o pai só pode ter direito ao respeito se faz da mulher causa do seu desejo, cabendo a ele, desse modo, impedir que a criança tente satisfazer esse Outro materno saturando seu desejo. No que diz respeito ao pai, neste ponto de vista, ele transmite sua própria castração. A mãe, por sua vez, ao aceitar o lugar de mulher como causa do desejo do pai, se depara com a própria castração e não se torna toda mãe.

Miller (1994) também fala da substituição da criança ao falo para posterior identificação do menino ao objeto imaginário do desejo feminino. É preciso que haja falta para que a mãe coloque o filho como objeto causa de desejo e daí a importância do filho dividir sua mãe entre mãe e mulher, para que a mãe não seja toda mãe. Miller (1994) acentua: “o objeto só encontra seu justo lugar ao dispor-se à função de castração” (p. 7). O autor sustenta a importância da incidência da função do pai no desejo da mãe, permitindo ao sujeito um acesso normativo a sua posição sexual, mas ressalta também que a mulher não pode ser saturada pela criança a falta na qual se apoia seu desejo. Miller (1994) retoma a expressão de Winnicott, da mãe suficientemente boa, que significa dizer que a mãe não pode ser boa em demasia: “a mãe só é suficientemente boa se não o é em demasia, se os cuidados que ela dispensa à criança não a desviam de desejar enquanto mulher” (Miller, 1994, p.7).

Neste sentido, a metáfora paterna, na perspectiva lacaniana, não equivale somente ao Nome-do-Pai em sua função de reprimir o desejo da mãe, submetendo-a à lei, mas remete a uma divisão do desejo que impõe que o objeto criança não seja tudo para o sujeito materno, mas que ela também, como mulher, dirija seu desejo a um homem. Assim, há uma exigência de que o pai seja também um homem. E é fundamental que a mãe deseje outras coisas além da criança (Miller, 1994).

Para Miller (1994), há duas situações: a criança preenche ou a criança divide, sendo patentes as consequências clínicas dessas diferenciações. Como vimos em *Nota sobre a criança* (Lacan, 1969/2003) e como retoma Miller (1994), é neste sentido que pode-se fazer uma distinção da sintomatologia infantil: os que dizem respeito ao par parental (neurose, articulado à metáfora paterna) – ou seja, a criança divide - e os que se atêm à relação dual da criança e da mãe (psicose, correlato à fantasia da mãe) – isto é, a criança preenche. É por isso que a metáfora infantil do falo – o fato de que a criança seja equivalente ao falo – só é bem sucedida se falhar, se não fixa o sujeito à identificação fálica, mas, ao contrário, “dá acesso à significação fálica, na modalidade de castração simbólica, que torna necessário que seja preservado o não todo do desejo feminino” (Miller, 1994, p. 9). No nosso entendimento, a significação fálica não petrifica o sujeito em uma identificação imaginária (alienação), mas permite uma simbolização (separação).

De acordo com Miller (1994), não basta o Nome-do-Pai e o respeito ao Nome-do-Pai, “é preciso que seja resguardado o não todo do desejo feminino e que a metáfora infantil não recalque, na mãe, seu ser mulher” (p. 9). Desta forma, um homem só se torna pai se aceitar o não todo do desejo feminino e uma função feliz da paternidade seria aquela que realiza “uma mediação entre as exigências abstratas da ordem, o desejo anônimo do discurso universal, de um lado, e o que decorre, para a criança, do particular do desejo da mãe” (Miller, 1994, p. 9). Uma falsa paternidade (que é patogênica, como no caso do pai de Schreber<sup>16</sup>), ao contrário, veicula o Nome-do-Pai como universal, buscando constituir o vetor de um desejo anônimo e a encarnação do absoluto e abstrato da ordem.

É interessante notar que para pensar nas funções materna e paterna e na importância delas para a subjetivação da criança, é preciso focar o desejo. A mãe, ao ter um interesse particularizado pela criança, aliena-a ao seu desejo. O pai, ao fazer da mulher causa de seu desejo, transmite e aponta a castração, de forma que a criança não fique aprisionada no gozo do Outro. O que é sustentado por Couto e Santiago (2007) é que a função da família é a transmissão de um desejo e de contenção do gozo, ou seja, de transmissão da castração.

Voltando à citação de Lacan (1969/2003), dizer de um desejo que não seja anônimo, neste ponto de vista, implica em dizer de um desejo particular, singular, o que também quer dizer um desejo que seja nomeado - nomeado pela “encarnação da Lei” (Lacan, 1969/2003, p. 369) - que tenha, pois, sofrido uma inscrição do nome do pai, como vimos. Isso significa que o Outro é marcado pela barra da falta e é isso que ele oferece à criança. O “Outro, marcado pela barra da falta, vai dar – como apaixonado, o que ele não tem” (Lasnik, 2013b, p. 54). Segundo Lasnik (2013b), é esta operação de doação que permite ver surgir a criança aureolada de objetos de desejo. Para a autora, isso seria a falicização da criança (a criança como falo). Recorrendo a Vidal e Vidal (1995), podemos citar: “A demanda é sempre de outra coisa diferente do que ela evoca, pois ela se endereça à falta do Outro. Ela é demanda de amor; o que o Outro oferece é sua falta sob a forma de seu dom” (p. 121).

## 2.8. Algumas considerações sobre a relação de objeto

*“Ou guardo o dinheiro e não compro o doce,*

---

<sup>16</sup> O pai de Schreber seguia princípios educacionais “dirigidos ao esmagamento radical da natureza primitiva da criança”, com emprego de repreensões, contenção mecânica e punição física, para atingir um estado de completa submissão por parte da criança (Niederland, 1981, p. 81). Segundo Niederland (1981), ele impunha a Schreber treinamento persistente e exercícios musculares metódicos (que, inclusive serviram de base para estudos no campo da ortopedia, área na qual atuava). Os experimentos com Schreber realizados pelo pai aparecem em muitos dos seus delírios, vale mencionar.

*ou compro o doce e guardo o dinheiro.  
Ou isto ou aquilo: ou isto ou aquilo[...]  
e vivo escolhendo o dia inteiro!  
Não sei se brinco, não sei se estudo,  
se saio correndo ou fico tranquilo.  
Mas não consigo entender ainda  
qual é melhor: se isto ou aquilo”.*

*(Trecho do poema “Ou isto ou aquilo”, de Cecília Meireles)*

Pensando na falta como condição necessária ao surgimento do desejo e à demanda que se endereça à falta do Outro, é válido recorrer à discussão de Lacan (1956-1957/1995) acerca da relação de objeto. Cabe destacar que a noção de objeto é outro ponto importante em que a teoria de Spitz se diferencia da psicanálise de orientação lacaniana. Spitz (1998) elaborou suas postulações acerca do desenvolvimento da criança em torno do conceito de objeto e da importância da constituição do objeto e da relação objetual, atrelada à satisfação da necessidade. Para ele, o sujeito é o bebê, que deve constituir seu objeto de amor. Lacan (1956-1957/1995), por sua vez, diferencia o objeto da necessidade – que diz respeito ao instinto e, portanto, ao biológico - e o objeto do desejo, dependente do desejo do Outro.

Lacan (1956-1957/1995), em *Relação de Objeto*, retoma o texto de Freud *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* e destaca a busca do objeto como um objeto perdido, a ser reencontrado – o objeto do primeiro desmame, que foi inicialmente o ponto de ligação das primeiras satisfações da criança. Segundo o autor, esta é a primeira forma sob a qual aparece a relação de objeto em Freud.

Freud (1905/1996), neste texto, além de descrever essa experiência do lactente e sua cuidadora e o modelo de busca que se constitui aí, ressalta, no que se refere ao objeto da pulsão:

A experiência obtida nos casos considerados anormais nos ensina que, neles, há entre a pulsão sexual e o objeto sexual apenas uma solda, que corrámos o risco de não ver em consequência da uniformidade do quadro normal, em que a pulsão parece trazer consigo o objeto. Assim, somos instruídos a frouxar o vínculo que existe em nossos pensamentos entre a pulsão e o objeto. É provável que, de início, a pulsão sexual seja independente de seu objeto, e tampouco deve ela sua origem aos encantos dele (p. 140).

Ainda nesta conjuntura, Freud (1915/1996), no texto em que trata sobre pulsão, enumera os termos utilizados em conexão com esse conceito, entre eles o objeto, que define como aquilo por meio do que a pulsão pode alcançar sua meta. No entanto, ele considera que é o elemento mais variável na pulsão, não estando originariamente vinculado a ela, mas apenas acrescentado na temática pela sua aptidão para propiciar a satisfação.

Miller (1997) sublinha a distinção que Freud faz entre o objetivo e o alvo da pulsão, afirmando que se pode ter ou não o objeto, mas isso não é o mais importante. Como salienta o autor, se o alvo da pulsão é isso ou aquilo, é menos importante que a realização do objetivo,

que é a satisfação do circuito pulsional. Miller, (1997) reforça, assim, o objeto perdido – que equivale à mãe proibida pelo Nome-do-Pai – e a busca contínua de reestabelecer tal relação.

Lacan (1956-1957/1995), contudo, avança nas acepções freudianas do objeto perdido. O autor, ao discutir sobre a relação de objeto, explicita a mediação e a hiância que se dá nessa relação, só podendo ser concebida uma relação objetual do ponto de vista imaginário, ou seja, com a noção de tensão narcísica de identificação à uma imagem. Na relação entre mãe e criança, nesta perspectiva, há sempre o falo: “Existe sempre na mãe, ao lado da criança, a exigência do falo, que a criança simboliza ou realiza mais ou menos” (Lacan, 1956-1957/1995, p. 56). É neste sentido que Lacan (1956-1957/1995), neste texto, discute sobre a relação objetual imaginária a partir da teoria da libido em Freud, discorrendo sobre o período pré-genital e, portanto, pré-edipiano, atrelando o Édipo à articulação significante. Segundo Lacan (1956-1957/1995):

As imagens e fantasias que formam o material significante da relação pré-genital vêm, elas mesmas, de uma experiência que se fez do contato do significante e do significado. O significante toma seu material em alguma parte do significado, num certo número de relações vivas, efetivamente exercidas ou vividas. É só-depois que este passado é apreendido, e que se estrutura essa organização imaginária que se apresenta sobretudo, quando a reencontramos, com o caráter paradoxal. Ela se opõe, muito mais que concorda, à ideia de um desenvolvimento harmônico regular. Trata-se, ao contrário, de um desenvolvimento crítico, em que desde a origem os objetos, como são chamados, dos diferentes períodos, oral e anal, já são considerados como outra coisa além do que são. São objetos que já estão trabalhados pelo significante, e que aparecem submetidos a operações cuja estrutura significante é impossível de se extrair (p. 53).

Assim, Lacan (1956-1957/1995) propõe organizar esta experiência a partir da noção da falta do objeto: “no mundo humano, a estrutura como ponto de partida da organização objetual é a falta de objeto” (p. 55). Desta forma, a partir do objeto perdido freudiano, ele avança para a noção da falta do objeto como central: “Não é um negativo, mas a própria mola da relação do sujeito com o mundo” (Lacan, 1956-1957/1995, p. 35). O autor diferencia, neste texto, três modalidades de falta do objeto, articuladas nos planos Real, Simbólico e Imaginário, a partir de três operações - frustração, privação e castração: “Na castração, há uma falta fundamental que se situa, como dívida, na cadeia simbólica. Na frustração, a falta só se compreende no plano imaginário, como dano imaginário. Na privação, a falta está pura e simplesmente no real, limite ou hiância real” (Lacan, 1956-1957/1995, p. 54).

Costa (2014) explica a partir destas formulações de Lacan que a castração é definida como uma operação simbólica sobre um objeto imaginário, o falo, efetuado pelo pai real, como agente, como vimos anteriormente. Assim, a falta significada na castração é uma falta simbólica, uma vez que ela remete à interdição do incesto, referência simbólica por excelência, de acordo com a autora. Nesta perspectiva, “privação e castração se articulam no ponto em que

o falo como objeto simbólico da estrutura se torna imaginário, ou seja, produz a chamada significação fálica. A criança, tentando preencher o enigma do desejo materno, passa pela ação simbólica da castração que é sempre castração materna” (Costa, 2014). O falo vai funcionar no complexo de castração como dom que o pai pode outorgar ou não à criança, para uma investitura futura do sujeito, o que corresponde à fase de declínio do Édipo, como vimos ao discutir sobre o Édipo na lógica de Lacan.

Neste contexto, Costa (2014) pondera que Lacan retoma a concepção freudiana do objeto, criticando o evolucionismo que marcava o movimento psicanalítico pós-freudiano, em que prevalecia a noção de relação de objeto - na qual se basearam os teóricos do desenvolvimento, incluindo Spitz. Segundo Costa (2014), Lacan rompe com a concepção evolucionista dos estádios libidinais e promove uma análise estrutural desses estádios, propondo uma nova versão do complexo de Édipo, que leva em conta os efeitos da significação fálica, como discutido neste trabalho. Neste sentido, como já exposto, se para Freud o objeto é para sempre perdido, o que teria inaugurado o modo de funcionamento pulsional, para Lacan, o objeto é faltoso.

Costa (2014) lembra que Lacan, a partir de sua leitura do *Projeto para uma Psicologia Científica* de Freud, diferencia o objeto perdido da espécie humana, nomeando-o como coisa, (Das ding) e o objeto perdido da história de cada sujeito, como objeto causa de desejo, denominado objeto *a*. Neste sentido, “o objeto teria sido perdido desde sempre para a espécie e esta perda (que se inscreve para cada sujeito como falta originária de objeto) tenderá a ser repetida em cada sujeito através da perda do objeto materno” (Jorge, 2001, citado por Costa, 2014). Assim, o sujeito, em sua busca pelos diversos objetos substitutos do objeto perdido da sua história, se deparará sempre com a Coisa perdida da espécie humana. Para a autora:

Esta relação instaura a criança no domínio da falta. A psicanálise nos ensina que não há Bem supremo, ou seja, que a completude é da ordem do imaginário e que o sujeito é marcado pela falta ôntica, quer dizer seu complemento está originalmente perdido no Outro uma vez que não há significante que represente a completude do Outro. Tal complemento perdido, na verdade nunca esteve presente e esta é a condição necessária ao desejo. Isso significa que o objeto que poderia completar o sujeito trazendo-lhe a satisfação total do desejo é um objeto perdido. Quando o sujeito se lança na busca deste objeto somente se depara com um furo, designando a coisa Freudiana, das Ding (Costa, 2014).

Nesta perspectiva, é válido retornar à demanda – noção que temos enfatizado na nossa investigação - e sua relação com a noção de objeto. Elia (2010) sustenta que, para entendê-la, como sendo sempre demanda de amor, é preciso articular a esse entendimento o objeto faltoso que habita a demanda e o amor, ou seja, o objeto *a*. O objeto *a* é o objeto causa do desejo, que, por incidir como faltoso na experiência, causa o desejo do sujeito. Isto não equivale ao objeto

do desejo, pois quando o desejo se dirige aos objetos “ele o faz revestindo o objeto faltoso que o causa com alguma marca, algum atributo de significação que faz do objeto o alvo do desejo” (Elia, 2010, p. 53-54). Assim, no caso do desejo, causa e alvo jamais coincidem. O autor considera:

Se a demanda elevou, por assim dizer, o objeto à categoria de Outro, e lhe deu todas as prerrogativas de presença e de amor, o desejo faz o movimento contrário, reconduz o movimento da demanda ao plano do objeto, rebaixa o Outro a esse plano, destitui o Outro das prerrogativas que a demanda lhe conferiu e dá novamente os títulos de honra ao objeto. O desejo degrada o Outro em objeto, ou seja, reduz seu grau, promovendo uma queda do Outro e sua virada no objeto que, dele caindo, o descompleta, o fura, o barra (Elia, 2010, p.54).

É neste sentido que Elia (2010) se refere à divisão que Lacan faz do campo do Outro em dois: o outro como objeto, que escreve com inicial minúscula, que, em francês, é a letra *a* (palavra “outro” em francês começa por “a”: “autre”), e o Outro como campo, lugar a partir do qual alguém traz o objeto. O autor coloca que Lacan propõe a categoria de Outro (com “o” maiúsculo) para designar não apenas o adulto próximo de que fala Freud mas também a ordem que este adulto encarna para o bebê, como já discutido. Porém, no plano da demanda, o sujeito se dirige ao Outro, demanda sua presença, seu amor, e também é movido por uma força em direção a um objeto que é perdido como tal, é faltoso, na medida em que não temos acesso ao objeto da necessidade, que é descaracterizado pela passagem do significante, como acentua Lacan (1956-1957/1995).

Entendemos que, se o falo está em uma vertente de identificação entre a criança e a mãe, portanto, imaginária, o objeto *a* configura-se em um plano simbólico, o que quer dizer que a criança sofreu uma mediação e pode separar-se do falo ao qual identificou-se em outro momento. O objeto, aí, não é o falo imaginário que poderia satisfazer a mãe, mas o objeto que causa seu desejo, e estas noções e estes lugares de objeto são bem diferentes. É neste sentido que é necessária uma mediação do significante do falo, como apontamos na discussão sobre o pai, na perspectiva lacaniana.

Assim sendo, diferente do que é sustentado por Spitz ao teorizar sobre o desenvolvimento das relações objetais, não existe objeto capaz de satisfazer uma pulsão. O fato de não haver objeto, nesta perspectiva, é a condição necessária ao desejo e, por conseguinte, o que possibilita a entrada do sujeito na linguagem. Costa (2014), ainda falando da crítica aos psicanalistas pós-freudianos a partir de Lacan, pondera:

Ao confundir o objeto materno com das Ding, os psicanalistas pós-Freudianos acabaram desembocando numa concepção desenvolvimentista e normativizante da subjetividade. Acreditam que o objeto da pulsão é parcial em consequência da imaturidade do sujeito e que, com o passar do tempo, o sujeito

adquirirá uma maturidade. Tal concepção implica um desvio significativo da ética da psicanálise, onde o tratamento fica submetido a normas sociais e a moral coletiva, onde o analista acredita saber como conduzir o sujeito para que ele se torne um adulto maduro, equilibrado e, portanto, bem adaptado a realidade, capaz de alcançar o sucesso e felicidade sociais.

A virada que Freud dá no que tange à lei moral está ligada a esse objeto – das Ding. O Bem Supremo não existe (Costa, 2014).

## **2. 9. Da família idealizada à transmissão do desejo**

Então, é importante ressaltar que, na perspectiva da psicanálise, o que está em jogo na constituição do sujeito não é a mãe adequada em seu comportamento segundo um modelo determinado, mas a mãe como ser de falta e sujeito desejante. No que se refere à função paterna, também não podemos associá-la à presença do pai concretamente ou à bondade do pai. Uma falsa paternidade, como assinalado por Miller (1994) - que veicula o Nome-do-Pai como universal, mediante a encarnação do absoluto e do abstrato da ordem – não opera com a encarnação da lei no desejo.

Quando consideramos a constituição do sujeito, portanto, trata-se de evidenciar as operações necessárias à subjetivação, relacionadas às funções materna e paterna. É importante mencionar que, para nós, identificar as operações relacionadas à constituição do psiquismo, enfatizando o estabelecimento do laço mãe-bebê, não é o mesmo que localizar os problemas psicopatológicos nas primeiras relações, reforçando a ideia da culpa da mãe ao atribuir ao seu comportamento ou a sua ausência todos os problemas da vida da criança e ao adulto que se tornará – ideia, à propósito, que foi tão difundida no meio do século passado e posteriormente tão combatida, como sabemos. Sobre isso, Costa (2010) lembra a inflação das teorizações a respeito da função materna, por volta dos anos 1950 e 1960 - com as contribuições de Melanie Klein, Winnicott, entre outros (podemos acrescentar Spitz) - a partir das quais a mãe era considerada responsável pelas dificuldades e pelos sucessos que os sujeitos enfrentavam ao longo de sua vida. Para a autora, se neste momento imperou o pressuposto de que a doença mental tinha origem nas perturbações relativas aos cuidados da mãe à criança, posteriormente, a grande preocupação passou a ser restaurar “‘autoridade paterna’, considerada enfraquecida no seio da família” (Costa, 2010, p. 65).

No nosso ponto de vista, diferente de fortalecer a delimitação e a prescrição dos comportamentos assertivos para os pais, identificar as operações necessárias à constituição subjetiva permite-nos sustentar e direcionar nossas intervenções clínicas, especialmente nos casos de bebês com dificuldades em sua constituição, o que geralmente é motivo de sofrimento para os pais. Portanto, ao considerarmos a relação pais-bebê sob a ótica da constituição

subjetiva, tratamos de funções não concretamente relacionadas às figuras da mãe e do pai. O importante é marcar as funções materna e paterna como necessárias à subjetivação da criança.

Para Teperman (2015), operar com a noção de função, a partir de Lacan, permite-nos liberar-nos da consistência imaginária que pai e mãe podem adquirir e é neste sentido que essa noção faz obstáculo ao ideal. Neste ponto de vista, o que está em jogo “não é a bondade do pai ou da mãe, seus esforços pedagógicos ou suas competências educacionais”, mas o “Outro parental que exerce sua função de posse de um desejo não anônimo [...]” (Teperman, 2015, p. 230). Neste sentido, a autora considera que “o modo como o sujeito institui o Outro para si não coincide com as pretensões pedagógicas do pai ou da mãe, mas revela sua singular posição em relação ao Outro” (Teperman, 2015, p. 230).

De acordo com a autora, a noção de função distancia-se do ideal na medida em que permite ao sujeito interrogar o real em jogo no nascimento da criança (o desejo ou o gozo que ela condensa). Isso porque a tarefa da família tem relação com a transmissão da diferença sexual e implica na dimensão do gozo, o que a autora associa a sua função de resíduo referida por Lacan (1969), que, por se residual, é estrutural na transmissão familiar e independe do momento histórico da sociedade. A diferença sexual aqui, é preciso dizer, não se confunde com a diferença anatômica nem com as diferenças sociais entre homens e mulheres, na visão de Teperman (2015). Para ela, a noção de parentalidade dos dias atuais, como exercício dos papéis sociais de pai e de mãe, de forma competente e assexual, visa a prescindir da dimensão de gozo na transmissão familiar. Contudo, como sustenta a autora, na psicanálise, interessa-nos a transmissão e não a competência dos pais para criar filhos, porque não é disso que se trata na ordem da constituição psíquica, que não pode prescindir do que é da ordem sexual, como ensinou Freud e foi enfatizado e esclarecido por Lacan.

No que concerne a essa dimensão do gozo imprescindível na tarefa de transmissão de desejo da família, Teperman (2015) lembra que, para que haja transmissão, é preciso que a mãe também seja mulher, assim como o pai também precisa comparecer como homem. Desta maneira, com relação à função paterna, e válido citar:

É assim que, no final de seu ensino, ao formular a função paterna como *pere-version*, assinala como cada pai, um por um, dá testemunho de sua singular versão do gozo na transmissão. Cada pai comparece como um modelo, não ao incorporar um ideal, mas ao fazer operar sua função arrimada na singularidade de seu gozo.

A *pere-version* consiste em uma versão sexuada da função paterna, na qual o pai funciona como vivo/desejante e como aquele que autoriza o gozo. Com um pai gozante e imperfeito, não há garantia e ‘onde não há garantia, onde há uma lacuna no código, há lugar para iniciativa, há lugar para a decisão, para a causa do desejo’ (Zenoni). Na transmissão da família, as faltas e imperfeições daqueles que se responsabilizam pelas funções materna e paterna são necessárias e bem-vindas (Teperman, 2015, p. 231).

Conforme Teperman (2015), a tarefa sexual envolvida na criação da criança continua revolucionária como na época de Freud. É válido lembrar, neste sentido, que Freud (1905/1996) explicita a natureza sexual da relação entre mãe e bebê, a despeito de um amor puro e assexuado, como visto socialmente. Aponta também, em 1914, como vimos, sobre um ideal social acerca da relação pais e bebê ao evidenciar a infantilidade desta relação em contrapartida a ser considerado “tão comovedor” no senso comum (Freud, 1914/1996, p. 98). O autor indica, assim, o necessário investimento dos pais nos filhos - de fato o bebê é investido libidinalmente, e precisa que o seja – porém, explicita como se dá este investimento, que se trata, na verdade, de uma projeção, não sendo um amor altruísta e incondicional quanto se espera e se acredita socialmente. Assim, os pais investem narcisicamente em um ideal deles mesmos, e Freud (1914/1996) explica sobre esse “ideal do eu” justamente neste texto (Freud, 1914/1996, p.100). Não é sem razão que refere aí “sua majestade o bebê” (Freud, 1914/1996, p. 98), dizendo que ele concretizará os sonhos que os pais jamais realizaram. Desta forma, ele ressalta na relação pais e filhos não um ideal social de amor desinteressado e puro, mas um investimento que tem o ideal do eu como referência. E este ideal do eu, como vimos, é mediado pela interdição da lei e pela linguagem, na perspectiva lacaniana. Neste sentido, a relação pais e filhos não é uma relação direta de investimento do sujeito no objeto, mas uma relação simbolicamente mediada, uma vez instaurado o significante do falo, o que possibilita à criança não ficar fixada imaginariamente como o falo, como o objeto do desejo da mãe, como discutimos.

O que queremos evidenciar neste momento é que sempre existiu e continua a se fazer sentir atualmente um determinado ideal de família socialmente construído que prescreve comportamentos adequados às relações familiares, que não equivale às operações associadas à família pela psicanálise, como operações necessárias à constituição subjetiva. Quando Ansermet (2003) ressalta que a criança precisa ter um lugar, não importa qual seja, evidencia que não se trata de um lugar dado previamente dentro de um modelo idealizado ou já dado pelo aparato social, como uma família estruturada em comportamentos adequados, mas um lugar singularmente constituído. E daí a importância de se discutir sobre o Outro e a constituição subjetiva no campo da linguagem. Porque é assim que a família precisa operar, a partir da falta como condição de desejo e entrada na linguagem. Isso implica em um desejo não anônimo, e, portanto, furado e não totalizante.

No que se refere ao ideal de família socialmente construído, Jerusalinsky (2014) lembra o descompasso entre os sentimentos maternos de culpa, horror e fracasso encontrados em sua prática clínica e os elevados ideais de nossa cultura acerca da relação mãe bebê. Se nos ideais sociais a maternidade é situada como fonte de amor puro, desinteressado, natural e forma de

completude para a mulher, na prática o que se vê são mães angustiadas por não amarem seus filhos incondicionalmente ou não deterem um saber imanente sobre como ser mãe de seu bebê. A autora ressalta que o laço mãe-bebê não é efeito de uma quantidade específica de afeto, de um instinto materno, previamente posto como um saber da espécie, nem de um saber que possa ser aprendido racionalmente. Para que se estabeleça este laço, segundo a autora, é preciso que os cuidados que a mãe dirige ao bebê estejam permeados por uma série de operações psíquicas, que têm relação com uma economia de gozo e com uma transmissão inconsciente. Ela explica que, em primeiro lugar, é necessário que o bebê esteja localizado, para a mulher (inconscientemente) no lugar do falo, o que já fora pontuado por Freud ao formular as equações de equivalências simbólicas entre pênis-falo-bebê tramitados por uma mulher. Para Jerusalinsky (2014), a clínica psicanalítica e decorrentes teorizações permitem considerar a maternidade como uma função não garantida por condições naturais, mas advinda do estabelecimento de um laço simbólico com o bebê. A maternidade, neste sentido:

[...] é uma experiência que convoca o saber inconsciente e que, assim sendo, depende de uma transmissão e também de uma criação singular que implica subjetivamente cada mulher no exercício da maternidade. Ou seja, ao mesmo tempo em que a maternidade implica uma repetição inconsciente entre gerações, também diz singularmente da invenção que pode ter lugar para uma mulher a partir da experiência de maternidade” (Jerusalinsky, 2014, p. 19).

É válido colocar que Spitz (1998), mesmo em uma perspectiva diferente, parece ter intuído sobre a necessidade destas operações e funções referidas como necessárias para constituição subjetiva ao apontar que a mãe poderia ser substituída, não de qualquer forma e por um substituto qualquer. Para reverter o quadro do hospitalismo, por exemplo, o autor aponta que era necessário um substituto que fosse aceito pelo bebê. Em outros termos, era preciso que fosse um agente a assumir a função de mãe, com a condição, então, de colocar aquele bebê no circuito de equivalência dele ao falo, o que quer dizer ser o bebê objeto de desejo para esse agente materno, colocando-o, por conseguinte, no circuito de demanda e desejo. Só assim, a criança aceitaria tal substituição, que, na verdade, seria uma outra pessoa/ agente sustentando a mesma operação, mesmo que de forma singular e, portanto, diferente e única. Precisava que aquele agente transmitisse ao bebê um desejo não anônimo, olhando para ele de forma semelhante a que a mãe anteriormente olhou, retomando, então, o que antes operou.

Mesmo que Spitz (1998) tenha enfatizado a presença materna e atribuído a sua ausência tantos problemas, no nosso ponto de vista, sua pesquisa evidencia que algumas operações são necessárias. Esta presença materna, na verdade, é algo muito mais complexo do que Spitz observou. Ele mesmo apontou as sutilezas da relação da mãe com o bebê e justificou que não

queria reduzir a complexidade desta relação, mencionando os aspectos inconscientes aí presentes. Mas é que ele não se deteve a tais aspectos, privilegiando suas observações dentro dos objetivos e foco que estabeleceu. Ainda assim, o teórico menciona o investimento da mãe que opera na constituição psíquica da criança, ao destacar a necessidade de uma reciprocidade, e, portanto, uma contrapartida para a mãe para que a relação acontecesse, só que em concepções e termos diferentes e partindo, também, de um método distinto da psicanálise.

A propósito, outro ponto crucial que marca uma diferença básica entre as concepções de Spitz e a perspectiva psicanalítica é o método de pesquisa específico de cada campo. Portanto, para discutirmos sobre os efeitos da patologia e da hospitalização precoce, faz-se necessário tecer breve discussão sobre o método de Spitz e o método psicanalítico em relação às ciências, a fim de explicitarmos as diretrizes orientadoras desta pesquisa e discutirmos sobre a contribuição da psicanálise para a área. É o que propomos realizar no próximo capítulo.

### CAPÍTULO 3

## MÉTODOS DE TRABALHO E PESQUISA: DO DESENVOLVIMENTO À PSICANÁLISE

*“Todo psicanalista confirmará que a percepção é constantemente influenciada pela tendência afetiva predominante do sujeito. [...] É por isso que, em ciência, tentamos excluir o papel dos afetos e tentamos reduzir a percepção à leitura de uma escala. Este método, que considero reducionista, produziu resultados extraordinários nas ciências físicas; de fato, foi intitulado ‘o método científico’. Mas quando este método de mensuração, de quantificação, é aplicado indiscriminadamente ao sujeito vivo, e particularmente ao homem, ele acaba por deter o progresso do conhecimento. Lembramos o lamento de Agostinho [...] No sujeito vivo, e particularmente no homem, afetos, agora e sempre, servem para explicar comportamentos e acontecimentos psicológicos. E os afetos até hoje têm desafiado a mensuração”*  
(Spitz, 1998, p. 85).

### 3.1. O método de Spitz: apontando diferenças em relação à Psicanálise

Anna Freud, no prefácio do livro de Spitz (1998), ao destacar a associação que o autor faz dos distúrbios da mãe aos distúrbios específicos da criança, pontua: “hipótese interessante, que seria menos controvertida se, no caso das personalidades complexas das mães, a avaliação de seus comportamentos se baseasse não em métodos de observação, mas em análise” (Spitz, 1998, p. 14). Anna Freud, com este comentário, além de enfatizar a importância dessas mães serem escutadas em análise, distingue o método de Spitz (“de observação”) do psicanalítico, que notamos ser uma diferença fundamental entre os dois campos: desenvolvimento e psicanálise.

Cabe apontar que René Spitz, mesmo utilizando o referencial teórico da psicanálise, é circunscrito entre as teorias da psicologia do desenvolvimento, já que se propõe a explicar e a descrever as etapas do desenvolvimento psicológico infantil, referindo-se a estágios sucessivos e uma transição de níveis de evolução. Além disso, o autor utiliza a psicologia experimental para formulação de seus conceitos, servindo-se da observação como método sustentador de seu trabalho.

Uma característica marcante da obra de Spitz (1998), que se constitui como um dos seus diferenciais, é o uso que faz do método experimental para teorização sobre o psiquismo do bebê. Além da inovação que estabeleceu à época de sua pesquisa, o autor conseguiu mostrar, dentro do método científico positivista, a importância fundamental do outro no desenvolvimento das funções psicológicas. Parece-nos ser esse um dos motivos para que ele seja tão reconhecido e ainda tão consultado quando se trata do desenvolvimento psicológico da primeira infância.

No entanto, o método de trabalho de Spitz, além de configurar-se como uma de suas marcas e diferenciais, também o situa em lugar diferente do fundador da psicanálise, distanciando-o, portanto, deste campo de conhecimento.

É importante ressaltar que, por vezes, Freud e a psicanálise também são considerados como integrantes das teorias psicológicas do desenvolvimento. De acordo com Mariotto (2009), a tradição de considerar Freud desenvolvimentista - como autor de uma teoria baseada numa perspectiva de etapas progressivas - decorre de sua descrição das etapas do desenvolvimento em termos de estádios libidinais e sua insistência sobre as relações entre uma zona erógena e um tipo de atividade sexual. Mariotto (2009) sustenta que esta linha de raciocínio desenvolvimentista é seguida por Freud em *Três ensaios para uma teoria sobre a sexualidade*, na medida em que o teórico localiza na sexualidade a etiologia das neuroses, acentuando os primórdios da organização dos componentes sexuais na vida sexual das crianças desde seu início. Segundo a autora: “A ordem em que as principais formas de psiconeuroses são geralmente enumeradas – Histeria, Neurose obsessiva, Paranoia, Demência Precoce – corresponde (ainda que não de modo inteiramente exato) às ordens das idades em que o desencadeamento dessas perturbações ocorre” (Mariotto, 2009, p. 46).

Entretanto, Mariotto (2009) cita autores que afirmam que depois da formulação da segunda tópica do aparelho psíquico e da segunda teoria das pulsões, em 1920-1923, Freud privilegiou algumas considerações estruturais em que o eixo estrutural se sobrepõe ao evolutivo. A propósito das divergências quanto à perspectiva central da obra de Freud, lembrando de autores que consideram seu caráter desenvolvimentista, especialmente no processo de organização subjetiva, Mariotto (2009) acentua que “a psicanálise se caracteriza como uma teoria sobre o inconsciente e, a partir de Lacan, sobre o gozo, até porque a noção desenvolvimentista se refere às habilidades e competências instrumentais que um sujeito pode ou não adquirir” (p. 47). Afirmar que Freud não se ocupou de descrições detalhadas dos avanços motores, cognitivos e sociais da criança, estas presentes na psicologia evolutiva, mas que “seu interesse se dirigia a entender as formações do psíquico, sua estrutura e seu alcance no desenvolvimento” (Mariotto, 2009, p. 47). A autora pontua que Freud se referia a uma rede estrutural para descrever o aparelho de linguagem, mesmo na época em que ainda se baseava num modelo biológico. Lembra que o teórico privilegiou cada vez mais a linguagem, até o ponto de considerar o aparelho psíquico como “um sistema de organização baseado na linguagem” (Mariotto, 2009, p. 47), desvincilhando-se, assim, do modelo neurológico para a “construção de um estatuto epistemológico diverso” (Mariotto, 2009, p. 48). No entanto,

pondera que as formulações de Freud têm ressonâncias sobre a noção de desenvolvimento, mesmo que seu foco não fosse dele se ocupar.

Mariotto (2009) retoma a crítica de Lacan à perspectiva que entende a ontogênese psicológica a partir de estágios do desenvolvimento. A autora cita que, neste ponto de vista, os estágios formadores da libido se organizam em torno da angústia da castração e não devem ser referidos a uma pseudomaturação natural.

Acerca desta diferença entre a perspectiva desenvolvimentista e a estrutural, Coriat (1997) considera que os conceitos de “díade mãe-filho”, “vínculo e simbiose” (p. 83) - acepções das teorias do desenvolvimento seguidas por Spitz:

São descrições fenomenológicas que se limitam a mencionar o que se vê na superfície, enquanto que o que realmente o determina é o que está acontecendo na estrutura, na estrutura simbólica, a mesma que designa um lugar para o futuro sujeito e que marca o bebê através do modo com o qual se exerce a função materna (Coriat, 1997, p.83).

Neste sentido, a perspectiva estrutural da psicanálise, diferente do ponto de vista do desenvolvimento, permite-nos ver além da superfície. Vimos no capítulo anterior deste trabalho como a leitura lacaniana ressoa sobre a relação mãe-bebê, trazendo-nos um horizonte diferente daquele formulada por Spitz.

Jerusalinsky (2007), ao propor a discutir sobre psicanálise e desenvolvimento infantil, considera o caos conceitual que interfere neste segundo campo, devido ao amontoamento e à superposição de conceitos, cujos lugar e importância dependem da profissão, interesse ou ideologia do observador. Assim, em se tratando de desenvolvimento infantil, um neurologista toma a maturação, os reflexos e as coordenações como eixos do desenvolvimento, ao passo que um fonoaudiólogo enfoca o progresso fonatório e a estruturação linguística, e o psicanalista nas fases libidinais, diferente ainda do psicólogo, que se ocupa dos processos de adaptação, hábitos ou inteligência<sup>17</sup>. Para o autor, o recorte inevitável dado ao desenvolvimento explica-se no fato de que não é o sujeito que se desenvolve, mas as funções. E estas são referidas em sua parcialidade, delimitadas em contorno específico de acordo com seus representantes e sistema organizado: motor, perceptivo, fonatório, hábitos, adaptação.

---

<sup>17</sup> Aqui Jerusalinsky (2007) considera o psicanalista como profissional que atua a partir da psicanálise enquanto campo de conhecimento, o que é diferente de considerar seu método clínico e, por conseguinte, sua lógica de trabalho e ética que sustenta sua prática, como apresentado neste capítulo. A discussão de Jerusalinsky (2007) é válida para pensarmos na atuação conjunta das diferentes disciplinas, que é uma realidade na nossa experiência profissional. Mas, sobretudo, é importante para pensarmos sobre a possibilidade de aplicação do método clínico em uma equipe composta por profissionais de diferentes categorias, sem a intenção de sobrepor qualquer campo, mesmo que seja o da psicanálise, área enfatizada neste trabalho.

É importante salientar que as teorias do desenvolvimento - incluindo Spitz - e a psicanálise têm como fundamentos diferentes concepções de sujeito<sup>18</sup> e de realidade. Se a realidade para as ciências naturais, nas quais se basearam Spitz e outras teorias desenvolvimentistas, é algo material a ser compreendido, a psicanálise, por sua vez, considera realidade um arcabouço simbólico e imaginário construído pelo sujeito. Na perspectiva psicanalítica, a realidade não está lá para ser conhecida nem é dada *a priori* para ser percebida ou estudada, mas é singular para cada sujeito, sendo o real, neste sentido, aquilo que afeta o sujeito e escapa ao seu mapa simbólico de funcionamento de mundo.

Os postulados que Spitz (1998) desenvolve em sua obra, ao contrário, por advir de extensa e aprofundada pesquisa experimental, são considerados e denominados por ele de “descobertas”, como se fossem achados quase naturais (Spitz, 1998, p. 17). Por limitar seu método à observação direta, não pode problematizar e teorizar suficientemente sobre a incidência dos agentes incorporados pela criança, mas apenas alguns de seus efeitos visíveis, considerando-os como se não fossem necessariamente mediatizados por nenhum parâmetro teórico. Como vimos, seu esforço é o de manter-se referido aos fenômenos que observa, estabelecendo correlações diretas entre o que pode ver e a teorização que empreende, calcado nos pressupostos da relação direta entre a maturação biológica (atrelada à cronologia da idade) e as aquisições.

A partir das acepções psicanalíticas, como discutimos e é considerado também por Ansermet (2003), entendemos que o organismo vivo, desde que nasce, está inserido em uma dialética que não remete a sua condição biológica, mas, ao contrário, tem relação com a linguagem, e, portanto, com o esquecimento desta base animal. Nesta concepção, a dependência característica do bebê quando nasce tem relação ao Outro da linguagem, que ultrapassa o meio ambiente favorável ou desfavorável.

Ansermet (2003), para ilustrar este ponto de vista, discorre sobre a sucção do polegar pelo bebê desde o útero materno, comportamento, a princípio, instintivo e rudimentar, mas que passará a se submeter ao Outro do simbólico, sendo o sugar o dedo não apenas um reflexo, mas um apelo ao Outro, transformando o reflexo em pulsão. Adverte: “Aparentemente, observamos o mesmo fenômeno, porém ele pode ter valores diferentes: não podemos nos fiar apenas na observação” (Ansermet, 2003, p. 73). Recorrermos apenas à observação seria o que Coriat (1997) menciona sobre ver na superfície.

---

<sup>18</sup> Os conceitos de sujeito para Spitz e para a psicanálise foram debatidos nos capítulos anteriores.

Vale lembrar que Freud (1905/1996) também fez advertências com relação à observação de crianças e aos riscos de equívocos do método: “A observação de crianças tem a desvantagem de trabalhar com dados facilmente passíveis de mal entendidos [...]” (p. 189). E este foi um limite do método de Spitz (1998), que repercutiu em seu entendimento da relação mãe-bebê, na medida em que privilegiou a observação.

A título de ilustração, lembremos dos apontamentos que Spitz (1998) faz acerca do trauma do nascimento. O autor ressalta discordar do pressuposto do trauma do nascimento para explicar futuros distúrbios psíquicos. É claro que o autor sustentou sua ideia contrariando toda uma doutrina psicológica que foi baseada no impacto desse trauma, destacando o papel desproporcional que foi atribuído ao evento. Mas, se suas considerações são importantes para combater tal desproporcionalidade, interessa-nos menos do que chamar a atenção para o argumento utilizado pelo autor para sustentar sua opinião. Ele elucida as observações diretas e registros (por vídeos) que faz do comportamento, de forma detalhada, de bebês na hora do parto, continuando a observá-los durante as duas semanas que se seguem ao nascimento. A partir disso, o autor conclui: “Estes registros mostram que a reação do recém-nascido ao nascer dificilmente pode ser chamada de traumática” (Spitz, 1998, p. 38), explicando que o bebê não demonstra reação de desprazer, como o faz quando é instalado nitrato de prata em seus olhos, por exemplo. Com estas observações, Spitz (1998) desconsidera toda uma construção teórica da psicanálise acerca do trauma, que o entende como evento que se dá *a posteriori*, não tendo relação com o episódio em si, mas com o futuro registro (ou falta de registro) do fato. Queremos com isso evidenciar o método de Spitz (1998) e sua perspectiva de trabalho, que se detém ao que observa.

Dessa perspectiva, o autor, mesmo que permita, em grande medida, a interação de seus achados com as práticas médicas, inclusive com método acessível e compatível à lógica do conhecimento científico no qual são baseadas as técnicas da medicina, desconsidera a função da linguagem na constituição do sujeito do inconsciente – a linguagem aqui considerada de uma maneira mais ampla do que apenas a articulação da fala pela criança, como considerou Spitz. Sendo assim, embora tenha se considerado psicanalista e anunciado seu empenho em recorrer a Freud e colocar à prova seus conceitos, o trabalho de Spitz (1998) não se enquadra no método psicanalítico. Argumentemos, então, sobre nosso entendimento acerca do método propriamente psicanalítico - que serve de subsídio para esta pesquisa - buscando diferenciá-lo do método utilizado por Spitz.

### 3.2. Sobre o método psicanalítico e sua relação com a Ciência

Para Sauret (2003), há diferentes formas de pesquisa envolvendo a psicanálise, que podem ser distinguidas conforme sua finalidade, tais como: a de “responder a questões colocadas pela psicanálise” ou “colocadas à psicanálise”; a de “construir uma teoria a partir da doutrina e da experiência”; e a de “ampliar o campo da experiência analítica”; além daquela “que é somente orientada pelo saber, e eventualmente, pela ética da psicanálise” (p. 99). O autor diferencia, assim, a pesquisa psicanalítica - dos psicanalistas que realizam a investigação a partir de sua prática analítica - e “a pesquisa que se apoia sobre a psicanálise e que é orientada por ela”, sendo a segunda a mais comum na universidade (Sauret, 2003, p. 99). É claro que Sauret (2003) discute tais pontos a partir de um contexto atual, podendo ser arriscado localizar Spitz nestas distinções. Mas, só queremos, com as diferenciações de Sauret (2003), demarcar a possibilidade de se fazer pesquisa sem partir da clínica psicanalítica, mesmo sendo referido, em alguma medida, à teoria que dela decorre, o que nos parece ser o caso de Spitz. Mas o que consistiria, então, a pesquisa psicanalítica, que se dá a partir da prática analítica?

Pois bem, a psicanálise já possui um espaço consolidado nos dias de hoje, o que não se deu pela sua entrada na ciência, como desejou Freud, mas pelos efeitos de sua prática. Assim, se na época de Spitz a psicanálise era ainda um campo em iniciação, hoje pode delinear-se melhor como campo, com método próprio de pesquisa e trabalho (Ansermet, 2013; Bassols, 2010; Bianco, 2003; Guerra, 2010; Pinto, 2001; Sauret, 2003; Vorcaro, 2010b).

Neste sentido, vale apontar que o debate sobre o estatuto científico da psicanálise é antigo. Remonta de sua origem com Freud, que buscou ao longo de toda sua obra fazer de suas descobertas clínicas uma teoria com alcance científico. Tal debate é também polêmico e controverso, tendo em vista a “relatividade dos métodos pelos quais os cientistas negociam suas provas” (Fourez, 1995, p. 80) e os diferentes critérios de cientificidade, que podem variar de acordo com o campo, abordagem teórica ou argumentação. Não nos deteremos aqui, na discussão, sobre a forma de produzir conhecimento científico e critérios de cientificidade, nem sobre a cientificidade da psicanálise, dada a amplitude e os contrassensos dessas discussões. Mas, faz-se necessário ao menos algumas pontuações para situarmos os constructos de Spitz e delimitarmos o método propriamente psicanalítico, no qual buscamos respaldo para direcionar a presente pesquisa.

Nessa perspectiva, é preciso abalizar que a psicanálise em sua fundação não se isentou de uma intenção científica. Como mostra Lacan (1966/ 1998), em *A ciência e a verdade*, só é possível pensar na psicanálise como prática e o inconsciente postulado por Freud como

descoberta após o nascimento da ciência do século XVII. Lacan (1966/ 1998) enfatiza que a via aberta por Freud e que leva seu nome nunca se desviou desse cientificismo. Assim, mesmo que a ciência em seus primórdios já excluísse a subjetividade, a psicanálise e seu conceito de sujeito só surge a partir do sujeito da ciência.

Guerra (2010) explica que, se o sujeito de Descartes é consciente e racional e Deus é o garantidor da verdade que o sujeito pode acessar mediante seu pensamento, o sujeito não é singular, sendo o pensamento articulado à consciência universal e a subjetividade um problema a ser eliminada para que o homem ascenda à verdade. A hipótese do inconsciente formulada por Freud partiu dessa perspectiva racionalista de Descartes, porém inverteu seu pensamento na medida em que formalizou “penso onde não sou”.

Freud, portanto, mesmo sem a intenção de se desviar da ciência, pelo contrário, esforçando-se para se inserir nela, traz um novo paradigma às construções científicas em voga na época, uma vez que privilegiou o inconsciente ao invés da consciência, o que implica ainda em uma noção diferenciada da verdade: ela está onde não se pode saber. Interessante ressaltar que Freud, mesmo partindo do sujeito da ciência, só pôde construir uma nova visão porque se dispôs a escutar seus pacientes e não recuou diante do que encontrou.

Bianco (2003) enfatiza o vigor e o rigor que nota em Freud em seu processo de construção da psicanálise. Segundo a autora, manter a psicanálise é “manter o vigor que Freud soube lhe imprimir, o vigor que foi capaz de fundar um novo campo, inaugurar uma nova forma de pensar” (p. 121), não a adequando aos procedimentos das ciências naturais, mas considerando a especificidade de seu objeto. Quanto ao rigor, ela aponta que esta característica marcante de Freud não o impediu de ultrapassar as “malhas de um conhecimento já mapeado” (Bianco, 2003, p.121).

É válido destacar, nesta discussão, que a ideia de verdade pré-estabelecida acompanha a história da ciência em toda sua trajetória. Se a ciência moderna buscou a verdade por meio da consciência baseada no racionalismo de Descartes, a ciência contemporânea, que se reconfigura no positivismo característico das ciências naturais, busca a verdade por meio da experiência. Assim, as ciências buscam a verdade como se esta existisse de antemão, esperando ser descoberta, modelo inclusive seguido por Spitz (1998), como vimos.

Na psicanálise, por sua vez, a verdade é considerada de forma bem diferente. Miller (2011) coloca que “A verdade freudiana não é uma totalidade, ela é fundamentalmente refratária à totalidade. Há sempre algo mais a dizer” (p. 24). O autor ressalta, ainda, que “na experiência analítica, deve-se falar do que não se pode dizer; o que fornece uma ocasião de por à prova o fato de que as palavras não são suficientes para tudo dizer” (Miller, 2011, p. 24). De fato, a

linguagem não pode recobrir a verdade, há sempre um resto que não se pode representar. Neste sentido, a psicanálise, com Lacan, progride um pouco mais em sua especificidade e sua diferenciação em relação às ciências. De acordo com Miller (2011), Lacan partiu de Freud - marcado pelo seu esforço em fazer da psicanálise uma ciência natural - porém modificou as referências científicas da psicanálise, uma vez que abandonou a biologia para se dirigir às ciências da linguagem. Mas, foi além delas também, na medida em que se serviu dessas ciências para apontar o real, que não pode ser representado por elas. Nesse ponto, Lacan fez a Psicanálise avançar, assentando o inconsciente estruturado como linguagem e postulando o conceito de real. Desta forma, cabe-nos levantar: se na ciência, nos moldes em que se configurou historicamente, não coube a Psicanálise, a partir de que elementos pensar a relação da psicanálise com a ciência nos dias de hoje?

É preciso apontar que a ciência na atualidade passa por uma descrença, um descrédito, uma vez que não oferece mais as referências claras e indubitáveis a que se propôs em sua ascendência. Na Idade Média, a religião dispunha de todas as respostas para as questões humanas, e com o período moderno veio a promessa de a ciência ocupar este lugar. No entanto, a ciência não oferece tais respostas e, como afirma Guerra (2010), encontra-se desprovida de seus ideais. Basta uma rápida consulta sobre um assunto qualquer, em bases científicas, para perceber que existem maneiras diferentes de abordar um tema e as conclusões diferenciadas também. Não queremos com essas colocações desprestigiar o método científico e desconsiderar os efeitos dos conhecimentos científicos em nosso cotidiano. Mas, apenas advertir que há algo além dos saberes provindos de seu método, que as ciências parecem insistir em negar.

O problema que parece se configurar aí - e parece-nos ser um ponto em que a psicanálise pode ofertar à ciência uma contribuição - está no fato da ciência equivaler saber a verdade. Pois o fato de o pesquisador ter instalado um saber sobre determinado tema de pesquisa não significa que encontrou a verdade do objeto pesquisado, assim como o analisando não encontra a verdade em sua construção analítica.

Sobre o equívoco de considerar o saber como verdade, Lacan (1966/1998) nos esclarece que: “nenhuma linguagem pode dizer o verdadeiro sobre o verdadeiro, uma vez que a verdade se funda pelo fato de que fala, e não dispõe de outro meio para fazê-lo” (p. 882). Sendo assim, “Essa falta do verdadeiro sobre o verdadeiro, que exige todos os fracassos que a metalinguagem constitui no que ela tem de falsa aparência, é propriamente o lugar do *Urverdrangung*, do recalque originário que atrai para si todos os outros [...]” (Lacan, 1966/ 1998, p. 822). Neste sentido, a linguagem se funda na própria falta, na verdade da castração, e a proposta da psicanálise não pode ser a busca do verdadeiro. O que buscar então?

Conjeturar sobre o que seria o objeto da psicanálise é a direção que Lacan (1966/ 1998) nos fornece, ao discorrer sobre o que é próprio à psicanálise, “dentro ou fora da ciência” (p. 877): “[...] a questão do objeto da psicanálise [...] não pode ser resolvida sem que, sem dúvida, modifique-se nela a questão do objeto na ciência como tal”. Isso quer dizer que a questão do objeto é central na discussão sobre psicanálise e ciência, e, em nossa opinião, constitui-se como um norteador para a pesquisa em psicanálise, podendo ser um aporte da psicanálise às ciências. De acordo com Lacan (1966/ 1998): “O objeto da psicanálise [...] não é outro senão aquilo que já expus sobre a função que nela desempenha o objeto *a*” (p. 877). Ou seja, o objeto é o objeto causa. O autor elucida a frente: “É a causa: não a causa como categoria lógica, mas como causando todo o efeito. A verdade como causa” (Lacan, 1966/ 1998, p. 883). Nesta perspectiva, a verdade não é algo a ser alcançado, como a verdade cartesiana, mas o que move a busca do saber. Lacan (1966/1998) afirma que a cada verdade corresponde seu saber. E este é, segundo o autor, o ponto de ruptura com o advento da ciência.

Interessante enfocar, aqui, que, sendo o conceito de objeto um conceito chave na teoria de Spitz (1998), a questão do objeto para psicanálise marca uma diferença entre esta e a teoria de Spitz, tanto conceitualmente, como vimos no capítulo anterior, quanto no que se refere às implicações de tal noção sob o método de trabalho e pesquisa. Dentro dessa perspectiva de objeto para Lacan (1966/1998), diferente de Spitz (1998), podemos ponderar que a verdade não está lá *a priori* e que a psicanálise, seja na prática ou na pesquisa, só pode ter pretensões no *a posteriori*, o que só é possível se tomar a verdade como causa e incluir o sujeito. Entendemos que essa ruptura da psicanálise com o advento da ciência referida por Lacan (1966/1998) diz respeito, especialmente, à direção contrária à universalidade da ciência que a psicanálise sustenta em sua ênfase à singularidade. Pois, se a cada verdade corresponde o seu saber, cada sujeito, a partir da verdade de sua falta, buscará um saber que lhe seja próprio. E isso evidencia que o sujeito não pode ser universalizável como pretende o método científico. Desta forma, cabe a cada sujeito, em sua singularidade, a construção de um significado seu. O sujeito da psicanálise, portanto, é diferente do sujeito da ciência. Citamos:

Se o sujeito com o qual a psicanálise opera não é senão o sujeito da ciência, como afirma Lacan (1965/1998), fato é que esse sujeito é tomado em sua dimensão radical de sujeito do inconsciente, sujeito desejante e, porquanto, sujeito que inclui uma articulação que considera o real em jogo na relação da castração. Mas análise não é uma religião. Ela procede do mesmo status que a ciência. Ela se engaja na falta central na qual o sujeito se experimenta como desejo (Guerra, 2010, p. 137).

De fato, a psicanálise, não sendo uma religião, localiza-se enquanto referida à ciência, assim como intuiu Freud, mesmo que não da mesma maneira como previu. E o que fazer para que a psicanálise funcione/opere dentro da academia e outras instituições de pesquisa, estas

reconhecidamente científicas, sem perder sua marca e sua especificidade, sem se desvirtuar, sem perder de vista o sujeito que se experimenta como desejo?

Ansermet (2013), no artigo *Elogio ao incomensurável*, propõe pensar a relação, o ponto de encontro entre ciência e psicanálise. Sua hipótese central é que, se a psicanálise não reúne nem pretende reunir critérios de cientificidade, ela permite fazer avançar a ciência, dando um enquadre conceitual aos seus pontos-limite. O autor defende que poderia haver uma convergência entre psicanálise e ciência se essa última respeitasse seu ponto de impossível, se não tentasse recobrir tudo, podendo, assim, progredir. Recomenda que se faça um elogio ao incomensurável ao invés de tentar tamponá-lo ou resolvê-lo. Este deve estar no centro do debate entre ciência e psicanálise, segundo o autor. Afirma que tal ponto está no cerne das ciências do vivente, já que não se pode apreender toda a vida a partir da linguagem. “A vida excede o que dela a ciência poderia dizer” (Ansermet, 2013, p. 40).

Ansermet (2013) aponta a possibilidade de se permanecer no campo das ciências colocando no cerne do saber um impossível. “A ciência e o impossível não são antinômicos”, afirma (p. 41). Sugere que este ponto do impossível seja ao menos apontado pela ciência. É neste ponto limite, segundo o autor, que seria possível o encontro entre psicanálise e ciência. A psicanálise se interessa pelo real na medida em que ele escapa. E a ciência poderia ser um campo conexo da psicanálise, em afinidade ou em alteridade com ela.

O autor discorre sobre o que denomina “cientificismo contemporâneo”, no qual a ciência é transformada em crença – “uma religião da ciência” (Ansermet, 2013, p. 37). Esclarece que a ciência se torna cientificismo a partir do momento em que rejeita o sujeito (sujeito que foi uma das condições de sua emergência inclusive) e rejeita seu limite, seu ponto de impossível. Ansermet (2013) salienta que, embora o sujeito tenha sido condição da ciência, há nela uma universalização do sujeito, que o anula na medida em que suas normas fazem desaparecer a singularidade. Neste sentido, ele reforça que o ponto principal da sua discussão não é opor ciência e psicanálise, mas opor uma ciência que inclui e rejeita o sujeito; uma ciência que quer recobrir todo real e uma que inclui um ponto de impossível.

Ansermet (2013) exemplifica que as neurociências, ao descobrirem mecanismos universais, culminam sempre na produção do único, do diferente, o que fica evidente com a plasticidade cerebral. Para este campo, a singularidade, a descontinuidade e a imprevisibilidade constituem pontos-limite provindos do interior de sua lógica, que são pontos de encontro inéditos com questões fundamentais próprias à psicanálise. Da mesma forma, como menciona o autor, a genética se encontra perturbada pelos limites das leis da epigênese e pela descoberta

recente do genoma instável. “Um para além do biológico se impõe”, ressalta (Ansermet, 2013, p. 44).

A propósito das colocações de Ansermet (2013), citamos um artigo de Salmo Raskin (2015), médico pediatra geneticista brasileiro, participante do Projeto de pesquisa internacional coordenada nos Estados Unidos com colaboradores de todo o mundo, que tem como objetivo realizar o sequenciamento do Genoma Humano. Tal projeto configurou-se como um dos maiores marcos científicos de todos os tempos. Entretanto, o pesquisador, embora aponte os avanços e os benefícios que decorreram da pesquisa, principalmente em relação a doenças raras monogênicas<sup>19</sup>, enfatiza as frustrações e a quebra de paradigmas provocados pelo trabalho. Um dos aspectos ressaltados por Raskin (2015) diz respeito às doenças geneticamente complexas, em especial aquelas com componente ambiental importante sobre o fenótipo, bem como características comportamentais e inteligência. Ele elucida que o estudo do Genoma Humano tem sido frustrante no que se refere a esses tipos de doenças e refere-se a pouca contribuição que a genética pode oferecer no campo das doenças mentais, como autismo, depressão, esquizofrenia, transtorno bipolar, *deficit* de atenção e de hiperatividade, além de comportamentos de drogadição, agressividade ou orientação sexual. Raskin (2015) considera que o diagnóstico etiológico genético só pode ser estabelecido em apenas uma pequena fração de casos de doenças mentais, sendo que nenhuma das alterações genéticas observadas são responsáveis, de forma isolada, por mais do que 1% dessas patologias. O autor pontua sua impressão de termos encontrado um caminho para explicar que o determinismo genético estava tão errado quanto o determinismo ambiental, uma vez que acredita que a maioria das situações de perturbações mentais possa ser compreendida como um somatório de efeitos genéticos dinâmicos e eventos estressantes. Ele conclui:

É chegada a hora de psicólogos, psicanalistas e geneticistas deixarem seus dogmas, suas vaidades, suas verdades intocáveis de lado, pensarem e pesquisarem de modo conjunto e harmônico. Não há mais o que temer, já está claro que no duelo secular travado entre ‘Nurture’ e ‘Nature’ não haverá vencedores nem vencidos. Uma nova realidade se apresenta, e aqueles profissionais que ficarem presos ao passado, deixarão de partilhar das belas surpresas que genes e meio ambiente vão, juntos, nos revelar nos próximos anos. ‘De onde viemos? Quem somos? Para onde iremos?’ Vamos descobrir juntos? (Raskin, 2015. P.166).

É interessante notar como a evidência do incomensurável se faz sentir mesmo num campo aparentemente tão objetivo como o da genética, exigindo do pesquisador lidar com o imprevisível e uma atitude de não ficar amarrado a um saber já constituído.

---

<sup>19</sup> São doenças hereditárias produzidas pela mutação ou alteração na sequência de DNA de um gene sozinho.

Um apontamento importante acerca da ciência trazido por Ansermet (2013) diz respeito à criatividade. Ele assinala que há uma ciência que inventa, cria, produz o novo, defendendo que um critério de cientificidade é a invenção. Cita: “um fato científico é um fato que não cola com as teorias anteriores” (Lacan, 1966/1998, citado por Ansermet, 2013, p. 42), a semelhança do que propõe Raskin (2015). De acordo com Ansermet (2013), assim também deve ser a psicanálise, já que devemos estar atentos para não colarmos naquilo que sabemos, o que, para o autor, se trata de aprender a partir da clínica.

Nesta perspectiva, é importante enfatizar o que é próprio ao método de pesquisa em psicanálise, seu método específico de construção de saber: a clínica. A clínica é centrada no paciente e baseia-se sobre a experiência da singularidade como tal, devendo priorizar o único, reencontrar o um, em detrimento do múltiplo. O sujeito, neste sentido, é uma exceção ao universal e resiste a ser universalizável (Ansermet, 2003). Ansermet (2003) sustenta que esta é a contradição essencial da clínica, na medida em que se constitui em uma tentativa de articular o um e o múltiplo, submetendo “à experiência singular o saber produzido por ele” (p. 7). A teoria se cala ou esvanece na prática clínica: “cada paciente, pelo que apresenta, deveria questionar as noções adquiridas” (Ansermet, 2003, p.7).

A clínica, nesta perspectiva, constitui-se essencialmente pela pesquisa constante, uma vez que é a prática de um saber e, ao mesmo tempo, uma via de estabelecimento de saber por meio da prática. É o saber se fazendo prática e vice-versa. É por isso que Ansermet (2003) considera a clínica uma via de pesquisa, comentando que a teoria freudiana sempre conservou a característica de algo não acabado, sendo o trabalho de pesquisa parte inerente do método analítico. De fato, Freud foi eminentemente clínico na construção de sua teoria, fazendo-a e questionando-a a partir do caso clínico, e por isso inaugurou um novo campo de saber. Conforme Guerra (2010):

O método clínico que orientou Freud em suas pesquisas e permitiu a fundação da disciplina da psicanálise, obedece, com rigor, à estrutura do inconsciente. Neste sentido, inclui o sujeito, não enquanto racionalidade do pensamento, mas antes, enquanto causa que escapa à completa decifração (p. 138).

Assim, se a verdade não é o fim, mas a causa, não há possibilidade e nem pretensão de uma decifração completa. Trata-se de deixar-se surpreender pelo novo e sempre vivo da clínica, que serve também para orientar a pesquisa em psicanálise. A postura de clínico exige, neste sentido, uma posição de não saber. De acordo com Ansermet (2003): “Surpreender-se do que não surpreende, eis o que está em jogo na escuta analítica. Abrir-se para dimensão criativa

implica que o analista suporte a incerteza, o mistério e a dúvida [...]” (p. 11). Sobre isso, Pinto (2001) adverte:

O psicanalista e, cremos nisso cada vez mais, a transmissão da psicanálise, depende, não de um saber universitário – esse sim um texto apegado à resistência – mas de uma Doutra Ignorância para que saber sobre o sujeito permaneça vivo. Adotar um saber que se pretende esclarecedor, mas que exclui a causa, é, ao contrário, adotar a ignorância crassa sobre a divisão subjetiva. [...]. A Doutra ignorância, assim, convoca o sujeito a colocar algo de si a partir do objeto que o anima[...] (p. 83)

Trata-se, portanto, de não ficar fascinado pelo saber, acreditando ser este uma verdade. Esta é a postura do psicanalista pesquisador diante do caso, segundo Vorcaro (2010b). A autora considera o gozo do saber e adverte sobre o risco do clínico ficar deslumbrado pelo saber às custas do sujeito. Ela elucida que o caso não serve para ilustrar a teoria, ser exemplo, mas para produzir interrogações, sejam às articulações teóricas, sejam ao próprio caso. Portanto, a função do caso (como singularidade) é a de problematizar limites das referências teóricas (que sempre universaliza): “Trata-se de assumir uma posição de não saber, de aprendizagem e de pesquisa que desierarquiza e esvazia o saber prévio, dissipando o imaginário [...]” (Vorcaro, 2010b, p. 19). A autora sugere que tomemos cada caso como método próprio, o que pressupõe uma ética em que cada caso constitui um método próprio de articulação entre o sujeito e o que faz alteridade. A teoria, nesta perspectiva, é uma hipótese de trabalho que deve ter interrogada pelo caso.

Acreditamos que a clínica seja um trunfo que a psicanálise pode ensinar à ciência. Como propõe Ansermet (2003): “Só há respostas singulares, e são essas que devem ser buscadas na clínica” (Ansermet, 2003, p. 83). E podemos acrescentar: e por que não na ciência? A ciência não deve ser feita de novas e renovadas perguntas e respostas? Será possível que a ciência possa considerar o caso ao invés de rejeitá-lo por não ser universalizável?

Ansermet (2013), pontua que, se a psicanálise é uma obra aberta, inacabada, encontra-se em uma relação de necessidade e de alteridade com outros campos, inclusive com a ciência, desde que esta mantenha aberta a questão do seu ponto de impossível. Segundo o autor, na relação entre psicanálise e ciência, o mais importante é aprender a pensar o incomensurável: “É preservando essa incomensurabilidade que um avanço poderá talvez se produzir tanto em um campo como em outro” (Ansermet, 2013, p. 47).

Corroboramos com a ideia de Ansermet (2013) no que diz respeito ao avanço que a psicanálise pode possibilitar ao conhecimento científico. A psicanálise admite um excesso nunca alcançável pela linguagem e se interessa pelos efeitos desse real que escapa, ao contrário

das ciências que tentam tamponá-lo a todo custo, com o propósito ideal de encobrir toda verdade. Nas palavras de Pinto (2001):

[...] a descrição do próprio método psicanalítico terá sempre a marca do impossível e, o seu resultado, a marca do contingente. Dito de outro modo, somos castrados em relação à possibilidade de descrição plena do método como a Academia certamente gostaria, pois não contamos com o saber para dar conta da verdade. E a Academia bem que poderia aprender um pouco com a psicanálise (p. 83).

Em se tratando do tema de nossa pesquisa, o bebê e as implicações de sua hospitalização precoce, entendemos que, se Spitz, teórico do qual partimos em nossas balizas teóricas, segue a linha das ciências, buscando um retorno da teoria psicológica ao método científico, a psicanálise e seu método clínico pode propiciar-lhe um avanço. Spitz abriu um campo de conhecimento e trouxe importantes contribuições teóricas e práticas, como vimos. Mas foi na contramão do método freudiano, eminentemente clínico. A direção de Spitz foi importante para consolidação de seu trabalho, mas notamos que a psicanálise não mais se desobriga a elucidar e intervir sobre o bebê por ele estar em período pré-verbal, como observou Spitz em sua época. Por acreditarmos que as pesquisas de Spitz podem avançar com outras perspectivas é que partimos delas para depois trazer outras formulações teóricas. Por isso, sustentamos um debate sobre as principais contribuições do autor e uma leitura diferenciada de seus construtos teóricos.

Jerusalinsky (2007), no livro *Psicanálise e Desenvolvimento Infantil: um enfoque transdisciplinar*, organizado e escrito por ele e colaboradores de diferentes áreas, aponta os desafios da prática com crianças com problemas de desenvolvimento e sustenta a possibilidade de uma clínica transdisciplinar. O autor, ao apresentar o livro, demarca três momentos que marcaram a prática na qual se baseou as discussões desta obra. O primeiro é marcado por uma simples “justaposição multidisciplinar” (Jerusalinsky, 2007, p.9), na qual a diversidade de linguagens e de formações técnicas abalizam as tentativas de compartilhar conceitos de diferentes áreas. O segundo momento, que o autor caracteriza como interdisciplinar, surge das convergências de diferentes saberes, estas derivadas da própria prática com a criança, e produzem questionamentos, reformulações e aparentes superposições conceituais.

No entanto, de acordo com Jerusalinsky (2007), a pesquisa clínica e a assistência à criança provocam o confronto aos limites dos saberes sobre o infantil, impondo uma necessidade de remodelagens que considerem a especificidade de cada ato clínico e seus efeitos transferenciais, instaurando o tempo de uma prática transdisciplinar. Assim, para além de conservar a especificidade de cada especialidade, o foco e a preocupação recaem sobre o sujeito em curso, e isso condiciona cada procedimento técnico. Poderíamos dizer, então, que a experiência ilustra o método clínico aplicado ao campo do desenvolvimento infantil?

As pontuações de Jerusalinsky (2007) faz-nos lembrar dos desafios da prática clínica e das exigências às quais o caso nos convoca. Mesmo na medicina, campo que poderíamos imaginar mais delimitado em suas técnicas se comparada à psicanálise, a incerteza da evolução e dos efeitos de sua prática se evidenciam. Não há como saber como cada paciente responderá ao tratamento, mesmo organicamente, que dirá se considerarmos os vários aspectos do indivíduo, haja vista ser o biológico apenas uma de suas facetas, assim dividido didaticamente a partir do método científico. Assim, no momento no qual o foco é o sujeito, ofusca-se o saber de cada profissional, saber acabado e já constituído, para se considerar o caso em sua singularidade. Assim, não há como ter um ideal a ser buscado, mesmo que se possa ter objetivos delimitados, seja qual for o campo de atuação, mesmo que a atuação seja multiprofissional, como conta Jerusalinsky (2007) ao apontar a possibilidade de uma prática transdisciplinar.

No nosso ponto de vista, a perspectiva da clínica como método de trabalho em psicanálise pode contribuir também com o conhecimento científico dentro dos temas psicanálise e bebês, considerando o incomensurável e o caso em sua singularidade, mantendo-nos, assim, referidos à ética psicanalítica. Se optamos partir de Spitz, que enfocou tanto as mensurações, acreditamos que podemos progredir em seu pensamento calcado no observável, para considerar os elementos transferenciais que jogam em presença da criança e do semelhante – próximo auxiliador - a partir da consideração do Outro e de seus efeitos sobre ambos. Assim, nossa intenção foi discutir como conceber seus postulados na contemporaneidade, com os recursos teóricos e clínicos da psicanálise e sustentados em sua ética.

Agora, com nossas bases teóricas e metodológicas esclarecidas, podemos discorrer sobre o bebê doente e hospitalizado ao nascer, os possíveis impasses desta situação e as saídas elaboradas pelos sujeitos envolvidos. Em nossa revisão teórica, interessou-nos discutir sobre as operações primordiais para a constituição do sujeito, problematizando a função dos pais neste contexto, com o objetivo de embasar a investigação sobre os efeitos psíquicos da doença e da hospitalização do recém-nascido. Entender tais operações permite-nos investigar como estas se dão na situação de doença e de hospitalização do bebê e os ímpetos para a subjetivação da criança que a vivência pode impor. Partindo do singular de cada caso, a pesquisa nos possibilitará pensar sobre prováveis impasses nas condições necessárias à constituição do psiquismo e às intervenções possíveis e necessárias nestes casos, mantendo-nos, assim, referidos à ética psicanalítica.

No próximo capítulo, entraremos no debate sobre a patologia e a hospitalização do bebê ao nascer, para, então, discutir sobre os efeitos desta vivência para as famílias participantes da pesquisa.

## CAPÍTULO 4

### IMPLICAÇÕES DA DOENÇA E DA HOSPITALIZAÇÃO DO BEBÊ AO NASCER

*“Eu manifesto a minha grande vontade de querer levar a minha vitorinha para casa, e saber que no momento não é o que posso fazer.*

*Manifesto contra estas mães que não estão nem aí para seus filhos, contra as mães que na gravidez fumam, usam drogas e no fim acabam dando e até mesmo vendendo seus filhos por drogas.*

*Manifesto contra minha ansiedade, manifesto a vontade de poder fazer o tempo passar bem rapidinho, num piscar de olhos pois sei que cada segundinho é muito bom para o desenvolvimento da minha bebê.*

*Manifesto este pensamento ruim de querer sumir pelo menos 1 mês, esquecer um pouco das lutas, mas sei que minha presença é muito importante para ela e sinceramente não consigo ficar um dia sem ver minha florzinha mais linda.*

*E no fim manifesto contra meus seios, que não estão produzindo muito leite, pois fico muito nervosa com isso”*

*(Depoimento de uma mãe durante internação do bebê recém-nascido prematuro no Hospital Odilon Behrens, em Belo Horizonte, no grupo de pais, depois de direcionada a escrever sobre o que gostaria de manifestar).*

No capítulo anterior, discorremos sobre o método de Spitz, diferenciando-o do método psicanalítico. Este último é o que buscamos como direção e sustentação para nossa investigação teórica e pesquisa de campo, configurada por entrevistas clínicas, com o objetivo de averiguar os possíveis efeitos para a família da doença e da hospitalização do bebê ao nascer. Mas, antes de apresentar os resultados das entrevistas realizadas, é preciso discutir sobre as possíveis implicações da situação de doença e de hospitalização precoce a partir da literatura e da discussão traçada nos primeiros capítulos.

Neste sentido, faz-se necessário tratar sobre as consequências da doença e da hospitalização do recém-nascido, que impõem os sintomas e as sequelas da patologia, o privam do contato e do cuidado contínuo dos pais, além de o exporem a um ambiente aversivo, desfavoráveis ao seu adequado desenvolvimento.

Vimos com Spitz (1998) a dependência total que o bebê experiencia em relação ao outro nos primeiros meses e anos de vida. A psicanálise aponta que tal dependência não se refere à satisfação de necessidades, mas a sua constituição subjetiva, a sua entrada na linguagem. Como vimos, a partir da perspectiva psicanalítica, Ansermet (2003) contrapõe o modelo utilizado por Spitz para compreender a relação mãe-filho, que valoriza a mãe que falta, a carência simbólica provocada pelo fracasso de uma função. O que o autor coloca é que não se trata da mãe concreta, como sustentou as teorias do desenvolvimento, mas da mãe em sua função, cuja resposta transforma grito em demanda. Neste sentido, a criança rejeitada e abandonada deprime reagindo ao anonimato dos cuidados, quando é considerada um simples objeto manipulado, sendo a sua sobrevivência o único objetivo, o que pode ocorrer mesmo com a mãe presente. Assim, as

crianças carentes sofreriam por não estarem marcadas com o desejo do Outro, sofrendo de um excesso de real, seja pela ausência da mãe, seja pelo excesso de uma presença concreta, operatória.

Mas e no caso do bebê que nasce com patologia e precisa ficar hospitalizado, circunstância em que o objetivo é salvar e curar seu corpo? Que impactos a situação tem neste processo de falicização e antecipação do sujeito na criança? E com relação às respostas do bebê, já exposto à patologia e à hospitalização? Para os pais, ocorre uma quebra no planejamento relacionado ao filho, uma ruptura importante na vida da família. Que implicações podem acarretar, então, a patologia e a hospitalização na vivência familiar de chegada do bebê? A estes bebês são associados muitos riscos. Haveria, então, possibilidade e necessidade de intervenção da psicanálise? Debatamos sobre esses aspectos.

#### 4. 1. Contextualizando a internação neonatal

*“[...] o chefe do serviço havia chamado uma mãe para anunciar-lhe, todo contente, que seu bebê, hospitalizado por prematuridade há três meses, estaria de alta na semana seguinte. Não havia ficado com nenhuma sequela, e passava maravilhosamente bem.*

*Para seu grande espanto, essa mãe responde que estava muito contente por saber que ele estava bom, mas não o queria de volta de modo algum: ‘Fique com ele’, disse. [...]*

*Expliquei-lhes que não bastava salvar as crianças, que era preciso também salvar o laço entre elas e suas mães.” (Citação do texto “Da pulsão de morte ao desejo de vida, ou as vicissitudes de uma terapia intensiva”, de Catherine Mathelin, in: Wanderley, 1999, p. 62).*

As patologias apresentadas pelos bebês ao nascer, que resultam na necessidade de tratamento e de hospitalização, são principalmente prematuridade (bebês nascidos até 37 semanas e peso inferior a 2,5 quilos), anomalias e patologias congênitas, síndromes genéticas, sofrimento fetal (decorrentes da prematuridade ou não) ou algum quadro de insuficiência transitória. Nestes casos, o bebê fica retido em uma Unidade de Tratamento Hospitalar, não podendo ser acompanhado e cuidado em tempo integral pela família como seria se estivesse saudável e, portanto, no Alojamento Conjunto<sup>20</sup> e, posteriormente, em casa. Quando internado, o recém-nascido necessita de tratamento intensivo ou intermediário, dependendo de sua gravidade, que implica em cuidados especializados médicos e de outros profissionais de saúde e, por conseguinte, procedimentos técnicos e rotineiros inerentes ao ambiente hospitalar, muitos

---

<sup>20</sup> Alojamento conjunto é a enfermaria da maternidade onde fica o binômio mãe-bebê (assim denominado pelas políticas de saúde) logo após o nascimento. Neste alojamento, o bebê permanece junto à mãe, sendo cuidado e amamentado por ela em tempo integral, tendo o apoio da equipe médica, de enfermagem e outros profissionais de saúde, conforme necessidade. O Ministério da Saúde preconiza este modelo de atendimento ao bebê recém-nascido e sua mãe (Brasil, 2014; Brasil, 2011; Minas Gerais, 2005).

dos quais não podem ser realizados com a presença da família. (Brasil, 2014; Brasil, 2012; Brasil, 2011; Minas Gerais, 2005; Scotellaro et al., 2008).

É preciso colocar que, além dos fatores mencionados, em geral, os bebês permanecem internados por um período significativamente maior do que seria se tivessem nascido sem intercorrências e, conseqüentemente, sem necessidade de tratamento hospitalar<sup>21</sup>. O fato exige uma série de adaptações da família, que, geralmente, planeja ter o bebê e logo em seguida ir para a casa. Isso quer dizer que os pais devem se organizar para acompanhar o filho em tratamento, muitas vezes deixando a casa, a família, a cidade, o trabalho, outros filhos, enfim, suspendendo toda sua rotina de vida. Acontece, também, de os pais não terem condições de acompanhar o bebê internado, o que geralmente mobiliza incômodos na família. No hospital, os pais não podem cuidar do bebê como fariam em casa, ficando, então, impossibilitados de construir uma maneira própria de exercer os cuidados. Uma vez que o filho necessita de cuidados especializados, os pais, ao contrário, devem buscar adaptar-se à rotina hospitalar.

É notável que a incorporação tecnológica tem gerado avanços no tratamento intensivo neonatal, reduzindo sensivelmente a mortalidade dos recém-nascidos e permitindo a sobrevivência de bebês cada vez mais prematuros e de menor peso. No que diz respeito aos prematuros, importante público do tratamento neonatal, Segatto, Anauate e Buscato (2008) mostram que, até os anos 70, 80% dos bebês nascidos com menos de 1.200g não sobreviviam, ao passo que, a partir dos anos 80, este percentual reduziu para 20%. Ou seja, em 10 anos houve uma inversão dos valores.

No entanto, a internação neonatal implica em conseqüências negativas importantes envolvendo a criança e sua família. Isso porque as patologias desenvolvidas pelos recém-nascidos internados, associadas às medidas adotadas nas Unidades de Tratamento Neonatais na busca por sua sobrevivência, podem acabar repercutindo no seu desenvolvimento futuro. Além disso, a internação provoca a separação entre pais e bebês, num momento em que a proximidade entre eles é fundamental, como demonstra tanto as teorias desenvolvimentistas quanto a psicanálise, como vimos (Brasil, 2011; Paim, 2005; Scotellaro et al., 2008).

As discussões e as práticas atuais relacionadas ao tratamento neonatal, neste sentido, preconizam o cuidado humanizado, que inclui o controle da manipulação ao bebê e da ambiência, mas, principalmente, uma rotina que valoriza a participação da família nos cuidados ao bebê, na tentativa de minimizar os efeitos aqui mencionados. Como exemplo, temos o

---

<sup>21</sup> A internação neonatal é considerada prolongada se comparada a outras unidades do hospital geral, tendo como tempo médio de permanência 16 a 20 dias. Cada bebê fica hospitalizado de acordo com seu quadro e tratamento, sendo que este tempo pode variar de 2 dias até meses (Scotellaro et al, 2008).

Método Canguru - regulamentado por portaria do Ministério da Saúde, em 2007 - que valoriza de maneira especial o contato da família com o recém-nascido, considerando-o como a principal forma de tratamento, desenvolvimento e ganho de peso do bebê prematuro. A adoção de medidas relacionadas ao chamado cuidado humanizado é consolidada pelo pressuposto da importância fundamental da participação da família no cuidado ao bebê para a chamada constituição do vínculo afetivo entre os pais e a criança e, conseqüentemente, para o seu desenvolvimento global<sup>22</sup> (Brasil, 2012; Brasil, 2011; Lamy et al, 2005; Paim, 2005).

Vale apontar, no que concerne à hospitalização do bebê, que é consenso na literatura atual, com respaldo em diferentes perspectivas teóricas, a importância fundamental do acompanhamento da família ao bebê internado para o favorecimento de sua recuperação e a minimização dos efeitos decorrentes da internação (Brasil, 2012; Brasil, 2011; Lamy et al., 2005; Paim, 2005). Todavia, se fizermos um breve recorte histórico, notamos que a participação da família nos cuidados ao recém-nascido internado sofreu mudanças ao longo dos anos. Historicamente, a emergência do reconhecimento do papel da família no tratamento neonatal é atribuída por muitos autores ao trabalho realizado por Pierre Budim, obstetra francês, na primeira década do século XX, na França. Este profissional interessava-se não só pelas mães, mas também pelos bebês internados, permitindo que as mães amamentassem seus filhos durante a internação. Com as altas taxas de morbidade e mortalidade infantil da época, era esperado que

---

<sup>22</sup> Consideramos importante pontuar que as teorias psicológicas – do desenvolvimento infantil e do desenvolvimento do apego - são o alicerce das políticas de humanização praticadas nos hospitais e sustentam a rotina de incentivo à presença dos pais para acompanhamento aos bebês. Spitz é importante referência no campo do desenvolvimento infantil, como vimos, assim como Winnicott (2006). Podemos citar como representantes das teorias do desenvolvimento do vínculo ou teorias sobre o apego Bowlby (1990), Brazelton e Cramer (1992) e Klaus e Kennel (1992). Esses teóricos propõem-se a estudar sobre o vínculo entre pais e filhos e o processo pelo qual este se desenvolve. Bowlby (1990) foi o primeiro a estudar as primeiras relações entre pais e filhos e conceber a ideia de um desenvolvimento do apego. Assim como Spitz, ele utiliza “*observações do comportamento de crianças em situação de vida real*” (Bowlby, 1990, p. 5), e propõe-se a estudar a perda da figura materna na infância e descrever os processos psicológicos e psicopatológicos que resultam desse evento, considerando-o uma experiência potencialmente patogênica para o desenvolvimento da personalidade. Confirmando as ideias de Spitz e Winnicott, Bowlby (1990) considera que a forma como a criança se comporta em relação a sua mãe, na sua presença ou ausência, está associada ao desenvolvimento de sua personalidade. É interessante notar que tanto os representantes das teorias do desenvolvimento infantil quanto os da teoria do apego aqui referidos, mesmo recorrendo à pressupostos diferentes em alguns aspectos, atribuem importância fundamental à mãe na vida e no desenvolvimento da criança. Klaus e Kennel (1992) afirmam que o apego é crucial para a sobrevivência e desenvolvimento do bebê, constituindo-se o laço original entre pais e filhos como a principal fonte para todas as ligações futuras da vida da criança. Brazelton e Cramer (1992), por sua vez, apresentam os elementos essenciais da interação pais-bebê, que são básicos e necessários para qualquer relação bem sucedida entre eles. Esses autores descrevem, assim como Klaus e Kennel, as etapas nas quais o vínculo afetivo é desenvolvido, desde antes da gestação até os momentos da gravidez e pós parto, discorrendo sobre a interação com o bebê. Vale ressaltar que é consenso entre os teóricos que o período inicial da vida da criança é um período crítico, sendo fundamentais as primeiras interações com os familiares para que o vínculo aconteça.

Como discutimos nos capítulos anteriores, a psicanálise nos fornece uma perspectiva diferente desta relação pais e bebê - perspectiva na qual temos baseado nosso trabalho - e permite-nos aprofundar nas razões porque o agente materno é tão fundamental na vida da criança, considerando sua constituição enquanto sujeito.

Entretanto, entendemos ser válido ao menos citar as outras teorias que são aludidas nas políticas de saúde.

o recém-nascido pré-termo não sobrevivesse. Desta forma, o incentivo ao acompanhamento dos pais ao bebê hospitalizado, marca do trabalho de Budim, aliado à invenção da incubadora, contribuiu para uma mudança de ponto de vista a respeito desses bebês. Cabe apontar que foi Budim quem idealizou e promoveu o uso de incubadoras de vidro, para que os pais pudessem olhar e cuidar de seus filhos (Brasil, 2011; Klaus & Kennel, 1982; Klaus & Kennel, 1992; Paim, 2005).

No entanto, a publicização do método de Budim por um de seus alunos, Martin Couney, levou à exclusão da família nas Unidades de Tratamento Intensivo Neonatais. Isso porque Couney divulgou para médicos alemães a “chocadeira infantil” para bebês prematuros, conseguindo sucesso comercial e clínico, mas, uma vez que não permitia que a família acompanhasse o tratamento e os cuidados dos bebês, encontrou dificuldades em convencer os pais a aceitarem os filhos após a alta hospitalar. (Klaus & Kennel, 1982; Klaus & Kennel, 1992; Paim, 2005)

Klaus e Kennel (1982), Klaus e Kennel (1992) e Paim (2005) expõem as intensas críticas que a proposta de Budim sofreu nesta época devido às altas taxas de mortalidade de recém-nascidos hospitalizados provocadas por infecções hospitalares. O fato levou ao isolamento dos bebês, mesmo sem patologias, sendo as visitas impedidas, na tentativa de evitar a disseminação de infecções. A década de 40 foi marcada pela regulação das Unidades Neonatais com vistas ao controle de infecções. O conjunto de regulamentos dessas unidades incluía as visitas dos pais somente por 30 a 60 minutos uma ou duas vezes na semana, o uso de máscaras, gorro e aventais pela equipe, uma rotina de limpeza que excluía os pais, mamadas de leite materno administradas por conta-gotas e manipulação mínima dos bebês internados.

É somente a partir da década de 60 que começam a ficar claros os efeitos da separação dos bebês hospitalizados da família. Tais mudanças estão relacionadas ao início dos estudos sobre a formação do vínculo e a relação entre pais e bebês internados, que foram provocados, na época, pelo fato de profissionais de unidades neonatais observarem que alguns dos bebês que permaneciam internados, após receberem alta para casa da família, retornavam aos hospitais com sinais de maus tratos<sup>23</sup>. E o que os teóricos do desenvolvimento evidenciaram em seus estudos é que o vínculo não é um fato garantido com o nascimento do bebê, mas deve ser construído, processo em que a interação entre pais e filhos é fundamental. Neste mesmo sentido,

---

<sup>23</sup> Vale lembrar que as pesquisas e teorias psicológicas do desenvolvimento infantil, entre elas está incluído Spitz, ficaram em evidência a partir da década de 60, ressaltando o papel fundamental da mãe para o desenvolvimento infantil, como vimos (Brasil, 2011; Winnicott, 2006; Spitz, 1998).

pesquisas demonstraram que o nascimento pré-termo e a hospitalização precoce são comuns em histórias de crianças violentadas ou com atraso no desenvolvimento sem causa orgânica detectável (Brasil, 2011; Brazelton & Cramer 1992; Costa, 2015; Klaus & Kennel, 1992; Paim 2005; Wanderley, 1999).

Klaus e Kennel (1992) mencionam a chamada “síndrome *failure to thrive*”, na qual o bebê não cresce, não ganha peso, nem apresenta progresso motor ou comportamental durante os primeiros meses em casa, mas apresenta rápidos avanços em todos os aspectos do desenvolvimento quando recebe um “cuidado afetivo” durante a hospitalização (Klaus & Kennel, 1992, p. 55).

É importante destacar que o que é observado atualmente pelos profissionais de unidades que estimulam a participação da família no tratamento e nos cuidados do bebê hospitalizado é que a presença da família não aumenta o índice de infecção hospitalar. E hoje os pais são estimulados a participarem dos cuidados do filho, como medida para tentar evitar consequências negativas da hospitalização para a vida da família (Brasil, 2012; Brasil, 2011).

No que se refere ao desenvolvimento da criança, Klaus e Kennel (1992) afirmam que surgiram muitos estudos sobre a estimulação infantil que possibilitaram uma conexão entre o papel materno e o desenvolvimento do bebê, ressaltando a importância da estimulação também para o bebê hospitalizado:

Se um pequeno prematuro é tocado, embalado, acariciado ou trazido ao colo diariamente, durante sua permanência no berçário, ele apresenta menos períodos de apneia, um ganho de peso aumentado, menos liberação de fezes e um avanço em algumas áreas mais altas de funcionamento do sistema nervoso central (Klaus & Kennel, 1992, p.183-184).

A psicanálise permite-nos entender melhor em que consiste essa suposta necessidade de estímulo do bebê, evidenciando o circuito pulsional e a entrada na rede significativa materna que estão em jogo na estimulação, como discutimos.

Com relação à família, podemos considerar as expectativas e as idealizações acerca do bebê que se estabelecem antes e durante a gestação e os consequentes impactos provocados pela doença e pela necessidade de hospitalização do recém-nascido. Segundo as teorias do vínculo, com o nascimento do bebê, os pais devem elaborar o luto pela perda do bebê imaginado e idealizado no período da gestação a partir de suas fantasias, já que o bebê da realidade, mesmo sendo a termo e sadio, nunca é igual ao bebê idealizado pelos pais. No entanto, nesta perspectiva, esse processo é intensificado quando o bebê é de alto risco, visto que os pais, além de terem que elaborar o luto pela perda do que os autores denominam bebê imaginário

(fantasiado antes e durante a gestação), vivem também o temor da perda do bebê da realidade, que corre risco de morte (Brasil, 2011; Klaus & Kennel, 1992; Paim, 2005).

Klaus e Kennel (1992) apresentam algumas formulações acerca dos sentimentos de pais de bebês prematuros a partir de entrevistas realizadas com eles. Os autores afirmam que a reação mais frequente entre as mães estudadas estava associada a sentimentos de fracasso e de incompetência. As mães relacionavam o nascimento prematuro a um defeito pessoal, geralmente físico, e a separação do bebê indicava sua inadequação como mãe, de forma que elas se sentiam incapazes de cuidar dos próprios filhos. Klaus e Kennel (1992) apresentam o trabalho de pesquisadores que se propuseram a investigar o contato entre pais e bebês internados e indicam a presença dos pais para acompanhamento aos filhos nas unidades de tratamento neonatais:

Os investigadores observam diferenças entre as mães recebidas no berçário e aquelas excluídas. Aquelas que entraram no berçário, mostravam um maior comprometimento com o filho, mais confiança em suas capacidades como mães e maiores habilidades de estimulação e atendimento ao bebê (Klaus & Kennel, 1992, p.190).

Dittz et al. (2008) e Duarte (2007) também afirmam que a participação precoce dos pais no cuidado pode gerar benefícios que incluem a diminuição do estresse, o aumento da confiança e das habilidades no cuidado, a ampliação de conhecimentos sobre a condição de saúde do bebê e suas necessidades de cuidados, melhorando o desfecho das crianças e facilitando a transferência para casa.

Mas o que nos mostram de fato estes dados? Afinal, não é porque o bebê precisa inserir-se em uma rede simbólica para se fazer sujeito de fala e desejo que ele é tão dependente dos pais? E os pais, para incluí-lo na linhagem familiar, não precisam antecipá-lo como sujeito e dirigir a ele um desejo não anônimo? Eles não devem, para isso, tomar o bebê como deles e por isso é tão importante que eles participem dos cuidados do filho mesmo que ele necessite de tratamento? Como ressalta Coriat (1997), para constituição de um sujeito, é necessária “a circulação do desejo entre as crianças e seus pais” (p. 17).

Pensem sobre a hospitalização do bebê a partir da contribuição da psicanálise.

#### **4.2. A contribuição da Psicanálise no contexto da patologia e da hospitalização do bebê**

*“[...] não nos interessa a produção de autônomos por melhor que funcionem. Para nosso pequenos pacientes e para nós: Que interesse pode ter aprender a caminhar se o que nos move não é algum ponto ao qual desejamos chegar, ainda que, ao chegar, nos demos conta de que queríamos outra coisa?” (Coriat, 1997, p.72).*

A psicanálise trata da criança (*infans*) em termos de sua constituição subjetiva e dos tempos lógicos - não cronológicos, mas estruturais - e operações necessárias à esta subjetivação. Nesta perspectiva, consideramos também que o bebê está em um período crítico para sua constituição enquanto sujeito, uma vez que é necessário que tenha um espaço psíquico ou lugar simbólico para se constituir, ou seja, precisa ser antecipado como sujeito, que a ele seja dirigido um interesse particularizado, um desejo não anônimo, que seja falado pelo Outro, para que possa advir. As referências ou significantes da história dos pais/ cuidadores (daqueles que exercem estas funções), que eles dirigem à criança, são o que dão a ela sua condição de possibilidade de subjetivação.

Contudo, vale questionar se o chamado cuidado humanizado dá conta dos impasses da hospitalização do recém-nascido que dizem respeito às possíveis sequelas da patologia e da internação para a vida da criança e da família. Nas palavras de Mathelin (1999): “o contato pele a pele, a escuta benevolente da mãe, o acolhimento do bebê por meio da fala, como humano no mundo dos humanos, é certamente indispensável; mas é suficiente?” (p. 19).

Entendemos que o incentivo à participação da família no tratamento neonatal foi um avanço histórico importante, mas cabe refletir se a presença da família garante a circulação do desejo entre pais e criança e sua subjetivação. Sabe-se, com o que a teoria psicanalítica nos fornece, que não basta a presença concreta da mãe para que a constituição subjetiva aconteça. O que está em jogo aí, além das limitações físicas da criança? E como se dá o processo de antecipação do sujeito no bebê e a circulação do desejo num ambiente de hospital, no qual a mãe se vê desprovida de sua função, sem possibilidade ou com dificuldades de exercê-la, já que o bebê necessita da equipe profissional e de cuidados especializados, cujo objetivo é a sua sobrevivência, o tratamento do seu corpo?

A literatura aponta, além das consequências físicas a que estão submetidos os bebês doentes e hospitalizados ao nascer, riscos psicossociais – relacionados à possibilidade de sofrer maus tratos, ser violentados ou ter atraso no desenvolvimento psicomotor – como vimos. Mas em que a psicanálise pode nos auxiliar na reflexão sobre esses supostos riscos?

Como vimos, é por ser instaurada a falta entre S1 e S2 que o sujeito passa a ser representado por um significante para outro significante, aparecendo nos intervalos da cadeia simbólica. Mas, e se, no caso do bebê que apresenta patologia ao nascer, não houver deslizamento de um discurso próprio aos pais e a criança só possa ser aquilo que a palavra estanca, paralisa no saber médico referente a sua condição orgânica e doença?

Vorcaro (1998) discute, a partir de sua prática clínica, sobre as doenças graves na infância, com foco nas patologias neurológicas infantis, propondo pensar em como as ameaças

ao desenvolvimento orgânico pleno que a doença provoca podem incidir sobre a estruturação subjetiva da criança. A autora lembra da dependência concomitante da criança, referindo-se ao seu desenvolvimento orgânico e à lógica da estruturação do sujeito. Discorre também sobre o imaginário social acerca da infância como esperança para o futuro, que define o que a criança é pelo que ela poderá ser. Segundo a autora, a insuficiência, tanto orgânica quanto subjetiva do neonato, reforça esta aderência imaginária, exigindo de seus cuidadores a construção de um sujeito imaginariamente antecipado e idealizado. Se esta aposta no vir-a-ser é condição estrutural para a subjetivação do bebê, permitindo a inscrição do organismo na linguagem, como já discutimos, é a tensão produzida por esta aposta que causa sua singularização, de acordo com Vorcaro (1998).

A partir destas constatações, podemos pensar, como a autora, na incidência da morbidade sobre o desejo que a criança condensa, uma vez que se configura como uma lesão que atinge o sujeito imaginado pelos pais, tendo efeitos em toda rede de significações nas quais a criança se estrutura. A doença grave, neste sentido, pode provocar uma ameaça ao ideal que a criança encarna para os pais, uma vez que destitui a possibilidade de realização deste ideal. Se a criança é doente, não pode ser uma criança com saúde e, conseqüentemente, uma criança perfeita, de tal forma que não pode corresponder à criança esperada pelos pais (Vorcaro, 1998).

Podemos lembrar que, em nosso cotidiano, sempre escutamos pais dizerem acerca da chegada de um bebê e das expectativas que depositam na criança que virá: “o importante é ter saúde”. É comum ouvirmos esta frase durante a gestação do bebê. Ou seja, ter saúde é, em linhas gerais, o primeiro desejo manifesto pela família, mesmo que eles recorram ainda a muitas outras idealizações acerca do filho que vai nascer, que tenham relação com a história da família, particularmente. Portanto, a saúde é um desejo da família e uma premissa do imaginário social referente à criança, que representa o futuro da humanidade.

Vorcaro (1998) sustenta que, embora a estruturação subjetiva não resida no orgânico, uma doença grave pode definir a estruturação do sujeito, se “tornar-se o traço prevalente através do qual ele é reconhecido pelos agentes parentais e pelos agentes do seu tratamento” (p. 335). Para a autora, trata-se de situações em que a importância da doença adquire tamanho privilégio que a criança passa a ser identificada e definida pela patologia que possui. Desta forma, a impotência representada pela doença impede que a criança concreta coincida com a criança fantasiada pelos pais, já que não pode responder às expectativas que eles construíram para ela, o que leva os pais a suspenderem seu desejo de filho ideal. A insuficiência manifesta na doença grave pode atingir os agentes materno e paterno de tal forma que busquem transferir suas funções ao saber especializado para tratá-la, uma vez que não detêm este saber, necessário para

o cuidado de seu filho. Ficam, assim, em função deste saber científico, que os orientam na realização do tratamento mais eficaz e adequado para a criança.

Portanto, segundo Vorcaro (1998), “a doença grave provoca um deslocamento não apenas da identidade atribuída à criança”, mas também da posição dos pais, já que a condição da criança não permite que ela seja “reconhecida e nem cuidada por meio do saber parental” (p. 336). A insuficiência orgânica da criança implica na insuficiência dos pais, na medida em que desloca suas funções para os especialistas, agentes de saúde. A palavra do especialista adquire tal primazia para os pais que eles tomam essas palavras como referências fixas, orientando seu laço com a criança: “Afinal, pelo bem da criança e, diante dos argumentos científicos do especialista não resta alternativa aos pais senão guiar-se pelo saber anônimo da verdade da ciência, já que não podem mais orientar-se por seu desejo” (Vorcaro, 1998, p. 337).

Neste contexto, podemos dizer que o prognóstico médico torna-se uma profecia, que determina como a criança vai ser e localiza seu lugar na família: o de doente que necessita de um cuidado especializado.

Vorcaro (1998) lembra que a nomeação diagnóstica pode adquirir tamanha pregnância que chega a destituir o nome-próprio da criança, substituindo-o: ela passa a ser nomeada pelo nome de sua doença. Conforme a autora, estabelece-se, assim uma nova filiação, já que:

A paternidade, dada pelo nome-da-síndrome baliza, referencia e justifica os atos, falas e condutas da criança, deslocando-a da possibilidade de situar-se a partir de sua ordem própria de filiação. Inserir uma criança no laço social como “aquela Rett”, “ele é pc”, “meu filho é Asperger” é submetê-la ao registro orgânico, é amputar sua singularidade subjetiva (Vorcaro, 1998, p. 337).

Neste sentido, a gravidade atribuída à doença depende da rede discursiva em que a mesma é inscrita, uma vez que:

[...] não se limita ao grau de morbidade orgânica da patologia, mas inclui, ainda, o seu efeito de ameaça à significação que a criança condensa. Afinal, a estruturação do sujeito é o percurso desde o momento em que um adulto atribui significação para o organismo neonato, até o momento em que ela mesma, a criança, pode evocar e referir-se à sua significância, num laço social. Se seu maior atributo de reconhecimento é a insuficiência, ele pode solapar as operações regidas pela significação que constituem a estruturação subjetiva (Vorcaro, 1998, p. 338).

Vorcaro (1998) sustenta, assim, que “o comprometimento do *deficit* orgânico num sujeito inconstituído, não se limita aos danos que doença pode provocar ao desenvolvimento”, mas é também “transferido da ordem orgânica para a ordem subjetiva, encampando sua estruturação, pelos graves efeitos imaginários do *déficit* nos agentes de seus cuidados e de seu tratamento” (Vorcaro, 1998, 338).

Martins e Vorcaro (2015) evidenciam os intensos efeitos desorganizadores na subjetividade materna na clínica de tratamentos médicos de alta complexidade em casos de má formação congênita, devido ao sofrimento causado pela radical ruptura das expectativas do filho idealizado. Apontam, assim, a vulnerabilidade subjetiva na qual esses bebês se encontram, não apenas pela determinação dos cuidados intensivos, mas por causa do impacto que essa cena provoca na construção do laço mãe-bebê, podendo produzir efeitos desorganizadores para a entrada do sujeito no simbólico. Segundo as autoras, “o impacto causado pelo organismo neonato sobre o olhar da mãe pode desarvorá-la, desencadeando um descarrilamento simbólico que retira mãe e filho do campo simbólico fundamental para a constituição do sujeito” (Martins & Vorcaro, 2015). Elas pontuam a possibilidade de a mãe, desolada e desamparada por identificar-se com seu bebê, tomar o diagnóstico de má formação como sendo má formação própria, o que impõe uma lacuna no que se supunha ser lugar de plenitude ou re-sublinha o fracasso como mãe ou como mulher. Neste contexto, ainda, segundo Martins e Vorcaro (2015), a angústia de perder um filho pode mesclar-se ao desejo de perdê-lo.

Apoiando as ideias de Vorcaro (1998) e Martins e Vorcaro (2015), Lima (2003) discute sobre a clínica da criança organicamente atingida. A autora lembra a importância da construção de um sujeito imaginário feita pelos pais - ao sonharem com o filho ideal - para constituição subjetiva do bebê que, por sua insuficiência orgânica, dependem totalmente de um Outro para sua inserção no universo simbólico. Conforme Lima (2003), “quando o bebê não se reconhece em um corpo, nem o sustenta sozinho, é o investimento materno que o ampara, ao contornar este corpo, conferindo-lhe significação”, imaginando e significando esse corpo “como uma antecipação, necessária à constituição subjetiva” (p. 105). De acordo com a autora, a criança que apresenta algum problema orgânico aponta para um furo no ideal construído pelos pais:

A criança não só é abruptamente deslocada desse lugar de ideal, como também se torna desconhecida, estranha a esses pais que não mais podem reconhecê-la enquanto semelhante, sendo excluída de um lugar possível em seu desejo. A violência do real, destruindo o imaginário, pode bloquear qualquer tentativa de simbolização deste corpo, não emoldurando-o, não permitindo sua falicização, equivalendo a criança a esse puro organismo. A imagem narcísica dos pais se vê atingida, sendo o corpo doente a representação da impossibilidade da extensão narcísica do pai no filho, como um desconhecimento desse ser em falta (Lima, 2003, p. 106).

Para recobrir esse estranhamento, Lima (2003) afirma que vem o saber médico, oferecendo uma identidade para o portador da patologia. Assim, a criança é definida pela patologia que possui:

A marca da patologia pode alcançar tamanha proporção imaginária que, no tempo inaugural da constituição de sua subjetividade, a criança é afetada na sua estruturação identificada com essa imagem

oferecida pelo Outro, não podendo ser nada mais além do que sua patologia a define. Uma mãe disse com relação ao seu filho: ‘Agora já sei o que ele é. Já tenho o diagnóstico dele: ele é X frágil’ (Lima, 2003, p. 107).

A nomeação de um diagnóstico parece poder acalmar os ânimos aflorados pela angústia que o desconhecido causa nos pais. A imagem (totalizante) definida pela patologia, que vem acompanhada por todas as prescrições de como cuidar do doente, ocupa o lugar da falta, tamponando-a. Assim, resta aos os pais apenas fazer valer as prescrições do saber científico, seguir seu protocolo, apagando qualquer possibilidade de dúvida, de falta, ou seja, de desejo e de singularidade.

Coriat (1997), na obra *Psicanálise e Clínica de Bebês: a Psicanálise na Clínica de Bebês e Crianças Pequenas*, oferece valiosa contribuição para a clínica de crianças com problemas orgânicos, ao discutir sobre a atuação do psicanalista em uma equipe de “Estimulação Precoce”, voltada para crianças com deficiência. A autora descreve o trabalho desenvolvido pelo Instituto Lydia Coriat, em Buenos Aires, Argentina<sup>24</sup>, por mais de 30 anos, a partir do qual interroga-se sobre o que o psicanalista poderia fazer pela criança com Síndrome de Down e sua família – principal público atendido no Instituto por uma equipe composta por profissionais de diferentes categorias - e as possíveis explicações para a importância de sua intervenção. Sustenta, assim, que o objetivo é tratar o bebê do mesmo modo como seria feito se não fosse Down, afirmando que “os pais de uma criança com Down ficam situados para sempre como pais de um Down”, o que os impede de se situarem como simplesmente “pais de uma criança” (Coriat, 1997, p.29). Indica: “somos pagos por nada, que o produto mais precioso que vendemos àqueles que nos consultam é [...] um lugar vazio” (Coriat, 1997, p.25). Coriat (1997) explica que:

Ao deixar este lugar vazio, sem pretender preenchê-lo como o conhecimento dos preconceitos (populares ou ‘científicos’) acerca de como deve ser um Down, deixava esse lugar para que esse espaço fosse preenchido de acordo aos desejos dos pais, produzindo uma criança única no mundo (p.29).

Coriat (1997) apresenta, assim, um lugar vazio como condição de desejo e como condição de sujeito. A autora considera que o principal problema dos pais que procuram tratamento para os filhos deficientes é “o que geralmente chamamos superproteção” que, no seu entendimento: “não é a falta de amor, mas seus excessos pela via de suprir” (Coriat, 1997, p. 54). Esses pais, tão preocupados que estão em proteger seus filhos deficientes, não deixam

---

<sup>24</sup> O Instituto aludido tem o nome da mãe da autora, que foi idealizadora do projeto de implantação do trabalho nele realizado.

que nada falte a eles, e é aí que está o problema, já que é preciso que haja falta para que haja desejo e é preciso que haja desejo para que haja sujeito. De acordo com a autora:

Não se estabelece o prezado lugar vazio, condição de desejo, porque aqueles que o rodeiam não lhes ocorre perguntar: que queres? [...] Ao contrário, os pais vão perguntar ao especialista aquilo que não sabem, e este, em tantos casos, intervém tampando toda possibilidade de pergunta com as receitas ditadas pelo saber de uma pseudociência<sup>25</sup> (Coriat, 1997, p. 54).

O tratamento do bebê, nestes casos, propõe objetivos a cumprir em função de um plano de trabalho, à semelhança do tratamento do adulto, impondo à criança e sua família a realização de intensos exercícios, dentro de um programa educativo especial, para tentar suprir o *deficit* orgânico. Isso, conforme Coriat (1997), pode provocar importantes prejuízos para aqueles em quem um aparelho psíquico não está formado, “que ainda não se fez dono imaginário do corpo que habita” (p. 54). Falando do trabalho com bebês, a autora lembra que as marcas inscritas nesse tempo são os alicerces do aparelho psíquico.

Coriat (1997) relata casos de crianças que já tinham passado por um Programa de Estimulação Precoce e chegavam ao Instituto extremamente adaptadas - “crianças autônomas, condicionadas, reeducadas, crianças adestradas; viventes, porém, sem vida” (Coriat, 1997, p. 69). Para a autora, eram seres humanos “tão adaptados que não haviam neles o menor esboço de desejo”, sendo crianças que não brincavam e não causavam problema, porque não faziam nada (Coriat, 1997, p. 48). No entanto, Coriat (1997) lembra que “o desejo é sempre desadaptado” (p. 48). Portanto, seu interesse não se volta para habilidades condicionadas, mas para a questão de como surge o desejo:

[...] não nos interessa a produção de autônomos por melhor que funcionem. Para nossos pequenos pacientes e para nós: Que interesse pode ter aprender a caminhar se o que nos move não é algum ponto ao qual desejamos chegar, ainda que, ao chegar, nos demos conta de que queríamos outra coisa? (Coriat, 1997, p.72).

Neste sentido, a autora sustenta que “na clínica de bebês, no tempo no qual fica em jogo o primeiro giro de sua constituição como sujeito, poderíamos dizer que [a ética da psicanálise] é propiciar o surgimento do desejo” (Coriat, 1997, p. 50). Para ela, recorrer à teoria e à ética da psicanálise configura-se como:

[...] única maneira de não se deixar arrastar pela tendência atual de nossa cultura, que propõe suprir a deficiência orgânica dos bebês com problemas por meio de uma atividade exagerada dos adultos que

---

<sup>25</sup> A autora refere-se também ao “suposto saber da ciência”, criticando o fato de que a maioria dos profissionais das diferentes disciplinas no campo da clínica com bebês exceda-se “nas hipóteses acerca das causas, não cientificamente comprovadas, que guiam seu afazer” (Coriat, 1997, p. 95).

cuidam, obrigando-os a esotéricos exercícios, estando todo dia em cima dele porque ‘coitadinho não pode’ (Coriat, 1997, p. 54).

Assim, a autora compara o trabalho de intervenção precoce ao que todas as mães fazem recorrendo a um saber inconsciente transmitido ao longo de gerações e retrabalhado em cada mãe em função de sua história, falando da importância de se valorizar o que a mãe mais humilde sabe sem saber que sabe.

Coriat (1997) defende que o autismo ou a psicose que se constitui na grande maioria das crianças com problemas orgânicos não se remetem a causas orgânicas, mas sim ao lugar ao qual foram convocados pelo Outro. E afirma que o que causava sua insatisfação com relação aos resultados do tratamento de crianças no Instituto Lydia Coriat não estava associado à patologia ou às limitações orgânicas impostas por esta, mas tinha “relação direta com o lugar que os pais dão ao seu filho em função de sua história e da não elaboração do trauma psíquico produzido neles pela patologia orgânica presente” (Coriat, 1997, p. 50).

Segundo Coriat (1997), “não se trata de ignorar os limites que o real do orgânico de seu corpo impõem no desdobramento da vida de um sujeito” (p. 95), mas considerar que “o sujeito é efeito da marca do significante no real” (p. 96) e é sob estes aspectos que a psicanálise opera. É por isso que a autora afirma ser fundamental a presença do psicanalista na equipe de Estimulação Precoce. Mesmo que os pais sejam aqueles que colocam tais marcas na criança, o profissional que intervém não pode estar “alheio à direção e firmeza com que a mão do Outro inscreve os traços” (Coriat, 1997, p. 97). Conforme Coriat (1997), estas marcas que produzem efeito de sujeito não se fazem de maneira qualquer. É preciso introduzir o *infans* no campo do Outro, convocando-o antes mesmo dele existir no real, como já discutimos no presente trabalho. A autora adverte, no que se refere à criança com patologia: “Há marcas que não produzem efeito de corte e isto tem consequências no real muito mais graves que o real da patologia orgânica, gerando uma estupidez simplória e uma idiotia crônica que são atribuídos a fatores congênitos” (Coriat, 1997, p. 96).

A autora discute sobre o impacto da patologia e da notícia do diagnóstico para os pais, preocupada com os efeitos que este pode ter nestas marcas fundantes, necessárias à constituição do sujeito. Suas ponderações corroboram com as argumentações de Vorcaro (1998), Vorcaro e Martins (2015) e Lima (2003) com relação aos riscos que a patologia podem impor à construção imaginária de sujeito (antecipado e idealizado) feita pelos agentes materno e paterno em relação à criança e, por conseguinte, à sua estruturação psíquica:

Um pai traz seu bebê de três meses e diz: ‘Eu estava feliz com o meu filho. Com o primeiro não pude aproveitar enquanto ele era bebê, não brincava com ele, com este sim. Há duas semanas deram o resultado do exame genético. Quando me comunicaram o diagnóstico algo mudou para mim. Trocaram meu filho. Passei a vê-lo diferente; apareceram traços nele que antes não via’ (Coriat, 1997, p. 93).

Coriat (1997) pontua que nada muda no real do corpo do *infans* no momento do diagnóstico, mas muda a forma como o pai olha para ele. A partir daí, o pai vai dirigir-se ao filho de modo diferente como o teria feito sem o significante do diagnóstico. E, assim, em consequência, não serão estabelecidas no real do corpo do *infans* as marcas que a ele estavam destinadas anteriormente. E daí a importância de intervir sobre os pais e “sobre a articulação significante que opera neles e que comanda cada um dos atos que, em seu relacionamento com o bebê, estabelecem marcas” (Coriat, 1997, p. 105).

No que se refere mais especificamente ao bebê doente e hospitalizado ao nascer, recorremos a Ansermet (2003), que discute sobre a intervenção de um analista na neonatologia, em que a criança é marcada pelo esforço de tratamento e proteção. O autor afirma que, para os pais, algo foi interrompido e é preciso que eles encontrem pontos de referência, se apeguem a algo que façam com que não vivam só no presente com a criança, o que levaria ao risco dela só existir pelo traumatismo. E o traumatismo é justamente o que “resulta de um encontro com um real inassimilável subjetivamente”, ou seja, sem representação para o sujeito (Ansermet, 2003, p. 111).

Agmon, Druon e Friechet (1999) pontuam que o trauma é um evento que ultrapassa as capacidades do sujeito de responder a ele, devido a sua intensidade afetiva. Os autores relatam a experiência deles em um centro de atendimento específico à infância (em Paris) e afirmam que buscavam identificar pontos que poderiam perturbar o início da relação com o bebê. Eles apontam, assim, a importância de, nos casos de internação neonatal, buscar possibilitar a inclusão da criança na história da família, por meio da fala dos pais. A tentativa seria de:

[...] evocar o traumático, fazendo surgir a angústia inerente para tentar evitar o enquistamento de uma dor que poderia vir a dificultar a relação precoce com o bebê [...] favorecendo as associações, tentando ajudar a fazer ligações entre o que é vivido e os elementos de suas histórias (Agmon, Druon & Friechet, 1999, p. 18).

Muitos autores indicam, nesta situação, portanto, a escuta aos pais envolvidos, com o intuito de se estabelecer o discurso em torno da criança, impactado e interrompido pela doença e pela internação hospitalar do filho recém-nascido.

Mathelin (1999), psicanalista da clínica com bebês prematuros no Hospital Delafontaine em Saint-Denis, na França, sustenta ser necessário, além da reanimação do recém-nascido hospitalizado, uma reanimação do discurso: trata-se de reanimar os discursos em torno da

criança. A autora aponta: “o que ali está em sofrimento é a possibilidade de investimento libidinal da mãe. Como colocar esse bebê num lugar de ideal onde a ‘falicização’ seria possível?” (Mathelin, 1999, p. 25). E acrescenta:

Como sentir-se mãe desse bebê que não dá sinal, que não mama no seio, que não olha, que, não sendo em momento algum tranquilizante, não fabrica ‘mãe’? O nascimento parece então anular-se, a mãe permanecendo portadora do filho imaginário para tentar lutar contra a decepção e a inevitável culpa. O real em todo seu horror conduz o jogo (Mathelin, 1999, p. 67).

A autora sustenta que a hospitalização não precisa ser necessariamente fonte de complicações psicológicas para o bebê, desde que sejam escutados ele e sua família, salvando não só sua pele, mas sua “pele psíquica” também (Mathelin, 1999, p. 26). Ela considera que este é um papel essencial da Unidade Neonatal. E salvar a pele psíquica do bebê hospitalizado não se refere à necessidade de manter o laço entre mãe e filho a qualquer custo, mas implica em escutar a mãe com todas as ambivalências que a maternidade comporta. Conforme a autora, isso quer dizer que, muitas vezes, a situação de patologia e de hospitalização do recém-nascido atualiza as fantasias de desejo de morte que a mãe tem em relação ao filho e ainda há casos em que o serviço de neonatologia vem proibir à mãe e ao filho que se devorem um ao outro<sup>26</sup>.

Mathelin (1999) explicita, assim, as ambivalências inerentes à maternidade, evidenciando a violência, o ódio e a ideia de devoração implícitos no amor materno: “Pensar que existiria um amor materno sem violência, sem ódio, sem ambivalência seria tão radical quanto negar a existência do inconsciente” (p. 14). Aponta, ainda, a impossibilidade de fazer a economia de pulsões agressivas no amor. Assim, a autora permite-nos pensar em uma outra faceta da situação de doença e de hospitalização do bebê, que fazem vir à tona os aspectos inconscientes e ambivalentes da relação mãe-bebê.

Enfatizamos, anteriormente, as fantasias de um filho ideal, necessárias à constituição subjetiva, porque essas é que sofrem um golpe quando o bebê nasce doente, mas sabemos que as fantasias relativas à chegada do bebê não se refere apenas ao filho ideal. Mathelin (1999) afirma que essa ideia de ambivalência é muito pouco admitida nos dias de hoje, relatando a imagem de doçura do amor materno que prevalece nos serviços de pediatria para recém-nascidos, cujos profissionais consideram anormais as mães que não correspondem a essa

---

<sup>26</sup> Frej, Torres e Melo (2011) questionam-se se a figura do médico e da equipe de saúde não poderiam assumir o lugar do terceiro na relação mãe-bebê, funcionando como um poder que limita o materno, na medida em que a impotência materna faz com que ela ceda o investimento de suas energias em nível de idealização e de submissão à equipe que cuida de seu bebê.

imagem ideal – mães que não aceitam o bebê logo após o parto, que sentem raiva do filho ou ficam agressivas com ele nos primeiros dias de vida, por exemplo<sup>27</sup>.

Mathelin (1999) salienta que “num serviço de reanimação, as mães que acabam de dar à luz um filho doente ou um prematuro estão, mais do que todas as outras, confrontadas em si mesmas com uma imagem de mãe má” (p. 17). Ela explica que, se a ambivalência está presente em toda gravidez, “o nascimento sem problema renarcisa a mãe ao lhe oferecer um belo bebê saudável que a tranquiliza e a gratifica” (p. 17), ao passo que, quando o bebê nasce prematuro, a mãe passa pelo pânico e pela urgência do parto, sem possibilidade de ser tranquilizada pelo médico, tendo um bebê em perigo. Nestes casos, segundo a autora, “a realidade reencontra o fantasma e surge o trauma”, sendo que “o trauma é sem fala; ele permanece sem palavras porque é por definição impensável” (Mathelin, 1999, p. 17). De acordo com Mathelin (1999):

A maioria dessas mães é engolida, no nascimento do filho, por um fluxo de culpa. Sente-se más e o filho torna-se por vezes para elas como que um perseguidor. Ao sair do serviço, essa mãe deverá conviver com um filho que está vivo graças a outros, que a feriu narcisicamente, um filho que lhe deu o gosto do fracasso (p. 17-18).

A autora aponta a possibilidade da equipe de saúde poupar mãe e filho, protegendo-os da agressividade presente na situação. Cita um caso de uma mãe que tivera uma gravidez muito difícil e sentiu alívio por não ser mais a única responsável pelo bebê, quando, no seu nascimento, escutou a fala do médico que indicava a possibilidade de ela descansar, informando que ele cuidaria do recém-nascido. Essa mãe, alguns dias depois do parto, confessa à psicanalista que ficara tranquila porque sabia que o médico faria o seu filho viver à força, apesar dele e, segundo a análise do caso pela psicanalista, apesar dela. Mathelin (1999), assim, evidencia a história impossível de ser escutada pelos neonatologistas reanimadores, estando esses ao lado do saber científico, que pressupõe uma imagem idealizada da relação mãe-bebê, em contrapartida ao “enredo fantasmático no qual a criança e os pais” estão envolvidos, que

---

<sup>27</sup> É válido mencionar que esta ideia de amor materno puro e terno do imaginário social não é recente nem exclusiva de determinada época ou contexto social. Badinter (1985) faz um percurso pela história e mostra como a concepção de como ser mãe sofre mudanças conforme o momento histórico-social, situando o contexto de surgimento do amor incondicional e sagrado - século XVII e XVIII na Europa, devido ao objetivo político de combate à mortalidade infantil em decorrência da queda populacional dos pós guerras. A autora derruba, assim, a tese de que o amor materno seja algo instintivo, como uma tendência feminina ou uma condição inata da mulher. Para a autora, o amor materno é adquirido, conquistado, diferente do pressuposto social de amor ideal e inato.

Da perspectiva psicanalítica, podemos lembrar dos apontamentos de Jerusalinsky (2014), que considera a maternidade como uma função não garantida por condições naturais, nem imanada de quantidade determinada de afeto ou de um saber que possa ser aprendido racionalmente, diferente do que pressupõe os ideais sociais que a situam como fonte de amor puro, desinteressado, natural e forma de completude para a mulher. Para a autora, a maternidade advém do estabelecimento de um laço simbólico com o bebê, que convoca o saber inconsciente e se faz como uma criação singularmente inventada por cada mulher, como explanamos no capítulo 2 deste trabalho.

dizem da “morte inscrita como realização de um desejo” (p. 18)<sup>28</sup>. Segundo a autora, esse saber da mãe “marca o corpo do filho como lugar privilegiado de uma inscrição. Inscrição dos significantes do discurso do Outro” e é isso que deve ser ouvido no discurso materno, para além do “falar com o bebê” com o objetivo de manter o laço entre mãe e filho (Mathelin, 1999, p. 18).

Sobre o limite desse falar com o bebê, podemos recorrer à Vorcaro (2010a), que explicita o necessário encontro das palavras com o corpo para a entrada do sujeito no simbólico, que não se reduz a simplesmente dar ao bebê acesso à língua. A autora evidencia que não se trata, simplesmente, de expor o neonato à linguagem, tendo em vista que ele já está nela, mas “de banhá-lo dos efeitos que o ato da fala endereçada – mesmo que sem garantias – pode antecipar quanto ao engajamento com um ser de desejo” (Vorcaro, 2010a). Neste texto, a autora problematiza como se dá o ato de fala na relação com o bebê recém-nascido na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, procurando interrogar-se sobre as implicações dos procedimentos da internação e do isolamento nos primeiros dias de vida, tomando o próprio neonato como referência, sendo um artigo precioso dentro do nosso tema de pesquisa. Como afirma Vorcaro (2010a), existem diversos estudos que enfatizam os diferentes aspectos dos primórdios da estruturação do sujeito e dos efeitos iatrogênicos da internação prolongada do filho sobre a mãe, a partir do ponto de vista materno, mas há um vácuo de abordagens a essa questão do ponto de vista do bebê. Aprofundemos neste tópico.

#### **4.3. Efeitos psíquicos do tratamento intensivo sob o ponto de vista do bebê**

Camarotti (2011) também buscou levantar os efeitos do tratamento intensivo enfocando o bebê, porém se deteve a investigar, a partir da literatura, sobre a reação do bebê prematuro à dor. Assim, a autora elucida sobre o entendimento anterior da medicina de que o prematuro não seria sensível à dor e a posterior constatação de que, ao contrário, ele apresenta um limiar mais baixo à estimulação nociceptiva, o que teve repercussões importantes no tratamento intensivo neonatal, visando a amenizar os efeitos dolorosos dos procedimentos. A partir destas averiguações, Camarotti (2011) interroga-se sobre os impactos da dor no psiquismo, perguntando-se se seria possível a incorporação psíquica da experiência de intervenções invasivas e dolorosas de modo contínuo e prolongado que vivem o neonato no tratamento

---

<sup>28</sup> Vale lembrar que este desejo implícito e ambivalente de morte do filho é mencionado também por Martins e Vorcaro (2015), como vimos.

intensivo, considerando que ele está em um tempo de organização psíquica. A autora, no entanto, deixa as questões abertas para reflexão e pesquisa.

Mas, para além do controle da dor do recém-nascido internado, que sem dúvida é muito importante como aprimoramento do cuidado, mas é de competência multiprofissional – estando mais relacionado à prática da medicina, da enfermagem, da fisioterapia, da terapia ocupacional, por exemplo - como podemos avançar na reflexão sobre os efeitos psíquicos do tratamento neonatal, sob o ponto de vista do bebê?

Ansermet (2003) pergunta-se sobre os efeitos do tratamento neonatal para o bebê, questionando-se sobre o sofrimento causado pela prematuridade, “pela separação abrupta que implica a hospitalização”, pela “dor ligada aos cuidados necessários” (p. 52). O autor afirma que “as crianças em neonatologia sofrem de dor física cuja incidência é difícil de mensurar”, interrogando se essa dor produzirá uma “memória do corpo”, se “marcará o investimento no corpo” (Ansermet, 2003, p. 52), à semelhança das questões levantadas por Camarotti (2011). Segundo Ansermet (2003), muitos teóricos na história do movimento analítico tiveram a intuição de supor que as inscrições das primeiras experiências poderiam marcar o corpo, modelando a vida psíquica futura. O autor pergunta-se, neste sentido, sobre as incidências do nascimento e do tempo perinatal para o futuro do sujeito, retomando o debate sobre o traumatismo do nascimento. Ele lembra a proposição de Rank<sup>29</sup> que correlaciona o traumatismo psíquico com o biológico, diferente da perspectiva de Freud, especialmente em sua objeção que indica que o protótipo da angústia não é o nascimento.

Vorcaro (2010a) também retoma este debate em suas considerações sobre os supostos efeitos psíquicos do tratamento orgânico do recém-nascido, aprofundando um pouco mais em suas pontuações e enfocando a importância do ato de fala na relação com o neonato em tratamento intensivo. Segundo a autora, as considerações sobre os efeitos do saber técnico-científico anônimo sobre o saber materno com impactos na estruturação psíquica do bebê muitas vezes acabam por constituir equívocos teóricos, pelo fato de se “confundir o efeito dito traumático sobre a mãe – posteriormente transposto e atualizado em seu laço com a criança –, com um efeito da situação de internação sobre a própria criança” (Vorcaro, 2010a). Vorcaro (2010a) questiona, portanto, se o efeito traumático da “insuficiência da mãe em sustentar a função maternante” seria capaz “de significar retroativamente o que teria sido da ordem do

---

<sup>29</sup> Otto Rank discutiu amplamente sobre o traumatismo do nascimento, ao qual associou grandes consequências na vida psíquica. O teórico ficou muito conhecido e tornou-se uma referência no assunto, pela ênfase que deu à esse trauma. Em sua concepção, a vida intrauterina é livre de tensões e o nascimento provoca uma ruptura física e psíquica.

traumático para o filho”, interrogando-se se tal efeito é da ordem do traumático para a criança. De acordo com a autora, “mesmo que marque a história imaginária dessa criança, isso não implica necessariamente que o seja, efetivamente, para a criança” (Vorcaro, 2010a).

Vorcaro (2010a) salienta o consenso encontrado na literatura sobre o trauma psíquico causado pelo nascimento e sobre a suposta angústia constante e desmedida provocada no bebê internado em tratamento intensivo. Assim, com vistas a amenizar tal estado de angústia é que se estabeleceriam procedimentos padronizados - incluindo a prescrição da presença materna dentro de um programa técnico - o que mantêm e repetem, como ressalta a autora, o funcionamento da criança no anonimato.

No entanto, assim como Ansermet (2003), Vorcaro (2010a) desbanca, com Freud, o efeito traumático do nascimento assim cunhado na literatura, com base na posterioridade com que a situação será subjetivada, “pelo que o sujeito vier a viver depois, em sua experiência psíquica”. No que se refere às controvérsias quanto aos modos de cuidado psíquico do recém-nascido internado, a autora pondera que a concepção que correlaciona o desenvolvimento orgânico com a estruturação psíquica “não é unânime e depende, não apenas das referências teóricas dos profissionais, mas também dos modos como transformam a teorização em um saber tácito imaginário que acaba fazendo prevalecer, mais do que o efeito da UTI sobre o neonato, o efeito da UTI sobre o observador” (Vorcaro, 2010a). Desta forma, a autora argumenta que “as insistentes perguntas sobre os efeitos psíquicos iatrogênicos da internação de neonatos em UTIs permitem supor faltar-nos a unidade de medida a partir da qual poderíamos fazer avançar uma prática psicanalítica no hospital” (Vorcaro, 2010a).

Mas, então, em que termos pensar essa prática, se o tecnicismo do tratamento intensivo visa a eliminar uma suposta angústia provocada pela situação, resultando na tentativa de adotar procedimentos regulares, que acabam por desumanizar a experiência ao torná-la anônima?

Mesmo diante da impossibilidade de medida mencionada por Vorcaro (2010a), a autora traz importantes apontamentos no que concerne aos efeitos do tratamento intensivo sobre o bebê, considerando a importância da fala dirigida à criança para sua subjetivação e os riscos inerentes à imposição de um programa de procedimentos técnicos anônimos ao bebê internado em tratamento intensivo. Para tecer suas elaborações e contribuições dentro da temática, a autora distingue, a partir de Lacan, diferentes ordens do “dentro” e “fora”, pontuando que o que julgamos estar fora de nosso corpo é “uma fabricação nossa, que dominamos, que humanizamos”, ao passo que “há coisas indizíveis que, mesmo podendo situar no que aparentemente seria dentro de nós, é muito mais exterior do que qualquer construção nossa; exterior porque, mesmo em nós, é para nós completamente estranha e desconhecida” (Vorcaro,

2010a). Vorcaro (2010a) elucida sobre tais aspectos para buscar diferenciar o neonato e a Unidade de Tratamento Intensivo, de forma a situar como a condição de internação e de tratamento o afeta. Neste sentido, concebe o organismo do neonato como estando em “estado de total indiferenciação, que o impede distinguir o que o afeta de fora daquilo que o afeta de dentro do organismo. Reagindo apenas reflexamente aos estímulos que lhe são aplicados, sem localizar sua origem” (Vorcaro, 2010a). O bebê, portanto, não estabelece “nenhuma economia específica que lhe permitiria organizar a gestão desses estímulos” (Vorcaro, 2010a). A autora considera:

Sem diferenciar o que provém do próprio organismo do que provém do ambiente, o neonato e a UTI seriam uma mesma coisa pulsante em que ele poderia apenas distinguir dois estados opostos e complementares: tensão e apaziguamento, sem localizar a procedência desses estados (Vorcaro, 2010a).

A autora retoma em Freud a ação específica de um outro da qual o bebê depende em seu desamparo, levantando a questão de como a modalidade pela qual as condições da UTI poderiam permitir a implantação primária da ordem simbólica nesse espaço indiferenciado, uma vez que a distinção do que é próprio ao bebê do que lhe é externo é o que, posteriormente, “situará a criança como singularidade e como pertencente ao campo simbólico” (Vorcaro, 2010a). Assim, a autora pontua a necessidade de problematizar se os procedimentos da UTI permitiriam “imprimir um funcionamento simbólico no qual, a partir da fala endereçada por alguém a criança, alguma marca seja localizável pelo neonato, situando uma estranheza nesse funcionamento pulsante da tensão/apaziguamento” (Vorcaro, 2010a). De acordo com Vorcaro (2010a), é necessário que essa fala endereçada e interpretativa das manifestações aleatórias do bebê “intercepte o funcionamento do contínuo tensão/apaziguamento, de modo a possibilitar ao neonato diferenciar (ou seja, ler) um traço de exterioridade ao contínuo em que está imerso”, sendo que tal diferenciação de um traço de estranheza é que “imprimirá o vestígio de que algo passou por ali”. A autora lembra que “só a repetição diferencial dessa experiência distinguirá o traço da marca natural tensão/apaziguamento” (Vorcaro, 2010a). Ela explica:

[...] só a repetição diferencial de falas endereçadas à criança permite que outros traços e seus vestígios sejam reconhecidos por ela, estabelecendo uma rede em que estes se suportam, ou seja, na medida em que o primeiro traço discernível for modalizado por seu apagamento por outros traços que rasurem essa primeira marca. É o apagamento desse primeiro traço que significará o sujeito para outros traços que precisariam continuar a se inscrever. O sujeito é essas diversas maneiras pelas quais o traço, estranheza primeira da linguagem, é rasurado e, assim, apagado. O sujeito apaga o traço de estranheza, transformando-o em olhar, fresta, entrevisto, e, ainda, transformando-o em voz, num vagido, num esboço de fala. Assim ele pode abordar o que se passa com o outro que deixou o traço, outro que passou por ali e que está mais adiante (Vorcaro, 2010a).

Neste sentido, a autora esclarece que a primeira alteridade do bebê “é a fala endereçada a ele e não aquilo que os observadores da situação reconhecem como interferência técnica ou manipulação feita” em seu organismo (Vorcaro, 2010a). Assim, “o que distingue o ser falante de qualquer organismo vivo é o fato de ele poder rasurar vestígios, fazendo destes seus próprios traços, fazendo novos traços que demarcam reencontros em que ele se reconhece” (Vorcaro, 2010a).

No que se refere à situação do bebê internado em uma UTI, no entanto, é preciso lembrar que a Unidade e o tratamento a ele dirigidos funcionam maquinicamente, ou seja, restrita à unidade mínima da comunicação, sendo pré-subjetiva, conforme Vorcaro (2010a). O maquinaico, mesmo que se diferencie do organismo, “não lhe faz exterioridade, pois mantém a indistinção entre dentro ou fora” (Vorcaro, 2010a), impossibilitando a singularização a partir dos vestígios das marcas inscritas no corpo do neonato. Não há o hiato entre o ato e sua verificação, que se daria posteriormente. Por isso, Vorcaro (2010a) sustenta que:

[...] o elemento fundamental do funcionamento técnico da UTI é o de não prescindir da fala dirigida à criança. Afinal, o zumbido do enxame de significantes capturados pela criança da língua efetivamente pronunciada para garantir a unidade corporal do ser, posiciona-o numa ordem de significância, fisgando-o ao marcá-lo.

Desta forma, citamos o que entendemos poder configurar-se como uma proposta de intervenção da psicanálise no tratamento intensivo neonatal, implicando em uma invenção singular, para além do cuidado técnico anônimo:

Assim, qualquer um, em qualquer especialidade técnica – desde que não prive a criança da articulação entre o visto e o escutado por meio da concatenação linguageira desses indícios com as ações técnicas administradas junto à criança – pode fazer aí o ato de invenção, suposição, antecipação e interpretação de um sujeito, incluindo-o em sua contagem. A exposição do neonato à articulação da fala a ele dirigida deve aí também se sobrepor, interceptando o exercício anônimo de protocolos técnicos de cuidado a que a criança está submetida na UTI (Vorcaro, 2010a).

Mas, apesar de trazer uma luz para a reflexão sobre a contribuição da psicanálise para os casos de tratamento intensivo neonatal, que pode orientar a prática dos profissionais que atuam nesta área, apontando a importância fundamental do endereçamento da fala ao bebê em tratamento intensivo, de forma singular, Vorcaro (2010a) termina seu texto mantendo “a questão do que presidiria o engate dos significantes no organismo em uma UTI, uma vez que o endereçamento da fala por si só não responde ao fato de que ainda será necessária a ‘insondável decisão do ser’”.

Isso nos remete à impossibilidade de prever e prevenir o que se passa com o bebê e as marcas que são produzidas com a patologia e a hospitalização do recém-nascido. Vorcaro (2010a) menciona a demanda social da prevenção que ressoa sobre a clínica com bebês, “desveladora do fantasma de intervir a tempo de evitar o indesejável”. Segundo a autora, essa “característica ‘futurologista’ da prevenção, mesmo incompatível com a psicanálise, implica um debate sistemático entre psicanalistas, quando se trata do bebê” (Vorcaro, 2010a).

Pensemos, então, nessa questão da prevenção, de forma a fundamentar a reflexão sobre as intervenções possíveis e necessárias nos casos de patologia e de hospitalização do bebê ao nascer.

#### **4.4. Pensando na questão dos riscos e da prevenção**

No que se refere ao bebê doente e hospitalizado ao nascer, é preciso apontar que diversas pesquisas – que não têm a psicanálise como referencial - mostram uma incidência maior de problemas de comportamento entre crianças nascidas prematuras e com baixo peso: são problemas como dificuldades de aprendizado, *deficit* de atenção e outros transtornos comportamentais relacionados à socialização e à concentração, por exemplo. Atualmente, também, têm crescido os estudos que associam o autismo à prematuridade e ao baixo peso no nascimento. Estas pesquisas relacionam a maior incidência de autismo e outros distúrbios de comportamento neste grupo à vulnerabilidade a que o cérebro desses bebês são expostos pela situação, que impõe precocemente interferências ambientais, como pequenas variações de pressão, intercorrências do tratamento intensivo, o que pode levar a microlesões cerebrais. Além disso, consideram do mesmo modo a conectividade entre diferentes partes do cérebro, que podem ser alteradas com o nascimento prematuro. Diante dos avanços tecnológicos do tratamento intensivo neonatal e o aumento significativo da sobrevivência dos bebês prematuros, tais estudos indicam a importância de identificar os riscos decorrentes do tratamento e da prematuridade, que se configuram como importantes desafios para saúde pública. As investigações, neste sentido, visam a possibilitar um diagnóstico e um tratamento cada vez mais precoces (BBC Brasil, 2008; Cunha, 2015; Presse, 2015; Pontes, 2011; Veja.com, 2011).

Sabe-se que a etiologia, o diagnóstico e o tratamento do autismo geram muitos contrassensos teóricos e práticos. Mas, dentro dos objetivos deste trabalho, não é importante verificar até que ponto a etiologia do autismo é genética ou não, nem indicar o tratamento mais adequado ou uma forma mais assertiva de diagnosticá-lo. No nosso entendimento, se o bebê prematuro, com baixo peso ou que apresenta patologias e fica hospitalizado ao nascer tem mais chance, segundo dados estatísticos,

de desenvolver problemas comportamentais, quer seja pela associação aos fatores orgânicos, quer seja aos psicológicos ou à interação de muitos deles, o fato por si só justifica maior atenção nesses casos<sup>30</sup>. Neste sentido, é preciso pensar em intervenções para as crianças que apresentam patologias e ficam internadas ao nascer, que são expostas a muitas sequelas físicas, incluindo neurológicas, e ainda são mais propensas a outros riscos psicossociais, como vimos, se comparadas a crianças que não vivem tal circunstância.

Direcionados pela ética psicanalítica, não nos interessa contrapor o que é da ordem orgânica e psicogênica, mas discutir acerca do que a psicanálise pode contribuir no que diz respeito aos efeitos psíquicos da patologia e da hospitalização e às intervenções possíveis neste ponto de vista. Como afirma Coriat (1997), não se trata de desconsiderar os limites do real do organismo, mas a psicanálise se interessa pela resposta do sujeito a este real. O sujeito, como vimos, é uma resposta ao real. Citamos:

Sempre há uma resposta do sujeito para o real do seu organismo. Isso caracteriza a dimensão subjetiva, mais além de qualquer determinismo biológico ou patológico. Por que o sujeito, ainda que atingido em seu corpo, se privaria de interrogar o que faz sua vida, de encontrar suas próprias respostas diante da incidência do sexo e da morte? (Ansermet, 2003, p. 68).

Por isso, temos focado o lugar simbólico que é dado à criança e como ela se apropria dos significantes a ela atribuídos em sua constituição subjetiva, pois é isso que nos interessa delimitar, pensando na contribuição da psicanálise. Como vimos, este lugar simbólico e, portanto, os significantes oferecidos à criança com patologia orgânica, tem o potencial de restringir as suas possibilidades de subjetivação, podendo ter um impacto muito importante em sua estruturação psíquica.

Mas, então, como pensar nas intervenções da psicanálise nestes casos de doença e de internação neonatal? E como tais intervenções se articulam à noção de prevenção, se a estes bebês são associados tantos riscos? Discutimos sobre os riscos da doença e da hospitalização do bebê para a relação pais-bebê e estruturação subjetiva da criança. Cabe-nos levantar a

---

<sup>30</sup> Ansermet e Magistretti, citados por Camarotti (2011), consideram caduca a oposição entre causalidade psíquica e causalidade orgânica, citando o fato de a neurociência ter se consagrado à questão da plasticidade cerebral. Na perspectiva da Neurociência, é válido citar que Cunha (2015), com vimos, salienta que o cérebro humano cresce graças a modificações dos neurônios e ressalta que, como resultado da nova experiência interativa do organismo do bebê com a mãe, iniciado antes do nascimento, os aproximadamente, 100 bilhões de neurônios que constituem a base genética do cérebro humano vão se modificar. Neste sentido, ela sustenta que “a experiência vivenciada desde os primeiros momentos, pelos cuidados, têm um impacto tão grande na arquitetura do cérebro, a ponto de se estender às capacidades do futuro adulto” (Cunha, 2015). Campanário (2006) traz uma crítica ao debate entre os defensores de uma causa orgânica e os de uma causa psíquica para o autismo, levantando questões relativas à utilidade da oposição psicogênese e organogênese, que, para ela, explica por que pouco caminhamos no tratamento destas crianças. Isso leva a autora considerar tal debate uma “*questão estéril*” (Campanário, 2006, p. 36).

questão: quando se pensa em riscos, pode-se ou deve-se pensar em prevenção? Ou podemos nos perguntar se quando levanta-se os riscos é com a finalidade, necessariamente, de definir intervenções para prevenir o problema? Assim, fazem-se necessários alguns apontamentos sobre prevenção para embasar a discussão sobre a intervenção da psicanálise na clínica de bebês.

É preciso apontar que o termo e o tema prevenção é controverso para a psicanálise, tendo em vista a aceção do só-depois tão marcante deste campo de conhecimento e atuação clínica. Mariotto (2009) lembra que a montagem do sintoma contempla dois tempos: o tempo do encontro com a experiência e o momento em que o acontecimento assume caráter de significância. A autora considera que o funcionamento do psiquismo é operado com a interseção entre a sucessão cronológica de eventos e outro eixo que evoca a concepção retroativa de inscrição dos eventos, em que um primeiro fato terá efeito de significação a partir de um acontecimento posterior. Ela retoma o conceito do “somente-depois” em Freud, explicando:

Tal conceito passa a ser fundamental para localizar a ideia de temporalidade e opera no psiquismo, já que inaugura uma modalidade dialética para compreender que um determinado acontecimento adquire valor psíquico somente a partir da rede posterior que estabelecer com outros eventos, em que produz-se um novo sentido a cada instante que os traços mnêmicos se rearranjam (Mariotto, 2009, p. 132).

Para Crespim (2004), a prevenção na perspectiva psicanalítica não consiste em antecipar ou prevenir a aparição de um sintoma, admitindo que este comporta, além de um impasse, um modo de dizer que fica indizível para o sujeito de outra forma. Por isso, na perspectiva da psicanálise, o sintoma não é algo que deve desaparecer para o bem do sujeito, mas um funcionamento que pode ser ouvido. A autora pensa na prevenção, portanto, não só a partir da posterioridade do trauma, mas também da organização do sintoma. Neste sentido, não é possível antecipar o que um acontecimento desencadeará num sujeito. Segundo ela, se cedêssemos à tentação de antecipar o sintoma, “seria preciso adotar uma posição ‘psicologizante’ e normativa a partir da qual nós poderíamos saber [...] o que é suportável do que não o é, antes mesmo que o sujeito tenha tido tempo de articular sua própria resposta” (Crespim, 2004, p. 173). Mas, então, como pensar na prevenção sem perder a direção ou ética psicanalítica?

Teperman (2005), embora aponte a intenção profilática da psicanálise em Freud, esclarece que a prevenção não é um conceito psicanalítico, mas “uma demanda formulada pelo campo social que, numa perspectiva imaginária, nos lança num impossível: intervir antes que o mal aconteça” (p. 81). A autora salienta que, recentemente, com o crescimento da clínica psicanalítica com bebês, vêm surgindo novas tentativas de articulação da psicanálise à

prevenção, por causa do potencial preventivo dessa clínica<sup>31</sup>. Mas, para ela, tal articulação é uma árdua tarefa.

Teperman (2005), assim como Campanário (2006), recupera as ideias de Rohenkhol sobre prevenção como “chegar antes”. A partir desta noção, não há como calcular e planejar estratégias, considerando as contingências, o real que sempre escapa, além de não termos garantia dos resultados das intervenções. A indicação da autora citada refere-se à possibilidade de se trabalhar com uma noção não-toda da prevenção. Segundo Teperman (2005), sustentar a prevenção mesmo sabendo do impossível aí colocado permite-nos fazer uma aposta no bebê que se apresenta como real, antecipando um sujeito.

Para Campanário (2006), também, a única prevenção possível seria aquela que antecipa um sujeito. A autora busca descrever o tratamento precoce, discutindo sobre suas intervenções e seus efeitos, apresentando os aspectos teóricos e técnicos que fundamentam tal prática. Segundo ela, o objetivo da intervenção é buscar o estabelecimento ou o reestabelecimento de um laço da mãe com seu bebê por meio do brincar, sendo a suposição de sujeito fundamental.

Partindo do pressuposto e dos consensos teórico e clínico de que os casos de autismo e de outras psicopatologias graves têm melhor evolução quando ocorre uma intervenção mais precoce, Campanário (2006) propõe “trazer subsídios para que a intervenção do analista e dos profissionais de Saúde Mental possa ocorrer mais cedo”, com a finalidade de um maior alcance do tratamento (p. 18). Sobre esse consenso de profissionais de variadas profissões que tratam da criança autista e com outras psicopatologias graves, a autora cita a explicação médica de maior plasticidade cerebral e busca consolidar a contribuição da psicanálise para este campo. Campanário (2006) expõe conceitos e argumentações fundamentais para pensar no autismo na perspectiva da psicanálise, propondo articular o autismo a problemas que ocorrem na subjetivação da criança quando esta é ainda bebê. Como resposta possível para a questão que se coloca sobre a articulação entre fala e a pulsão, a autora discorre sobre a pulsão invocante e o manhês, além de apresentar outros eventos fundamentais no processo de constituição subjetiva, tais como o brincar e a suposição do sujeito. A autora defende que a suposta incurabilidade do autista deve-se, em sua maior parte, aos encaminhamentos tardios para tratamento, mostrando a importância do tratamento precoce, o que é diferente de um diagnóstico psiquiátrico precoce. Este último, para a autora, é prejudicial e deve ser evitado.

---

<sup>31</sup> Vale lembrar que o potencial preventivo da intervenção ao bebê é sustentado também por outras perspectivas teóricas, sendo um consenso entre as teorias do desenvolvimento e outros campos do conhecimento, tais como a neurociência. Esta ideia é enfatizada, por exemplo, por Winnicott (2006) e Spitz (1998), representantes da teoria psicológica do desenvolvimento.

Lasnik (2014) foi precursora em estudos e apontamentos sobre sinais de risco de autismo em bebês. A autora aponta dois sinais clínicos que podem ser percebidos ainda no primeiro ano de vida da criança: o não olhar entre mãe e filho e a falha no terceiro tempo do circuito pulsional, que está relacionado a se oferecer como objeto do gozo do Outro. Tais apontamentos têm guiado e aberto muitos campos de pesquisa e atuação relacionados a problemas de laço apresentados pelo bebê.

Teperman (2005) e Campanário (2006), seguindo esta linha de pesquisa, discutem sobre o atendimento psicanalítico do bebê com sinais de risco, sustentando o que tem sido chamado de “intervenção a tempo”, com vistas a evitar ou amenizar possíveis problemas futuros, considerando que o bebê está em tempo de subjetivação. Teperman (2005) afirma que, se, por um lado, é impensável a aplicação da psicanálise antes de aparecerem sinais:

Por outro, as ideias de reconhecer os ‘primeiros sinais’ e de que dificilmente as crianças chegam à observação de um médico em decorrência da percepção da presença destes são extremamente atuais e estão em sintonia com o pensamento dos psicanalistas que têm se dedicado à clínica com bebês (Teperman, 2005, p. 81).

Aprovando esta posição que aponta para as possibilidades e a importância da intervenção psicanalítica em bebês e crianças muito pequenas, Kupfer et al (2009) desenvolveram instrumento consistente e teoricamente fundamentado para detecção precoce de riscos psíquicos em bebês. Este instrumento, o protocolo de Indicadores Clínicos de risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs)<sup>32</sup>, foi construído a partir da concepção psicanalítica sobre a constituição do psiquismo. Além da detecção precoce de transtornos psíquicos do desenvolvimento infantil, com fins preventivos, a aplicação deste protocolo alcança também o aperfeiçoamento de profissionais de saúde para atuarem como agentes dessa detecção e prevenção. Os indicadores do instrumento foram concebidos em quatro eixos que a mãe deverá sustentar para que ocorra a constituição da subjetividade do bebê, para que se estabeleça no bebê esse circuito pulsional em seu enlace com o Outro, quais sejam: estabelecimento da demanda da criança; suposição de um sujeito; alternância presença-ausência; e função paterna.

É importante salientar que, no nosso entendimento, o instrumento não pretende ser um manual de conduta para a mãe, prevendo comportamentos adequados, mas uma maneira de possibilitar que os conceitos relacionados à subjetivação da criança e às indicações de intervenção circulem entre outros profissionais que não são psicanalistas. Isso porque os

---

<sup>32</sup> O instrumento (IRDI) foi desenvolvido a partir de pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de identificar sinais de risco para o desenvolvimento infantil pelos profissionais de saúde, a fim de fomentar, fundamentar e implementar políticas de intervenções na rede de serviços de saúde.

profissionais de diferentes categorias em geral não estão atentos à estruturação do sujeito e suas claudicações, estando muito mais voltados para o desenvolvimento psicomotor das crianças, o que nem sempre apontam para problemas da ordem da subjetivação. Coriat (1997) considera um diferencial e uma necessidade para equipe profissional que trabalha com Estimulação Precoce conhecer elementos da teoria psicanalítica, o que viabiliza ter conhecimento sobre “a estrutura que produz um sujeito do desejo, uma vez que, ou saiba ou não, quer queira quer não, inevitavelmente é nessa estrutura, encarnada nos pais, onde suas intervenções tem efeitos” (p. 78).

Mas, como afirma Teperman (2005), a articulação entre psicanálise e prevenção não é uma tarefa fácil, e pontuamos, portanto, que pode levar a equívocos e a desvios de sua ética. Segundo Mariotto (2009), “discutir sobre o tema da prevenção nos leva a uma fronteira perigosa entre a ética e a técnica” (p. 128). A autora argumenta que a prevenção técnica é a que se pauta em um ideal de normatização, “descartando o improvável, o imprevisível e o impossível” (Mariotto, 2009, p. 128).

De acordo com Mariotto (2009), “partimos da ideia de que jamais será possível antecipar o modo pelo qual um acontecimento afetará e será tomado pelo sujeito, mas que a forma pela qual ele possa se orientar em relação a isso seja moebiana”, ou seja, “que contemple as torções, que permita a experiência e sua significação *a posteriori*” (p. 132), o que, podemos dizer, indica a escuta aos pais, em sofrimento, com a vivência da patologia e da hospitalização do filho, como já discorremos. Como afirma Mariotto (2009): “Aliar teoria e prática na intervenção da primeira infância a partir da ética psicanalítica é privilegiar o bem-dizer em detrimento de dizer o bem, na forma de uma singular escuta de um sujeito ainda em constituição” (p. 129).

Na clínica com bebê, se este está ainda num primeiro tempo da possível instauração do trauma ou da configuração do sintoma – considerando que somente em um segundo tempo um primeiro acontecimento ganhará significação e organizará o sintoma retroativamente - Crespin (2004) sustenta que os profissionais que acompanham a mãe poderão ficar “sensíveis à complexidade da situação, sem, no entanto, saber de antemão o que isso vai fazer a esse bebê e à sua mãe”, mas tendo a chance de entender o que vai se produzir. É por isso que a escuta toma o caráter de prevenção: se estamos prontos para ouvir, isso “abre um espaço para a liberdade do sujeito”, de maneira que essa mãe possa formular sua questão (Crespin, 2004, p. 174).

No caso da criança com patologia, é preciso lembrar que a “patologia perturba um ideal de normalidade e de adaptação social. No entanto, a clínica psicanalítica se sustenta a partir de uma posição ética. A ética psicanalítica é a do sujeito e não dos ideais sociais” (Lima, 2003, p.

111). E é neste sentido que a prevenção pensada na psicanálise é não toda, porque não há como prever e intervir sem considerar o mal estar, o contingente e o impossível. Assim, a intervenção psicanalítica pode adquirir caráter preventivo na medida em que possibilita um espaço de escuta de forma a “acolher o dizer da mãe e do bebê, permitindo a eles captar aquilo dentro do que os dois estão tomados”, o que permite ao bebê “se liberar do lugar de ser o suporte desse dizer” e a mãe “trabalhar sua questão, aqui ou alhures” (Crespin, 2004, p. p.175). Para Crespin (2004), isso não se faz sem um trabalho clínico permanente dos profissionais, para que se coloquem “nesse lugar que acolhe um dizer sem interpretar rápido demais ou sem se defender” (p. 175).

Consideramos que, se o uso do termo prevenção na psicanálise é controverso e exige demarcações, há um consenso, não só na psicanálise, mas como também em outras áreas do conhecimento e da atuação profissional, de que a intervenção em crianças que apresentam comprometimento em seu desenvolvimento - ou, na perspectiva psicanalítica, no laço social - quanto mais precoce, mais eficaz em termos de resultados. Neste sentido, se não é possível a prevenção de um problema, como sustentam alguns autores, vale o consenso de que a intervenção tem melhores resultados se ocorre mais precocemente. Neste sentido, quando se trata da clínica com bebês e dos primórdios da estruturação psíquica, ponderamos que eles se encontram num momento muito crucial de suas vidas.

No que concerne ao bebê doente e hospitalizado ao nascer e aos riscos atribuídos à situação vivida pela família, é clara a necessidade de propor intervenções. Para isso, com intuito de trazer contribuições para tal debate, pensemos nos efeitos dessa vivência para as famílias participantes das entrevistas, enfocando, assim, os impasses e as saídas singulares de cada caso, direcionados pelo método clínico e pela ética da psicanálise.

**CAPÍTULO 5**  
**PESQUISA DE CAMPO (AS ENTREVISTAS):**  
**DOENÇA E HOSPITALIZAÇÃO DO BEBÊ, IMPASSES E SAÍDAS**

Como vimos, a literatura aponta, além das consequências físicas a que estão submetidos os bebês doentes e hospitalizados ao nascer, os riscos relacionados à possibilidade de sofrerem maus tratos, de serem violentados, de terem atraso no desenvolvimento, de apresentarem problemas comportamentais e, na perspectiva da psicanálise, de terem riscos à constituição subjetiva, pelo impacto da situação, que pode adquirir caráter traumático para a família. É por isso que a assistência humanizada preconiza, além de um cuidado adequado durante a internação, um encaminhamento interdisciplinar após a alta (Brasil, 2011). Entretanto, no hospital em que trabalhamos e onde desenvolvemos nossa pesquisa de campo, a família conta com a assistência psicológica durante a internação do recém-nascido, mas não após a alta hospitalar. Assim, acompanhamos as famílias no momento da internação neonatal, o que tem efeitos importantes, mas interessou-nos conhecer o que essas famílias conseguem elaborar após a alta hospitalar também.

Neste sentido, nossa proposta com as entrevistas foi investigar o que se passa quando o bebê fica doente e hospitalizado ao nascer, que efeitos tal situação provoca no exercício das funções materna e paterna, tão necessárias à estruturação psíquica da criança, e que saídas os pais e a própria criança encontram no momento e posteriormente à vivência da situação. Pretendíamos averiguar as marcas que a vivência da doença e da hospitalização do bebê podem produzir na história dos sujeitos envolvidos. Como sugere a diversidade de reações da família diante da situação, estas marcas são sempre singulares, da história de cada um. Contudo, esperávamos, com a pesquisa, analisar os limites e as possibilidades de intervenções junto à criança e sua família que vivem a doença e a hospitalização do recém-nascido, tanto durante quanto após a internação hospitalar.

Nesta perspectiva, as entrevistas foram realizadas no ambulatório de segmento do Hospital Municipal Odilon Behrens, da prefeitura de Belo Horizonte, no qual são atendidas as crianças que ficaram internadas ao nascer e são acompanhadas até dois anos pela pediatria, pela fisioterapia, pela terapia ocupacional, pela fonoaudiologia, pela neurologia e por outras especialidades médicas, conforme necessidade. É válido mencionar que o hospital é referência na rede SUS (Sistema Único de Saúde) em internação neonatal, sendo ainda hospital-escola. Por isso, a instituição é aberta à pesquisa.

Os participantes das entrevistas foram famílias (acompanhante/cuidador e bebê) que vivenciaram a internação neonatal e são acompanhados por alguma especialidade após a alta hospitalar no ambulatório do Hospital Odilon Behrens. Alguns familiares, aleatoriamente, foram convidados a participar da pesquisa. Estes eram convidados quando estavam aguardando consulta pediátrica e aqueles que aceitavam eram levadas até uma sala do ambulatório, recebendo orientações e esclarecimentos sobre a pesquisa e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para, em seguida, participarem da entrevista<sup>33</sup>.

Foram realizadas cinco entrevistas com o(s) responsável(is) pela criança, que a leva(m) para as consultas, quatro delas realizadas com a presença da criança, e uma somente com a mãe<sup>34</sup>. O número de entrevista foi definido previamente, antes do início das mesmas, devido à necessidade de delimitar um número para formalizar e organizar a pesquisa junto à instituição. Consideramos que seria um número razoável de casos a serem analisados para uma pesquisa clínica qualitativa e orientada pelo método psicanalítico. Tendo em vista os objetivos e a direção desta pesquisa, buscamos escutar a singularidade com que cada sujeito entrevistado responde ao que lhe ocorre. Neste sentido, nas entrevistas, após coletas de dados da família e da criança – composição familiar, idade da criança, histórico da doença e internação neonatal, observações sobre o desenvolvimento da criança antes e após a alta hospitalar - as famílias eram convidadas a relatarem sobre a vivência de doença e de hospitalização da criança ao nascer, assim como sobre seu relacionamento com ela após a alta. As entrevistas foram gravadas em vídeo. A filmagem tem sido muito utilizada em pesquisas com bebês e permitem uma melhor visualização e análise da interação entre o bebê e seus cuidadores, o que foi importante também nesta pesquisa. As entrevistas buscaram depreender as colocações dos pais/cuidadores sobre a patologia e a internação da criança e a posição que colocam e em que localizam a criança. Além disso, buscamos considerar a correlação entre o que dizem e o que fazem como atos em relação ao bebê.

### **5.1. Ezequiel, sua mãe e seu “super cuidado”<sup>35</sup>**

*Eu vou deixar ele chorar? Chorar pra quê? Pra ele ficar roxo, parar de respirar?*

---

<sup>33</sup> O TCLE encontra-se no apêndice deste trabalho, bem como o roteiro da entrevista.

<sup>34</sup> Somente uma mãe preferiu ser entrevistada sozinha, deixando o pai com o bebê do lado de fora da sala. A decisão dessa mãe não foi por acaso, como veremos na explanação do caso.

<sup>35</sup> Os nomes dos participantes da pesquisa foram alterados para preservar sua confidencialidade.

A primeira entrevista da pesquisa foi realizada com Hortência, mãe do bebê Ezequiel, estando presente também, além da criança, a mãe de Hortência (avó materna de Ezequiel), que os acompanhava na consulta de rotina com a pediatra. A avó participou da entrevista até o meio dela, depois saiu para passear com Ezequiel, quando ele começou a resmungar e não mais aceitar o bico, já tendo tomado uma mamadeira durante a conversa. Ezequiel é o primeiro filho do casal: Hortência, 22 anos, arquivista, no momento do lar, 2º grau completo; e Roberto, 31 anos, 2º grau completo, técnico em segurança do trabalho.

Ezequiel, nascido prematuro de 29 semanas, ficara internado por 118 dias na Unidade de Tratamento Neonatal, tendo tido muitas intercorrências em decorrência da prematuridade, especialmente relacionadas a dificuldades no padrão respiratório. O bebê passou por tratamento intensivo, ficando um período em ventilação mecânica, e ficou dependente de oxigênio por quase todo o período de internação. Por isso, ele apresentou muitas dificuldades para amamentar, o que exigiu de sua mãe muita persistência, com muitas tentativas de aleitamento materno e, posteriormente, treinamento para administração da mamadeira, considerando a grande dificuldade de sucção e incoordenação do bebê (dificuldade de coordenar sucção, respiração e deglutição, o que é frequente em bebês prematuros).

No período em que Ezequiel esteve em cuidado intermediário, passado o momento crítico de sua evolução e seu tratamento, a mãe dedicava-se a ele durante todo o dia, todos os dias da semana, ficando com ele no colo boa parte do tempo, já que ele chorava no berço quando estava acordado. Hortência sempre cantava para ele dormir e participava com frequência das reuniões de pais realizadas na Unidade Neonatal com a psicologia e com a equipe multiprofissional, embora tivesse que sair durante a reunião se o bebê começasse a chorar. Ela foi acompanhada pela psicologia durante a internação de Ezequiel.

Hortência era uma mãe muito preocupada com o estado do filho e sua ansiedade com relação ao bebê chamava a atenção da equipe profissional. A equipe via como positiva a preocupação e a dedicação da mãe, mas, por vezes, pontuava sua ansiedade excessiva e o cansaço com a internação prolongada, momentos em que procuravam a psicologia para dizer sobre o comportamento de Hortência. Essa, após a alta hospitalar do bebê, chegou a procurar a psicóloga na ocasião de uma consulta de retorno do filho, relatando as dificuldades que estava vivendo para se adaptar à chegada do bebê em casa e afirmando não ter o apoio que esperava do marido, além de reclamar de dificuldades com profissionais que estavam acompanhando o filho devido ao desconhecimento desses sobre o quadro pelo qual o filho passara durante a internação, temas que se repetem na entrevista. Portanto, as falas que se destacam e se repetem no discurso de Hortência referem-se à estar sobrecarregada; à ninguém entender sua situação,

mas só dirigir críticas à ela (fala muito do marido, neste sentido); à sua preocupação com a saúde do bebê e com seu cuidado.

No dia da entrevista, Ezequiel já estava com nove meses e tinha passado por uma internação recente por complicações respiratórias (bronquiolite). Fora esse episódio, sua mãe relata que ele passa bem em casa, alimenta-se bem, tem bom sono e tem tido um desenvolvimento adequado, esperado para sua idade, considerando o nascimento prematuro, segundo a percepção da mãe e também de acordo com a avaliação da equipe de saúde que acompanha o bebê. Depois da alta hospitalar, Ezequiel é acompanhado pela pediatra do Centro da Saúde, pediatra do hospital, pneumonologista, neurologista, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Ezequiel mora com os pais em Ribeirão das Neves (região metropolitana de Belo Horizonte) e Hortência relata que seus pais sempre a ajudam quando ela precisa, apesar de morarem em outra cidade (vizinha à sua).

Embora Hortência tente fazer tudo sozinha, porque diz não gostar de pedir ajuda, há momentos de muita necessidade em que ela recorre à família – seus pais e irmãos do marido – como, por exemplo, para ajudá-la a levar o filho para as consultas especializadas ou quando está com muitos afazeres domésticos. Hortência não está trabalhando fora de casa e dedica-se exclusivamente aos serviços da casa e ao bebê, que exige dela muita atenção, como afirma. Citamos uma de suas falas, que evidencia como Hortência fica consumida com a rotina de cuidado com o bebê e o que ela aponta como necessidade de auxílio. Tais relatos repetem-se de forma marcante na entrevista:

*Fico pirada. Teve um dia que minha tia me ligou e falou: tá tudo bem? Eu falei: não. Por quê? Uai, Ezequiel não quer ficar no carrinho, ia fazer unha não fui porque minha mãe não chegou, preciso arrumar minha casa porque a TO vem de tarde, e o Ezequiel não quer, Ezequiel não quer dormir, ele quer brincar o tempo inteiro, como que eu faço? Minhas primas de greve, 13 e 14 anos em casa. Não, vou mandar as meninas subir pra ir aí te ajudar. E, assim, eu falo: meninas, fiquem com o Ezequiel, brinca com o Ezequiel. Tá aqui ó: tem iogurte na geladeira, tem tudo. Elas ficam à vontade, e eu que arrumo a casa. Não é falar assim: cê lava vasilha, cê faz assim, não, cê fica com o Ezequiel pra mim. Eu limpo aquele ambiente pra elas ficarem com ele. E ali, eu que paro e dou o banho, eu que paro e dou comida. [...] Já ajuda. Mas aí eu tenho que pedir, e eu não gosto de pedir. Aí minha avó fica assim pra mim, eu gosto muito da minha avó, eu sou a mais próxima dela, ela fica assim: cê não queria brincar de casinha? Táí. Cê não queria brincar de boneca? Táí. Aí o Ezequiel chora pra dormir, fica nesta chatice até dormir. Aí tem que ter paciência, bater na bundinha, cantar. Daí a pouco, começa a cantar, ele fecha o olho e dorme.*

“Está aí” Hortência buscando sua própria forma de “brincar de casinha”, de vivenciar a maternidade, com o impacto de um nascimento prematuro e a evolução difícil do bebê quando nasceu. Ela expressa: “A gente sabe do histórico dele. A gente sabe que uma criança que tem displasia pulmonar o oxigênio é um auxílio pra ela se manter viva, pra todos nós, né? [...] Que o que o meu filho passou aqui foi porque ele não saía do oxigênio”. Hortência fica, portanto,

consumida pelo cuidado, que é marcado por uma significativa preocupação com o bebê: “*Se o tempo inteiro eu tenho que focar minha atenção nele, sabe? O menino tosse eu tenho que fazer sabultamol, vou fazer sabultamol. Eu sou desse jeito. [...] Fico piradinha.*” Assim, na entrevista, Hortência evidencia o sofrimento que viveu e vive com a situação de prematuridade e de hospitalização do bebê, que considera que sejam os motivos que a levam a ter uma preocupação muito grande com o filho, considerada exagerada por muitos de sua família, da comunidade em que vive, dos profissionais de saúde e até por ela mesma, como pode ser cunhado ainda nas falas: “*porque eu sou apavorada, ele tossiu ontem à noite hoje eu já fiz sabultamol nele [...] mas tossiu eu acho que ele tá com crise*”, ou:

*Aí a médica [...] ele tá com nariz escorrendo, ela fala: o pulmão tá limpinho, isso é o tempo, então é só lavar o nariz dele igual eu já tô lavando. Mas eu sou assim [...] Teve 38 de febre eu já arrumei a bolsa toda, arrumei a bolsa, e fiquei esperando, eu dormi na sala [...] Eu dormi na sala e medindo a temperatura assim de uma hora em uma hora[...] pra ver se tava baixando [...]*  
*[...] Aí na segunda feira, liguei, marquei pneumo, levei. Aí ela falou: Hortência, isso é uma gripe. Tá resfriado, não tem nem que tomar antibiótico. Não tem que tomar nada, lavar nariz, mas eu assim desesperada. Menino tossiu eu tô fazendo bombinha.*

É interessante salientar que Hortência traz questões com relação às consequências que as atitudes decorrentes de sua preocupação excessiva podem causar em Ezequiel, para o futuro dele. Assim, ela fala de seus conflitos e de sua busca de fazer elaborações neste sentido, repensando sua postura: “*Aí eu fico será que essa proteção que eu tenho com o Ezequiel vai prejudicar ele na, na [...] adolescência dele. Como é que vai ser? Como que eu vou lidar com isso?*”. Sobre isso, destacamos também o que Hortência narra quando perguntamos o que pensava sobre os efeitos da prematuridade e da hospitalização de Ezequiel para ele próprio:

*Pra ele, essa atenção toda. A TO chegou lá em casa e falou assim: ó, ele tava de macacão, de meia, todo empacotado, vão tirar essa meia? Eu não. Vamos. Você tem que permitir que seu filho que ele seja, que ele explore tudo que tem aqui, desenvolva como uma criança normal, que ele é normal. A maioria dos prematuros que tem problema de, com o não, de obediência, as crianças que tem problema com o não, com a desobediência são prematuros e é mãe que proporciona isso pra ele, foi um impacto isso pra mim né? Eu falei essa mulher tá louca. Falando isso pra mim por que? O menino tem displasia pulmonar. Eu não posso, não posso. Ô Hortência, ele vai adoecer mesmo. Ele vai adoecer. Ela foi embora eu fiquei assim, nó gente, essa mulher é boba. Que cê vai falar isso comigo, ela não sabe de nada, ela não viveu nada[...] quem que ela é pra falar isso comigo? Mas eu falei: nó ela tem razão. Forrei o chão, pus Ezequiel lá. Deixo Ezequiel, ele virou bateu a cabeça no chão. Ó, vai bater a cabeça muitas vezes na vida ainda. Sabe? Fica fazendo pirracinha na cama, bate a cabeça, ó, vai bater a cabeça mesmo. Bate o brinquedo na cara, vai bater mesmo. Mas eu não exijo muita coisa dele no que[...]Jele quer que eu cante, eu vou cantar, ele tá chorando eu vou pegar. Ele que me dá esta abertura, igual eu te falei, entendeu? Mas eu não fico supercuidado pra não prejudicar ele. Mas eu não sei como que vai ser quando ele crescer, dele querer ter sempre esse número de gente em volta dele. Porque lá na rua de casa o Ezequiel é.. quase famosinho. Todo mundo passa, todo mundo brinca. Sabe? Ele tem atenção de todo mundo. [...] E ele faz gracinha mesmo. Sabe? Manda beijo, ele ri pras pessoas quando as pessoas tão brincando com ele, ele ri, retribui, sabe? Esse carinho, essa atenção. Mas eu não sei como é que vai ser, tem que acompanhar e ver, que ele seja, quando mais independente melhor, né? Mas enquanto eu puder fazer esse tipo de coisa eu vou fazer. Mãe é pra isso mesmo né? Mas ele [...] é*

*[...] vou tentar né Lili? Mas a pessoa vê, eu fico chateada por causa disso. A pessoa vê e acha que você tá fazendo muito mal pra ele. E não tem como eu fugir. Ele não se adaptou em comer no carrinho. Às vezes ele aceita, mas logo ele quer sair do carrinho, ele vem pro colo, eu fico toda suja de comida. Mas todos os dias é assim. Se ele comer no carrinho ok, mas se eu tiver que colocar ele no colo, ele come o prato todo!*

Assim, suas falas demonstram sua preocupação com relação às cobranças e às críticas das pessoas, principalmente do marido e da família dele, o que aparece o tempo todo na entrevista: “Ninguém te respeita. Ninguém te pergunta: você quer?”. E explicita:

*Ninguém pergunta você quer? Sabe? Cê fala não, é não, não é porque cê tá querendo ser simpática com ele, né? Entendeu? É assim [...] são pessoas que eu evito, eu evito mesmo. Porque são pessoas que não participaram ativamente do desenvolvimento do Ezequiel aqui. Pode ter contribuído em oração e tudo, a gente é grata por isso. Mas são pessoas que só veio a [...] no meu caso, que só me estressam mais.*

*[...] Hortência é doida de sair com o menino nesse tempo. Mesmo agasalhado. Aí todo mundo só critica.*

Hortência, mesmo que se questione a respeito do seu cuidado, sabe o que fazer com o filho, pois já tem uma forma de cuidar dele. Ela enfatiza que “quem cuida é mãe” e mostra ter assumido sua função de mãe e por isso sabe o que seu filho quer: “Às vezes minha avó fica assim, ele não vai dormir não. Eu: vai. Eu que sou a mãe, eu que sei quê que ele quer (riso). Mas eu não falo não, sabe? Porque vai me estressando”. Ainda assim, ela afeta-se bastante pelas críticas das pessoas em relação as suas atitudes: “Funciona bem, mas a pessoa vira pra você e fala: você não pode fazer assim não, ele tem que ficar no carrinho pra ele comer. Ele tem que fazer isso[...]” – referindo-se ao marido. Assim, Hortência fala também das estratégias que foi encontrando para lidar com estas cobranças que a afetam, o com os incômodos em relação aos outros:

*Depois daquele dia, eu comecei a rezar pra ela (referindo-se à profissional que acompanha o bebê). Sabe? Aí ela cismou que tinha colocar o Ezequiel no oxigênio, aí colocou um cheirinho. Eu fui deixando ela fazer as coisas. Porque se não eu tava ficando estressada demais, demais, demais da conta.*

*[...]*

*Eu olho assim, eu não falo nada. Aí eu reclamo com alguém a pessoa fala: Hortência, cê tem que falar. Lili, eu não tenho psicológico pra discutir.*

*[...]*

*Quando ele chegou em casa, ele ficava assim: 5 minutos cê vai ficar aqui, e ele chorando ã, ã, ã (imitando a criança chorando). Eu ficava de coração partido. Fui deixando ele fazer desse jeito, mas não é assim que funciona.*

Hortência queixa-se, principalmente, da falta de apoio e de compreensão do marido. Trazemos sua fala quando indagamos sobre a participação do pai de Ezequiel em sua vida e no cuidado com o bebê:

*Ah [...] o Beto? Ah, o Beto é[...] ele me ajuda muito, mas assim, ele não viveu tanto isso com o Ezequiel, acho que quem tá mais próximo, igual minha mãe deve ter vivido muito mais do que ele. Ele é uma pessoa muito otimista, isso é muito bom, mas assim, ele é muito tranquilo, entendeu? A gente tá até meio brigado porque ontem, o Ezequiel, se não cantar ele mesmo canta, pra ele dormir. E já teve dias deu levantar 4 horas da manhã, meu marido desde 3 e pouca tá tentando fazer ele dormir e ele não dormiu, eu levantar, cantar e ele dormir.*

Hortência reclama da falta de reconhecimento e de consideração do marido à maneira como ela opera com o cuidado, impondo e cobrando um outro funcionamento:

*Mas assim, todo mundo vê esse processo aqui dentro do hospital [...] que gracinha a mãe cantando pro bebê dormir, eu só ia embora depois que o Ezequiel dormia. Que gracinha, sabe? Ela canta pra ele, chega em casa fala procê (referindo-se ao marido): cê não vai cantar pra ele, como que ele vai entender? [...] Ele achava super lindo. Sabe? Nossa, ele fica calminho no seu colo [...] eu cantava pra ele. Aí chega em casa e não quer que cê canta?*

Citamos também:

*Aí meu marido fica assim, eu não quero que canta pra ele dormir, eu quero que ele fica no carrinho, eu quero que ele faz isso, isso, isso. Ontem eu falei pra ele: ele é uma criança. Eu falo pra ele: ele é uma criança, ele não é uma estátua. Se ele não precisasse de colo, ele nascia igual boi, igual vaca, igual cavalo, que nasceu, levanta e anda. Minhas coisas ficam paradas, Lili, e ele fica no colo. Eu vou deixar ele chorar? Chorar pra quê? Pra ele ficar roxo, parar de respirar?*

Podemos pensar em como Hortência foi se arranjando com a maternidade e o cuidado com o filho, e como a situação de prematuridade e de hospitalização em seu nascimento teve efeitos na construção desses arranjos. Sobre o início de tal vivência com o bebê e a (insuficiente) participação do marido no processo, é válido trazer o que Hortência conta sobre o parto, do qual o marido/ pai de Ezequiel pouco participou: “É, na hora que ele chegou pra trocar com a minha mãe, eu tava na sala de pré parto, falou: ele vai nascer hoje. E ele não teve coragem de ficar comigo naquela hora”. Ela e sua mãe relatam que o pai de Ezequiel começou a trabalhar nos dias próximos ao nascimento do bebê e que, por isso, não pôde participar do tratamento do filho. Mas, Hortência queixa-se muito da postura de Roberto, seu marido, após a internação também, afirmando que ele anda irritado, agressivo e sem paciência, contando, a propósito, que ele parou de fumar por causa do bebê, ficando estressado por isso. “Ele tá muito explosivo”, ela afirma, e conta de alguns episódios em que ele fica enérgico, chuta móveis quando discutem. Ao que parece, Hortência o considera tranquilo (como citado em outra fala) no que diz respeito à preocupação com o filho, quesito em relação ao qual ela não é tranquila, conforme afirma. Em contrapartida, ele fica nervoso em situações que ela considera que não deveria ficar, aparecendo o desencontro do casal. Hortência reclama muito das atitudes do marido, que fazem com que ela se sinta desconsiderada e sobrecarregada, por assumir todas as tarefas nos cuidados

da casa e do filho. Hortência repete essa temática muitas vezes na entrevista: “*Fim de semana ele fica deitado o dia todo. Aí o Quiel<sup>36</sup> fica no carrinho, às vezes o Quiel chora, ele pega, ou então eu paro o que eu tô fazendo, faço as coisas dentro de casa. Aí o dia acaba, eu não fiz nada. Às vezes eu não saio nem no portão*”.

Sobre os impactos da vivência de prematuridade e de hospitalização do filho para Hortência e a falta de participação do marido neste momento, é válido ainda retomar:

*O Ezequiel, assim, muita coisa que eu passei, eu passei sozinha. Tinha dia que eu não tava aguentando, aí eu ligava pra ele (marido), daqui a pouco eu te ligo que eu tô ocupado aqui. Sempre ele vai tá ocupado. Então às vezes eu chorava sozinha. Ia embora, não ia pra casa, ia pro centro de Belo Horizonte, pra andar, pra ver gente. Sabe? Sentava assim, tomava um sorvete, depois que eu ia pra casa. Esperava minha prima sair do serviço, ia pro shopping pra ver vitrine. Depois de tudo isso eu ia. Tinha dia eu eu chorava, chorava, chorava, chegava de noite em casa, ele saía pra ir pra escola, que ele dá aula num curso técnico. [...]. Aí eu colocava, eu sou católica, eu colocava na Canção Nova, aí eu chorava, eu chorava, vendo a pregação do evangelho, sabe? Pedindo a Deus força [...]*

Ela conta como era pesado para ela viver isso sozinha, dizendo também como eram bons os momentos em que ela podia sair um pouco desta cena (do filho no hospital) e compartilhar algum momento com o marido, que não ficasse em função do tratamento do bebê, que tanto a ocupou e a desgastou:

*E o tempo que a gente pegou ônibus, eu já falei, pra mim era um alívio pegar o Move<sup>37</sup> lotado, adorava pegar o Move lotado quando eu tava vindo pra cá, que era um momento que cê distraía, cê desligava. O pessoal do ônibus te fazia raiva, mas cê [...] num é que cê esquecia do seu filho, mas era momentâneo, entendeu? Aí a gente saía e conversava e era bem melhor. Lembro do dia que a gente já sabia que o Ezequiel tava bem melhor, aí o ônibus demorou, nossa, foi uma dificuldade pra pegar o ônibus, a gente tava rindo, conversando, rindo de outras coisas.*

É interessante assinalar que, logo no início da entrevista, Hortência sinaliza as marcas da prematuridade e da hospitalização do filho em sua vivência com a maternidade, quando questionada sobre o tempo de internação de Ezequiel, a que ela responde: *Do dia em que nasceu até dia XX do mês X de 2015, 118 dias[...] (esboçando um sorriso). Por fim eu não contava não. Foram 4 meses pra mim [...] né? Mês a mês, dias pra mim[...] (balança a cabeça indicando não). Já tinha perdido a conta*”. Ela e sua mãe contam que só viram este número no relatório de alta, relatando que os profissionais que atendem ao bebê no ambulatório sempre assustam ao ver o tempo de internação. Seria o sorriso esboçado por Hortência de orgulho? Afinal, esta é a história dela com o seu filho: uma história que se inicia com uma internação difícil e

<sup>36</sup> Quiel é como Hortência apelidou Ezequiel.

<sup>37</sup> Move: trata-se do sistema de transporte coletivo rápido de Belo Horizonte, que conta com várias linhas de ônibus e corredores exclusivos na cidade.

prolongada, mas na qual foi possível Hortência fazer-se mãe de seu bebê, localizando, assim, o lugar do filho em sua vida e em seu desejo, como mostra:

*Mas vai do estilo de criação. Tipo assim, se o Quiel (apelido de Ezequiel) fosse pra casa comigo normal, claro que ele já teria acostumado com a casa dele, com as coisas dele, mas esta vivência aqui interfere, e interfere muito. Entendeu? Ele não tem problema com sono, graças a Deus, mas e se tivesse? Não seria culpa minha. Seria culp [...] né, seria decorrente da, do tempo de internação. Lá na internação que ele teve, esta última, eu tinha que fazer canguru, porque ele fica no canguru até hoje. Porque eu saía, Ezequiel chorava a noite inteira. Ele gosta de ficar perto de pessoa. [...] Mas de dia ele não gosta (de dormir), porque ele gosta de rua, gosta de ver carro, ele gosta de ver gente. Todo mundo brinca com ele, minha casa é de 2 andares, todo mundo vê ele na varanda, todo mundo brinca, ele gosta é disso, sabe? E o pai dele não, mas ele tem que ficar no carrinho, ele tem que fazer isso.*

Assim, Hortência, na entrevista, relata sua vivência com a internação, mas também fala muito dos momentos vividos em casa, após a alta hospitalar, nos quais foi construindo uma rotina de cuidado, que parece ser muito importante para a consolidação de sua função de mãe, sendo que ela fica, inclusive, muito tomada por esta função. Ela conta como reconhece os sinais do seu bebê e interpreta suas manifestações, supondo um sujeito com preferências e vontades, demonstrando, assim, o desejo que a ele dirige e o lugar em que o localiza, que sofre uma interferência importante das primeiras interações vividas durante a hospitalização, como mostra também a seguinte citação:

*Nossa senhora! [...] Hoje mesmo eu tava falando lá na casa da gestante<sup>38</sup>, eu não admi [...] eu sou [...] eu cobro muito de mim, né mãe? Eu não aceitava esta ideia assim [...] que a Luciana, assistente social falava: Hortência, vai passear um dia, não tem problema, ele tá bem cuidado, eu achava um absurdo, a pessoa mandar eu sair, não, eu tenho que tá aqui. Quê que eles vão pensar, que mãe desnaturada. Era assim que eu via as mães que não vinham, sabe? Gente, essa mulher é doida, deixa o filho aqui, tomando Nam o dia inteiro, acho um absurdo. Mas aí [...]. isso foi me deixando muito[...] sei lá, sabe? Eu fui guardando muita coisa [...]disso, fui cobrando muito de mim. Hoje eu me sinto muito sobrecarregada, sabe? Na época que ele ficou internado eu melhorei bastante em tolerância, sabe? Ter tolerância com as pessoas, o saber esperar, que tudo pra mim era, sabe? Eu planejava tudo, não podia sair nada do meu controle, eu que demandava as coisas. Hoje em dia eu sou bem mais tolerante a isso, sabe? Tenho mais fé, sou mais tranquila. Mas, igual aquele dia que eu te procurei, tem dia que eu tô a ponto de estourar. Porque o Ezequiel exige muito da gente, sabe? E é mais de mim, e nem é todo mundo que entende. Sabe? São comparações. São [...] o filho é seu, cê tem que cuidar, eu sei, mas não custa nada uma ajuda, né? Uma ajuda é sempre bem-vinda, uma ajuda pra que você viva você também. Sabe? Compara ele com o primo dele. Por que que ele não pesa tanto? É uma médica que te dá um diagnóstico precoce que te apavora. É uma médica que cê chega aqui ela não tem diálogo com você. Cê sai cheia de interrogações. [...] Cê chega na fisio, cê conhece seu filho [...] e ela bate o pé que não, que é isso que tá acontecendo. Não, não é assim, eu conheço ele. Não, mas eu tô vendo que ele tá assim.*

Podemos notar como a forma que Hortência constrói a sua vivência com a maternidade e o cuidado de um filho que nasce prematuro e precisa de tratamento depara-se com sua maneira própria de se relacionar, de funcionar, antes mesmo do acontecimento, dizendo também de

<sup>38</sup> Casa da Gestante e Puérpera é uma casa onde ficam gestantes de risco que não necessitam do cuidado hospitalar, mães acompanhantes da Unidade Neonatal e bebês de baixo risco. Hortência ficou hospedada nesta casa durante parte do período de hospitalização do filho.

como ela teve que lidar com sua mudança de posição, de filha para mãe, de quem demandava para quem deve responder a demanda. Assim, a forma com que ela busca dar conta da situação diz do jeito e da subjetividade dela (que gostava de ter tudo sob seu controle), o que parece se refletir em sua preocupação e cobranças excessivas em relação ao filho. Citamos:

*Mas é isso [...] Tossiu, cê já se sente pressionado, sabe? Doenças que, que, que.. ele pode ter tendência a ter todas as ites, né, que existe. Então se o menino precisou de medicamento, é uma chateação pra gente. A gente sofre muito com isso. A gente se sente incapaz de cuidar de seu próprio filho. [...] Eu fui no ambulatório e cara que admitiu o Ezequiel na sala de parto, eu reconheci ele: uai, mas nasce uns meninos tão ruins, a gente manda pro CTI não pensa que vai durar horas. [...] Aí cê fala: pô, meu filho nasceu ruim assim? Sabe? [...] Porque eu trouxe o Ezequiel porque o Ezequiel tinha saído e continua tossindo. Eu vim aqui na neuro e senti [...] porque eu sou assim: tá tossindo, minha filha, eu ó, vaso com ele pro hospital. Eu não espero, Lili. Eu me cobro demais, porque eu sei que se arrastar, arrastar, chega num ponto de internar e não é isso que eu quero. [...] A gente se sente assim muito desamparado mesmo. [...] A gente encontra muita gente e que não sabe[...] ah, eu entendo, mas não sabe que que cê viveu. Tanto por parte da família, que te cobra como se seu neném fosse atermo, quanto dos profissionais da saúde que, que não, que viram aquilo em algum momento, que vê crianças ali e estão bem, mas não tem respeito por isso, passou e saiu.*

Na entrevista, Hortência compara os profissionais da Unidade Neonatal com os que atendem ao bebê após a alta - na atenção básica e na internação recente pela qual o bebê passou. Ela confronta o saber de alguns profissionais com o seu próprio, adquirido principalmente com a experiência prolongada de internação, o que faz com que este saber de mãe seja perpassado pelo conhecimento técnico:

*O Ezequiel tem displasia pulmonar. Eu tenho meu proxi [...] meu próprio oxímetro pra ver a saturação dele<sup>39</sup>. (Você comprou?) Eu comprei, quando o pé dele tá gelado, vai dar saturação baixa. Então, essa semana mesmo, ela (referindo-se a profissional da atenção básica) tá medindo [...] não, tá indo baixo demais, tá baixo demais. Foi ela colocar a meia, esperar uns minutinhos, mediu certo. [...] Pra medir saturação não tem que apertar. Aí ela aperta o joelho dele, faz assim pra baixo. Aí as coisas tem que bater certo, o batimento cardíaco e a saturação. Não, ela quer levar em consideração a saturação. Se tiver lá 100% e 70 de batimento cardíaco pra ela tá ótimo. É totalmente diferente do que eu vi aqui. É totalmente diferente do que a pneumo dele fala. Sabe?*

Assim, ao longo da entrevista, Hortência menciona a displasia pulmonar, a atelectasia, o sabultamol, a saturação, o padrão respiratório, o raio X, os cuidados especializados, significantes que marcam sua vivência com o bebê desde o seu nascimento. Hortência explicita a confiança que sente em relação à equipe que tratou seu filho quando nasceu, esteve em estado crítico e precisou de tantos cuidados: “Aí cê chega num pediatra, é um pediatra que não tem aquela abordagem que o pessoal aqui tem. Que com certeza cês tem treinamento sobre isso,

---

<sup>39</sup> Hortência havia comprado um saturímetro, também chamado oxímetro – instrumento utilizado nos hospitais para medir a saturação do paciente, ou seja, o nível de oxigênio no sangue – e sempre o utilizava em casa com o bebê, quando achava que ele estava com dificuldades para respirar ou demonstrava outros sinais de queda de saturação.

*né?”*. Neste sentido, ela compara a assistência do hospital com outras instituições: *“A vivência que eu tive aqui no Odilon te prepara pra muita coisa [...] Lá (onde Ezequiel ficou internado) eu falei várias vezes do tratamento aqui no Odilon, sabe? Às vezes a gente fica até um pouco mal acostumada, mas não é. Porque cê vê que é um tratamento diferenciado”*. Relata também como se sentia acolhida durante a hospitalização do filho quando recém-nascido, apontando como a experiência marca sua vida: *“Porque enquanto eu tava aqui eu tinha tanto esse acolhimento [...] A gente se sentia mais acolhida aqui. Cê chega em casa às vezes cê não tem esta atenção, sabe? A gente sente falta porque chega em casa e a vida tende a voltar ao normal, mas ela nunca mais vai ser a mesma”*. Hortência demonstra ter se identificado com a equipe do tratamento neonatal, inclusive assumindo um conhecimento e uma postura técnica no exercício da maternidade, por vezes, como se fosse também profissional:

*Que todo mundo acha que a gente sai daqui uma técnica de enfermagem, uma médica. E a gente é assim mesmo, tá?! Porque a gente sai falando termos técnicos, conversando com o médico. A médica, no dia que eu fui com ele falou: nossa, mãe de prematuro é ótima, sabe falar tudo, tudo que aconteceu, não precisa nem ler o relatório. Igual assim, a cabeça da gente, ó, igual computador.*

Porém parece-nos que este conhecimento técnico com o qual a mãe se identificou no exercício da maternidade e do cuidado com o filho não tem relação apenas com a situação de prematuridade e de tratamento do filho, mas também com a história da família, o que aparece em algumas falas de Hortência na entrevista, por exemplo: *“minha mãe tem esse conhecimento porque ela trabalhou na área de saúde no nosso município muitos anos”*, referindo-se ao fato de sua mãe ter sido técnica de enfermagem, hoje aposentada. Hortência já tinha essa referência mesmo antes da situação de hospitalização do bebê e talvez a vivência com o filho tenha vindo ao encontro dessas referências, fazendo com que a técnica especializada de cuidado marcasse consideravelmente a forma com que Hortência foi construindo sua função de mãe cuidadora. Mas, mesmo partindo destas referências (da sua própria mãe, que era técnica de enfermagem) que parecem ser importantes para Hortência, elas não são suficientes para sustentar o exercício da maternidade na situação de gravidade do bebê, o que ela evidencia, contando do impacto da situação na sua vida:

*E minha mãe era técnica de enfermagem, né Lili? No começo, as notícias eram a partir das 11 horas. Eu esperava minha mãe subir, pra ela tá comigo na hora de receber a notícia. Porque minha cabeça não processava. Eu escutava tudo que a doutora tava falando comigo, mas eu não conseguia fazer o entendimento. Aí eu perguntava pra minha mãe: mãe, você entendeu? Ah, mais ou menos. Por isso que eu me cobro mesmo. Aí eu perguntava, ia lá na internet, na internet é até pior né? A gente vê coisa que não tem necessidade. Às vezes a gente fica assim. Minha cabeça igual um computadorzinho prestando atenção em tudo. Porque eu perguntava pra minha mãe. Ah, não sei, a doutora falou assim. Mas o que que será isso? Com a vivência que senhora teve na área de saúde, o que que a senhora acha? Ah, não sei.*

*Avó: mas eu atuava diferente desta área. Eu nunca vi isso.*

*Hortência: Mas a senhora já ouviu falar.*

*Avó: Mas dos outros (e ri).*

*Hortência: Mas ela teve dois filhos. Aí eu pergunto: mãe, presta atenção se ele tá chiando. Ah Hortência, eu não sei, tá não, não sei [...] é tanto não sei que eu tenho que ficar assim. Coloquei um calendário na geladeira que eu anoto tudo. Tudo anotado o que eu tenho que fazer. Número de medicações que eu tenho que fazer [...] Foi muito importante pra mim. Porque assim, quando eu cheguei da alta ela tá assim: Hortência, eu achei que você tava precisando de um acompanhamento de psiquiatra, psicólogo, porque você repetia sempre as mesmas coisas. E até hoje, meu único assunto que eu sei conversar é prematuridade e Ezequiel. Única coisa. [...] Ah, ele é prematuro? É prematuro, 29 semana, blalalalalala. É por isso que eu falo, as pessoas tem uma liberdade com a gente. Eu não tenho outros filhos. O Ezequiel dá essa liberdade pra todas as pessoas, sabe? Pelo que aconteceu. Isso traz um impacto muito grande na gente. Porque eu não saio pra nada. Eu saio pra ele. Então tudo gira ao redor dele.*

Hortência mostra como teve que ir fazendo muitas elaborações ao longo da internação do filho. Buscando o saber da sua mãe, as referências familiares, tanto no que diz respeito ao conhecimento técnico quanto àquele que é passado pela família por gerações, diz sobre sua vivência singular com a maternidade, que inclui o bebê na linhagem familiar, particularmente. Já que nem os recursos da mãe e seu conhecimento profissional foram suficientes para dar conta de sustentar a sua função como mãe, a situação exigiu dela fazer de sua própria forma, mesmo que ainda marcada pelo conhecimento dos especialistas. E é notável como ela continua recorrendo ao saber especializado. Na fala de Hortência, aparece o valor que ela atribui ao conhecimento e às recomendação dos especialistas, seguindo à risca todas as indicações médicas:

*Eu não posso ir no shopping com o Ezequiel, eu não saio, eu não vou em festa com o Ezequiel, sempre que eu vou, assim, eu fui em uma festa até hoje, num sítio, de dia, que era um chá de panela de uma amiga minha, a gente ficou bem afastada das pessoas, ninguém chegava perto do Ezequiel. Por causa das recomendações. Ele tinha tomado a primeira dose da palivizumab<sup>40</sup>, aí eu fui mais tranquila, liguei pra ela (médica) e perguntei: eu posso ir? E foi assim, sabe? Aí isso vai me sobrecarregando e é difícil né?*

Hortência conta que segue todas as recomendações médicas, tais como: uso do lenço umedecido mais adequado, contra indicação de uso de perfume ou produtos perfumados, vacinas, ambientes apropriados, transporte, etc.. Sobre sua preocupação em seguir as indicações médicas, destacamos ainda:

*Todas as pessoas da minha família foram vacinadas contra a gripe, todas. De menos o pai dele, porque o pai dele não quis tomar. Todas as pessoas foram, porque a médica fez uma receita e todo mundo foi. Todo mundo foi. Que é a recomendação. Quem tem perfume não chega perto do Ezequiel, porque é a recomendação que eu tive. E isso tava me deixando constrangida, então eu evitava de ir nos lugares. De chegar perto, sabe?*

---

<sup>40</sup> Trata-se de uma vacina indicada para profilaxia de infecções no trato respiratório, que é aplicada somente em um público específico de risco, incluindo o grupo de prematuros extremos.

Mas, seguir todas as recomendações não é suficiente para que Ezequiel não adoça:

*Mas eu entendo assim: cada um tem sua cruz pra carregar, né? O Ezequiel tem esta dificuldade do padrão respiratório, mas hoje tá tranquilo, graças a Deus, mas essa fragilidade, de pegar doenças respiratórias e tal[...] então, vamos tentar evitar, mas às vezes eu [...] aí eu fico com esse excesso [...] de cuidado, esse tanto de restrição, eu sigo à risca, aí o menino tem uma bronquiolite e eu fico frustrada: mas o que que eu fiz de errado?*

Ela expõe como ficou frustrada pelo fato do filho ter adoecido mesmo depois de ter tomado a vacina indicada para prematuros para prevenir doenças respiratórias:

*Ah, não sei, fiquei muito decepcionada quando o Ezequiel teve a bronquiolite, porque me falaram que a palimizumabi era pra proteger nestes vírus respiratórios. [...]  
É. Eu fiquei muito decepcionada. E toda vez que o Ezequiel chia, toda vez que O Ezequiel tosse, eu já fico: meu Deus, o que que eu fiz de errado. Cheguei aqui falei: doutora, o que que eu fiz de errado? Ela assim: independente do cuidado que cê tenha, o menino vai ter isso. [...] Dá pra escutar, mas no dia eu fiz questão de trazer o pai dele, pro pai dele escutar da boca dela.*

Assim, parece-nos que, mesmo que Hortência se esforce para que seu furo não apareça, ele sempre vem à tona, retornando uma incessante busca por satisfazer e ser satisfeita pelo Outro, ora alienando-se ora separando-se dele, o que provoca sua angústia. Com a maternidade e o nascimento prematuro do filho, Hortência teve que enfrentar a falta de controle sobre as coisas. Como o filho entra na vida dela, reproduz esta sua busca de satisfação submetida ao julgamento do Outro e na qual não pode haver falhas, o que ela sempre repete em sua fala e forma de funcionamento. Isso aparece quando Hortência conta sobre a chegada de Ezequiel na vida da família:

*Foi, tinha um ano e pouco que eu tava casada já. A gente sempre quis um filho, mas, assim, a gente deixou acontecer. Eu fiz os exames antes, pré nupciais, ele também. E quando foi chegando assim, eu falava com ele: acho que eu tô querendo engravidar, mas a gente assim, não planejou. Fui no médico, fiz exames, tava tudo tranquilo, mas, aconteceu. Entendeu? Era pra agora, 2015. A gente pensava em ter um filho agora. Mas o Ezequiel eu num [...] disso tudo é a melhor coisa. Eu não me sinto sozinha. Ele ocupa meu tempo. Mas ao [...] né, apesar disso, a gente fica muito [...] eu tô muito estranha hoje, às vezes eu tenho vontade de pegar uma panela e bater na minha cabeça. Sabe, assim, porque às vezes eu mesmo não me tolero. Ai, gente que menina chata. [...] Só brincando que às vezes eu não me tolero. Nossa, realmente, hoje eu tô chata. Aí eu tento ficar na minha aí vem o pai dele: como que foi o dia hoje? Foi tranquilo. Que que cê fez? Que que eu fiz [...] nada! Fiz as coisas que tinha pra fazer dentro de casa e isso o que deu tempo né? No caso fiz a janta e cuidei do Ezequiel, ele já tá dormindo.*

E retorna sempre na fala de Hortência uma insatisfação e a importância ou o peso do olhar do Outro para ela:

*Cê é responsável por uma criança e cê tem que fazer tudo do que é melhor pra ela. Por mais que você ache o que é melhor pra ela, você tem certeza do que é melhor pro seu filho, as pessoas sempre tem ao que criticar. E ali cê passa a viver pra ele e esquece de você. E aí, às vezes eu falo comigo mesma:*

*enquanto eu estive namorando, noiva agora casada, eu sempre vivi em função dele, do meu marido, e agora ele tá de lado pra eu viver em função do Ezequiel. Que dia que eu vou viver em função de mim? Quando eu tava, assim, antes disso, eu tava estudando, queria fazer um curso de assistente social, tava olhando já, sabe? E descobri a gravidez. Não me arrependo de não ter começado. Ah, isso me frustrou por tá grávida, não. Mas eu tava sentindo essa necessidade de ter esse tempo pra mim. Entendeu? Eu não sei, sabe? Às vezes eu fico pensando isso, mas vai chegar o meu momento. Ezequiel não vai ficar pra sempre deste tamanho. Entendeu?*

O mesmo filho que não a deixa sozinha, que ocupa seu tempo, é quem não permite que ela tenha tempo para ela mesma: é o furo aparecendo e sendo tamponado o tempo todo, uma forma de funcionamento que se repete, e que se repete na história de Hortência com seu bebê. Então ela se mostra insatisfeita, e tenta fazer autoescola, quer estudar, quer fazer terapia, quer fazer unha, quer sair à noite, quer voltar para a igreja, quer caminhar, quer fazer academia porque engordou muito: *“Eu fico pensando em fazer uma academia, porque eu tô engordando demais, porque eu como o dia inteiro. Nossa, muita ansiedade, muita ansiedade mesmo, sabe?”*. Mas, sua situação em casa com um bebê novo e que exige muito dela não permite que ela tenha este tempo, o tempo que ela queria que o bebê ocupasse, para não se sentir só. E repete-se o movimento de alienação e de separação, de tamponar e de fazer aparecer a falta, e surge a angústia.

No discurso de Hortência, é possível notar os impactos que a prematuridade e a hospitalização do filho tiveram neste processo de construção de uma forma própria de cuidado e aparece o lugar que coloca o marido (pai de Ezequiel), que não entra no circuito controlado dela – é o único que não se vacina de toda família, é válido destacar. Ela repete:

*Aí tudo vai me sobrecarregando. Eu falei com o pai dele: cê vai tomar (a vacina contra gripe). Vou tal dia. Ele tem tempo pra fazer tudo. Ele ficou em casa arrumando o chuveiro, que sempre dá problema pra ele, e não foi vacinar. Aí ele teve gripado estes dias e ele: eu já sei que que cê vai falar. Não, eu não vou falar nada não. Mas o dia que o Ezequiel recebeu alta você ouviu. As mesmas recomendações que eu recebi, você recebeu. E eu tô fazendo todas elas, e você? Que a consciência dele pesa. Aí ele: cê é chata demais, cê é isso, cê é aquilo, cê é aquilo.*

Na entrevista, Hortência faz, muitas vezes, pontuações sobre sua relação com o marido, surgindo a resistência dele em entrar no funcionamento dela com o bebê e sua incompetência em desejá-la e causar o seu desejo como mulher - e, assim, coloca a história que se repete na família:

*A minha tia conversa muito comigo. Ela fala: Hortência, tem gente que fala que história se repete, eu vejo a minha história repetindo com você. Porque ela teve esse [...] ela ficou casada 15 anos, é [...] o marido dela assim, quando separou, ela juntando as roupas dela ela descobriu 4 contas de água sem pagar, quase cortando a água dela, conta de luz sem pagar. Ela falou assim: tinha dia que eu tinha que pegar arroz emprestado. O Beto nunca chegou até a chegar a este ponto, mas eu sou assim: chegou conta, eu vou abrindo tudo, vou grampeando. Tudo, mas tudo que precisa tá ali. O pagamento chega, eu levo tudo pro, pra lotérica e pago tudo. Eu sempre fui assim. Sabe? Eu fui deixando ele mal*

*acostumado. Aí eu fui me sobrecarregando desde sempre. Mas ele é super comprometido com a casa, com o Ezequiel, e tal. Só que tem ã [...] certos pontos, que [...] como mulher, sabe? Que ele vai me deixando. E minha tia sofreu com tudo isso. E aí ela precisou de psicólogo, precisou de psiquiatra. Pra lidar com esse problema dela, foi até quando ela mandou ele embora. Agora ela sofre com outras problemas dela, com o filho mesmo sabe? [...] Em casa ele (marido) tem interesse pelo Ezequiel, mas eu falo de mim, entendeu? E de respeito. Não, eu te entendo, se você deitou e dormiu, eu te entendo, cê tá cansada. Se cê tem necessidade de desabafar eu te entendo. É muita mágoa ainda, é muito choro que cê tem que chorar, sabe? Muita coisa que cê passou cê não me contou. Eu não tive presente no momento em que eu precisava estar. Ele também não fala das dificuldades que ele tem com você. Porque vc tb tá muito ali com o Ezequiel né. Não. Mas o Ezequiel dormiu eu sento ali do lado dele, e ele ou tá vendo televisão ou tá mexendo no computador. Por que que cê tá assim? Nada não, nada não. Tem dia que eu falo assim: ô meu Deus, que ele arrumasse outra mulher e saísse da minha vida.*

Será que Hortência quer que Beto arrume outra mulher porque já tem outro “homem” e fica totalmente ocupada com ele? Será que é o marido ou ela mesma quem não quer ela como mulher, pelo menos de Roberto? Nessa fala que remete à possibilidade do marido arrumar outra mulher, que ela repete quando diz “*Que ele arrumasse outra pessoa então*”, parece-nos que se refere à indisponibilidade de Hortência de ser mulher de Roberto. Afinal, ela tem muitos outros interesses, e como ela afirma, ela é nova e ainda pode ter outros relacionamentos: “*Eu fico pensando assim: também se não der certo, tô nova*”. Ela mesma se pergunta por que está com ele, e faz questões buscando entender sua relação, sua implicação nela, distinguir seu desejo pelo marido, talvez tentando se localizar nesta relação agora que também é mãe, e uma mãe tão dedicada ao filho:

*Aí cê me pergunta: mas por que que cê casou? Eu gostava dele. Gosto dele. Mas assim, eu quis dar uma oportunidade pra ele, porque tudo assim, eu amava ele demais, eu era louca com ele, e o meu sentimento mudou muito foi porque ele fez estas coisas. Foram as atitudes dele que levaram a chegar nesse ponto, entendeu? [...]*

Contudo, Hortência afirma que seu desinteresse pelo marido decorrente das atitudes dele surgiu antes da chegada de Ezequiel. E fala também:

*Porque eu fico pensando, e se eu tiver coragem e não ficar mais com ele, e o Ezequiel? Aí eu fico com este sentimento, sabe? Não, eu tenho que manter este relacionamento se não ele vai tirar o meu filho de mim. [...] Não sei, a casa da mãe dele é muito desorganizada, é cachorro que deita em cima da cama. Ezequiel não pode dormir. Eu fico pensando: ele vai querer ficar com o Ezequiel, eu não vou deixar. Não tem que deixar, eu sei, mas [...] Ah, não sei, Lili. Tem hora que me dá uma preguiça dele, assim. Ah não [...]*

Hortência não pode assumir esta escolha de não ficar com o marido, de perder o marido, porque isso implica em outras consequências e perdas para a vida dela, e outras perdas de controle, inclusive relacionado ao cuidado do filho, o que é difícil para ela dar conta neste momento, até pela forma como tem feito com sua vida, como tem se posicionado em sua função

de mãe. Será que é difícil para ela localizar e assumir o próprio desejo, por estar tão colada à expectativa do Outro e angustiada quando assim não está?

Neste sentido, é válido apontar que o discurso de Hortência sugere que a sua relação com Ezequiel não chega ao ponto de saturar o desejo dela, havendo, inclusive, separação que produz angústia, e muitos desejos insatisfeitos, porque o lugar que Hortência coloca o filho implica em tensionamentos e ela consegue simbolizar em alguma medida a experiência vivida com o filho, durante e depois de sua internação, fazendo elaborações. E não só de alienação, nem só de separação dá-se seu funcionamento. E é importante que seja assim. É preciso que ela tenha encontros que possibilitem um espaço para o desejo. Por isso, o espaço não pode ser totalmente ocupado. Assim, Hortência demanda um espaço, um tempo para que ela realize algum outro projeto pessoal, que não apenas relacionado ao “ser mãe”. Então ela quer ser mulher, não toda mãe, mesmo que ora esteja ora não esteja interessada no próprio marido (uma vez que ela queixa pela falta do seu reconhecimento e manifestação do seu desejo como homem). Como vimos em nossa explanação teórica, este espaço para o desejo é necessário para que o bebê não se torne objeto de gozo da mãe, sendo necessário que ela tenha também outros interesses. Mas não é isso que está em impasse no caso. O que parece estar sendo problemático para Hortência é como se arranjar com tantos interesses, inconciliáveis com sua realidade no momento, e também o que fazer com sua insatisfação em relação ao Outro e a localização de seu desejo.

É interessante notar que a função paterna opera não porque tem a figura do pai presente, mas porque Hortência não deixa de desejar ou de se incomodar, mesmo que angustiada. A propósito, tem muitos desejos, mas que ela não tem conseguido situar mais claramente ou realizar, diz estar sem tempo, sem espaço, sobrecarregada. É válido mencionar que Hortência também busca, neste sentido, que o bebê tenha outros interesses que não só relacionados a ela, ou que não só a ela possa dirigir suas demandas:

*Com o tempo cê vai teno [...] tentando que ele desperte interesse pelas coisas, é uma televisão que eu ponho pra ele assistir, um desenho, dele ficar mais tempo no carrinho enquanto eu faço uma coisa e outra. Mas ele que me dá essa liberdade, se o Ezequiel deixar eu lavar vasilha, arrumar minha cozinha toda, fazer o tanto de coisa que dê pra fazer tá ótimo. Mas se ele acordou, se ele chorou, eu vou lá e peço, faço as coisas com ele. Se eu colocar no carrinho e ficou, entendeu? O pai dele não, o pai dele quer que ele fique chorando, quer que ele fique lá.*

Assim, o bebê também não apresenta sinais de problemas em sua subjetivação. Na entrevista, Ezequiel estabelece um bom contato com a mãe, com a avó e com a entrevistadora, rindo e fazendo vocalizações, buscando chamar a atenção dos que estão a sua volta e reclamando (chorando) quando incomodado - pela fome ou ficando inquieto - o que é

interpretado como vontade de passear pela avó e pela mãe, quando o bico não mais o acalma. É um bebê que demanda atenção, cujas manifestações são acolhidas e interpretadas. Nas falas de Hortência, aparecem muitos aspectos relacionados às respostas e às demandas do bebê: ela fala da liberdade que Ezequiel dá ou não para ela, dos gostos dele, da interpretação que faz dos seus gestos e reações. Assim, algumas falas de Hortência sobre as respostas do bebê, seus atos em relação a ele e dele em relação à mãe e à avó evidenciam que há uma demanda por parte da criança e um circuito pulsional estabelecido, como pode ser notado nas falas já citadas e na que se segue: *“Às vezes eu fico brava, falo brava com ele. Aí ele manda um beijo e ri”*.

Hortência já tem uma forma de funcionar com o filho, que eles foram construindo na interação, no cuidado da mãe com o bebê. O que entendemos necessitar de atenção é o sofrimento de Hortência com os arranjos nesta vivência da maternidade e do cuidado com o filho, que tem marcas importantes da situação de prematuridade e de hospitalização precoce. Estas marcas fazem um elo com a história de Hortência, que conseguiu fazer elaborações e incluir o filho na história dela, o que, ao que nos parece, permitiu a circulação do desejo entre ela e a criança e também da criança com o pai: *“Ah. Ele (marido) gosta muito do Quiel. Ele também gosta muito do pai dele. Fica doidinho quando vê o pai dele”*. No entanto, isso não se dá sem sofrimento para a mãe, que demanda um acompanhamento, uma escuta, haja vista estar procurando atendimento psicológico – *“eu quero uma pessoa que me entenda”*, ela fala ao dizer da expectativa e da necessidade de psicoterapia - e ter repetido tanto algumas temáticas na entrevista.

É interessante notar, ainda, como a escuta durante o período de internação teve efeitos importantes no sentido de auxiliar Hortência em suas elaborações. Ficou marcante também, neste sentido, como a transferência com a profissional entrevistadora, que atendera Hortência no período de internação de Ezequiel, contou favoravelmente para que a entrevista fluísse.

Outro aspecto que chama a atenção na entrevista com Hortência é sua fala frequente em segunda ou primeira pessoas do plural, parece que marcando seu movimento de identificação e de busca de pertencimento a um grupo social: de mãe de prematuro - um grupo que, como ela, só vive pelo filho e só sabe falar de prematuridade. Neste sentido, ela conta o que sentiu quando conversou, depois que saiu do hospital, com uma mãe que acompanhara o filho internado na mesma época que ela:

*Eu tive contato foi com a Maria, que ela me ligou e a gente ficou horas no telefone [...] (senti) um alívio. Não, Hortência, mas eu também levei ele no médico, isso assim, assim, assim [...] ah, mas eles não conhecem o caso do Fabiano, eles não conhecem o caso do Ezequiel. Sabe? A gente vê que é muito parecido o que a gente vive. [...] E ela tem mais filhos, eu não sei como é que tá a relação dela pai,*

*mãe, filhos, mulher, porque ela já passou por estas [...] né? Essa coisa de ter filho pequeno dentro de casa. Não sei, mas vou te falar, viu Lili. Coragem. Lá em casa tá difícil.*

Assim, Hortência, mesmo reforçando as dificuldades que vive em sua relação com o marido, questões particulares suas, fala como se todos que passam por circunstância semelhante a sua vivenciassem a experiência da mesma forma que ela. Ela explicita isso também quando justifica toda sua preocupação com o filho no fato de ele ter nascido prematuro e ter passado por tantas intercorrências ao nascer, comparando sua situação com a da profissional que acompanha o Ezequiel e que, por ter vivido situação semelhante com o próprio filho, também tem uma preocupação excessiva como a dela:

*Com certeza (sua preocupação excessiva com o filho é por causa da situação pela qual ele passou). Tanto que a fisioterapeuta tem um filho de 2 anos, e ela teve uns problemas com ele também de internação, de doenças graves, acho que foi meningite que o menino dela teve, e ela é do mesmo jeito. Tanto com o filho dela quanto com o Ezequiel. Aí ela fala, não, tá ótimo, mas tem dia que ela fala: não, a saturação dele tá baixa, vão fazer uma bombinha? Tem dia que eu saio de lá, ó, a mil.*

E quando Hortência refere-se ao que é mais difícil de vivenciar com tudo que ela tem passado, ela verbaliza: “*O mais difícil. O mais difícil é cê sair na rua todo dia: ah, mas ele tem uns 3, 4 meses. Não, é 9. Nossa, mas ele é muito pequeno. Mas o que mais me sobrecarrega é isso. Esse fardo que a gente traz direto do hospital*”. Ou seja, o mais difícil para Hortência parece ser o não pertencimento, a diferença em relação ao Outro, ou a separação, que parece causar muita angústia nela. E se não é possível uma alienação constante, e é preciso que não seja, é necessário que ela seja escutada em suas questões.

No que concerne à situação de doença e de hospitalização do bebê, é importante observar que, mesmo que haja aspectos semelhantes entre casos de famílias que vivenciam a internação neonatal, cada um vai lidar com o fato, com essa irrupção do real, com os seus próprios recursos, com sua própria forma de funcionamento, o que não significa podermos prever de antemão como será a resposta do sujeito. Isso exige estarmos atentos às contingências e às surpresas que o encontro com o real provoca, e estarmos dispostos a escutá-las, sem julgamentos prévios.

Consideramos que o mais importante neste trabalho é pensarmos no caso em sua singularidade. E, portanto, pensarmos, no caso de Hortência e Ezequiel, em sua forma de funcionamento, no modo de gozo e de sintoma da mãe, porque têm impactos diretos no bebê, e vai além de uma observação padronizada de situações semelhantes. Neste sentido, as diferenças podem se sobressair, dependendo do foco que se dá à pesquisa. Vejamos, deste modo, nos

outros casos, como se distingue cada caso, focando na singularidade com que cada um responde ao que lhe ocorre.

## 5. 2. Hélio: o menino com nome de deus grego

*“Dá-me a parte que me cabe da herança”  
(Trecho bíblico do Evangelho de São Lucas, capítulo 15, versículo 12)*

A segunda entrevista foi realizada com Cristiane e Marcius, pais de Hélio, que estava então com um ano e três meses. Os três estavam presentes na entrevista, que foi realizada após consulta com pediatra que acompanha a criança. Além da pediatria, Hélio é acompanhado por fisioterapia, fonoaudiologia, neurologia e otorrinolaringologia. Hélio ficara internado por 89 dias na Unidade de Tratamento Neonatal do Hospital, desde seu nascimento, devido à prematuridade e às complicações dela decorrentes.

A criança é o primeiro filho do casal e mora com os pais em Belo Horizonte, mas faz acompanhamento com especialistas tanto no Hospital Odilon Behrens quanto em um serviço ambulatorial de Nova Lima, cidade próxima à capital, por opção dos pais, aos quais o serviço referido foi muito recomendado. Hélio vai às consultas quatro dias da semana, ocupando quase toda a semana dele e do pai, que foi quem assumiu seus cuidados e acompanha o seu tratamento atualmente.

Os familiares de Cristiane e Marcius não participaram do tratamento hospitalar da criança, especialmente por conflitos familiares entre eles e o casal, os quais eram mencionados de forma mais vaga por eles durante a internação de Hélio e foram elucidados na entrevista, tendo efeitos importantes na relação deles com o filho. Segundo relatam, a família de Cristiane - sua mãe e irmãs - mora no interior de São Paulo, mas sempre vem visitá-los em Belo Horizonte, depois que Cristiane resolveu passar para elas o endereço. Ela diz: *“Eu só passei porque ele nasceu, senão eu não tinha passado”*. Já os familiares de Marcius – pais e irmão - residem no interior do estado de Minas Gerais, em cidade cerca de 100 quilômetros distante da capital. Cristiane morou um período nesta cidade do interior, quando então Marcius ainda morava com a família, e foi onde eles se conheceram, decidindo depois virem morar em Belo Horizonte. As avós, tanto materna quanto paterna, bem como as tias maternas de Hélio, mantêm contato com a criança e seus pais. O avô materno também visita a família, mesmo que Cristiane não tenha com ele relacionamento de filha e pai, pela pouca presença e participação que ele teve na vida dela. É por isso que Cristiane o chama de *“progenitor”*. Ainda assim, ela aceita,

mesmo que com desagrado, que ele participe da vida do filho. Com relação ao pai de Marcius, avó paterno de Hélio, portanto, este só fez uma visita ao neto, mesmo assim porque Marcius insistiu e chantageou o pai. Isso se deve aos problemas que Marcius e o pai tiveram com a decisão de Marcius de ter a própria vida, o que ele conta na entrevista e marca de forma significativa sua vivência com a paternidade, como veremos em suas falas.

É preciso esclarecer que, no período da internação do bebê, o casal acompanhou seu tratamento de forma assídua. Os dois faziam faculdade quando Cristiane engravidou, mas tiveram que abandonar os cursos naquele momento pela situação. Cristiane fazia sua segunda graduação e trancou a faculdade antes mesmo do nascimento do bebê. E Marcius, na ocasião da internação, continuou fazendo faculdade e estágio, o que não o impediu de estar sempre presente no hospital e acompanhando todo processo do tratamento do filho. Mas, depois da alta hospitalar de Hélio, Marcius interrompeu a faculdade e o estágio para se dedicar aos cuidados do filho em casa. Cristiane, que estava trabalhando quando Hélio nasceu e ficou um período, portanto, de licença maternidade, voltou a trabalhar quando o prazo da licença venceu. Cristiane, na entrevista, fala rindo, brincando, quando perguntadas informações sobre o casal, como idade e profissão: “o Marcius é do lar”. Quando perguntamos se eles inverteram, Cristiane respondeu: “é, do padrão sim”. Com tal resposta, parece-nos que Cristiane já sinaliza a forma de funcionamento do casal, que não se adéqua a padrões sociais ou familiares, mas posicionam-se conforme seu próprio desejo, construindo o estilo e a história da família deles assim, o que se evidencia na entrevista.

Cristiane conta como fizeram o planejamento do cuidado de Hélio em casa:

*Mas quando eu tava grávida a gente também tava conversando de quem ia ficar com ele [...] quem ia parar de trabalhar pra poder ficar com ele no início. A gente entrou em acordo que eu ia continuar trabalhando e ele não. Já, desde o final da gravidez, quando ia nascer. Aí ele ia pegar um estágio e ia [...] Mas só que a ideia era ele continuar estudando, né?*

Sobre isso, Marcius conta que parou de trabalhar pelo filho e que não daria para continuar a faculdade por ser no período da tarde. Ele relata sobre o trabalho e sua opção por dedicar-se aos cuidados do filho:

*Na verdade quando eu tava [...] quando ele nasceu eu tava trabalhando, eu tava num estágio, o pessoal queria que eu ficasse. Eu montei uma [...] eu montei uma loja de, de manutenção de computador agora no começo do ano, mas por causa dele eu não consegui manter. Mas assim, tava indo até bem. Se eu quisesse manter teria crescido bastante. Só que aí, tipo, tinha que levar ele [...] tinha fisioterapia 7:30 da manhã. Aí sai com ele daqui e ir lá pra Nova Lima, aí duas horas da tarde tinha que ir lá e abrir a loja, aí é impossível.*

A respeito de Marcius continuar a faculdade, que, segundo Cristiane, era o plano do casal, Marcius explica: “*Mas eu estudava à tarde. Eu usava o pró uni<sup>41</sup>, aí assim, impossível o horário também. Que eu não teria com quem deixar o Hélio. Agora, vão ver. Vão ver se vai sair uma nova bolsa aí*”. Eles informam ainda que estão tentando conseguir vaga para Hélio na escola, o que seria uma oportunidade para que Marcius voltasse a estudar: Marcius diz: “*Mas o Hélio vai, assim, a gente deu entrada em uma vaga pra UMEI<sup>42</sup>. Aí como ele tem os probleminhas assim ele vai, [...] ele tem prioridade, aí ele vai à tarde. E eu conseguiria voltar a estudar à tarde*”. O casal aponta ainda como entrar na escola traria benefícios para Hélio:

*Marcius: Porque interação social pra ele ia ser ótimo, pra ele aprender a falar, assim, e tudo. Até porque ele, como a gente não tem nenhum parente próximo, e a gente não tem muito pouco contato com o pessoal, assim, ele fica muito sozinho. Criança da idade dele então [...] pior ainda.*

*Cris: eles falam mesmo, os médicos que fazem acompanhamento, indicou, falaram pra colocar.*

*Marcius: quando eu comecei a fazer acompanhamento e tinha outras crianças, ele não queria entrar de maneira alguma. Hoje ele já chegou, viu uma criança e ficou querendo pegar nela. (Antes) Ele não fazia nada, ficava parado. Aí no dia que a gente foi num aniversário do filho de um amigo nosso, aí eu coloquei ele na piscina de bolinha com outras crianças, ele ficou tão aturdido que ele ficou parado. Não conseguiu fazer nada. Não brincou nem nada, só ficou olhando assim. Hoje em dia ele não faria a mesma coisa, ele ficaria bem mais com vontade de interagir.*

Quando indagamos sobre o desenvolvimento de Hélio após a alta hospitalar, o casal diz: Cristiane: “*ah, ele tá desenvolvendo muito, né?*”; e Marcius: “*com a fisioterapia, ele melhorou muito mesmo*”. Eles contam que Hélio é uma criança saudável, que se alimenta e dorme bem, e que não adoeceu mais depois do tratamento neonatal. Cristiane relata que ele não precisou ficar internado novamente e “*Nem ficou doente depois, nunca mais*”. O pai narra: “*ele ficou febril ontem porque ele tomou vacina, mas ele não teve mais nada. Ele não adocece*”. Marcius afirma que os acompanhamentos dos especialistas têm auxiliado muito no desenvolvimento de Hélio:

*Mas desses acompanhamentos dele, deu pra ver que acelerou muito o desenvolvimento cognitivo. Um dia ele tava só brincando, ele tem uma tartaruguinha de plástico, o casco dela é transparente e dentro tem umas continhas. Um dia ele tava brincando, aí no outro dia ele tava olhando por dentro, notando que lá tinha alguma coisa que mexia, que era diferente. Então assim, dá uns saltos incríveis.*

Eles contam que Hélio tem uma perda auditiva pelas complicações do seu quadro quando nasceu. Por isso, está usando, desde que fez um ano de idade (três meses antes da entrevista), um aparelho auditivo. Destacamos:

*Cristiane: aí depois que ele pôs o aparelho tá mudando muito, porque questão de fala, de comunicação, o marco zero foi quando ele pôs o aparelho, porque ele tem perda auditiva. Leve mas tem. Porque divide em faixas né? Porque tem sílabas que você fala que tem barulho diferente por exemplo, si, xi, é*

<sup>41</sup> Pró Uni é o programa do governo federal que oferece bolsas de estudos em universidades particulares.

<sup>42</sup> Unidade Municipal de Educação Infantil: trata-se da unidade (escola) da rede de ensino infantil (0 a 5 anos) da prefeitura de Belo Horizonte.

*mais baixo, ele não ouvia. Porque ele não ouve nesta onda, neste comprimento de onda. Aí ele não ouve. Aí depois do aparelho ele tá mudando com ele. Aí tem que falar é daqui pra frente, ele pôs o aparelho em fevereiro, mais ou menos, e tá ajustando, né.*

*Entrevistadora: Mas ele já conversava igual ele tá conversando.*

*Marcus: muito pouco, igual ele fazia estes barulhinhos [...]*

*Cristiane: mais baixo e muito pouco.*

*Entrevistadora: Mas ele respondia quando vocês conversavam com ele?*

*Cristiane: ele olhava. E às vezes não olhava também.*

*Entrevistadora: Mas ele prestava atenção.*

*Cristiane: Ficava olhando reto, reto. O que que era diferente que a fono até mencionou na última conversa nossa, ele ficava muito olhando pra você pra tentar ler o lábio, pra ler o lábio, porque ele tinha que forçar sabe? [...] A fono mesmo falou que com ela também era assim. Ele ficava olhando pra ter que ler o lábio mesmo. Aí depois disso não. Ele já consegue prestar atenção em várias coisas, porque tá usando a audição. E não dependendo da visão pra conseguir entender o que tá acontecendo. Esta é a evolução dele.*

Quando questionados se eles notavam esta perda auditiva ou se só souberam com os exames, Cristiane fala: “Não, a gente não notava porque ele era muito novo. E a gente não sabia o que era normal o que não era”. Eles contam como foi feito o diagnóstico. Cristiane não sabia ou não se lembrava ao certo como foram realizados os exames e seus resultados, sendo corrigida em sua fala por Marcus, que explica as etapas diferentes do processo de diagnóstico e de definição de condutas relativas à perda auditiva de Hélio:

*Entrevistadora: Então vocês só ficaram sabendo pelo exame, no caso o teste da orelhinha.*

*Cristiane: Não, não foi o teste. Foi a fonoaudióloga que ele fez acompanhamento por causa [...]*

*Entrevistadora: Porque o teste deu alterado.*

*Marcus: é.*

*Cristiane: mas foi depois, foi aqui.*

*Marcus a corrige: Não.*

*Cristiane: Não foi no primeiro não.*

*Marcus: ele fez um teste aqui lá no, ele fez o teste aqui, fez no berçário, deu alterado. Só que eles esperam um tempo, ele fez o teste em novembro deu alterado eles marcaram um exame aqui, coloca um eletrodo na cabeça. Aí deu alterado de novo. Aí eles encaminharam a gente pro Isabela Hendrix. Lá no Isabela Hendrix eles refizeram o teste, porque deu muito alterado. Porque [...] é [...] do ouvido ele é ok, ele é perfeito, eles fazem aquele, tem um teste que coloca um fone de ouvido assim, pra ver se tá tudo bem o ouvido. O ouvido tá ok, só que, a moça falou ó, é o [...] é o [...] provavelmente é o, nervo que tá afetado.*

*Entrevistadora: a questão é neurológica [...]*

*Marcus: é neuropatia, aí ela inclusive marcou uma, como é que chama aquele exame, tem um nome [...] tomografia. Ele fez em dezembro vai sair agora em.*

*Cristiane: ressonância.*

*Marcus: ressonância.*

*Cristiane: não é tomografia não.*

*Marcus: pra testar e vai pra saber se é o nervo, se é o cérebro, pra saber o que aconteceu, dá um diagnóstico mais perfeito. Mas realmente é, ele tem. Ele não assustava, cê batia palma na frente dele assim, ele não assustava, uma criança fechava o olho, assustava, ele não fazia isso.*

*Entrevistadora: Isso vocês já notavam, mas vocês só viram a diferença mesmo depois que ele colocou o aparelho.*

*Cristiane: a gente notava esta coisa de susto que ele não levava. Agora eu tô lembrando.*

*Entrevistadora: Nem chamava a atenção de vocês.*

*Cristiane: É. A gente notava, por exemplo, fazia um barulhão, estourava um rojão, ele nem mexia. Criança geralmente assusta, hoje em dia ele assusta quando liga o liquidificador por exemplo em casa. Chora [...] Diferente do que era antes.*

Interessante notar como Marcius é quem sabe sobre o tratamento de Hélio após a alta, porque, como ele é quem assumiu os cuidados, acompanha mais de perto os tratamentos. Mas, além disso, é possível atinar para o fato de que o diagnóstico e as notícias médicas e de outros profissionais de saúde, tanto durante quanto após a internação, no acompanhamento pós-alta, não pareciam ter um peso ou impacto grande para o casal, que ia lidando com tranquilidade com a situação, não dando tanta importância ao saber dos especialistas no sentido de interferir de maneira significativa no modo de cuidado. Por mais que eles levem Hélio às consultas e sigam as indicações do tratamento em certa medida, exercem os cuidados a sua própria maneira, o que tem muito mais relação com o estilo do casal do que com a situação de prematuridade, hospitalização precoce ou cuidados especializados necessários em consequência da evolução da criança nos primeiros meses. Neste sentido, Cristine enfatiza em relação à forma de cuidado de Hélio: “*Porque a gente não cria filho não é pra ficar dependente, né?*”. Isso pode ser evidenciado nas falas do casal sobre a rotina de cuidados em casa:

*Marcius: olha, precisava ajustar o horário também, é meio furado os horários. A gente dá quando ele tá com vontade (referindo-se à alimentação). Geralmente de 3 em 3 horas, já sai daqui mais ou menos [...] Começou a colocar a mão na boca demais e salivar, pode saber, aí eu vou lá preparar uma fruta, um pãozinho, uma coisa pra ele comer.*

*Cristiane: ou sono. Mas sono ele fica enjoado.*

*Marcius: é, ele fica meio nervosinho assim, aí bota ele pra deitar.*

*Entrevistadora: Aí como é que faz, ele dorme sozinho?*

*Cristiane: a gente deixa ele [...] a gente põe ele no cercadinho, aí ele chora, a gente dá um brinquedo pra chamar a atenção dele, ele brinca com o brinquedo, deita e dorme. Que outra coisa que a gente achou importante, que disseram pra gente: não acostuma o bebê a colocar, a você fazer ele dormir, porque senão ele só vai dormir com você fazendo ele dormir.*

*Marcius: Deu a última mamadeira, se ele não dormir sozinho, se a gente vê que ele tá muito acordado, aí coloca ele lá acordado no berço mesmo, se ele mexer eu fico lá esperando ele dormir, senão, se ele tá mais tranquilo, eu deixo ele lá acordado mesmo.*

*Cristiane: porque tem criança que só no colo pra dormir. Aí a gente cortou isso.*

Então, as indicações que seguem são aquelas que vão de encontro à maneira deles de pensar, ver, viver e conduzir suas próprias vidas, ou seja, seu modo de funcionamento e seus valores. Sobre isso, destacamos:

*Cristiane: ele não tem tempo ruim pra ele não, se ele tiver cansado ele deita e dorme. Eu acho que a maioria das crianças também.*

*Marcius: é o que [...] quando a gente tava aqui um dos enfermeiros falou: olha, o meu primeiro filho eu criei no silêncio, o segundo eu já criei na bagunça, assim, é melhor criar na bagunça do que no silêncio é tenso.*

*Entrevistadora: e vocês gostaram do conselho [...] (Eles riem)*

*Cristiane: ô!*

*Marcius: Porque assim [...] igual a gente vai viajar, este negócio de ficar assim: ó, abaixa o volume aí porque o neném vai dormir é muito complicado. E a gente não sabe o nível, tem neném que acorda com um barulhinho tem neném que acorda com uma conversa.*

*Cristiane: a gente não quer criança fresca, aí a gente deixa o menos possível pra ele ser fresco.*

*Entrevistadora: Porque já tem que adaptar tanta coisa né?*

*Cristiane: nem é só por isso. Porque não é bom pra ele também ficar menino enjoado, aí ele não dorme direito porque, não come direito, não faz nada direito, não é bom pra ele também.*

No que se refere ainda ao modo de Cristiane e Marcius cuidarem do filho, podemos citar o que relatam sobre os exercícios dos tratamentos realizados e os cuidados em casa:

*Entrevistadora: E você faz os exercícios com ele em casa, tem que fazer?*

*Marcus: Tem que fazer, eu faço alguns. Tinha que fazer mais na verdade.*

*Cristiane: ah, a gente tem muito o que melhorar.*

*Marcus: é.*

*Cristiane: muito, muito.*

*Marcus: é porque senão [...] é que muitos exercícios que eles pedem pra fazer ele acaba fazendo sozinho. Por exemplo, fica em pé, ele fica sozinho.*

*Cristiane: agora de fono ele não faz sozinho não. [...]o problema mais nosso mesmo é fono, que eu achei lá um bilhetinho de exercício que tinha que fazer e eu nem sabia [...]*

*Marcus: mas eu fiz.*

*Cristiane: aquele lá do xi, eu nunca vi você fazendo.*

*Marcus: fazer isso aí? Eu faço alguns [...]*

*Cristiane: eu nunca vi.*

*Entrevistadora: Mas como é que é fazer? Ele gosta, vocês gostam?*

*Marcus: tudo que é obrigado é meio complicado [...] assim, eu brinco com ele. Tinha que fazer mais realmente, pra ele desenvolver.*

*Cristiane: todos nós né.*

*Marcus: a gente não isola ele, de maneira alguma. Toda hora a gente tá mexendo com ele.*

*Cristiane: se a gente vai pro quarto a gente leva.*

*Marcus: a gente tá fazendo alguma coisa, a gente tá brincando com ele. Porque assim, a nossa mesa, tem a mesa lá que tem o computador da Cris e eu preciso ficar do lado. Aí a gente tá fazendo alguma coisa, ele tá lá do lado, e a gente vai lá brinca com ele [...] assim, realmente, a gente tinha que fazer mais. (e ri)*

*Entrevistadora: porque também se for mecânico perde o propósito.*

*Cristiane: mas a gente tinha que tá fazendo. [...] É, brincar com a gente não tem nada de falha. Ele brinca muito, muito muito com o Hélio. Cê pode ver que o Hélio é muito mais apegado a ele do que a mim. Também porque convive né. Ele fica com o Hélio o dia inteiro, eu trabalho o dia inteiro.*

É válido mencionar que, durante a entrevista, Hélio ficou o tempo todo no colo do pai. Marcus foi quem deu a mamadeira para ele, trocou sua fralda, acomodou ele no colo para que ele dormisse. E Marcus beijava a testa de Hélio em seu colo durante toda a entrevista. Cristiane auxiliava o marido nos procedimentos e brincava com o filho no colo do pai, com frequência. A partir dos gestos e das falas do casal, é possível perceber que o pai de Hélio exerce o cuidado da forma que ele mesmo foi construindo com a interação com o bebê, exercendo na verdade a operação de maternagem, assim chamada porque geralmente relaciona-se à função exercida pela mãe em nosso contexto social. Porém, se enfocarmos a operação, a função necessária ao bebê, e não a figura da mãe ou do pai, como sustentamos na parte teórica deste trabalho, Marcus está exercendo a função materna, a sua maneira, como qualquer cuidador o faria, qualquer que fosse a pessoa que exercesse tal função, seja a mãe, o pai, a avó, etc. Assim, Marcus exerce os cuidados a sua maneira porque tem a marca do seu desejo não anônimo. Entretanto, é preciso considerar que não é uma construção que Marcus faça sozinho, sem a participação ou a marca

do desejo de Cristiane. Mesmo que seja ele quem assume o cuidado a maior parte do tempo, ele o faz contando com a ajuda e as referências de cuidado da esposa também, porque eles conversam muito um com o outro e têm cumplicidade, demonstrando uma sintonia no que se refere à forma de conduzir a vida e a criação do filho. E é interessante observar, neste sentido, como eles falam sobre o filho juntos, um complementando a fala do outro, mesmo quando é para corrigir alguma informação dita pelo outro. Nesta perspectiva, citamos mais uma fala referente ao dia a dia de Hélio em casa:

*Marcius: Ele fica em casa, a Cris trabalha, né? Eu fico o dia inteiro com ele. Vai na consulta volta*

*Cristiane: aí ele fica em casa*

*Marcius: Aí fica em casa.*

*Entrevistadora: Aí você faz almoço? Você que faz o almoço?*

*(Eles olham um pro outro)*

*Cristiane: quem dera né? quem dera né?*

*Marcius: (ri) Eu tinha que fazer, mas, assim, eu faço a maioria das coisas de casa.*

*Cristiane: Deus te ouça né?*

*Marcius: (ri de novo) Eu faço a maioria das coisas de casa, com ele, até a Cris chegar. Aí a Cris chega a gente divide, porque difícil, cuidar dele, é muito cansativo, nê [...] quando eu posso sair pra ficar sozinho.. é muito bom. [...]*

*Cristiane: ele exige atenção, quanto maior ele tá, mais exige atenção. Em tudo, todo momento. Tipo assim, cê tá do lado dele, não, ele quer que você esteja olhando, interagindo, pegando nele, não basta brincar e olhar, tem que tá pegando sabe?*

Citamos também:

*Marcius: tem [...] é porque assim [...] Porque assim, eu não costumo dar almoço pra ele, eu costumo dar fruta e a penúltima refeição uma coisa de sal. A primeira e a última sempre são mamadeira, a penúltima é alguma coisa de sal e as outras a gente dá fruta pra ele: abacate, mamão. [...] a gente dá uma coisa de sal pra ele, uma janta, uma macarronada pra ele. Ele não é muito fã de carne. Sabor dele é muito forte*

*Cristiane: não acostumou ainda.*

*Marcius: aí ele fica meio assim com carne. Ele sempre cospe.*

*Cristiane: Água ele não bebe.*

*Marcius: Ele não bebe água.*

*Cristiane: A gente tá na luta pra ele acostumar.*

*Entrevistadora: Ele gosta de bater palma. (Hélio está batendo palma)*

*Marcius: de barulho*

*Cristiane: ele gosta de barulho.*

Os pais reconhecem os sinais de Hélio, fazendo interpretações destes sinais de forma a interferir na forma de cuidado, principalmente Marcius que está mais próximo ao filho em seu dia a dia e reconhece suas preferências:

*Marcius: mas assim, ele já tá fazendo algumas escolhas. Dos brinquedos ele vai lá e escolhe um, ele já tem os brinquedos preferidos dele. Ele tem uns fantoches, ele tem uma vaca e um cavalo, ele gosta mais da vaca. Se você ser o cavalo ele não [...] se você der a vaca, ele mesmo pega a vaca, você brinca com ele, ele fica mais atencioso, ele brinca sozinho com a vaca.*

*[...]*

*Marcius: Ele brinca batendo as coisas. Ele gosta muito de som, então por exemplo, se ele vê a gente batendo na mesa, quando ele vê uma coisa com som diferente, quanto mais é barulhenta a coisa, mais ele gosta.*

*[...]*

*Marcius: 99% do choro dele é manha.*

*Cristiane: A gente ignora ele [...]*

*Marcius: Ele faz força pra chorar, cê vê que ele tá fazendo força.*

*Cristiane: Apertando o olho.*

*Marcius: Porque [...]*

*Entrevistadora: Por que ele quer alguma coisa.*

*Cristiane: exato. Por exemplo agora que tirou isso, aí ele viu, aí ele fica assim. Aí cê toma dele, aí ele abre a boca. Ele fica ah! Aí fica forçando.*

Marcius conta que Hélio “*tem umas brincadeiras*”, afirmando que brincam muito com ele. Na entrevista, Cristiane lembra de como o filho gosta do jogo “*bate palminha bate*”. Conta que: “*ele esquece o resto. Ele fica olhando e rindo*”. Marcius mostra algumas brincadeiras: ele diz “*Mole, mole, mole, uuu,*”, pegando a mão do bebê e balançando. Depois ele joga Hélio pra trás e fala “*não caiu [...] iii, não, não [...] voltou*”, fazendo o movimento de jogá-lo para trás e voltar com ele junto ao colo. Hélio começa a forçar o corpo para trás. Marcius mostra como Hélio joga o corpo sozinho: “*aí ele já começa a forçar pra traz ó*”, o que é interpretado pela mãe: “*ele quer continuar brincando*”. O pai faz cócegas na barriga de Hélio com o nariz e a boca, rindo para o bebê: “*Cê tá muito safadão menino*”. O bebê responde rindo e balançando a cabeça como o pai.

Marcius e Cristiane contam como adaptaram a sua vida com a chegada do filho, com o máximo de esforço para que ele não ficasse com “*frescuras*”, como dizem:

*Marcius: Eu tô tentando dar o máximo de comida que a gente come e não ficar fazendo comida pra ele.*

*Cristiane: A gente parou de fazer.*

*Marcius: (rindo) Dificulta mais ainda a vida né? Antes a gente fazia. Eu fazia a papinha dele. Aí um dia eu comecei a dar [...] banana quase inteira, sem amassar, sem picar nada, e ele comeu tranquilo.*

Relatam também como adaptaram a vida social deles:

*Cristiane: A gente não sabe o que é sair mais. Apesar de que a gente até sai, a gente é meio [...] né?*

*Marcius (ri): A gente [...] Quando dá pra levar ele a gente sai.*

*Cristiane: a gente vai num bar com alguns colegas. Muitos vão lá pra casa. [...] De vez em quando faz. A gente não tem a liberdade de sairmos nós dois ficarmos tranquilos a noite toda sem pensar no amanhã, até porque a gente tem filho, não dá mais pra fazer isso.*

Mas, expõem que os amigos vão na casa deles para beberem juntos: Marcius diz: “*é mais fácil assim, em casa. Os amigos vêm em casa, tomar em casa. Aí todo mundo fica brincando com o Hélio. Ele adora*”. Cristiane conta, referindo-se ao momento em que Hélio parou de mamar no peito, depois de ela insistir muito fazendo massagem e tomando remédio, o que não foi suficiente para produção do leite necessário à criança: “*Mas foi tranquilo até pra mim também, que aí eu pude voltar a tomar minha cerveja (ri). Relaxar [...]. Aí ficou todo*

*mundo feliz*”. Eles afirmam que conseguem ter tempo para ficarem sozinhos só os dois e tempo para namorar: “*o Hélio dorme, a gente vai*”, fala Marcius.

Eles buscam não criar expectativas pré-determinadas com relação ao filho, o que diz da posição que assumem com ele, do lugar o que colocam. Falando sobre com quem Hélio se parece, expressam:

*Cristiane: acho que ele tá com o jeito do Marcius.*

*Marcius: (ri) Acho que tá muito cedo.*

*Cristiane: só alguns semblantes que ele faz, porque realmente não dá pra perceber muito não.*

*Entrevistadora: Mas ele já tem o jeitinho dele, vocês já conhecem.*

*Marcius: teemm. A gente já sabe exatamente quando ele tá chorando de manhã, quando ele não tá chorando de manhã. 100% de certeza.*

*Cristiane: por isso que eu acho que é o Marcius, porque ele é super tranquilo, Marcius é tranquilo, já eu sou brava. Mas eu acho que vai ser mais pra frente pra saber.*

Neste momento, Marcius recusa-se a dizer com quem Hélio se parece, mesmo que reconheça um jeito próprio nele com certeza absoluta, e Cristiane enfatiza que será mais para frente, porque para eles é importante que o filho mesmo possa dizer do próprio jeito. Este é o estilo de criação que buscam sustentar. Eles falam na entrevista como é importante criá-lo dando liberdade para que ele tenha as próprias escolhas, o que eles mesmos não tiveram com seus pais. Cristiane explica que nunca teve relacionamento com o pai, a quem chama “*progenitor*”, e que a mãe e as irmãs são “*muito crentes*”, ou seja, “*evangélicas fundamentalistas*”, conforme explica Marcius, o que se distancia muito do que ela acredita atualmente. Com relação a Marcius, ele ressalta o ótimo relacionamento que tinha com o pai e como isso foi mudando quando ele se afastou para formar a sua própria família. O estilo de criação com mais liberdade que o casal busca aparece, por exemplo, na fala que se segue:

*Marcius: pra você ter uma ideia, teve um dia que a gente tava conversando sobre homossexualidade, aí a Cris virou e falou que o Hélio poderia ser gay, ela (mãe de Cristiane) chorou, tanto, ficou nervosa. Se for vai ser, fazer o que? Não tem como mudar e [...] não importa. Não vai fazer dele menos ou mais pessoa.*

*[...] Aí as irmãs da Cris: ah mãe, não sei o que. Mas e se ele for mesmo, cê vai gostar manos dele? Não, né? (Cris: não né, tipo assim [...]) Eu falei assim: então não importa. Qual é o estresse? Não tem estresse não.*

Mas, mesmo desta forma – buscando mais liberdade para o filho - é claro que Cristiane e Marcius se projetam no filho, e deixam nele suas marcas e referências, necessárias, como sabemos, à subjetivação da criança:

*Marcius: Ele fica mais quando ele fica mais entediado (incomodado com o aparelho no ouvido), se bem que ele não mexeu até agora. Agora que tirou o brinquedinho e ele tentando bater palma aí ele tentou tirar. Igual (aponta pra mãe)*

*Entrevistadora: Igual a mãe dele?*

*Cris: ela perguntou se tinha mania cê falou que não ué.*

*Marcius: desse jeito. Tá lá jogando computador, aí deu meia noite, tá na hora de dormir, aí ela olha assim as coisas que ela tinha que fazer, aí ela vem pra cima de mim. Não arrumou cozinha, não num sei quê [...] não lavou roupa. Ontem por exemplo, derrubou um negócio de madrugada lá, fez um barulhão [...]*

Assim, Marcius vê Cristiane no filho e vice-versa, o que reflete a afinidade e a admiração que eles têm um pelo outro. E dirigem a Hélio, assim, muitas expectativas e muitos desejos neste sentido. Eles brincam com isso:

*Cristiane: a gente faz o melhor e pronto.*

*Marcius: se você forçar aí vai ser igual a sua mãe aí [...] qualquer coisa forçada é pior.*

*Cristiane: E quando ele crescer e tiver filho ele vai falar: eu não quero fazer isso e isso que meus pais fizeram.*

*Marcius: depois o Hélio vira evangélico.*

*Cristiane: Não!*

*Entrevistadora: Ele pode até ser gay, mas evangélico não.*

*Cristiane: evangélico, fanqueiro não.*

*Marcius: porque se ele foi gay não vai brigar com ninguém. Ele vai querer: você não pode!*

Este estilo de criação que escolheram - sem frescuras e que respeite as escolhas de Hélio - tem relação com as interações familiares de Cristiane e Marcius desde suas infâncias, e com a forma com que foram se apropriando das referências familiares. Quando contam sobre o relacionamento deles com suas famílias de origem, dizem das expectativas que depositam na relação com o filho. Expressam isso quando discorrem sobre o que Hélio representa para eles, evidenciando, assim, o lugar que colocam o filho no desejo deles:

*Cristiane: ah, ele é muito gostoso, né? Mas eu penso mais é no lado de responsabilidade mesmo. Tô tendo a oportunidade de não fa, de não errar onde os meus pais erraram. Eu vejo muito assim, eu quero poder fazer diferente. Eu quero poder [...] eu espero poder acertar e ele não ter os problemas que eu tenho. Que eu vejo que eu tenho. Eu quero muito isso. Eu até às vezes, sempre quando que eu posso eu meio cutuco minha mãe sabe? Aí já até falei, o Marcius até falou isso [...] aí eu falei pra ela: eu quero, cê acertou muito mas eu quero não errar nisso, nisso, nisso que cê fez.*

*Entrevistadora: Em quê?*

*Cristiane: Religião, prender. É [...]. Porque hoje em dia a gente não é ligada em religião nenhuma, a gente tem este propósito de não criar o Hélio em religião alguma, pra ele realmente poder escolher se ele quiser escolher, e bem pra frente. Eu fui batizada com 10 anos, uma criança não tem noção o que é isso. Eu achava que eu tinha? Achava. Eu entendo o que eu fiz? Entendo, mas não, eu não tinha noção. Eu não ia poder depois [...]*

*Marcius: não entende, hoje você entende, mas você não sabia.*

*Cristiane: só que a opinião muda, é esta a questão. E geralmente muda depois quando você conhece mais. Eu sabia o que eu tava fazendo sim, só que eu não tinha ideia da dimensão do mundo, das oportunidades que a gente tem depois. Hoje eu vejo que não é pra mim. Nunca foi. E é isso que eu quero, eu quero que ele tenha este poder de escolha, eu não quero que as vontades dele, as diferenças dele [...] eu quero realmente criar um humano. Eu sempre falava pra minha mãe que ela queria ter um robô, que fazia o que ela queria. Sempre porque ela achava o certo, que ela achava o que era melhor pra pessoa. Mas nem sempre que você acha que é o melhor, que é o certo, é. Então é isso que eu quero ser diferente. Eu quero que ele tenha realmente uma amiga, que ele possa contar tudo. E se ele não quiser também, que eu aceite não contar. Este tipo de coisa. Principalmente, o Hélio é isso pra mim,*

*esta oportunidade de formar um ser humano que possa ser, viver como ser humano. Quero dar isso pra ele. Oportunidade que eu não tive muito. Falei demais eu acho [...]*

É válido apontar que Cristiane menciona na entrevista que nunca imaginou que passaria por atendimento psicológico, lembrando do acompanhamento que teve durante a hospitalização do filho. Talvez não seja difícil pensar porque ela nunca imaginara que passaria por um atendimento psicológico, porque ela não precisou de um atendimento deste tipo. O discurso que tece sobre sua história e seu contexto familiar sugere que ela tenha passado, por conta própria, um processo muito próximo ao de uma análise: reconhecimento de uma identificação, separação, como se arranjar com isso, como localizar seu próprio desejo a partir de tudo isso, de todas as suas referências de família, dos significantes maternos, etc. Pensamos que o sujeito aparece aí porque nesta fala aparece como Cristiane se apropria dos significantes que a ela foram oferecidos pelo Outro (encarnado em sua mãe), como ela teve que se arranjar com eles e com o que ela entendeu como a expectativa do Outro em relação a ela. E surge a forma como ela teve que localizar o seu desejo a partir destas referências colocadas, nem que fosse para querer fazer tudo diferente. A religião continua sendo seu referencial, como oposição ao que ela deseja para ela, para o marido e para o filho. Ela faz como sua mãe com o próprio filho, marca-o com os significantes que herdou da família, incluindo Hélio na linhagem, mas de uma maneira renovada e única, porque ela não ficou colada ao Outro, alienada e fixada na palavra do Outro, mas fez dessa palavra a sua própria, localizando-se à sua maneira nos significantes que escolheu que fossem representá-la. Não é sem razão que ela se envolve e se emociona quando fala do que Hélio representa para ela.

Ela não está ali fazendo elaborações, ela não demandou a entrevista – nem precisava dela, apenas consentiu participar – porém, colocou-se em sua subjetividade, ofereceu-se em sua fala quando disse de forma honesta e profunda o que lhe causa, ou seja: seu desejo de fazer diferente dos seus pais, que a marca profundamente em sua maneira de conduzir a sua vida, em suas próprias escolhas, e no cuidado com o filho, por conseguinte. Assim, divide e compartilha uma história e um processo que é muito caro para ela, no nosso ponto de vista, que diz dela como sujeito, indicando o modo que se faz sujeito no mundo e como foi fazendo suas escolhas. Cristiane narra sobre estas construções suas, que não se deu sem sofrimento. Assim, ela diz do modo como se posiciona no mundo, na linguagem, nas relações, que marca diretamente o lugar que coloca seu filho. Ela atualiza no filho as escolhas que delinearão sua forma de ver e viver a vida, e de forma única.

Marcus, por sua vez, também parece estar atualizando no relacionamento com o filho sua relação com o pai, podendo fazer novos arranjos, em alguma medida fazendo diferente,

buscando repetir o que tinha de bom e melhorar o que entendeu ter dado errado. É disso que fala, ao discorrer sobre o que Hélio representa para ele:

*Marcius: Eu tô esperando ele crescer (ri). Por enquanto pra mim ele é só responsabilidade. Ainda não tá [...] eu sempre quis um filho, porque eu sempre queria uma pessoa que eu pudesse é, trocar ideias, mais um amigo.*

*Cristiane: ele queria a relação que ele tem com o pai dele.*

*Marcius: é.*

*Cristiane: Ele queria poder ter isso também com o filho.*

*Marcius: É. Eu queria um filho porque a relação com meu pai era muito forte. Desde quando eu comecei a namorar com a Cris ela meio que deu uma patinada e agora com o Hélio ela acabou.*

*Cristiane: o pai dele cortou, ele cortou tudo assim.*

*Marcius: Meu pai fez tudo de errado que ele podia fazer.*

*Cristiane: Ele chegou a falar com um amigo dele que eu distanciei os dois.*

*Marcius: O que que aconteceu? Quando eu conheci a Cris, meu pai e minha mãe tava em separação.*

*Cristiane: Mesmo.*

*Marcius: É. Meu pai e minha mãe [...]a Cris inclusive pegou o dia lá que a minha mãe foi embora.*

*Cristiane: nem chamou o Marcius.*

*Marcius: É, eu nem fui convidado não, minha mãe chegou pra mim e falou assim: ó, cê sabe que eu e seu pai assim não tamo funcionando muito bem, aí, eu tenho um irmão, meu irmão também eu não tenho relação nenhuma com meu irmão. Tenho zero de relação com ele. E já tentei assim e [...] da minha parte já fiz o que poderia fazer, me respeitando pra ter a amizade dele, assim, ele tem, ele não quer.*

*Cris: quando eu conheci o [...] que o irmão dele tem um jeito, geralmente cada um de nós tem um tipo de pessoa que cê não suporta, aquele tipo de defeito que você não, esse eu não consigo lidar. O irmão dele tem esse defeito que o Marcius não consegue lidar, coincidentemente.*

*Marcius: É, eu acho ele muito aproveitador. Ele vem só quando precisa de você, eu acho isso. Aí assim [...] bom, aí minha mãe por exemplo o dia que ela foi embora ela virou e falou assim: ó, e tal, aí eu e seu irmão tamo mudando tá, se você precisar de mim cê vai lá em casa e tal. Mas assim, eu não tive nem um convite pra ter um quarto lá, perguntar: cê quer vir comigo, cê quer ficar com seu pai [...]*

*Cristiane: ela não teve intenção do que fez.*

*Marcius: Ai, eu não sei.*

*Entrevistadora: Você era mais próximo do seu pai?*

*Marcius: Sempre fui. A minha relação com a minha mãe melhorou muito depois que o Hélio nasceu. Melhorou um milhão por cento.*

*Entrevistadora: Aí com esta circunstância toda o seu relacionamento com seu pai que era muito bom piorou [...]*

*Marcius: Meu relacionamento com meu pai era muito bom até essa época porque quando ficou eu e meu pai, eu e meu pai trabalhávamos juntos, a gente tinha uma empresa lá de calçados<sup>43</sup>. A gente fazia uma terceirização de calçados, montava umas peças lá. Aí ele [...] Assim, a gente ficava muito junto, a gente passava o tempo inteiro juntos, acordava juntos, até dormia juntos, morava na mesma casa só eu e ele, meu irmão foi embora de casa, tanto ele quanto meu pai, (corrige) minha mãe [...]*

*Cristiane: e as ideias eram muito parecidas.*

*Marcius: É, a gente sempre pensou muito igual. Assim, a gente sempre estudou, a gente sempre leu muito sobre, eu tenho muito interesse em, é, religiões, estas religiões, tanto religiões afro, quando religiões orientais, este pessoal mais espiritualistas, não espírita, mais espiritualista mesmo, e a gente sempre leu muito, teve muito essa, mais ou menos essa mesma ideia. A gente conversava muito. Aí eu comecei a namorar com a Cris e comecei a passar cada vez menos tempo com ele. E meu pai é um cara muito, ele é um cara muito, como é que eu posso explicar [...] ele é um cara que faz amizade muito fácil, mas ele não consegue manter, não é que ele não consegue manter amizade, não consegue aprofundar a amizade com alguém, ele vai no bar, ele conversa com todo mundo e tal, mas assim, ele não tem um amigo que vai na casa dele. Às vezes, é muito raro, assim. Ele não aprofunda com a pessoa. Não é? (falando com a Cris) Aí, assim, meu pai só tinha eu. Mais profundo assim, que meu irmão, meu irmão ele sempre brigou com ele muito, por várias razões, e [...] só tinha eu lá. Aí a gente foi, como eu comecei a passar cada vez mais tempo com a Cris, até o ponto que eu, eu, aconteceram alguns*

<sup>43</sup> Quando Marcius morava com os pais, moravam em cidade do interior de Minas Gerais, cidade onde Cristiane morou por 6 meses, conheceu Marcius e onde os pais e irmão dele continuam morando. Depois de 6 meses de namoro, Cristiane e Marcius foram morar em Belo Horizonte, onde estão desde então.

*problemas lá na empresa eu mesmo virei e falei assim: ó, então eu tô saindo fora, deixar vocês aí, vou pegar um pouquinho de dinheiro aqui e vou ir embora pra Belo Horizonte. Aí eu fui pra Belo Horizonte. Ele ficou super chateado [...] E a gente sabe que ele falou que Cris me roubou dele, num sei o quê. [...] Aí meu pai ficou muito chateado comigo. E ele já tinha feito coisas erradas comigo assim. Eu saí da empresa pra não brigar. Assim, eu falei: melhor a gente deixar de ser sócio do que deixar de ser amigo, né? Aí eu vim embora pra cá. E tá lá até hoje, eles tão trabalhando.*

*Cristiane: ele e seu irmão.*

*Marcius: é. É uma relação de amor e ódio entre os dois lá, que é novela mexicana, total.*

*Cristiane: ele é o tipo daquela pessoa que pensa assim: eu tenho um filho mais equilibrado, eu tenho um filho totalmente desequilibrado. Então, eu vou dar tudo pro desequilibrado, porque ele precisa do meu suporte, e o outro se vira já que é equilibrado.*

*Marcius: o filho pródigo.*

Marcius conta como tinha afinidades com o pai, e ainda teria, se não fossem as circunstâncias a partir das quais eles foram se separando. Sobre o fato de ele ter deixado o pai para ficar cada vez mais próximo de Cris e constituir sua própria família, e a incompreensão do pai em relação ao seu movimento, ele expõe:

*Marcius: mas isso é uma coisa natural. Isso era uma coisa que meu pai tinha que ter esperado.*

*Entrevistadora: Você foi ter sua família né Marcius?*

*Marcius: uma hora isso ia acontecer.*

*Cristiane: porque o pai dele esqueceu que ele também já teve namorada, ele também já foi casado.*

*Marcius: eu não sei [...]*

*Cristiane: Isso é uma coisa que eu, que eu espero nele não errar sabe? Vou sempre lembrar que eu também passei pela mesma fase. Entender o que ele tá passando.*

*Marcius: às vezes, a gente não sabe, tem muita coisa que pode explicar este tipo de coisa. Porque, por exemplo, meu pai já me contou que ele morava aqui em Belo Horizonte, trabalhava com banco. Aí ele conheceu uma menina, ele ia pro Rio de Janeiro, e conheceu uma menina lá, que começou a trabalhar na rede globo, isso nos anos 80. A menina falou: ó, se ocê quiser vim pra cá, a gente, eu te arrumo um emprego, ela era secretária, alta secretária lá, eu arrumo um emprego procê aqui, cê fica por aqui. Aí meu pai falou pra minha avó, minha avó já é falecida, falou pra ela: ó, tô indo pro rio de Janeiro, aí minha avó ameaçou deserdar ele (e ri). Não, cê não vai, porque cê já é meio louco, cê é meio perigoso em Belo Horizonte, se ocê for pro Rio de Janeiro, cê vai morrer por lá, cê vai desaparecer por lá e [...] nós vamo te perder por lá. Aí meu pai ficou por aí.*

*Cristiane: ou seja, ele passou por situações assim e agiu mal depois.*

*Marcius: porque os meus tios são todos muito católicos, muito religioso. Mas assim, o pessoal sempre foi mais tranquilo com negócio de trabalhar, ter dinheiro. Meu pai nunca teve isso não. Meu pai sempre foi interessado em coisas não usuais, né? Meu pai ele é, é sacerdote de candomblé. Meus tios são todos católicos. Meu pai é o único da família. Acho que da família inteira. Meu pai, meu pai tem 9 irmãos. Então assim, meu pai sempre foi assim meio a ovelha negra. Sempre foi diferente. Aí meu pai, meu pai morou muito tempo em Goiás. Meus tios sempre moraram aqui em Minas. Aí tem estas coisas, todo mundo trabalha com carro, meu pai foi bancário, meus tios são marreteiro de carro, mecânico, estas coisas. Meu pai sempre foi diferente. Aí, assim, não sei, mas eu acho que ele, podia ter sido mais, sei lá, pode ser mais responsável né? Eu já falei várias vezes pra ele.*

*Cristiane: responsável pro seu pai nunca foi o forte dele não.*

*Marcius: (ri). O tipo de relação que ele vai ter com o Hélio, não tem como eu influenciar, vai ser dele com o Hélio. Se um dia, quando ele tiver maior, o Hélio vai virar pra ele: ah, quem é você? Tiver velho, no meio de uma festa de família, ele vai ficar baqueado. Ou ele virar e falar assim: ah, cê é meu vô mas eu não gosto de você. Meu pai vai ficar muito chateado. Ou perguntar: ah, quem você prefere? Aí ele fala eu prefiro minha vó ou eu prefiro meu vô Anísio.*

*Cristiane: Não!*

*Marcus: O pai da Cris vai lá em casa, sempre que dá ele vai. Ele foi lá tem umas duas semanas. Porque ele é caminhoneiro, ele tem que entregar uma carga aqui e foi almoçar lá em casa. Coisa que eu queria que meu pai fizesse, mas ele não faz<sup>44</sup>.*

Interessante como a responsabilidade, que é o que falta ao pai de Marcus, é o mesmo significante com o qual ele define e marca sua relação com Hélio, que implica em assumir a responsabilidade de seus cuidados exclusivamente, de forma até a se cansar de sua rotina, como vimos. Marcus atualiza a relação com o pai em Cristiane - com quem passa a conversar e ter muita afinidade, assim como tinha com o pai - e no próprio filho, com quem quer reviver a amizade que sempre tivera com o pai. As referências do pai, para Marcus, aparecem e marcam sua forma de construir suas relações e sua família, mas diferente, a sua maneira, talvez de um jeito mais profundo e responsável, de uma forma que o pai não consegue ser. Como o próprio Marcus diz, a relação com seu pai é realmente uma relação forte, que produz marcas que parecem serem muito fundamentais para ele, haja vista a dificuldade inicial de Marcus em definir ou descrever o pai – quando diz “*como é que vou explicar?*”. Difícil mesmo explicar algo tão vivo e tão intenso na vida dele. Mas, ainda assim, ele deu conta de se descolar do pai para ter a própria vida e poderia não ter questões com isso, não fosse a reação inesperada e decepcionante do pai, que reagiu tão mal, ficando tão chateado com a separação, talvez agindo não como um pai, mas como um amigo, que é o que o pai sempre representou para Marcus.

É válido citar que a parábola bíblica do filho pródigo (Evangelho Segundo São Lucas, 1991), lembrada por Marcus a partir da comparação de Cristiane, é narrada por Jesus e conta a história de um pai que tinha dois filhos e um deles pede ao pai a parte que lhe cabe na herança, partindo, assim, para viver a própria vida. O filho que parte gasta todos os seus bens e resolve voltar para casa do pai, pedindo que ele o trate como um dos seus empregados. Mas, o pai alegra-se e faz uma festa com seu retorno, o que causa a revolta do irmão que ficara trabalhando com o pai. Geralmente, os religiosos que estudam e discutem os textos bíblicos utilizam a parábola para destacar a misericórdia do pai, comparando-a com a misericórdia de Deus, que sempre perdoa seus filhos pelos pecados cometidos. Contudo, podemos destacar, a partir do texto, a coragem do filho que pediu sua parte na herança e partiu para viver suas escolhas. A atitude deste filho pode nos remeter à coragem necessária para qualquer sujeito que se separa do Outro, para apropriar-se à sua maneira da herança dos próprios pais, que representa esse Outro. Mesmo que o sujeito precise de uma herança, de referenciais, é só separando-se que ele poderá ter desejo e vida própria. E, para isso, é preciso ter a iniciativa de pedir a parte que lhe

---

<sup>44</sup> Cristiane conta que seu “progenitor” (como chama o seu pai, avó Anísio de Hélio) vai em sua casa sem ser convidado: “*E meu progenitor resolve aparecer sem ser convidado*”, ela diz.

cabe e partir, como fez Marcius com seu pai, a fim de viver uma história que lhe fosse própria. O pai de Marcius, ao contrário, submeteu-se à palavra e à determinação de sua mãe para não desaparecer para ela, não ser deserdado. Assim, ele desapareceu como sujeito de desejo e de fala e ficou sem herança também, ficando amarrado no discurso da mãe.

Outro ponto que chama nossa atenção é a fala de Marcius que refere o fato do pai ser diferente na família (ovelha negra, até), o que nos parece que também tem uma importância para ele, dizendo da forma que localiza seu pai. Será que esta diferença traz para Marcius também a possibilidade de se diferenciar? Será que ele, então, com este referencial, não poderia ser ou fazer diferente como seu pai, podendo ter suas próprias escolhas? Porque destaca-se para nós a forma decidida e resolvida que Marcius assume suas escolhas e sua posição, o que inclusive parece ser algo que ele e Cristiane têm em comum, e não é sem razão que se escolheram para viver uma vida juntos. É interessante notar como o encontro de Marcius e Cris foi de fato um encontro, porque eles puderam compartilhar e sintonizar, em alguma medida ou de alguma forma, suas formas de funcionamento, suas ideias e seus desejos. Cristiane fala sobre esse encontro: *“fiquei 6 meses lá [...] aí eu morei lá 6 meses, aí ele desde os 3 meses de namorotava louco pra achar uma doida pra poder sair de casa. Aí consegui segurar mais 3 meses, aí não teve jeito. Aí a gente veio pra cá”*.

É válido observar que até a escolha do nome de Hélio<sup>45</sup> parece refletir os significantes marcantes da história de Cristiane, que vai ao encontro com os significantes de Marcius. Eles escolheram para o filho um nome com origem na mitologia grega. Hélio é o nome de um deus grego, de um deus símbolo da beleza, da luz, um deus imponente, parece que proporcional à importância do filho na vida deles. É curioso terem escolhido o nome de um deus da mitologia. Como vimos, Cristiane precisou separar-se da imposição religiosa da mãe. Marcius, por sua vez, valoriza e busca vivenciar o espiritualismo que diferencia o pai do restante da família (toda católica), o que marca consideravelmente seu elo e suas afinidades com o pai. É significativo terem escolhido o nome de um deus da mitologia, um nome que não remetia à religião, mas algo como um oposto, se não oposto, ao menos caracterizado de forma bem diferente, especialmente se comparado à religião cristã. Pensamos que a escolha do nome de Hélio passe pelas marcas conferidas ao significativo da religião cristã na vida deles, portanto, pela busca da diferença em relação ao cristianismo.

---

<sup>45</sup> Apesar do tema da escolha do nome da criança não ter surgido na entrevista, surgiu algumas vezes durante a internação de Hélio, inclusive nas reuniões de pais das quais Cristiane e Marcius participavam. E, nestas ocasiões, Cristiane dizia de forma enfática: “nome de deus grego”.

No que concerne aos efeitos da situação da prematuridade e de hospitalização de Hélio, Cristiane e Marcius contam como foi para eles vivenciar esta experiência, falando também das estratégias que buscavam para lidar com o que aconteceu e enfatizando a importância do acolhimento da equipe profissional neste momento:

*Cristiane: O que eu achei mais incrível é que eu nunca esperava ter um filho no Sistema de Saúde. Isso aí a gente fala até hoje, a gente sempre fala. Cê cria vínculo com o pessoal, principalmente porque eu nunca vivenciei algo do tipo. Mas [...]*

*Marcus: o que a gente fica vendo na mídia aí é tudo muito fatalista: as pessoas morrendo na fila do SUS, assim [...]*

*Cristiane: acontece, claro!*

*Marcus: mas é um negócio muito pontual.*

*Cristiane: não é só isso.*

*Marcus: perto de tanta gente que é atendida. [...] 99% do tempo, o pessoal muito dedicado, versado, sabe? Totalmente diferente que o pessoal tenta te falar quando cê tá de fora. Tipo assim, realmente é muito bom.*

*Cristiane: tratamento psicológico mesmo, nunca pensei que teria, que [...] e é muito importante, muito, muito, muito importante. Nem que seja só pra você falar ou pra você saber que tem alguém que cê possa falar. Sabe? Nó, e a gente é, é muito complicado. Por exemplo, Marcus e eu, somos só nós aqui. É esse tipo de apoio que faz muita diferença pra gente. Porque a gente tem um ao outro, mas e se acontece dos dois estarem cansados?*

*Marcus: não tem nada externo.*

*Cristiane: a gente ia conseguir, tipo um [...] o outro segurava os pontos. Aí revezava quando o outro desmanchava. Mas [...] e tem muita gente também que é mais sensível, né? Se abala mais. Principalmente que a gente tava preparado pro pior se viesse. Tem gente que já não aceita. É totalmente, totalmente importante mesmo! E principalmente quando ce vê o resultado.*

É importante pontuar que Hélio passara por uma situação muito crítica em seus primeiros dias de vida. No dia em que estivera mais grave, a equipe de saúde avaliou que ele teria poucas chances de sobreviver até o próximo dia, o que foi comunicado aos pais. Mas, eles procuraram aceitar a situação, buscando preparar-se para o pior, como Cris menciona. Ela lembra deste dia em outro momento da entrevista: “Atrapalhou minha noite só quando falou, que ele ficou com risco lá, porque ele não poderia passar à noite. Aí aquela fase cê acorda com um barulhinho com medo do seu telefone tocando. Agora fora essa fase, quando ele tava indo evolução constante[...]” A mãe não conta do acontecimento como o mais difícil ou mais marcante do período de internação. Nesta segunda fala citada, ela lembrou-se do fato apenas porque estavam falando sobre o sono dela, que não tinha sido prejudicado com o nascimento do bebê, ao contrário do sono de Marcus, que desabafa: “Nó [...] (e suspira) agora que o sono tá ficando mais regular”. O tema do sono surge em outros momentos da entrevista.

Cristiane aponta:

*Mas desde quando ele chegou em casa, que ele era bem mais sensível, mais delicado. O Marcus qualquer coisa acordava, eu [...] eu nunca tive problema com sono. Eu acho que eu tinha até comentado isso na época. Eu até comentava aqui. As mães nó, eu não durmo, meu filho aqui [...] eu [...]*

E Marcius também:

*Eu não consigo nem dormir com ele direito, porque qualquer mexida que ele dá eu acordo. Não consigo dormir. [...] Qualquer horário. Ontem de madrugada por exemplo, ele tava, como ele tá melhorando a audição, aí os vizinhos foram lá e abriram o portão lá e eu não sei o que aconteceu que o cara fez muito barulho, ele acordou ficou mexendo, a Cris nem viu.*

Interessante como Cristiane coloca, no aspecto do sono, algo que a diferencia das outras mães que têm o filho internado também, marcando não o que as assemelham, mas o que a distingue das outras mães. O que teve um impacto para Cristiane no período de internação do filho, segundo relata, foi o episódio que vivera quando Hélio já estava em cuidado intermediário, com uma evolução muito boa e indo para a Enfermaria Canguru, onde ficariam ele e a mãe internados, para que Cristiane o amamentasse e cuidasse dele em período integral. Assim que chegaram à enfermaria, Cristiane o amamentou e, logo após, o colocou deitado na cama. Hélio, em seguida, engasgou e parou de respirar, tendo uma piora considerável, e, por isso, tendo que retornar para o cuidado intensivo. Sobre o que ocorreu, Cristiane lamenta:

*Cristiane: Pra mim foi barra quando ele tava quase saindo e voltou.*

*Marcius: Nô eu fiquei [...]*

*Cristiane: Aquilo lá eu fiquei mal.*

*Marcius: Eu fiquei mais nervoso*

*Cristiane: eu fiquei lá, aí eu fiquei mal porque eu achei [...]*

*Marcius: Ela se culpou. A Cris se culpou por causa disso, eu falei um monte de vez que não era culpa dela. Não foi não. O Hélio não sabe as coisas, não foi culpa sua que ocorreu estas coisas com ele.*

*Cristiane: Mas eu fiz errado.*

*Marcius: Gente, mas não foi culpa sua. Uai, é, é acidente. Culpa sua se você tivesse feito isso por querer, cê não fez, na verdade você não fez nada, Hélio é que não fez [...] não foi culpa sua. Sentimento de culpa é muito terrível, a Cris não sabe disso.*

*Cristiane: o quê?*

*Marcius: Pior sentimento que tem é culpa. [...] Não é culpa de ninguém. Foi um acidente, pronto. (falando com o bebê).*

Cristiane mostra-se abalada na entrevista ao lembrar do fato. Parece-nos que o impacto foi relativo às expectativas que Cristiane criou e tem com relação a sua própria vivência com a maternidade. Afinal, o Hélio representava para ela a oportunidade de não errar como sua mãe, e ela sentiu que fez muito errado com o filho nesta ocasião, provocando a piora dele. No que não dependia deles, quando o quadro do filho estava muito crítico, restava ao casal aceitar a situação. Mas, no momento em que ela poderia oferecer cuidados que trariam segurança para o filho, fica impactada com o fato, especialmente por ter se sentido responsável pelo retrocesso do bebê, prejudicando-o.

Entretanto, em geral, podemos dizer que o que mais aparece na entrevista de Cristiane e Marcius são os arranjos que fizeram e estão fazendo em sua história, tanto antes quando depois do nascimento do bebê. Desta forma, eles não dão ênfase à prematuridade de Hélio ou às

complicações dela decorrentes, muito diferente de Hortência, como vimos. O que fica evidente na explanação do caso é como a situação de doença e de hospitalização do bebê marca cada família de uma maneira única, dependendo da história e do modo de funcionamento de cada um, o que faz com que a vivência tenha um significado singular para cada sujeito, relacionando-se ainda com às amarrações que são feitas. Assim, quais significações serão produzidas é impossível prever, o que não impede de pensar intervenções que possibilitem ou auxiliem os envolvidos neste processo. Passemos para discussão de outro caso.

### 5.3. Matheus: um acontecimento inesperado, uma grande novidade

*“A novidade era o máximo/ Um paradoxo estendido na areia  
[...] E a novidade que seria um sonho/ O milagre risonho da sereia  
Virava um pesadelo tão medonho/ Ali naquela praia, ali na areia*

*Trecho da Música “A Novidade”, de Gilberto Gil, Bi Ribeiro, Herbert Vianna, João Barone”.*

A terceira entrevista da pesquisa foi realizada com Rúbia, mãe de Matheus, que estava com três meses na ocasião. Ele é fruto do relacionamento dela com Sérgio, atualmente seu ex-namorado. O casal namorou por um tempo, mas se separou logo após o nascimento do bebê: *“Foi logo depois assim um tempo, quase um mês, menos de um mês”*, afirma Rúbia. Matheus é o primeiro filho de Rúbia, e primeiro neto de seus pais. Ela tem 33 anos, 2º grau completo e sempre trabalhou na área administrativa, embora no momento esteja em casa cuidando do filho. Sobre sua opção de parar de trabalhar para dedicar-se aos cuidados do filho, Rúbia relata: *“Eu saí do meu trabalho pra entrar em outro, aí eu engravidei [...] Aí eu volto depois. E depois veio ele prematuro, veio tudo, aí eu: não, não é o momento”*. Embora ela goste muito de trabalhar fora de casa, optou pelo cuidado do filho pela exigência de cuidados especiais, devido ao seu nascimento prematuro (34 semanas) e outras complicações de sua condição de saúde, como o refluxo, especialmente. Rúbia explica que, conforme orientação da médica do Matheus, ela teria que treinar uma pessoa para cuidar do filho para que ela retornasse ao trabalho: *“a doutora aqui falou: Rúbia, se você for voltar a trabalhar, a pessoa pra cuidar dele tem que morar com você uns dias, que tem que ser treinada, sabe?”* Deste modo, ela optou por permanecer sem trabalhar por um tempo: *“Então eu prefiro eu mesma ficar, que aí eu fico mais tranquila. Eu volto a trabalhar depois, tem muito tempo né?”*. Matheus mora com sua mãe Rúbia, com a avó materna e um tio materno.

Sérgio, pai do bebê, tem mais um filho de um ano e Matheus é seu segundo filho. O pai participa dos tratamentos de Matheus, mantém contato com ele e apoia no que for preciso,

segundo informa Rúbia. A mãe conta que Sérgio participa com frequência das consultas de Matheus com os especialistas. No dia da entrevista, Matheus estava no ambulatório do hospital, acompanhado pelos pais, Rubia e Sérgio, para consulta com nefrologista. Além do nefrologista, o bebê é acompanhado por pediatra, oftomologista, neurologista e os pais aguardam o início do tratamento com a fonoaudiologia, com consulta já marcada.

Ao serem convidados para participação na pesquisa, Rúbia preferiu ser entrevistada sozinha, deixando Matheus com o pai na recepção do ambulatório. Logo que entrou para entrevista, Rúbia justifica porque preferiu entrar sozinha: *“Mas assim, ele é um ótimo pai, eu também, mas só, o problema é pessoal eu e ele, não tem nada a ver com filho não”*. O assunto repete-se em seguida quando são solicitados alguns dados para Rúbia: *“Ele faz tudo pro filho, a gente só não é casado. Antes a gente namorava e tudo, mas depois do nascimento do filho não, ele é pai, eu sou mãe. Mas cada um na sua casa. Ele traz, faz tudo pro Matheus, tudo que pedir também compra, mas [...]”*.

Aí, Rúbia já aponta um tema que é recorrente em sua fala: seu relacionamento com o ex-namorado e pai do seu filho, evidenciando uma tentativa de separar o que é da ordem do relacionamento entre eles e o que diz respeito à relação de cada um deles com o bebê, o que aparece, por exemplo, nesta fala:

*Meu filho tem tudo, apoio, mas eu não pensava, pelo que a gente tava vivenciando no namoro na gravidez, que eu fosse ficar sem ele neste momento, que é quando eu tenho um filho, né? Isso que eu acho que mais me pesou e tudo. Mas com o tempo a gente vai chegando, vai entendendo. Não pode faltar nada pro filho, mas comigo a gente vai se virando.*

Na entrevista, Rúbia enfatiza como a gravidez e o nascimento prematuro do filho foi inesperado em sua vida: *“Eu pensei que eu fosse voltar bem rápido, que eu ia ter ele de 9 meses, mudou tudo. Nada do que eu planejei aconteceu, nada do que aconteceu tava previsto, tava na minha cabeça, tudo é uma coisa muito nova. Eu tive que aprender com a situação, sabe?”*. Matheus ficara internado por um mês no hospital pelo nascimento prematuro, pela dificuldade de sucção e pela suspeita de síndrome de moebius<sup>46</sup>, diagnóstico que foi descartado com o resultado do exame de cariótipo<sup>47</sup>, como descreve Rúbia:

---

<sup>46</sup> Síndrome de Moebius é um distúrbio neurológico que tem como principal característica a perda total ou parcial dos movimentos dos músculos da face, com consequente ausência de expressão facial. A maior parte dos casos de Moebius caracteriza-se por paralisia bilateral completa ou incompleta dos nervos faciais e abducente, sintoma apresentado por Matheus e que motivou a suspeita da equipe médica. A principal causa associada ao surgimento da síndrome é o uso de Citotec durante a gravidez, medicação utilizada para úlcera gástrica, mas usado de forma irregular para causar o aborto, o que não era o caso de Matheus, de acordo com a mãe.

<sup>47</sup> Consiste na análise dos cromossomos, que permite diagnosticar síndromes genéticas.

*Ele é prematuro, minha bolsa rompeu, eu não sabia, tava com 34 semanas. E ele não teve sucção e teve pouca mímica facial, eles tavam suspentando né, da moebius. Ele fez um exame e não constatou. A gente vai ter que ir acompanhando, ela falou (referindo-se à médica), fazendo mesmo, porque ele fez o cariótipo e não deu. [...] Todo mundo já viu e deu negativo, mas ela falou que tem que ir vendo o desenvolvimento dele pra saber o que é, né? Porque ele tem a orelhinha, a implantação mais baixinha mesmo, tem que ver se é do, porque não é do DNA dele, né? Vai ter que ver o motivo com o passar do tempo, igual o refluxo estas coisas não é nada da síndrome, é da prematuridade mesmo, é do bebê mesmo, tem que ser acompanhado.*

Sobre a suspeita da síndrome, Rúbia fala da preocupação que teve antes do resultado do exame: *“Muito! Na hora fiquei (preocupada), nossa! Fiquei assim sem saber o que que era, eu falei ai meu Deus! Foi por isso sabe? Foi tudo muito rápido assim, gravidez inesperada, de repente bebê prematuro[...]”*.

A chegada inesperada de Matheus na vida de Rúbia é um tema que ela remete com frequência na entrevista, ressaltando como sua gravidez não planejada e o nascimento prematuro do filho, com todas as complicações decorrentes, foram uma interrupção em sua vida, de modo que ainda busca simbolizar e dar conta da situação, como mostra:

*Te jogam tudo aquilo, arrancam o bebê de você de uma maneira, assim, no bloco cirúrgico já interna já fica lá, e você não sabe direto porque você não vê o bebê, cê quer ver mas tá de cesária, cê não dá conta ainda. É muita coisa ao mesmo tempo, sabe? Aquilo tudo ali é te empurrado de uma maneira. Às vezes cê não entende, mas cê tem que aceitar. Tem que assimilar aquilo de uma maneira né? Que cê sabe que é pro bem do seu filho, mas sem entender. Eu acho tudo isso, sabe? Eu fiquei muito fragilizada, eu fiquei muito debilitada na hora. Nossa, eu fiquei [...] até hoje assim, agora que eu tô melhorando um pouco, já voltei pra casa, né? Mas na hora cê fica muito pilhada, eu acho que tudo contribui. Se você não tiver um equilíbrio emocional bom, nossa, cê fica [...] assim, eu chorei, ficava em casa, teve vez que eu ficava vindo direto aqui e voltava, pra não ter que ficar em casa sozinha, todo mundo trabalhando, ele internado, eu ligar chorando. Eu tava de resguardo, eu vim, sabe? Eu ficar aqui pra acompanhar ele, eu preferi.*

As falas de Rúbia na entrevista demonstram como foi difícil para ela a vivência da situação, como foi tudo muito *“inesperado”* e *“repentino”*, como ela diz muitas vezes. Antes mesmo do parto prematuro, a gravidez já foi um acontecimento muito novo em sua vida. Ela relata que não planejava engravidar naquele momento, embora pensasse em ser mãe um dia:

*Com certeza (pensava em ser mãe), mas não pensava que seria naquele momento, que seria com ele e agora, sabe assim? Agora, foi com essa pessoa que ótimo, ele já é uma pessoa que eu já conhecia a mais tempo, mas agora que a gente foi namorar, agora assim né? Nos últimos tempos. Ah, que bom né? Aconteceu. Eu tava, já fazia muito tempo, ah, vão dar uma chance, vão ver o que dá [...] sabe quando cê pensa assim: vou namorar, vou conhecer uma pessoa, vivenciar uma coisa diferente na minha vida, uma coisa nova e tudo, mas aí vem tudo de uma vez, sabe? Acho que foi isso também. Mas eu pensava em ter, só não pensava que seria tão rápido, talvez nuns dois anos, esperar um pouco. Mas enfim, aconteceu e tudo.*

Rúbia narra que ela e Sérgio estavam namorando e esperando as coisas acontecerem, sem planos de constituírem família e firmarem uma vida juntos naquele período: *“Eu tava*

*namorando, tava envolvida, o relacionamento, cê queria [...] cê pensa em casar e ter filho mas não é naquele momento”.*

Ela elucida que eles queriam “*namorar mais*”, pontuando: “*A gente tava deixando acontecer a situação*”. Sobre a gravidez não planejada e a busca por aceitar e assimilar a maternidade, ela afirma ainda:

*A gente fica muito fragilizada, a gente fica muito [...] e homem não entende assim estas coisas, eu acho assim, não é todo mundo que assimila, que entende isso, mulher desde a gravidez assim, é uma coisa muito nova pra mim, eu não tava esperando. Eu não sabia o que que era ser mãe, eu não sabia que [...] eu sabia cuidar de bebê com todo carinho, sabe? Eu sempre gostei de bebê. Mas eu nunca tive o meu, nunca tive que fazer tudo que eu fiz pro Matheus, é o que eu tô fazendo agora, eu não conhecia este lado. Então isso [...]*

Ela fala muito da vivência intensa com a maternidade, o parto prematuro e a hospitalização do filho ao nascer e atribui a sua separação com o pai de Matheus aos efeitos de tantos acontecimentos bruscos na vida do casal:

*Fica complicado, nossa! Tanto que a vida pessoal ficou conturbada depois disso. Já começou daí, tava tudo muito bem aí depois as coisas já foram desandando. Acho que aí já contribuiu. Não justifica, claro, isso não é motivo pra falar: ah, vão terminar o namoro por causa disso, mas isso tudo influencia assim, pesa né? A gente que tem que ter um equilíbrio pra isso não acontecer, pra não deixar isso tomar conta da gente, mas tem hora que cê num [...] é inerente à você sabe? Cê não mensura não, o negócio vai [...]*

A associação que Rúbia faz da chegada do filho com o término do namoro aparece em muitas de suas falas, como, por exemplo:

*Tava, no namoro, na gravidez tava tudo muito bem, ele tava comigo o tempo todo, não teve nada. Eu acho que foi depois, igual tô te falando, acho que isso tudo influenciou, pesou, não justifica, não é o motivo principal, mas isso contribuiu, ajudou, sabe? Acho que por isso que eu tenho tanto medo também assim, foi uma coisa muito nova, uma situação diferente. Quando a pessoa engravida e tudo, mas eu acho que eu não tava pronta pra receber a notícia que eu ia ter o bebê naquele momento.*

Ela refere como foi o nascimento de Matheus, ressaltando a novidade da gravidez e o imprevisto do parto:

*Cê rompeu, aí não saber o que que é bolsa rompida, o que que é xixi, até hoje se me falar, eu não sei. É tudo muito parecido. Cê não consegue distinguir que que é bolsa, eu não sei, eu nunca tinha ficado grávida, ninguém me falou nada. Uma coisa tão [...] eu tive um sangramentozinho, no sábado de manhã, e já fiquei aqui, tive o bebê na segunda. Sabe?*

Com relação a este medo referido por Rúbia, ela explica que não pensa em ter mais filhos, com receio de que passe novamente por um parto prematuro com complicações:

*Mãe sente as dores [...] é diferente (do pai). Agora já tá tudo mais tranquilo, assim, já passou. Foi uma experiência que eu não quero viver de novo na minha vida não, eu tenho muito medo agora de ter filho de novo e ter um bebê prematuro, que eu já conheço gente que teve 2, 3 bebês só prematuro de novo. E cê sabe que bebê prematuro vai ter que ficar internado. Eu não quero passar por isso de novo. [...] Ter que ficar aqui de novo, aqui ou em outro hospital que seja, e ter este acompanhamento. Ah, não, acho que filho tem que ser, realmente, programado, planejado, eu entendo, mas acontece, aconteceu comigo, e acontece da gente né [...] num [...] sair do eixo do, do que você realmente queria.*

Ela expõe também sobre as implicações do acontecimento no relacionamento, nos planos e na vida do casal:

*Foi muito rápido [...] Então depois que aconteceu tudo isso, assim, sabe quando cê vai ficando assim saturado, porque aconteceu tudo isso, e o tanto de coisa que você transborda, que explode assim, que o caldeirão, sabe? Ferve e explode, foi isso que aconteceu. Muita coisa vai juntando e cê fica, né? Eu queria que ele ficasse mais aqui e ele vinha mais pra visitar. Eu queria que ele entendesse o que que era, ele [...] Homem é muito, é bem mais diferente do que a gente neste caso, né?*

Assim, Rúbia expressa sua tentativa de elaborar a separação com o pai de Matheus, contanto as frustrações e as mágoas que vivenciou com ele, por expectativas que tinha e não foram correspondidas:

*Eu não me arrependo de ter tido um filho com ele porque a gente, as divergências, os nossos problemas são outras coisas, não é nada de falta de caráter, nada disso não, sabe? Que ele não presta, não é isso. Foi outras coisas mesmo, coisa repentina assim nossa, que não deu certo, em função de uma situação ele se mostrou uma outra pessoa, que eu esperava um pouco mais dele e tudo, ele se mostrou uma outra pessoa. Acho que no momento que eu mais precisava. E eu voltar pra casa, nossa, agora com um filho recém-nascido, recém-nascido nos braços e eu vou sozinha. Será que eu vou dar conta? Que isso foi o que mais pesou pra mim, nó eu sou mulher, eu sou mãe, eu tenho que dar conta dele, eu tenho que dar conta do recado. Acho que foi isso também.*

Ela conta que:

*Foram ditas coisas, faladas coisas pra mim pra ele, que me magoou. Sabe quando cê fica chateada e tudo isso vai contribuindo, que vai, sabe? Mas é muito mal entendido também, muita coisa que precisa ser conversada e que às vezes a falta de diálogo, né? Impede que estas coisas se esclareçam. Mas é isso.*

Desse modo, Rúbia fala do impacto do término do namoro justamente do momento em que vive a maternidade, como ela diz, uma experiência muito “nova” e “diferente” em sua vida. Tal impacto pode ser percebido também quando ela afirma: “Mas eu não esperava também tudo, eu não esperava esta atitude dele, eu acho que eu fiquei um pouco assim sem chão, né?”.

Ela diz ainda:

*Eu não acostumei ainda, assim, por causa de tudo né? Eu acho que se fosse só eu e ele, terminava, cada um na sua casa, não olha pra cara um do outro, mas com um filho já pesa, já fica mais difícil, já é, uma coisa que eu te falei, tem que pensar, que tem que trabalhar isso, tem que saber como lidar. Aí já não é mais só você e ele. Só não é eu e ele mais pra tentar cada um ir pra sua casa, a vida né? É mais complicado.*

No que diz respeito às suas mágoas e aos problemas mal resolvidos com Sérgio, sobre os quais seriam necessárias conversas na busca de esclarecimentos, ela relata:

*No momento agora tá conturbado. No momento tá. Eu e ele que eu tô falando, né? Com o Matheus não. Mas eu e ele tá. Eu acho que ele, ele não esperava tudo isso e ele tem a opinião própria dele, ele é mais fechado assim pra estas coisas, pra conversar, pra dialogar sabe? Mas agora também neste momento eu não quero. Eu tô um pouco, sabe? Ele não quis, ele não tá querendo agora assim. Ele não quer conversar, dialogar, e eu, em função de tudo isso que tá acontecendo eu acho que eu já tomei um pouco de birra já, também eu não quero agora. Isso tá me deixando, sabe, mais, quando cê fica mais, não é nem irritada a palavra certa, cê fica meio arredia com isso tudo? Que tá acontecendo. Não precisava acontecer e acaba que aconteceu e cê vai ficando [...] eu acho que vai chegar uma hora que eu não quero nem, tem dia que eu não quero nem olhar na cara. Tem dia que eu tô com antipatia assim, tem dia que eu tô, sabe?*

*[...] Às vezes assim a gente nem tem conversado. Às vezes ele fala uma coisa ou outra do Matheus. Mas eu tenho evitado, eu não quero, sabe? Que eu prefiro que ele me procure pra conversar em função de tudo o que aconteceu, porque partiu dele. Eu prefiro que ele venha me procurar pra conversar, porque eu tô disposta e quero conversar, entendeu? Mas como ele não quer, ele quer ficar mais na dele, aí em função disso tudo que tá acontecendo eu também quero ficar mais na minha, eu não quero manter contato não. O menos que a gente conversar melhor porque a gente já brigou muito, já discutiu demais. Mais por mensagem, pessoalmente não. Então eu prefiro por telefone, por mensagem, tudo isso é uma deixa [...] já eu prefiro não falar nada, eu prefiro ficar, deixar acontecer, correr.*

Na entrevista, Rúbia fala muito de uma busca por entendimento ou assimilação de determinadas situações, seja em relação ao seu relacionamento com Sérgio, seja no que se refere a sua gravidez e ao nascimento prematuro de Matheus. Assim, verbaliza sua busca por significações e elaborações a partir das irrupções do real, e as estratégias que constrói para lidar com a situação:

*Mas enfim, aconteceu e tudo. Agora esperar e dando um tempo e tudo. As coisas acontecem, acho que depois vai [...] chegando no lugar assim sabe? As coisas vão se acertando. Por mais que assim a gente termine que não dê certo, mas pelo menos na cabeça, na ideia da gente as coisas vão se assimilando melhor, porque tudo de uma vez, um tapa naquela porrada cê não dá conta não, cê precisa de respirar sentar, pra você entender um pouco assim mais.*

Destacamos também:

*Mas também hoje eu penso: se eu não tivesse tido ele naquele momento talvez eu não teria ele hoje aqui. Talvez ele não sobreviveria até 9 meses. Entendeu? Isso que a doutora falou: cê tem que pensar nisso, 7 meses é porque ele veio antes, porque cê sabe se ele ia aguentar até os 9 meses? Cê sabe se ele ia tolerar? Ele veio antes por algum motivo, cê vai ter que entender, tentar entender o motivo que ele [...]né? Mas hoje eu acredito que seja isso mesmo: será que ele aguentaria depois? E depois a dor de ter a notícia, de carregar bebê 9 meses e o bebê não vingar, de não ter o bebê, sabe? Então a única coisa que eu penso, hoje eu penso: não, que bom que ele chegou de 7 meses. Aconteceu tudo isso? Aconteceu, mas foi comigo, o meu bebê, ele tá tudo bem. Assim, né? Dentro do possível, ele é um recém-nascido prematuro, porém requer cuidados, mas ele tá bem, né? Ele não tá em situação grave de risco, quase morrendo, não tá isso, nunca existiu esta possibilidade, foi mais mesmo um cuidado mesmo, uma coisa que tinha que ter todos os olhos naquele momento, mas não é nada [...] fugiu aquele risco todo sabe? A minha preocupação maior acabou assim, é de cuidar dele tudo, mas acho que aqui também ficava aquela ideia que o filho tá doente, o filho internado, internado, que tá sempre doente, tá sempre*

*doente, e não é isso. Às vezes o bebê internado não quer dizer que tá sempre doente. Só de estar em casa é bem melhor.*

Pensando na possibilidade da perda do filho, Rúbia parece tentar elaborar o luto pela perda do filho de nove meses que ela imaginou que teria. E é interessante ressaltar que, mesmo que a “*doutora*” possa estar se referindo aos motivos orgânicos do nascimento prematuro de Matheus, o que nem sempre pode ser identificado pela medicina, mas cujos sinais apontam para a possibilidade de sobrevivência ou não do organismo, Rúbia parte da intervenção da profissional para buscar um sentido para o nascimento do filho, mas que não passa pelas explicações do funcionamento do organismo do bebê ou do seu próprio organismo, mas pelos significantes de sua história, que inclui os significantes da história familiar, como pode ser evidenciado na fala que se segue:

*O fato dele ter vindo antes, será que ele ia, né? Ele veio também pra mostrar alguma coisa. Minha mãe sempre fala isso, e é mesmo, hoje que eu consigo assim, que é tanta coisa na hora, que na hora cê não vê nada. E agora com o passar do tempo que ele vai crescendo é isso mesmo, minha mãe fala assim: estas coisas vão acertando, vão chegando no lugar cê vai entendendo o porquê da prematuridade, porque que ele é prematuro, porque que ele é de 34 semanas, e porque que ele nasceu agora e não veio com os 9 meses e tudo. Pra me ensinar alguma coisa mesmo, né. Nada é por acaso não, é pra eu entender alguma coisa que ele veio pra ensinar, que ele tá ensinando já e que ainda vem pra mostrar. [...] É uma coisa muito nova, que eu tô montando, né? Que eu não tô, é uma vida mesmo. Mas eu acho [...] foi pra, foi pra, pra mostrar muita coisa.*

Rúbia explicita o sentido que está tentando dar para tantos acontecimentos inesperados, buscando uma simbolização do real. Depois do turbilhão de fatos que não puderam ser representados em um primeiro momento, nem sequer vistos, ela consegue olhar para a própria situação e parar para pensar em alguma coisa a respeito. Assim, busca construir alguma representação que permita simbolizar, em alguma medida, seu encontro com o real, que irrompeu anteriormente, de forma tão repentina - apresentando-se mesmo como real, ou seja, sem representação - que, na hora, o fato não comportou nenhuma associação, nenhuma cadeia significativa. Rúbia pode, então, posteriormente, alcançar a produção de um sentido para o que não pode, a princípio, ser significado.

Nesta perspectiva, ela conta como foi para a sua família a chegada de Matheus e, mostra, desta forma, o sentido que foi construindo para seu nascimento no contexto familiar:

*Que, que, depois que ele nasceu, no chá de bebê foi a primeira vez que eu consegui reunir minha família toda assim. Eu já fui em festas grávida que tava todo mundo, mas faltava 3, 4 pessoas. No chá de bebê, assim, minha vó, meus tios que são os irmãos da minha mãe, meus primos em peso, todo mundo. Sabe? Então não tinha ninguém. Minha tia ainda falou isso: olha o que que prematuridade do Matheus trouxe. Mesmo que ele fosse de 9 meses todo mundo iria, mas o fato dele ser prematuro, de ter feito esta festa, né? Ele é amado, ele é querido, todo mundo quer presenciar e quer ver ele e tudo. Aí minha tia falou: olha aqui a mesa, olha a família inteira, tira foto, registra este momento pra mostrar pro Matheus,*

*primeiro momento, nem dia das mães tava todo mundo [...]. E lá no chá de bebê tava todo mundo, consegui reunir todo mundo.*

De acordo com Rúbia, Matheus é uma grande novidade em sua própria família: “*Na minha família é uma coisa muito nova um bebê. O último bebê tem quinze anos, foi 2000 que nasceu, o Matheus 2015*”. Ela afirma:

*Eu acho que da minha família o motivo é a alegria e é uma novidade a minha gravidez, de ter um filho agora, foi uma novidade. Porque eu tenho outras primas casadas já há muito tempo e que não têm filho. Que tão querendo, mas ainda não têm certeza porque trabalham e estudam e aí prioriza, sabe? Então como o meu foi uma coisa do nada, inesperada, aí também ficou uma coisa muito inesperada na minha família.*

Podemos notar como Rúbia inclui Matheus na linhagem familiar, oferecendo a ele um espaço simbólico, o que é condição de possibilidade de constituição subjetiva para um bebê, como sabemos. E o lugar que lhe é oferecido passa pela prematuridade, mesmo que não fique restrita ou fixada nela.

Diferente da família de Rúbia, a família de Sérgio tem muitas crianças, como ela conta: “*A família dele não, tem bebê o ano passado, tem um monte de criança, um monte, sabe? Que eles são bem mais pessoas do que a minha família, os irmãos da minha mãe, eles são mais*”. Segundo Rúbia, esta diferença entre as famílias configura-se como um motivo porque ela quer que Matheus conviva com o pai e com a família dele, como afirma: “*Não tem bebê na minha família, na família dele já tem, do pai, muita criança. É outra coisa que eu quero que ele conviva lá, que lá ele vai entender do mundo dele que é criança, tem muita criança, na minha família não tem. É um outro mundo né?*”. De fato, sua família e a família de Sérgio são mundos diferentes, assim como eles são diferentes sujeitos, com diferentes questões e diferentes formas de funcionamento, é claro. Todavia, o interessante é que ela permite que Matheus circule, que não fique preso só no mundo dela. Ela conta que o pai sempre leva o bebê para sua casa, e Rúbia fica tranquila, porque considera Sérgio um pai dedicado e tem confiança nos cuidados da avó paterna: “*Eles é que tão cuidando, eu sei que tá bem cuidado, chega lá é muito bem cuidado, troca fralda, não vai ficar assado. Eu não tenho essa preocupação de uma maneira que ele também não se preocupa com isso*”. Ela diz também:

*Porque eu sei que ele fica, a mãe dele já tem um neto. É o primeiro neto da minha mãe, da mãe dele já é o segundo, porque ele tem um irmão, ele que tem um filho já de 1 ano, vai fazer 1 ano. Então assim, eu fico tranquila. Ele também, ele sabe que eu sou uma pessoa responsável, ele sabe que eu sou boa mãe, que ele já falou que eu sou uma excelente mãe. Eles reconhecem isso também.*

As construções que Rúbia faz em relação à função materna aparecem o tempo todo em suas falas, bem como sua preocupação com a forma que exerce os cuidados com o filho, com

o intuito de ser, de fato, uma “*excelente mãe*”. Lembremos de umas de suas primeiras falas na entrevista, já citada: “*ele é um ótimo pai, eu também*”. Em seu discurso, sempre aparece o reconhecimento de Sérgio em relação a sua habilidade como mãe, bem como seu reconhecimento de que Sérgio tem cumprido bem o seu papel de pai, sendo que os problemas deles dizem respeito aos dois especificamente, como ela faz questão de demarcar. Sobre a importância que Rúbia dá a sua intenção de ser uma boa mãe, que tem implicações em seu processo de construção de uma maneira própria de viver a maternidade, destacamos também:

*Em casa eu que cuido dele, minha mãe trabalha fora, o dia todo fora, e eu que fico com ele o tempo todo. Então assim, eu quis, entendeu? Eu falei assim: poxa, eu vou ser mãe, eu sou mãe, e agora ou eu ou eu, não tem jeito. É botar a mão na massa mesmo, uma coisa muito vamo encarar. Eu não programei não, mas vamos fazer né?*

Portanto, no que se refere às vinculações imaginárias que faz a partir de sua vivência com a maternidade, Rúbia demonstra sua identificação com uma figura de mãe competente para dar conta da situação, como ela diz, que dê “*conta do recado*” ou que coloque “*a mão na massa*”, encarando o que é de sua responsabilidade, o que parece ir ao encontro de sua forma de funcionar e se relacionar com o mundo – o que talvez explique o seu ato falho correspondente à sua afirmativa de ser um “*ótimo pai*”, assim como Sérgio. É válido mencionar, neste sentido, que, para ela, este significante de eficiência para dar conta de determinadas situações, ser boa no que faz, ou ser uma pessoa boa, parece adquirir uma importância em sua vida, mesmo antes da chegada do filho: “*E eu acho que é por isso que Deus falou assim né: [...] Tá na hora de você ter um filho, você é uma pessoa muito boa, ele um homem muito bom*”. Isso aparece em sua relação com o trabalho, por exemplo: “*trabalhei fora a vida toda [...] eu sempre fiquei muito pilhada no trabalho*”. E isso se reflete nos cuidados ao filho e nas dificuldades decorrentes do fato de Rúbia ter assumido o filho com tanto investimento, ocupando-se bastante com os afazeres a ele relacionados:

*Eu que faço tudo. Todo mundo fala, cê dá conta de tudo sozinha é difícil, pode até dar, mas cê dá em termos, aos poucos cê dá. No início cê fica perdidaça, cê fala: meu Deus, que que eu fazia acabou tá lá. Antes cê fazia sua rotina normal, cê não tinha ninguém, cê não tinha uma atenção voltada, sabe? Eu nunca imaginei que fosse me tomar desta maneira. Toma, aquela pessoa te toma totalmente, as outras coisas sempre depois. Às vezes o homem, que seja namorado, não entende isso. Entendeu? Cê sabe o que cê tem que fazer, que ele depende de você, ele tá ali, alguém tem que fazer, esse alguém é quem? Eu, não tem outra pessoa.*

De fato, ela mesma é quem assume a função de mãe do filho, a sua própria maneira, por isso “*não tem outra pessoa*” que opere tal função, que se dá pelos cuidados que trazem a marca do seu desejo. Foi a decisão que ela tomou e bancou com suas escolhas: suspender seu dia a dia

e mudar o foco de sua vida. E como não é possível dar conta de tudo, os furos aparecem e Rúbia procura formas de se arranjar com isso, em sua vivência intensa de cuidar do filho. Assim, parece-nos que a forma de funcionamento de Rúbia, marcada por sua busca de dar conta de tudo com eficiência, de enfrentar o que ocorre com ela e assumir suas responsabilidades, reproduz-se em sua vivência com a maternidade e cuidados com o filho:

*Pelo fato dele ir crescendo, cê tá vendo que cê tá cuidando dele, cê vem aqui cê tem um retorno: não, seu bebê tá bem, tá tudo bem com seu bebê, ele tá pesando tanto, aí ce volta tá pesando tanto, cê vê que aquele seu cuidado não é em vão, o que cê tá fazendo tá certo., né? Porque cê tem medo de falar assim: nó, cê vai ser uma zero à esquerda, você é uma, sabe? Aquele medo todo, mas isso nunca aconteceu comigo, de falar que eu seria uma pessoa irresponsável, ter deixado meu filho à mercê lá largado, isso nunca passou pela minha cabeça nem pela minha família. Por mais que eu, que eu nunca falei que queria ser mãe, naquele momento, que eu queria ser mãe um dia assim, e aconteceu. Mas eu não saberia quando nem como, mas aí como aconteceu eu fui me dedicando e tudo, cê se dedica, se fica: nossa [...] aí cê vai e tira aquele tanto de foto, cada dia uma foto, cada dia um negócio, cê fica envolvidíssima.*

Como mostra outras falas de Rúbia também - relacionadas à sua decisão de deixar o trabalho, por exemplo - ela adaptou sua vida e sua rotina por causa das necessidades de Matheus. Tais necessidades relacionam-se com a dependência característica de qualquer bebê, mas também com a condição de saúde de Maheus, que sofre influência importante da prematuridade e de suas consequências. Portanto, a prematuridade e a condição de saúde de Matheus têm ressonância nos cuidados maternos e, por conseguinte, na relação de Rúbia com ele, como pode ser demonstrado:

*Ele gosta (de colo), mas eu deixo ele muito no carrinho, mas ele chora. Ele fica, só que eu não deixo ele sozinho pelo fato do refluxo fico com muito medo de voltar. Ela já pediu (refere-se à pediatra): deita ele sempre de lado, fica com ele sempre em pezinho. Então, eu botei todos os meus [...] coisas de botar ele em pé lá. Ponho o travesseiro anti refluxo, ponho o cercadinho, aumento tudo, ponho ele mais em pezinho, pra ele ficar mais inclinado. Mas fora isso [...]*

No que concerne aos cuidados do bebê e aos impactos da prematuridade para Rúbia, é válido citar o que ela conta sobre as suas dificuldades quando Matheus nasceu e precisou ficar hospitalizado:

*Não era o motivo que eu vinha aqui: ah, vai lá pra você aprender a trocar fralda, nunca, esse não foi o problema, entendeu? Eu não vim aqui pra isso. Acho que quando a mulher é mãe e sabe isso é externado né? Sai pra fora. Cê demonstra isso, tanto que as meninas falavam: nossa, cê é jeitosa demais, tem gente filho aqui ou então que nunca teve filho vem pra cá corta um doido, a gente vê que a pessoa é toda sem jeito. E tanto que quando eu vim eu falei pras meninas: deixa eu dar banho no meu filho, deixa eu cuidar. Passou uma semana eu que ficava fazendo as coisas, que eu queria. [...] Eu queria entender porque, que que eu tinha que fazer por ele ser prematuro, qual era a maneira mais certa de segurar, o que que tava acontecendo. [...] Então, isso que foi, a minha preocupação de vir era de conhecer do filho mesmo. Dado o fato de ser prematuro, que é muito diferente de um bebê de 9 meses, totalmente diferente.*

Rúbia conta que sempre gostou e sempre foi jeitosa para cuidar de bebês, falando como se já tivesse conhecimento prévio sobre tal cuidado, sendo que a problemática que vem à tona, num primeiro momento com o filho, referia-se mais especificamente ao fato do bebê ser prematuro e, portanto, exigir cuidados especiais, tendo em vista ainda ser uma situação que fugiu totalmente do que ela tinha planejado, como já citamos. Assim, ela relata que era este conhecimento sobre o prematuro o que buscava na equipe profissional, como mostra também o trecho seguinte:

*Então assim, foi, não foi difícil as meninas foram me falando, eu queria entender o que que era ter um bebê prematuro e quais são as coisas que eu tinha que fazer com ele e pra ele, pelo fato dele ser prematuro, é isso que eu queria entender, sabe? [...]*  
*Eu vim pra saber como é que era ser mãe de um bebê prematuro, quais são os cuidados. Igual dá banho estas coisas não, eu vim pra saber como é que era limpar meu filho, eu tava dando mamar, não podia amamentar por causa da sucção, eu tinha que entender porque, eu tinha que entender da forma, sabe? Era todo um processo. [...]*  
*Uma semaninha em casa ele tomou o leite e no outro sábado a carinha dele ficou pipocada, toda. Do leite e da linha de banho que eu dei, que eu tive que trocar, a gente teve que passar pra uma linha anti-alérgica [...]. Então assim, eu tomei [...] é muito cuidado que tem que ter, e um bebê de 9 meses não tem.*

Assim, a prematuridade faz um furo neste imaginário de Rúbia que delimita como cuidar de um bebê e pressupõe um saber fazer que já está lá na mulher, já está dado *a priori* e só precisa ser externalizado, que talvez corresponda a seu próprio funcionamento, no qual a eficiência tem um destaque. Uma vez que esta imagem de mãe não foi suficiente para auxiliá-la a assumir os cuidados de um bebê como o dela, “*que requer cuidados especiais*”, ela busca identificar as diferenças entre o bebê a termo e o bebê prematuro, com vistas a se localizar como mãe de um bebê prematuro. Desta forma, Rúbia faz amarrações simbólicas e imaginárias no corpinho real do seu bebê, no sentido de caracterizá-lo como um bebê prematuro, diferenciando-o do bebê de nove meses:

*Um bebê de 9 meses ele tem um peso diferente, ele é maior, ele mama no peito o meu não. Sabe? Ele é menor, ele tem idade corrigida. Ah, é tudo diferente. Não tem jeito, não é a mesma coisa. São crianças, mas falar que é a mesma coisa, não é, tanto que eu vejo um bebê de 9 meses eu vejo ele, e é uma diferença muito grande. Ele requer muito cuidado, um bebê de 9 meses, não que ele não requer, mas num tem aquela tensão dos 3 primeiros meses mais críticos, sabe? Que ele teve. A médica falava: não pode gripar, não pode sair com ele, não pode respirar com ambiente fechado com muita gente, tudo isso. Eu fiquei três meses, agora a gente foi fazer o chá de bebê dele, a gente tava programado, já tava tudo pago há um tempão, agora que ele fez três meses que a gente foi fazer. Semana passada que a gente fez. Por causa dessa situação dele. Um bebê de nove meses mesmo não tem isso. Eu não precisei fi [...] eu tinha que ficar os três meses em casa segurando ele. Eu recebia visita, mas aos poucos. Eu marcava da pessoa ir, eu não queria aquele turbilhão de gente lá em casa, né? Sempre foi tudo dividido, ele não gripou, a minha preocupação era não ter que voltar com ele. Tanto que ela falava: Rúbia, cê tem que ser uma mãe chata. Com estas coisas não respirar, não beijar, ele teve alergia, eu fiquei preocupadíssima, mas foi do leite, sabe?*

Parece-nos que este movimento de distinção do próprio bebê e a identificação dele a um bebê prematuro é um modo que Rúbia buscou conformar os cuidados do filho e foi configurando sua própria maneira de exercer a maternidade. Porque ela diz que já sabia como cuidar de um bebê com carinho, mas que precisou de novos arranjos para cuidar do próprio filho, como citado anteriormente, ela “*não sabia o que que era ser mãe*”.

Como podemos observar na fala de Rúbia, um recurso ao qual ela recorre no sentido de ajudá-la a exercer os cuidados e operar com a maternagem é o da orientação profissional, porque as referências que ela já tinha de cuidado com o bebê não são suficientes para que ela dê conta de assumir sua função de mãe, uma vez que há um significante diferente, muito diferente: a prematuridade, por meio do qual surge um outro também muito importante: o refluxo.

Parece-nos que por isso as orientações médicas adquirem um caráter tão marcante para nortear Rúbia na experiência de cuidado e de vivência da maternidade, como aparece também no trecho seguinte:

*Ela me ensinou, a doutora: Rubia, quando ele tá manhoso porque, se você pegar no colo ele parar é porque ele só quer colo. Se você pega no colo ele continua chorando ou é fome, ele tá com vontade, ou ele fez um cocô, ele tá com dor de barriga, agora já passou a dor de barriga com 3 meses, né? É alguma coisa referente [...] cê tem que olhar. Eu sempre falo, sempre olho, ou olho na hora de mamar, olho a fralda, né? De manhã o banho, estas coisas da rotina, e a preocupação do refluxo de ficar em pé, às vezes eu sei que ele não arrotou, aí a falta de não arrotar incomoda, aí ele fica, aí volta um pouquinho de leite ele fica, arde, dói, ela já me falou: isso arde, isso dói, isso queima igual fogo. Então ele chora muito, eu sei que é do refluxo. Mas fora isso não tem nada de mais. Só isso mesmo.*

Se o seu bebê nasceu prematuro, precisa de cuidados especiais, tendo ficado internado por um período após seu nascimento, é preciso seguir as indicações dos especialistas para ser uma boa mãe. Assim, Rúbia esforça-se para seguir as recomendações profissionais:

*A minha preocupação toda é essa também, a gente tem acompanhado muito isso de pertinho, seguindo à risca a consulta, o horário, o dia, tudo certinho os remédios, justamente pra isso, né? Pra eu não me perder, pra eu entender de tudo e ele também, ele vem, ele sabe, ele acompanha.*

Entretanto, é interessante notar que, mesmo que Rúbia explicita esta tentativa de distinguir as diferenças do filho, o que implica em cuidados especiais e exige que ela siga muitas recomendações, ela acaba dizendo muito na entrevista de uma forma de cuidado que remete à experiência com seu bebê, não com a prematuridade ou com um bebê prematuro qualquer. Vejamos o que ela conta sobre sua rotina com o filho, expressando como sua vida mudou depois que assumiu os seus cuidados:

*Ah, mudou demais (a rotina), nossa, o discurso é sempre o mesmo né? Que a gente fala. Todas as mães falam isso: nossa, eu nunca mais dormi, de fato eu nunca mais dormi. Eu nunca mais é [...] eu penso assim: todo lugar que eu quero ir eu tenho que levar meu filho, não tem esse lugar mais que eu vou ah*

*não entra criança, cê não pode levar criança, então eu não vou. Se eu não levar meu filho eu não vou. Todos os lugares que eu vou eu levo ele. [...] Eu coloco ele no carrinho [...] todo mundo pega, todo mundo faz festa pra ele, num sou essa que é meu, ninguém [...] não tem isso não. Pelo contrário, eu descanso, todo mundo pega. Mas o dia a dia, a rotina do banho, da mamada, dar mamadeira, fazer as coisas é muito coisa assim. É outra coisa que é importante, cê precisa ter alguém, que seja marido, que seja namorado, ou uma babá, ou uma pessoa em casa pra ajudar, que cê sozinha cê enlouquece. A prioridade é ele sempre, às vezes é meio dia eu tô de camisola, às vezes meio dia eu não escovei o dente, às vezes meio dia eu mal tomei café, é assim. O trabalho da casa vem depois.*

Portanto, Rúbia retorna a uma identificação com a figura de mãe (e não mãe de um bebê prematuro), colocando-se neste lugar e enfocando o que se assemelha e se aproxima nas diversas experiências de maternidade (“o discurso é sempre o mesmo”), não só na situação de prematuridade. Assim, ela não deixa de recorrer às referências e às identificações que traz acerca do ser mãe, antes mesmo da prematuridade invadir sua vida. Fala da rotina de cuidado com o bebê e as dificuldades com os cuidados, não remetendo apenas aos cuidados especiais que precisa por ter nascido prematuro, como pode ser notado também na fala que se segue:

*Isso é o problema. Igual eu te falei, na minha casa não (o pai não ajuda com os cuidados). Ir lá e segurar pra eu fazer [...] antes até ele fazia isso mais, mas uma vez ou outra, muito pouco. Isso eu sinto falta, às vezes, como eu tô sozinha em casa, eu deixo tudo e fico com ele. Às vezes eu deixo ele no carrinho, aí eu nunca deixo ele no berço, no quarto e eu na cozinha longe não, que eu tenho medo, já aconteceu dele voltar o leite e é perigoso, não é bom. Aí que ele dorme, eu tomo um banho de porta aberta. (e ri) abro a porta, eu tomo banho rapidinho tô vendo ele ali no carrinho, do box eu consigo ver de lá, tomo rapidinho. Então assim, às vezes cê fica querendo a presença de alguém pra segurar pra você fazer uma mamadeira, pra você lavar uma mamadeira, pra você botar pra ferver, esterilizar, às vezes cê quer tomar um banho, cê quer fazer um xixi, sabe? Cê segura porque não, é assim, sabe? Eu sinto falta disso às vezes. Isso às vezes é necessário e é bom, ter alguém. Aí, às vezes chega a minha mãe, ou às vezes chega uma vizinha eu peço. Tento pendurar uma roupa no varal, que eu moro em apartamento, quero recolher uma roupa tem que pedir alguém pra segurar, sabe?*

É interessante notar como Rúbia adaptou sua vida com o nascimento do filho, mudando toda a sua rotina, e como assumir os cuidados com o bebê em casa após sua alta hospitalar foi importante para que ela assumisse e exercesse sua função de mãe. Notamos que as condições de saúde do bebê interferem no estabelecimento dessa rotina, mas ela enfatiza, ao descrever seu dia a dia, as dificuldades inerentes aos cuidados de um bebê, que podem surgir com qualquer um no exercício da maternagem, exigindo do cuidador fazer novos e renovados arranjos, a partir das respostas daquele bebê e dos referenciais do cuidador. É um arranjo necessário para qualquer cuidador, ainda que a forma como cada um se arranja seja muito particular.

Então, partindo de certas referências de maternagem, ela acaba falando de uma vivência muito própria. Afinal, ela pode ter ficado perdida em alguns momentos, mas tem conseguido se arranjar. Então, ela vive momentos de se perder, de encontrar referências, de se alienar, de se separar, de fazer novos arranjos. Interessante como Rúbia sabe o que fazer com o filho no que diz respeito ao refluxo, como ela conta, mesmo que este seja apontado como um grande

problema. É claro que o tratamento neonatal e as consequências da prematuridade marcam a história de Rúbia, mas, para além disso, ela pode viver outras coisas com o bebê. Pelo menos agora ela pode viver, esquecendo um pouco as dificuldades vividas nos primeiros dias com o filho, como ela pondera:

*Aí daqui passa tudo, cê nem vê mais. Acaba que cê vai esquecendo um pouco aquilo. É a rotina que cê vivenciou? É. Cê tem aquela história pra contar? Tem. Mas também não vai ficar com aquilo amargando a vida toda. Tem outras coisas que cê vai. O bebê vai crescendo, o bebê vai te dando respaldo, uma resposta, cê vai até esquecer [...] Vai crescendo e vai mostrando a forma dele, vai criando um contato também com a família, ele vai adaptando com o ambiente, com as pessoas, com as vozes, sabe? É tudo diferente.*

E o que se destaca em sua fala, ao longo de toda a entrevista, é justamente a questão da novidade. Citamos:

*Então assim, é uma experiência muito nova, tudo muito rápido, repentino, sabe? E acho que isso assustou muito a ele também, eu acho que, que a paternidade, e a maternidade pra mim, assim, foi uma transformação. Nossa, eu acordei, dormi de um jeito e acordei de outro. Muito diferente, um botãozinho que cê aperta. Eu acho que pra ele pesou o fato dele ser, a paternidade, que acho que nos ombros, pra ele acho que pesou um pouco, sabe? Acho que por isso que deu tudo isso assim. Esse desencontro, esse tanto de coisa [...] foi tudo muito de repente.*

Desta forma, é claro que a prematuridade e a hospitalização do filho ao nascer provoca muitos efeitos e interfere de forma significativa na maneira com a qual Rúbia exerce os cuidados ao bebê e constrói sua forma de ser mãe, como mostra muitas de suas falas. Mas tudo isso é perpassado pela novidade da situação e dos acontecimentos inesperados. E se do repentino surgem desencontros, interrupções, desarranjos, provoca também uma renovação em sua vida, como ela nomeia: “*uma transformação*”. Como uma grande novidade também ela descreve sua experiência própria com a gravidez:

*Tudo ao mesmo tempo. O fato da maternidade já ser uma coisa nova, cê tá esperando uma pessoa, cê engravidar, cê sentir aqueles hormônios diferentes, uma coisa que cê nunca vivenciou, cê nunca ficou grávida, cê não sabe que que é ser, ficar grávida, como é ficar grávida, cê tem que vivenciar pra saber. Você é uma coisa, eu sou eu, minha mãe há trinta anos atrás é outra coisa. Ninguém é igual a ninguém, ninguém tem as mesmas [...] os sintomas, não tem, o médico falava, isso é verdade. Então todo mundo fala: ah, como é que foi ficar grávida? Gente, cês tem [...] eu senti de uma maneira, fulana de outra. Não tem como, jeito de comparar. Mas só o fato de você falar: estou grávida, já mudou. Né? Muda sua cabeça, muda o corpo, muda os hormônios, aí vem os meses todos, acontece o que aconteceu, aí depois vem a informação de que vai chegar uma pessoa nova, sabe? É tudo muito novo, é tudo muito diferente. Por isso que eu fico falando que é transformador, e é mesmo. Mas é muito bom, aquela hora eu tinha falado. Vai te trazer muitas alegrias, e realmente traz.*

Então, a relação de Rúbia com o filho não é marcada somente pelas dificuldades vividas em seus primeiros dias e pelo peso do diagnóstico e dos sintomas que apresenta (prematuridade, refluxo, falta de expressão facial), mas pela novidade que o inesperado trouxe para ela com a

vivência da maternidade, o que exige dela, é claro, muitas elaborações, mas permite também que ela localize seu filho a partir da transformação que a coisa nova traz:

*Mas cê fica feliz demais pelo fato de ser uma coisa muito nova. Minha mãe fala chegou uma pessoa, um bebê. É um bebê, não anda, não fala, não come ainda. Mas na sua casa cê vai receber uma pessoa diferente que cê não conhece a carinha quando eu tava grávida. Vai entrar por aquela porta uma pessoa nova, que a gente não sabe quem é, e parte da gente, é seu filho, é meu neto, é parente de todo mundo, é um primo, é um tio, a gente não sabe quem é, é uma pessoa nova. Que daqui a pouco vai dar despesa, vai tomar um banho, vai comer, vai andar, vai chorar, vai fazer [...] Então assim é uma coisa muito transformadora, uma pessoa nova na vida, que cê vai aprender, vai chegar [...]*

Assim, Rúbia significa a experiência de ser mãe como algo transformador. E faltam palavras para ela expressar o sentimento pelo filho:

*É muito transformador, é bom demais. Apesar de tudo isso assim, a forma que aconteceu comigo, é minha, é experiência minha, não significa que é com todo mundo. Cada um tem uma experiência, cada um tem uma história pra contar. Mas falar que não é bom, que é um sentimento diferente, que é um amor imenso. Nossa, chega até doer. Tem hora que eu acordo de manhã assim que eu tô transbordando de tanto amor. [...] Ah, é muito diferente, é um sentimento muito novo, que cê nunca sentiu por ninguém, não vai sentir, nem namorado, marido, nada, nada, nada se compara. É muito diferente. Dói em você, cê olha pra ele, que é um bebezinho. Acho que também pelo fato de ser prematuro mais cuidado, fica mais comovida. Ah, é muito bom. É um amor imenso mesmo, cê não consegue [...] é ótimo.*

Podemos dizer, então, que os acontecimentos inesperados e o diferente não impediu que Rúbia fizesse amarrações e localizasse o lugar do filho em sua vida e em seu desejo. O lugar que Rúbia dá ao filho é perpassado pela prematuridade? Sim, ela fica até “*mais comovida*”, mas também “*envolvidíssima*”, não fixando o filhos nas dificuldades que ele apresenta. Sobre o lugar que dá ao filho, citamos também:

*Mas hoje também eu penso de outra forma: que eu nunca mais vou ser sozinha, eu sempre fui muito sozinha, assim, de companhia, vai ter uma pessoa pra eu cuidar e pra cuidar de mim assim, por mais namore, que cresça, mas é meu, é pedaço meu, vai embora né? Namora, namora, casa, mas eu vou ter sempre um filho, eu vou ter sempre uma pessoa, é diferente, é outra coisa. Aí hoje eu já fico olhando imaginando, nossa, um filho. Eu olho pra ele e falo saiu dentro de mim, eu: gente, depois de tantos anos, eu esperei um tempo pra ter um filho né? Assim, não é que eu esperei muito tempo, eu nunca programei: agora é hora de ter um filho, eu vou parar pra ter, não. Eu acho que se eu não tivesse agora, eu nunca ia ter, e eu acho que é por isso que Deus falou assim né: vou te dar um filho agora.*

Assim, a surpresa pode trazer alegria para Rúbia, que fica satisfeita com o fato do filho estar bem e perceber que seus cuidados fazem diferença na vida dele. E, assim, ela vai significando sua experiência com a maternidade. Além disso, ela pode projetar no filho suas expectativas:

*Que eu já tô louca pra chegar mês que vem e levar ele pra fono [...] não que eu quero [...] tudo no tempo dele, não que eu queira atropelar isso, sabe? Mas eu quero que ele tenha mais facilidade, né, a mímica facial, esta bilateral, esta ausência e esta paralisia, isso com a fono já ameniza, já melhora com o tempo, é o que eu mais quero, pra ele mamar 100%, porque ele tá, ele tem vomitado um pouco [...]. E também por causa da, pra abrir a boca um pouco mais. Até pra ele bocejar, ele não abre a boca tanto. Aqui ele tinha a fono, então eu acho que isso tá fazendo muita falta, eu acho que a minha*

*preocupação no momento é esta também. Ele vai comer papinha daqui a pouco, então, é isso que tá mais [...] Ele fica vermelho, ele chora, ele fica vermelho, que ele é muito branquinho igual eu. Chora e fica bem vermelhinho, eu quero ver isso nele, mas vai vir dele né? Junto com a fono, não tem como acelerar isso, eu não posso melhorar isso nele né? [...] Eu sinto falta disso porque eu quero que ele faça pra eu ver, é meu filho, é uma criança, né, normal. E eu quero que ele aprenda isso. Ele vai aprender isso lá com ela. Mas eu não tenho [...] eu quero que ele fala, eu quero que ele ande, eu quero que ele seja feliz, que ele esboce, mas no tempo dele, na maneira dele, quando ele quiser, nada forçado, mas eu quero que ele faça lá nas sessões.*

Como ela vai lidar depois com as respostas do bebê à este tratamento e à aposta dela, só o tempo dirá, ou melhor, só Rúbia responderá, com o passar do tempo, com a evolução do bebê, porque a história continua, é claro. Mas é importante que tenha uma aposta e um investimento dela, é preciso que ela tenha expectativas em relação ao filho, o que possibilita a antecipação do sujeito. Sobre sua história com o filho e o seu futuro com ele, Rúbia pontua, ao informar sobre o estado atual do filho:

*Ele ouve e presta atenção nas vozes, a médica tinha até falado isso. Mas ele tá bem bonzinho, assim, a postura, porque eles comparam ele a um bebê de 3 meses, eles comparam ele com um bebê de 1 mês, aliás, 1 mês a 2 assim<sup>48</sup>. Eu vou ter muita história pra contar, mas mais pra frente. Agora ainda tá muito recente, eu ainda tô acompanhando, tô aprendendo.*

É importante mencionar que uma estratégia que parece estar sendo válida para Rúbia para a vivência da situação é atinar para o fato de que o bebê vai crescer. Então, mesmo que ele seja sua prioridade no momento, ela entende que virão outros momentos nos quais o filho não será tão dependente dela, sendo importante que ela tenha outros interesses e projetos para a própria vida, que não apenas relacionados ao filho. Portanto, Rúbia parou de trabalhar para dedicar-se aos cuidados do filho, mesmo que o trabalho fosse algo muito importante em sua vida, mas projeta um retorno e a retomada de outros planos e interesses em momentos mais propensos para isso. Delimitar as necessidades do filho no momento propicia que ela tenha perspectivas para seu futuro que não somente envolva o filho, o que é muito importante, para que ela não fique fixada somente no filho ou em suas dificuldades, mas para que seu desejo possa circular. Ela expõe:

*No momento é o Matheus. É a prioridade mesmo né, e eu vou voltar a trabalhar, claro. O que tá me fazendo falta não é só o dinheiro [...] O que me faz falta de assimilar que é o tempo que vai me, me, me [...] acho que ajustando isso é a rotina que eu tinha de sempre trabalhar. Acordar e sempre ir trabalhar. E agora não é mais isso. Então isso. Muitos anos eu demorei, trabalhei fora a vida toda. Então isso agora até eu, a poeira baixar um pouco, que agora eu tenho que entender que eu tenho um filho prematuro que tem um refluxo, que precisa de um cuidado, pra depois eu retomar isso. Então agora, é porque eu sempre fiquei muito pilhada no trabalho, eu acho que o filho é outra coisa que veio pra me acalmar, pra me centrar, pra me falar: poxa, tem outras coisas, não é só isso não, vamo olhar em volta. Principalmente neste momento ele precisa de mim, eu vou criar e tudo, mas e eu, né? Então eu penso*

---

<sup>48</sup> O ato falho sugere que Rúbia considera seu bebê como tendo 3 meses mesmo, sua idade cronológica, e não corrigida, como considerada pelos médicos.

*nisso. Eu falo assim que o meu projeto de vida no momento é esse, mudou, é ele, mas eu quero retomar as minhas coisas e a minha vida, que é o trabalho e tudo, e tudo isso. Mas não dá assim agora. De, neste exato momento não dá pra ser. Não quero deixar isso não. Porque era uma coisa minha, e é uma identidade que eu sempre assumi, nossa, imagina eu fechar isso da minha vida, apagar isso da minha memória, da minha vida, nossa, eu não vou conseguir. Sempre tive o meu dinheiro e é bom né? E é tão bom pra gente a gente ter uma cabeça, nossa, aberta, ajuda né? E ele vai crescer, ele vai desenvolver, ele vai melhorar isso, ele não vai ficar bebê a vida toda. Eu vou poder me desvencilhar disso depois.*

Pensamos que o caso de Rúbia e Matheus traz luz para pensar em vários aspectos. Mas, destacamos, a partir do caso, como pode ser intensa a vivência da maternidade, porque traz à tona muitas referências que precisam ser ressignificadas, mobilizando no sujeito muitas novas amarrações significantes, que se relacionam ao seu próprio funcionamento, aos significantes de sua história e às funções que opera no campo social.

Até agora trouxemos três casos de internação do bebê ao nascer, a partir de entrevistas realizadas com as famílias. As situações de doença e de hospitalização são semelhantes, como podemos notar. Mas, o que fica claro, na discussão dos casos, é que as questões que surgem para cada um a partir da vivência é muito singular, porque depende de como o sujeito foi tomado por aquele acontecimento, que repercussões teve para ele aquele fato. Então, a resposta do sujeito não depende do fato em si, mas da forma singular com que responde a ele. Por isso, a atenção e a escuta clínica são tão importantes, inclusive e talvez especialmente em uma situação que potencialmente (e apenas potencialmente, é preciso deixar claro) pode produzir efeitos tão importantes na vida dos sujeitos envolvidos, como pode ser sustentado pela literatura. No entanto, se as intervenções são pensadas a partir destes efeitos potenciais que a literatura aponta, elas perdem seu sentido, porque perdem seu efeito de intervenção, já que não se dão a partir da questão de cada sujeito a quem elas são dirigidas. Os casos, a clínica, auxilia-nos, portanto, no direcionamento do trabalho a ser realizado, baseando a ética de nossas intervenções. Pensemos nos outros casos, a partir dos outros participantes das entrevistas, a fim de provocar e embasar a discussão sobre as intervenções possíveis e necessárias nos casos de doença e hospitalização do bebê, pensando em suas diretrizes.

#### **5. 4. Gabrielly: uma criança muito esperta**

*Você / É mais do que sei  
É mais que pensei / É mais que esperava, baby  
Você / É algo assim  
É tudo pra mim / É como eu sonhava, baby  
Sou feliz agora  
Não não vá embora não  
(Trecho da música “Você”, de Tim Maia)*

A próxima entrevista foi realizada com Edijane, mãe de Gabrielly Vitória, que estava com um ano e três meses na ocasião. No dia da entrevista, ela estava com a filha em uma consulta com a pediatra, sendo que seu filho de nove anos também as acompanhava. Ela entrou com Gabrielly para entrevista, deixando o filho na recepção do ambulatório, onde ele permaneceu a maior parte do tempo da conversa, entrando no final para ficar com a família.

Edijane tem 38 anos, fez o ensino fundamental e trabalha como empregada doméstica. Sobre seu trabalho como empregada doméstica, Edijane comenta: “*É por isso que eu falo que minha vida é muito corrida. Imagina cê cuidar de duas casas. Não é fácil não*”. Por sua vida ser muito corrida e difícil é que ela não planejava ter mais filhos quando engravidou de Gabrielly. Ela é sua segunda filha, sendo o primeiro o menino de nove anos. Edijane, então, mora com o filho e com Gabrielly, de um ano e três meses.

No seu nascimento, Gabrielly ficou 11 dias internada devido à prematuridade. Apesar do nascimento inesperado e antecipado, ela teve uma boa evolução e ficou internada somente nos primeiros dias de vida na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), sendo transferida, em seguida, para a Enfermaria Canguru, onde ficou com a mãe em período integral. Apesar da boa evolução da filha, Edjane considera que 11 dias de internação foram “*uma eternidade*”, ainda mais que ela teve que ficar internada antes do nascimento da filha, ainda grávida, por complicações da gravidez com conseqüente risco de parto prematuro. Ela conta da experiência vivida com o nascimento e a hospitalização de Gabrielly:

*Eu no trabalho, né, igual eu te contei na época, mas é tantas pessoas que cê conversa, não sei se vai lembrar da conversa. Igual na vez mesmo, eu no trabalho, minha bolsa rompeu, eu vim pro médico, a menina não nasce, eu fico internada esperando. Então assim, eu fiquei do dia X de março até o nascimento dela que foi dia X de abril. Então, imagina, cê ficar ali internada, esperando, aí começa a agonia as dores, cê com menino pequeno dentro de casa, mesmo que cê sabe que ele tá com família, mas ao mesmo tempo você fica preocupada.*

No período de internação de Gabrielly, Edjane foi acompanhada de forma sistemática pela psicologia, porque chorava o tempo todo, externalizando seu sofrimento pela gravidez não planejada, nascimento antecipado e preocupação com a filha, por quem, naquele momento, já depositava muitas expectativas. Além disso, ela enfocava sua preocupação com o filho, que não estava acostumado a ficar longe dela. Sobre seu desejo e a impossibilidade de estar próximo ao filho no período de hospitalização, ela comenta: “*Eu falo, que mãe é sistemática, briga, mas cê quer ficar perto, né?*”. Na entrevista, Edjane relembra o sofrimento vivido e a intensidade da experiência, comparando o nascimento de Gabrielly ao do primeiro filho:

*Foi, foi, porque igual mesmo, o caso dele, quando ele nasceu, eu fiquei acho que uns três dias a mais no hospital, porque ele deu suspeita de toxoplasmose. Aí chegou a dar febre então não poderia dar*

*alta. Aí vem ela, aí eu chego aqui, né, achando que era tudo rápido, minha bolsa estourou, então beleza, é só chegar lá e deixar ela sair, e tô indo embora. Aí assim, aí não foi a mesma coisa. Aí ficava aqui, aí tava assim, nó, eu só assim, passei a ser mais, ter mais tranquilidade, quando eu fui ouvindo o caso de outras mães. Aí que eu fui olhando assim, a minha, nossa, o meu problema, não chegava a nem um por cento do que elas estavam passando. Então assim, minha filha, graças a Deus, minha filha é sadia [...]*

Portanto, Edjane fala das estratégias que encontrou para lidar com a situação vivida, comparando a condição de saúde da filha a de outros bebês mais graves, por exemplo. Ela conta da prematuridade e da hospitalização como experiências marcantes em sua vida, pela interrupção de sua rotina e a preocupação com o filho que ficara em casa. Mas, Edjane enfatiza, principalmente, a gravidez não planejada e a chegada inesperada de mais um filho em sua vida. Ela conta do impacto sofrido na época:

*Eu não planejei minha gravidez, ela nasceu assim, ela veio sem, sem eu [...] eu acho assim, por mais que, filho a gente tem que planejar, e hoje em dia então mais ainda. Hoje em dia tá mais difícil, igual eu falo, eu acho que o máximo que a pessoa tem que ter é um filho. (e ri muito). Eu acho (e ri). Eu não tinha planos mais de ter filho não, então assim, quando, quando ela veio pra mim foi um susto. Eu demorei a aceitar a gravidez dela, eu passei assim, eu, porque foi como se fosse assim uma turbulência muito grande. Pra eu aceitar demorou muito. Então assim, eu não acreditava que eu estava grávida. Então quando ela, eu não, pra entrar na minha cabeça. Igual quando eu fiz o exame eu até achei que eu tava era com [...] como que fala? É [...] quando a mulher tá entrando na menopausa, eu achei que eu tava [...] antes da menopausa vem [...] porque antes passa por uma fase da menopausa, né? Antes de você entrar mesmo, aí eu achei que eu poderia estar com isso. Aí eu coloquei isso na cabeça (e ri). Aí a minha ginecologista na época [...]), ela foi e me pediu o exame do, da beta né<sup>49</sup>? Eu fiz da beta já veio assim, já era tanta certeza a gravidez, que minha, na época eles falaram assim que eu tava, eles tiveram que repetir lá no laboratório mesmo o meu exame. [...] é porque tinha dado uma alteração muito grande de hormônio. [...] Aí eu falei assim: mas alteração de que? De hormônio, então vai ser repetido. Aí, foi quando eu levei pra Dra. Lorena, ela falou: ú [...] eu falei: não, eu não tô grávida não, o exame meu, ele falou, vai ter que repetir, tá ficando doida! Então assim, ela falou: cê vai fazer o seguinte, você vai fazer é, você vai fazer o do, o ultrassom endovaginal, aí a gente vai ver então. Aí foi aí que eu fui fazer. Aí eu cheguei lá, o médico, aí ele foi e falou que, aí ele foi virou pra mim e falou assim: aqui, cê tá de tantas semanas. Aí eu falei assim: como é que é doutor? Por favor, eu sou meia analfabeta neste ponto, traduza pra mim, em meses? Ele falou assim: você já tá com quatro meses indo pra quatro, quatro meses e meio. Eu falei: não, é mentira. Aí ele falou assim, porque desde o telefone quando eu marquei a ultrasson, eu falei com a moça que eu não tava, que eu tava indo fazer só pra tirar a cisma da médica, só pra tirar a cisma da médica. Aí ela foi e, ele foi e virou pra mim e falou assim: você não quer saber a semana, (corrige) você quer saber o sexo? Aí eu (faz expressão de assustada, depois de sem graça): é, se eu já tô aqui, né? Ai ele falou: é uma menina (e fica em silêncio).*

Quando indagada se ela teria gostado da notícia, já que já tinha um menino, ela responde:

*Na hora eu não gostei de nada, ô Liliane, porque pra mim, pra mim tudo era novo. Era como se eu estivesse surtando (e ri). Aí eu saí de lá assim, nossa, parecia que eu não tinha mundo, meu mundo tinha acabado. Aí foi aí, eu liguei pro pai dela e briguei, e xinguei ele, falei que ele era culpado, que ele era o errado, enfim [...]*

<sup>49</sup> Edjane refere-se ao exame Beta HCG, que é feito pela coleta do sangue e detecta se a mulher está grávida.

Ela se preocupou muito com o fato de ter mais um filho por causa das dificuldades que já enfrentava com um, porque sempre teve que trabalhar muito para sustentá-lo e, para isso, precisava também providenciar como seria os cuidados dele nos momentos em que estava fora de casa trabalhando. E ela assumiu os cuidados do filho sozinha, como expõe: “*Por minha conta, era só nós dois*”. Edjane informa que se separou do pai do primeiro filho seis meses depois que ele nasceu e que, desde então, ele não dá nenhum apoio:

*Ô Liliane, vou ser sincera com você. Eu acho que isso tudo não é fácil igual no caso, por exemplo, eu sou mãe solteira, com duas crianças, um com 9, que ele vai fazer 9 este mês, e uma de 1 ano e 3 meses. Então assim igual, o pai dela me ajuda, né? Todo mês ele manda ali o dinheiro da pensão né? Mas assim, o pai dele ali já não me ajuda. Não me ajuda em nada. Ele mora perto da minha casa, o bairro nosso são bairros vizinhos. Ele não procura o meu filho, a última vez [...] eu: ah, melhor deixar pra lá. Porque ele tem problema com alcoolismo, com o álcool, e não assume o alcoolismo, ele fala que não, não, não. Então a minha separação com o pai dele foi questão à isso, com o, em questão ao álcool. Porque ele não tava mais tendo controle com o álcool dele. Então quando eu separei do pai dele ele tava com, ele ia fazer 7 meses. Então assim, como eu já sabia da minha dificuldade pra poder criá-lo, eu acho que assim, uma mulher de sã consciência, não pensa em engravidar nunca mais (e ri). Então assim, eu acho assim, porque o que você faz com um você não consegue fazer com dois.*

Edjane relata sobre o imprevisto da gravidez como consequência da falta de prevenção do casal:

*Tivemos sim (relacionamento), mas o que que acontece, nós fizemos o uso do preservativo. Mas, igual eu falei, hoje em dia que eu falo: toda mulher que não quer engravidar, correr o risco, ou até mesmo de uma doença, começou, como diz uma amiga minha, começou namorar, pelo amor de Deus, põe logo o preservativo. Porque esse negócio, ah, cê começou, começa aquela coisa de o homem começar penetrando ali, aí pra depois, aí vem, epa, perai deixa eu por, aí vem e por, é onde que a mulher [...]*

Ela relata, então, sobre o seu relacionamento com o pai de Gabrielly, que durou apenas até a gravidez:

*É, a gente namorava, namorava (e ri). [...] Ah, hoje em dia tô meio assim, aí depois do nascimento dela eu acho que eu tenho assim esse mal comigo: depois que meu filho nasce eu mando o homem embora (e ri). [...] Foi assim com meu menino. Depois que ele nasceu eu separei do pai dele. Mas o pai dele, eu cheguei a morar com ele. Com o pai dela não, com o pai dela eu nunca quis morar, que aliás, nem com ele nem com ninguém. Mas aí, então assim, aí depois eu acabei né aceitando a gravidez. Hoje em dia assim, nossa!*

Então, Edjane expressa sobre o que Gabrielly representa para sua vida hoje, reforçando a diferença entre seus sentimentos de hoje e de quando descobriu a gravidez:

*Ah, hoje em dia, eu acho que depois, mesmo assim, antes dela, quando eu ainda estava grávida dela, eu já, quando chegou certo tempo eu já aceitava a gravidez. Aí já, aquela coisa toda, hoje em dia ela é o, nó, ela é, assim, muito especial na minha vida. Então é, eu falo que os dois são meu dois tesouros,*

*né? São o meu orgulho são eles. Então, eu vivo pros meus filhos, eu trabalho, corro e tudo, tudo é pra eles mesmo.*

Ela conta que trabalha muito porque ela é quem cuida dos filhos e provê o sustento da família, tendo ajuda apenas do pai de Gabrielly, como citado anteriormente e também nesta fala: *“Então assim, o bom assim, igual o caso dela aqui, o pai dela ajuda, graças a Deus, assim, em questão à isso, aí vem a minha família, sempre me ajuda, me dá uma força dali [...]”*. Edjane relata, ainda, que, além da pensão e do apoio do pai da bebê, que sempre encontra com a filha, os irmãos ajudam quando ela precisa e podem. Mas, como ela aponta, Edjane é quem assume os cuidados dos filhos e as responsabilidades da casa, já que seus irmãos já têm as preocupações próprias deles.

No que concerne a este apoio dos familiares, ela lembra que, durante a internação neonatal, Gabrielly recebia visitas de seu pai, da avó paterna, e dos tios maternos: *“Veio, minha família tava sempre aqui. Minha família, a avó dela. A minha família, igual minhas irmãs, uns irmãos meus, o pai dela veio também. [...] Veio minhas irmãs todas, na época que eu tava aqui, minhas 4 irmãs”*.

Edjane não é natural de Belo Horizonte, mas já mora na cidade há alguns anos. Sobre sua origem e de sua família, ela conta: *“Aí o pessoal da minha família, da minha família, o pessoal todo, a avó dela, né, porque ela só tem avó do lado paterno, do meu lado ela tem bisa [...] Nós não somos naturais, naturalizados não, mas a minha família, irmãos, todos tão aqui”*.

A respeito das necessidades de sua família e das adaptações que teve que fazer como nascimento da filha, Edjane afirma que agora tudo está mais ajustado, com algumas coisas ainda se acertando: *“Igual assim, nós tamos na espera do apartamento. Onde que eu moro, lá é alugado, a prefeitura que paga, mas assim, tirando disso, graças a Deus, hoje em dia nós tamos tranquilos”*.

Edjane relata que Gabrielly fica na escola o dia todo, na UMEI, Unidade Municipal de Educação Infantil. Assim, ela consegue ir trabalhar. O filho também fica na escola o dia todo, mas em escola particular. Edjane menciona: *“Quando eu voltei pro trabalho ela ficava na escolinha, a mesmo escola dele. Inclusive semana que vem ela vai pra lá. Porque eles entram de férias, de recesso né?”*, referindo-se a UMEI, onde a filha estuda atualmente.

Nas falas de Edjane, é possível notar que Gabrielly já tem um espaço bem estabelecido na família. A mãe conta que ela e o irmão se dão muito bem, salientando que a bebê gosta muito dele: *“Gosta, i, ele faz ela dormir à noite”*. Edjane vive, então, em função de seus filhos, como afirma, sendo que suas buscas, seus projetos e seus desejos referem-se à criação deles, não tendo nem espaço para outro homem, como vimos. E ela demonstra já conhecer o jeito de cada um

dos filhos e suas dificuldades, tecendo um discurso sobre eles, sobre as diferenças entre eles e as suas experiências com cada um deles:

*Tem hora que, por exemplo assim, ela tem mais facilidade de amadurecer do que ele. Eu num, nunca tive assim problema com ele igual eu já tenho com ela. [...] Quando eu penso que não ela tá com febre. [...] Levo ela no Centro de Saúde, ou aqui. Igual assim, aqui no Odilon acho que eu já vim com ela umas duas vezes. Já chegou a ficar internada aqui. Eu fiquei com ela assim, a última vez que eu tive com ela aqui, logo após a consulta com a pediatra, ela já estava dando febre. Aí, só que no dia, ela tava, aí fui passei pra doutora, que ela tava dando febre aquela coisa toda, aí ela foi e falou: você leva pra emergência. Aí eu fui, só que aí, só que a médica residente que tava com ela no dia, só que ela falou assim: que ela não estava chiando. Só que ela já estava chiando. Depois eu tive que voltar com ela pro médico. Voltou, fez exame. Voltou, Aí a febre não tava cedendo. A febre dela não tava cedendo, aí foi aí que eu peguei e vim com ela aqui pro Odilon. Aí quando eu cheguei aqui, a febre dela já estava com 39. Aí ela ficou internada 5 dias aqui. Aí depois disso vira e mexe ela vem.*

A mãe informa que Gabrielly, além do acompanhamento com pediatra, é acompanhada pela neurologista, e aguarda consulta com nefrologista. Ela relata:

*Minha filha é sadia, igual a doutora Carolina (neurologista) por exemplo [...] Quando ela nasceu, quando ela tava no Neo, então tem vários médicos que passa lá e a gente mesmo que é mão a gente não sabe né? (e ri) Engraçado. Aí, quando a gente, quando a criança recebe alta, eles vão e colocam pra você ter um retorno com a neuro. Aí eu tô assim: retorno com a neuro? Aí quando eu cheguei aqui, pro retorno dela, pra consulta dela com a neuro, aí que ela tava me falando, aí ela foi me explicar o motivo, o porque ela precisava dessa consulta com ela. Aí ela falou comigo: ô Edijane, eu não sei se você sabe, quando, ela falou assim, eu estive no neo, né, e fiz um exame na sua neném, e quando ela tem uma falhinha beeeemm pequenininha no cérebro, por isso que ela vai ter um acompanhamento pelo neurologista. Aí eu: pequenininha? Falhinha? Como assim? Aí foi aí que ela me explicou, ela falou assim: ó, em 100% dos nascimentos dos bebês, na faixa etária não sei se é 70 ou 80 nascem crianças com esta pequena falha no cérebro. Porque o que que acontece? Até o terceiro mês o cérebro do bebê tem que fechar completamente. Se ele não fechar completamente, é onde fica esta mínima falha, de milímetro né? (A bebê fica chamando a atenção da mãe. Ela diz: oi amor; ela mostra a mesa. A mãe: é). É onde nasce a criança com problema de down, com estes tipos de deficiência entendeu? Então assim foi quando ela examinou a Gabi, ela falou assim: olha, pelo que eu tô vendo, o rosto da sua bebê é um rosto normal, ele não é um rostinho achatado, deve ser quando a criança é especial ela já tem aquele rostinho achatadinho. Não tem, ela falou, seu bebê não tem, e ela, pelo que eu tô vendo aqui, ela é muito esperta. Ela era bebezinha ainda.*

Interessante notar como Gabrielly, apesar de ter uma saúde mais frágil e precisar de acompanhamento, não fica fixada para a mãe no lugar de doente ou de quem precisa de uma atenção especial por seu nascimento prematuro ou condições de saúde. Edjane conta que precisa ficar brava com a filha muitas vezes: “*Tem, de vez em quando tem porque ela [...] (e ri)*”. Além disso, ela relata que não segue todas as recomendações dos especialistas, “*porque se a gente escutar tudo que médico fala, a gente fica doida*”, como ela afirma. Assim, a mãe mostra que não dá tanta importância para as referências da medicina. Mesmo que siga com os tratamentos necessários à filha, as dificuldades dela e os apontamentos dos especialistas não têm um impacto tão significativo nos cuidados que a mãe exerce.

Para a mãe, como ela enfatiza em sua fala, a “*falhinha*” no cérebro de Gabrielly é “*beeemm pequenininha*”, o que quer dizer que não é algo com o qual Edjane deva se preocupar. Afinal, a criança é considerada muito esperta, tanto pela mãe quando pelos profissionais de saúde e de educação (da escola que ela frequenta). Assim, Edjane já tem um modo próprio de cuidar e criar os filhos, que têm a marca do seu desejo e dedicação, além de suas próprias referências. Ao que nos parece, as marcas que a prematuridade e a hospitalização de Gabrielly são bem menos significativas para sua mãe do que a sua chegada inesperada, o que não impediu Edjane de incluí-la na vida da família.

Durante a entrevista, Gabrielly interagiu o tempo todo com a mãe e a pesquisadora. Com um ano e três meses, um ano e um mês de idade corrigida (pelo nascimento prematuro), ela já anda e já se comunica, mostrando o que quer e falando muitas palavras. A mãe entende o que ela quer e respondeu a maior parte de suas solicitações. As falas de Edjane, durante a entrevista, foi interrompida algumas vezes pelas solicitações de Gabrielly, que buscava chamar a atenção da entrevistadora e, principalmente, da mãe. “*Ela conversa com todo mundo*”, afirma a mãe. Sobre o desenvolvimento da filha, Edjane pontua: “*Tá bem, graças a Deus [...]. Ela tá com 1 e 3 meses. Como diz a médica, na idade corrigida com 1 e 1 mês. Nossa, ela já tá, ela tá esperta pra caramba. Ela é bem esperta, o pessoal tá falando, na UMEI [...]*”.

De fato, o olhar vivo e atento de Gabrielly, bem como sua habilidade para comunicar-se e explorar o ambiente chamam a atenção de quem tem contato com ela. Ela é uma criança encantadora, que, apesar de não ter sido planejada, e de ter passado por complicações em seu nascimento, teve um lugar no desejo de sua mãe e de sua família. A sua chegada inesperada não nos parece ter determinado de modo algum uma dificuldade de estabelecimento do laço afetivo ou sinais de risco em sua subjetivação, pelo que demonstra e pelas palavras e atos da mãe a ela relacionados. Edjane fez seus arranjos e encontrou saídas de modo a oferecer à filha não só condições materiais – acerca do que ela tanto se preocupa – mas também condições de possibilidades para sua estruturação psíquica, o que reforça nossa ideia de que cada sujeito responde de forma única ao que lhe acontece. Passemos agora para a discussão do último caso.

### **5. 5. Júlia: do desespero à tranquilidade**

*“Mas foi bem desesperador assim. Se eu tivesse que definir em uma palavra seria desesperador.”*

A quinta e última entrevista integrante de nossa pesquisa de campo foi realizada com Laura, mãe de Júlia, que estava no dia com dois meses e cinco dias. A mãe estava com a bebê

aguardando consulta com pediatra, acompanhamento que faz por ter nascido prematura com 32 semanas. Júlia mora com a mãe, avó materna e um tio materno em Belo Horizonte e, além da pediatra, ela é acompanhada por outros profissionais, como informa a mãe:

*Pediatria, neurologia, vai começar com fisioterapia. Ela ia começar, mas aí, pela idade dela, a gente veio aqui em junho também. Tinha um mês e pouquinho. Eu não sei nem se ela tinha um mês na verdade, quando a gente veio. Aí a médica falou assim que como ela não teria que ter nascido ainda, ela só poderia fazer o processo todo em agosto. Que daria o tempo certo, que ela poderia fazer os exames certinhos com ela, né?*

Laura é solteira, tem 23 anos, estava cursando graduação em Biologia, mas no momento está com a faculdade trancada por causa do nascimento da filha. Júlia é sua primeira filha e ficara internada por três semanas no hospital por causa do parto prematuro:

*Ela ficou internada foi menos de um mês, quase um mês. [...] Pareceu que foi mais, eu também tenho essa impressão. Eu senti que eu fiquei aqui tanto tempo, muito mais de um mês. [...] Eu achava que eu já tava morando aqui no hospital. Porque eu já conhecia o porteiro, eu já conhecia todo mundo. Eu tive a impressão que era mais mesmo.*

Júlia tivera uma boa evolução, embora Laura não tenha feito pré-natal por desconhecimento da gravidez, como ela lembra na entrevista: “Ela tá bem, o problema foi eu mesmo. Foi o susto. Ela evoluiu bem, até em casa assim, nem parece que tem neném, só na hora que tá com fome mesmo”. Laura não planejou a gravidez e só ficou sabendo que estava grávida no dia anterior ao nascimento de Júlia, como narra:

*Porque eu cheguei aqui no dia 11, no dia 11 de manhã, é [...]. não, foi no dia 11 à tarde que eu soube (da gravidez), e no dia 12 ela nasceu. Mas eu já tava passando mal assim, há bastante tempo. Eu tava com cólica, mas eu acho que pelas dores, imaginando que fosse já as contrações, eu já tava desde o sábado [...]*

*Porque na verdade quando eu cheguei aqui eu já tinha ido no posto, e do posto eu tinha ido pro, pra UPA<sup>50</sup>. Aí da UPA me mandaram pra cá. Mas nem no posto nem na UPA desconfiaram. Porque eu não tinha barriga e não tinha nenhum sintoma, né? E eu não desconfiava, eu tava menstruando normal, eu não tinha barriga, eu não tinha nada que, que justificasse, né? Então só aqui que foi descobrir mesmo. Porque até na UPA a suspeita era de outra coisa, era de endometriose, de qualquer outra coisa, menos isso. Porque o meu fluxo menstrual também tava normal. E, única diferença que deu no exame de sangue, que o médico falou que eu tava anêmica, foi porque ele deu algumas, alguns valores ficaram abaixo da referência, né? E aí eu tava anêmica, mas também não tinha desconfiança não. Ninguém desconfiou, foi só aqui mesmo [...]*

*Então é uma coisa que também eu não ia desconfiar nunca né? E a barriga mesmo, quando é gravidez né? Que eu não tinha. Então, não mudei roupa nenhuma, não mudei nada assim. Hábitos eram os mesmos, ia pra faculdade, ficava lá o dia inteiro, então nenhum momento passou pela minha cabeça. Só fui descobrir quando ela tava querendo sair já né?*

---

<sup>50</sup> UPA: Unidade de Pronto Atendimento. Trata-se do serviço de saúde de urgência da rede SUS. O Posto referido por Laura é o Centro de Saúde, Unidade Básica de Saúde da rede SUS.

Sobre o episódio vivido quando passou mal e precisou buscar assistência à saúde, Laura salienta ainda:

*Quando eu fui pra UPA, pro posto na verdade, que do posto me mandariam pra UPA, eu liguei pra uma amiga minha, porque eu achei que era uma cólica, que eu ia tomar um buscopam e ia embora pra casa né? Aí eu liguei pra uma amiga minha, só que, só que ela não atendeu, eu mandei umas mensagens pra ela, pra ela encontrar comigo, pra não preocupar a minha mãe, porque minha mãe trabalha longe. Aí depois que ela me ligou, que eu falei com ela, que ela foi encontrar comigo, mas até então ela tava tranquila e eu também né? Foi aí que a dor foi piorando, e a gente começou a pensar em tudo assim.*

Laura conta que foi no hospital que descobriram a gravidez. Ela descreve como foi pra ela a notícia da gravidez de forma tão repentina e em seguida já vivenciar o parto, ressaltando a sensação de desespero pelo susto e pelas preocupações pelo fato da notícia da gravidez e parto terem sido daquela maneira tão urgente e emergente:

*Assim, na hora, quando eu descobri eu fiquei bem desesperada assim, porque não era uma coisa que eu tava planejada, não era uma coisa que eu queria, e dá aquele desespero assim. [...] Mas na hora assim não é uma coisa que foi legal não, eu não tenho uma boa lembrança de quando eu cheguei aqui sabe? Pelo tanto que eu sofri assim, eu achava que eu ia morrer de dor, de tudo assim foi um desespero total mesmo. [...] O parto não (foi difícil). Mas até chegar o parto foi bem difícil né? Porque quando eu cheguei aqui eles fizeram ultrassom ela já tava encaixada. Aí tentaram segurar, o mais, o máximo que podia, né? E eu já tava com uma dor insuportável assim. Mas assim o que me deu mais desespero foi, além de não tá preparada pra aquilo, eu não tinha feito nada, então eu não sabia se ia nascer uma criança normal, eu não sabia como que ela ia ser, ela não né? O neném, porque não deu pra ver, só na hora que ela nasceu mesmo. Porque ela já tava virada, já tava assim no ponto de partida já, quando fez o ultrassom, então não deu pra ver o sexo. Então eu só fui ver na hora mesmo. Mas assim, eu acho que eu só fui acreditar mesmo na hora que minha bolsa estourou, porque antes disso, mesmo com todas as evidências, eu ainda tava duvidando mesmo.*

Portanto, Laura conta sobre o parto, afirmando que o evento em si não foi complicado, mas sim tudo que ela vivenciou antes dele. No que se refere ao momento do parto, ela relata:

*Na hora do parto eu fiquei muito desesperada. Eu falei: não, agora vai sair um neném de dentro da minha barriga. Aí, eu, o que mais me preocupou na hora do parto, que eu falei muito com a minha cunhada que, como eu tava com muita dor e minha pressão tava muito baixa eu tava quase desmaiando, é, foi que eu não ia conseguir recuperar depois fisicamente sabe? Pra cuidar dela. Mas assim, eu falava com ela: essa dor não vai passar, eu não ou melhorar, eu não vou ter condição de cuidar da minha filha. Porque eu não vou dar conta de andar depois disso. E ela falava: calma, isso é porque o neném tá, depois que o neném sair acaba. Aí uma das doulas foi lá falar comigo<sup>51</sup>. Falou comigo: Laura, não adianta cê ficar gritando, não adianta e tal, e pensa que depois que o neném sair vai acabar a dor. E eu ficava desesperada, eu achava que eu ia morrer assim. A única certeza que eu tinha era que eu ia morrer, eu falei com a minha mãe várias vezes assim, que era pra ela ligar pra todos os parentes, que eu ia morrer, que eu não tinha condição de fazer mais força do que eu tava fazendo. Porque aquilo ali, eu cheguei no meu limite assim.*

---

<sup>51</sup> Doulas são mulheres voluntárias que acompanham o parto, com o intuito de dar apoio às mães em neste momento. Ter doulas como acompanhantes é uma medida de humanização do parto.

Laura esclarece que a cunhada, namorada do irmão que mora com ela, foi quem acompanhou o parto, porque a mãe havia saído para buscar algumas coisas em casa, já que havia ficado com ela desde que chegou ao hospital. Sobre a importância do acompanhamento da cunhada, que é uma pessoa com quem Laura tem muita afinidade, ela conta:

*Que ficou me apoiando assim. E ela, que é que pensa muito parecido comigo, ela falava que, que eu ia conseguir, que eu tava indo bem, mas que depois né, ela falou comigo: eu fiquei muito emocionada, porque na sala de pré parto nasceu um neném lá, não deu tempo de correr com a moça, né? E ela tinha deixado o telefone dela na, no leito dessa menina. Ela teve que pegar o telefone, então ela viu a mãe com o bebezinho no colo na hora que ele tinha acabado de nascer. Ela voltou. Ela falou comigo que ela ficou muito impressionada, que ela não pensou que ela fosse emocionar com isso, porque é uma coisa [...] a maternidade é uma coisa bonita? É, mas aquilo tudo ali não é legal, cê vê a pessoa sentindo dor, depois que o bebê nasce cê vê aquele tanto de sangue, aquilo tudo ali, não é uma coisa que é legal, igual todo mundo conta que é lindo e tal. Que a pessoa tá ali sofrendo, então. É bacana depois que o neném nasce, enquanto a pessoa tá sofrendo, ela não consegue achar aquilo mágico igual todo mundo fala. E eu também não consigo achar, porque eu vi que tava todo mundo sofrendo mesmo. E ela falou que emocionou muito. Mas que em momento nenhum ela, ela podia passar isso pra mim, porque ela não sabia qual que seria minha decisão.*

Laura, portanto, evidencia como um parto pode ter um efeito de pavor, algo próximo a um encontro com o real, difícil de ser representado. Coloca como fazer uma construção imaginária sobre o parto, considerando-o lindo ou mágico, como ela cita, pode ser um recurso para lidar com o possível horror do sangue, do corpo real, do inesperado inerente a um nascimento. Neste sentido, ela expõe o lado complicado e difícil da situação, em contrapartida ao imaginário social da maternidade, o que surge também neste trecho da entrevista:

*Porque foi muito desesperador pra mim. Ela (cunhada) não ficou preocupada em ficar achando tudo lindo e tal, ela tava mais preocupada comigo mesmo. Porque depois, todo mundo que chega na sua casa, só vê a parte boa né, assim. A parte ruim ninguém vê, então, é bem complicado assim. Foi ela e minha prima que me ajudaram bastante, e uma tia minha.*

Na fala de Laura, como vimos, surge a questão de sua decisão em relação à filha, porque, no momento do parto, ela não havia pensado ainda em como assumiria os cuidados do bebê, nem sequer se assumiria, como ela pondera: “É, em relação a Júlia assim, em relação a tudo que tava passando na minha cabeça, sabe?[...] Então, ela (a cunhada) segurou a onda assim, pra ela não chorar, pra ela não demonstrar nada, pra ela ser forte, pra eu ficar tranquila ali, pro que eu decidisse”. Ela explica, então, que não saberia como assumir o bebê, chegando a pensar, naquele momento, em não ficar com ele, o que mudou depois que ela teve contato com Júlia na UTI:

*É, porque eu não trabalho né? Aí eu falei: e agora assim? Mas aí depois eu vi que, com a convivência aqui, que várias pessoas tava em condição muito mais complicadas do que a minha. Aí eu falei: não faz sentido assim. Mas não precisou nem deu ter essa convivência assim. Depois, no outro dia, quando*

*eu vi ela na UTI assim eu falei: ai, meu Deus, sabe? Na hora que nasceu assim, que eu vi, que acabou a dor, que eu já era uma pessoa normal, que eu ia dar conta de sobreviver, aí eu já mudei assim [...]*

Laura enfatiza o desespero vivido até o nascimento da filha: “*Mas foi bem desesperador assim. Se eu tivesse que definir em uma palavra seria desesperador. Da hora que eu cheguei até a hora que ela nasceu foi bem, foi bem desesperador assim. Bem preocupante assim*”. No entanto, ela fala da mudança significativa de sensação depois que foi tendo momentos com Júlia: “*Mas aí depois assim, até na hora do parto, até depois que ela saiu assim de dentro de mim, aí depois eu já fiquei mais tranquila*”. Citamos também:

*Só que aí depois, o tempo que eu fiquei aqui, que eu fui convivendo com muitas outras mães, eu fiquei mais tranquila, porque eu vi que não foi só eu que fiquei desesperada assim. A minha prima que, que também tá grávida né? Ela também falou que fica, que ficou desesperada, que achava que não ia dar conta e tal. Mas assim, depois que a gente foi pra casa eu, mudou assim, completamente. Já senti muita diferença, já fiquei achando que tava tudo lindo assim.*

Laura conta, então, do momento em que Júlia ficou na Unidade de Tratamento Neonatal, começando pelo tratamento intensivo, relatando a sua preocupação na circunstância:

*Fiquei super preocupada porque ela foi pra UTI, eu não sabia como que ela tava. [...] Eu fiquei bem preocupada, mas assim, preocupada porque eu não me cuidei com o pré natal, com nada, né? Porque eu também sou prematura, de 6 meses na verdade, isso é o que minha mãe descobriu com 4, mas aí ela, ela ainda se cuidou um pouco nesses dois meses né? Com vacina, com tudo. E eu não tinha feito nada, então eu tinha muito medo dela ter é, é, algum problema por causa disso. Aí depois que ela saiu, ela ficou dois, é, poucos dias na UTI, só no primeiro dia que ela teve o respiratório pra ajudar, no segundo dia ela já tava sem ele. E assim, e ela perfeita, ela reagindo bem, aí eu fui ficando super tranquila.*

Interessante como a situação de prematuridade da filha vem ao encontro da história do próprio nascimento de Laura, o que talvez tenha favorecido certa identificação e aproximação entre elas, por conseguinte. Ela conta como foi a experiência de acompanhar a filha internada, desde os cuidados intermediários, quando ela passou da fase crítica de mais risco, até a internação na Enfermaria Canguru:

*Aos poucos, num fiquei, ao contrário de todas as outras mães, eu não tive pressa também pra ir embora daqui do hospital. Eu fiquei aqui até, não ficava perguntando sobre alta nem nada. Ela foi pra UCINCO<sup>52</sup> né? Ficou lá, deu super certo lá. Aí o que começou a me preocupar foi que ela não tava aceitando a dieta e eu não conseguia tirar o leite suficiente pra ela. Porque eu nem tinha leite ainda né. Mas aí eu fiquei tentando de tudo né? Comia canjica, fazia tudo, que eu nem sei funciona, mas eu fui fazendo de tudo, apelei pra todos os santos, porque eu queria amamentar. Não queria Nam<sup>53</sup>, não queria nada. Aí lá ela já começou a amamentar no berçário, na UCINCO, né? Depois, quando a gente foi pro canguru, eu já tava bem mais tranquila. Mas a minha ficha só foi cair mesmo, eu fui me sentir mãe mesmo no canguru. Antes disso eu não tava[...] porque eu chegava aqui, ela tava de banho tomado, ela tava limpinha. A dieta passava pela sonda. Ela mamava uma, duas vezes em mim, só. Aí depois eu gripei, fiquei em casa, tive febre e tudo. Fiquei mal assim até. Aí a minha ficha só foi cair no*

<sup>52</sup> Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional

<sup>53</sup> Marca de leite artificial, fórmula para bebês.

*canguru assim. Aí no canguru eu já fui me sentindo mãe mesmo, porque eu dava banho e tudo. Aí ela já me conhecia também. Aí depois no canguru eu já fui ficando mais tranquila em relação a tudo assim. Em casa assim, aí eu já fui ficando mais tranquila, porque eu que faço tudo, querendo ou não né? Minha mãe deu uns três banhos assim até hoje. Muito tranquilo.*

Assim, Laura mostra como cuidar da filha e amamentá-la foi o que permitiu a ela assimilar a maternidade naquele momento de sua vida, apesar de ter sido tudo tão repentino. E ela assume, deste modo, sua função de mãe. Laura ressalta como ficou tomada pela maternidade e bastante investida na filha, depois de passado o susto e momento de desespero. Então ela conta como assumiu os cuidados em casa e adaptou sua rotina com a chegada da filha: *“Minha mãe chega em casa por volta de sete, sete e meia assim, meu irmão também. Aí durante o dia fica só eu e ela”*. Ela conta sobre a rotina de cuidados em casa: *“Quando ela acorda ela chora. Quando ela tá mais suja, porque ela ficou uns dias com muitos gazes, ela não tava querendo fazer cocô, aí quando ela fez, fez muito cocô, aí ela chorou né, muito. Mas só, e quando ela tá com dor por causa da cólica, mas fora isso”*.

Laura aponta que Júlia mama somente no peito, não precisando de complemento de leite de fórmula, o que, como já citado, é um quesito importante para ela no que se refere ao exercício da função materna. Parece-nos que ela quer que seus cuidados sejam suficientes para a filha, a fim de não precisar de mais ninguém além dela mesma, como aparece também em sua fala que remete ao ciúme que sente quando a filha fica muito em outros colos que não o seu. Tudo isso evidencia como Laura está investida e envolvida com a maternidade, com seu bebê, e como ela tomou a filha como sua, assumindo, assim, a função materna, a sua maneira. Neste sentido, destacamos:

*Só o peito. Eu não tive coragem de comprar o complemento não, sabe? Eu tenho muito leite, aí eu fico com dó assim. Vou ficar dando complemento sendo que eu tenho muito leite? Então [...] Minha mãe queria muito (que ela desse complemento), acho que até hoje ela quer assim, acho que ela fica com medo de eu não dormir direito à noite, porque ela acorda à noite pra mamar. Mas eu já tô acostumada, então eu num, eu acordo sozinha mesmo assim. Às vezes eu nem durmo, eu fico esperando ela mamar pra dormir depois. Mas eu não preocupo muito não, porque eu tenho muito leite mesmo. Então não precisa de complemento. Eu acho que ela fica preocupada de não dormir né? Mas assim, eu compenso durante o dia. Ela dorme, eu durmo também. Fim de semana eu fico assim, ai, sábado e domingo, porque sempre vai ter alguém. Quando tem uma tia ou outra tá bom, mas quando vai aquela turma, eu fico cansada. E o povo fica, pega ela daqui, pega ela de lá, eu fico com ciúme, eu não gosto. Eu falo: chega, tá na minha vez de pegar. Aí eles falam: não, mas você fica com ela o dia inteiro, mas por isso mesmo, eu fico mal acostumada. Mas ela é muito boazinha, ela vai no colo de todo mundo. Não estranha, até então né?*

Laura demonstra já ter uma maneira própria de cuidar da filha e conta como Júlia já reconhece as pessoas próximas, mesmo que não estranhe as desconhecidas:

*Eu e minha mãe assim, na hora que minha mãe chega ela já fica olhando, fixa o olhar na minha mãe assim. Meu pai também, ela fica apaixonada com meu pai, toda criança gosta muito do meu pai, todo neném, toda criança gosta muito dele assim, ele não faz nada de especial, de diferente, e toda criança gosta muito dele. Aí ele chega, ela fica toda feliz no colo dele também.*

Laura afirma que se surpreendeu, visto que não pensava que seria tão habilidosa para o cuidado, mesmo que já gostasse de bebê:

*É uma coisa muito boa assim, eu acho muito bom, eu não imaginava. Eu não imaginava que eu teria jeito assim pra coisa. É, eu fico assim, gente eu faço tudo tão direitinho, eu fico espantada assim. E essa minha prima que tá grávida, ela tá grávida do segundo né? Ela fica me perguntando as coisas, eu fico achando o máximo, eu falo: oh, já era pra ela saber, não era pra ela me perguntar assim. Pergunta de cólica, pergunta como é que eu faço com alguma coisa com neném. E pra mim é tranquilo assim: ah, o choro tal é disso, o choro tal é daquilo, eu já sei de que choro que é o que, que ela tá querendo. Eu acho que eu tô indo bem assim, que eu tô me saindo bem. [...] Agora eu tô com dó dela crescer, eu não queria que ela crescesse rápido não. Eu gosto de neném.*

Nesta perspectiva, ela mostra também disponibilidade para continuar surpreendendo-se com as experiências com a filha, que trouxe para sua vida tantas novidades, exigindo tantos ajustes e arranjos:

*Eu não gosto de criança. Eu não gosto de criança dentro de uma faixa etária né? Neném até 3 anos, até os 5 anos eu acho o máximo. Aí de 6 até 13 eu não gosto. Aí depois eu volto a gostar. Que aí depois já cresceu também. Aquela fase de primeira, segunda série, eu não gosto não. Eu não tenho paciência não. Mas assim [...] Julia vai chegar lá, aí eu vou ter que ter paciência. Mas com ela eu vou ter.*

Sobre a forma como Laura assumiu a maternidade e, portanto, os cuidados da filha a ponto de provocar seu espanto, ela comenta ainda:

*Eu num, eu não acredito nestas coisas de instinto também. Ah, instinto materno, porque eu vejo várias mães que tem outros filhos que não é tão responsável. Então eu não acho que é instinto, eu acho que é, cê assume mesmo uma responsabilidade, sabe? Eu acho que meus amigos foram muito legais comigo assim, porque eu custei pra falar com todo mundo. E todo mundo entendeu o porquê que eu custei, porque todo mundo que convivia comigo falava: não tinha como, sabe? Cê imaginar mesmo. E aí todo mundo foi muito legal comigo, aí eu acho que foi, foi mais fácil pra mim. Porque eu esperei o pior mesmo, do meu pai, de todo mundo assim. Da família toda né? Mas foi ao contrário assim. Eu acho que por mais que eles quisessem, aí todo mundo olhava pra ela, achava ela tão bonitinha que não dava conta, sabe? De me julgar por nada assim. Aí foi bem tranquilo.*

Em muitas falas de Laura, surge a importância do apoio da família e dos amigos com a vivência da situação, como aparece também na seguinte fala:

*É, assim, minha mãe, cresceu com uma tia minha, que na verdade não é tia assim mesmo, mas ela cresceu com esta minha tia né? Então minha tia vai lá direto, aí vai ela, filha, namorado, a turma toda. [...] Assim, ajuda bastante, porque a minha prima foi no susto também que ela engravidou, aí, todo mundo sempre vai lá é mais pra ajudar, sabe? Eu fico bem feliz assim, aí chega com coisa pra ela. Meu irmão também, ele tem muito esse, porque ele é pai de menina também, ele tem muito disso, conversa com ela, põe ela no colo. Ele que corta as unhas dela, porque a gente não tem coragem, nem eu nem minha mãe. Aí eu falo com ele pra cortar, aí ele fica com ela no colo, ele carrega ela com cólica. Ele conversa bastante com ela também.*

Laura tem mais dois irmãos além do que mora com ela, mas ambos são casados e têm casa e a própria família. O irmão que mora com ela, que participa de sua vida e dos cuidados da filha, como citado, é o mais próximo dela em afinidade, como ela conta:

*Porque quando eu soube da gravidez, a única pessoa que soube dos meus irmãos todos, o que ficou sabendo primeiro foi esse que mora comigo, e ela (a namorada do irmão, sua cunhada). E aí eles vieram ficar comigo aqui. Mas os outros só foram saber depois né? [...] E é meu irmão mais novo né? Dos três. Dos meus três irmãos, ele é o mais novo.*

Esse irmão tem uma filha de cinco anos, que é “apaixonada” com o pai, segundo Laura: “porque ela é muito apaixonada com meu irmão”, ela afirma. Essa sobrinha mora com a mãe fora do Brasil, mas passa longas temporadas com a família de Laura, conforme ela informa. A namorada atual desse irmão é a cunhada que acompanhou todo processo de parto de Laura e deu um apoio muito importante para ela, como já citado e surge também no trecho: “Que a gente pensa muito assim igual, as ideias bem parecidas. Que ela conseguia me entender melhor, sabe? Assim, que eu tava passando, foi bem desesperador. Então foi uma pessoa que me ajudou bastante assim”. Ela pontua ainda: “Eu dei muita sorte assim com ela. De ser ela que tava aqui comigo. Porque eu não sei se fosse outra pessoa, se me ajudaria tanto, né?”

Com relação ao seu pai, Laura conta que, embora eles não morem juntos, ele sempre participa de sua vida e dá muito apoio, o que tem ocorrido também na situação atual que ela está vivendo: “Meu pai mora em outro bairro, mas ele vai todo dia na minha casa, na parte da tarde assim”. O pai acompanhou Laura e a neta e esteve presente de forma frequente durante sua hospitalização. Ela enfoca que o pai “é maravilhoso”. Mas, apesar da boa referência que tem com o próprio pai, Laura decidiu registrar Júlia sozinha, porque o pai de Júlia não procurou por elas e não demonstrou interesse em assumir a filha, o que confirmou o que Laura esperava mesmo dele, como pode ser notado em sua fala:

*Não, ele viajou, não voltou mais. Aí eu deixei pra lá também. Na verdade ele nem conhece assim pessoalmente, só por foto. Mas aí eu não preoquei também não, deixei o assunto como se tivesse resolvido, eu também não procurei não. É, eu procurei assim, pra ela não falar, que se ele quisesse vim aqui, eu procurei, antes de internar com ela aliás, que eu tava vindo só tirar o leite. Aí ele não falou nada, depois eu procurei mais umas duas vezes, aí ele continuou sem falar nada, eu falei: ah, não vou procurar mais, porque eu tenho consciência que eu já procurei, então. Aí depois ele viajou à trabalho, não procurou mais, aí eu deixei pra lá. [...] Não tenho intenção de ficar procurando mais também não, se ele procurar, o que eu acho difícil, aí tudo bem, a gente pode sentar, conversar, mas se não eu, eu não quero ir atrás também não. [...] Porque, eu tava até conversando com uns amigos meus, eu tenho um amigo meu, meu vizinho, que ele é pai também, ele é pai, o filho dele tem 2 anos, e um outro amigo meu de infância assim, aí ele falou que, que, a gente tava conversando ele falou: também aquela coisa, vai ter um nome ali só pra ter um nome? Sendo que não vai ajudar em nada, não vai ser pai em nada, em nenhum outro quesito, então [...] talvez não valha a pena mesmo. Mas eu tô tranquila quando a isso assim. Eu acho que se fosse eu, eu ia aceitar também, eu ia entender. Porque né? É o jeito. Pra mim já*

*tá resolvido. Já tava desde, desde o início assim. Quanto a ele eu acho que não vai fazer diferença mesmo então eu não vou ficar procurando mais não.*

No que se refere às possíveis repercussões do fato de Júlia não ter o nome do pai no registro, Laura ressalva:

*Mas eu também não tô preocupando não, acho que pra ela também vai ser tranquilo assim daqui uns anos. Eu vou sentar e vou conversar com ela, acho que vai ser tranquilo. Porque eu pensei que se fosse comigo também eu acho que eu ia entender. Meu pai é maravilhoso, mas eu acho que eu entenderia sim. A gente mostrou ela pra minha sobrinha né, meu irmão e a mãe da menina são separados, e ela é muito apaixonada com meu irmão, aí ela perguntou, a gente mostrou o neném, ela tá lá na Noruega, aí ela falou: quem é a mamãe do bebê? Aí me filmou né? Aí perguntou pro meu irmão: e papai, quem é o pai do bebê? Aí ele falou: ah, o papai do bebê viajou, não tá aqui não, a Maria não vai conhecer ele, não tá aqui não. Tá, pra ela morreu o assunto. Mas assim, como né? Meu pai é tão, ela pensando, eu acredito, eu tenho um papai tão legal e a bebê Júlia não tem um papai tão legal igual o meu, sabe? Porque foi essa sensação que eu acho que ela teve assim, porque ela é muito apaixonada com meu irmão né? Mas eu fiquei pensando assim, mas eu já tenho assim na minha cabeça que eu acho que ela vai entender bem assim. Aí eu tô tranquila quando a isso. Quando ela chegar eu imagino que ela vai perguntar assim sempre. Com as pessoas, pessoas próximas sabe que eu deixei pra lá, agora com outras pessoas eu tento não falar, falo: ah, não, ele não [...] mas sabe? Pra não ficar rendendo muito o assunto, sabe? Porque é um assunto meio delicado, meio chato, né? Que cê ter que ficar falando. Aí eu deixo como se tivesse resolvido mesmo, pra não ter que ficar entrando nesse assunto com todo mundo. Aí só quem é bem próximo mesmo é que sabe assim, meus pais, meu pai não sabia até pouco tempo, ele só soube porque ele foi olhar alguma coisa de plano de saúde pra gente.*

O avô materno de Júlia, pai de Laura, queria que a neta fosse registrada também com o nome do pai, o que expressou inclusive durante a internação dela e Laura comentou na entrevista: “É, ele queria. Aí minha mãe falou com ele, porque a gente tava resolvendo sobre plano de saúde, aí não teve jeito, minha mãe acabou falando com ele”. No entanto, ela não queria a participação do pai da bebê desde o início e só procurou por ele por insistência da mãe, como ela relata:

*Mas pra mim já tava bem resolvido assim, mesmo antes dela nascer assim. Não era uma coisa que me interessava não sabe? Mas assim, eu só procurei porque a minha mãe insistiu muito. Todo mundo falou muito que eu tinha que procurar, que era um direito dele, mas desde o início eu sabia [...] Dos dois na verdade, dele como pai e dela. Tá, mas era uma coisa que eu já tava resolvida que eu não queria falar nada. Aí procurei, minha mãe falou muita coisa, pressionou né, e tal. Mas já era uma coisa que eu já imaginava a reação, então assim, eu num, não reação assim, porque todo mundo assustou né? Todo mundo, até eu. Mas assim, quanto a ele, é uma coisa que eu nem tava preocupada não. Desde o início já tava bem certo quanto a isso. Eu acho que mesmo se eu tivesse descoberto no início. Era uma coisa que eu não ia querer que ele participasse muito não, sabe? Porque é uma pessoa muito inconstante com tudo, então é uma pessoa que eu acho que eu não posso contar mesmo. Então eu acho que num, não vou ter problema pra falar sobre isso com ela não. Assim, hoje em dia eu vejo que ele que tá perdendo muito sabe? Porque ela é muito boazinha, assim, ela é uma gracinha. Pra mim foi muito bom.*

Inconstante é a forma como Laura também descreve o relacionamento que teve com o pai de Júlia:

*Ah, um tempo (de relacionamento). Eu não sei te falar quanto tempo certinho, era bem complicado também, porque a gente ficava indo e voltando, indo e voltando assim. A gente ficou junto um tempo, mas a gente nunca tava sempre bem não. Sempre tava indo e voltando assim. Não era uma coisa*

*constante não. A gente nem falava de nada assim. Não tava nada planejado na verdade. Ele não é daqui não, a família dele não é daqui não. Ele tava aqui, agora eu não sei. Mas ele tinha viajado a trabalho também, e depois a gente perdeu o contato.*

Sobre os planos de ser mãe, antes da chegada de Júlia em sua vida, Laura elucida:

*Não, assim, eu já pensei, há muitos anos atrás. Eu pensava em ser mãe, porque a minha casa sempre foi muito cheia, eu tenho três irmãos, cada um tinha uma renca de amigos, então sempre tinha muita gente na minha casa. Eu sempre gostei de casa cheia. Aí eu falava: ah, eu vou ter 4 filhos. Aí o tempo ia passando, eu falava assim: gente, que loucura! Como que alguém tem 4 filhos? Aí eu ia diminuindo, aí eu falei: não, 3, mas também não pode ser número ímpar. Aí depois eu falava: um casal. Aí eu não, eu quero ser mãe só de menina. Aí depois eu falei: não, eu quero ter só uma filha. [...] Aí passou um tempo, eu falei assim: não, eu acho que eu não tenho a menor estrutura pra ser mãe. e meu irmão começou a namorar com uma menina que ela também, a gente pensa muito igual, que é a Jordana, aí ela [...] aí a gente pensa muito igual, sabe? Aí ela falava: nossa, eu não posso ser mãe nunca. Eu não sei cuidar nem de mim e tal. E eu falava a mesma coisa.*

Mas depois que Júlia nasceu, os projetos de vida de Laura mudaram. E ela retomou então o seu desejo de ser mãe de uma menina, como ela menciona: “*Fiquei bem feliz assim. Eu falei que eu não tinha muito jeito pra ser mãe, se fosse pra eu ser mãe, que fosse de uma menina, que era o que eu queria, né?*”. E, atualmente, Júlia já está bem incluída nos planos de Laura, como aparece no trecho:

*Mas hoje em dia eu já tô, eu já tô melhor assim. Já penso em muita coisa, quando a Júlia maior, em creche, em tudo. Pra ela ficar, pra eu poder trabalhar. Mas assim, quanto a isso eu tô tranquila. Eu já olhei creche, eu já olhei um milhão de coisas. Assim, quando ela tiver um pouco maior também. Porque eu sei que tem desde agora assim. Tem lugares que é desde recém-nascido mesmo, desde bem pequenininho. Mas assim, eu não quero, eu quero quando ela tiver maior, um ano mais ou menos. Mas aí eu vou retomando a minha vida aos poucos. Da faculdade eu realmente eu não tava muito afim de voltar agora já. Eu tava querendo voltar só o ano que vem, no primeiro semestre mesmo, mas só no ano que vem. E amamentar normal, enquanto ela pedir assim, enquanto ela tiver amamentando só, eu manter isso. E aí depois é creche, escolinha e tudo, eu pensei. Mas assim, no trabalho, eu não vou, eu não vou conseguir trabalhar em alguma coisa na minha área agora né? Que eu não formei, então não tem como. Mas aí eu pensei em olhar qualquer outra coisa mesmo, pra poder, pra poder já ir criando mesmo minha independência assim. Que eu já tava pensando nisso bem antes. Aí com ela, eu já tô assim bem desesperada a ponto de começar logo. Aí tô pensando em várias coisas. [...] Tô olhando, tô indo aos poucos por causa dela tá bem novinha. Então, assim, eu quero que ela amamenta o máximo que ela puder assim. Só no peito pra não ficar dando outras coisas. E tô bem tranquila em relação a ela, ao desenvolvimento dela assim. Mas até que tá todo mundo me ajudando bastante, mais do que eu imaginava.*

No que diz respeito à faculdade, Laura explica que estava trabalhando antes de começar a estudar, mas teve que deixar o trabalho porque as aulas aconteciam durante muitas horas da tarde e ocupava todo seu dia, não permitindo que ela tivesse outras atividades. Quando Júlia nasceu, Laura estava no meio do curso e não estava trabalhando, portanto. Ela afirma que tem intenção de retomar os estudos, mas não é sua prioridade agora, salientando:

*Aí eu vou voltar, eu vou formar, mas assim, não tô com pressa pra formar não. Tô querendo ir aos poucos pra poder num ficar muito, com muita coisa pra fazer e ficar pouco tempo com ela assim.*

*Porque como a faculdade é no período da tarde, toma bastante tempo. Mas aí eu vou voltar, quero formar mesmo, mas não tô com pressa não. Não tô muito desesperada não. Tô desesperada pra trabalhar, mas não tô desesperada pra poder [...] Pensei na creche pra poder trabalhar. Escolinha e tudo mais. Já até olhei algumas, mais em conta. Mas eu não tenho coragem assim, enquanto é nenemzinho assim, eu não tenho coragem. Só quando tiver maior um pouquinho. [...] Eu tava pensando alguma coisa no bairro mesmo. Pra evitar o trânsito, porque o trânsito [...] eu pensei em telemarketing, porque é menos tempo né? Aí eu ficaria mais tempo em casa. Aí depois eu pensei em alguma coisa no bairro, pra eu não pegar trânsito, pra eu não perder tanto tempo no trânsito. Porque eu também não quero deixar ela com ninguém não. Minha mãe vai trabalhar só no turno da manhã a partir do ano que vem, então aí ela pode ficar né? Porque eu também não quero deixar com ninguém assim.*

Neste sentido, Laura, já tem muitos planos e muitas expectativas com relação à filha, como mostra também:

*Eu já fico imaginando assim o Natal, sabe? Porque ela já vai tá maiorzinha, mas por outro lado eu não quero que ela cresça rápido não. Eu quero que vai passando bem devagar assim. A única coisa que eu penso dela crescer rápido é que eu já me vejo independente assim, daqui a uns 5 anos por exemplo. Já me vejo com minha casa e com meu carro assim, eu e ela. Mesmo que não for a minha casa assim, mesmo que eu continue na casa da minha mãe, mas assim, que eu já seja mais independente. Então é uma coisa que eu penso, que aí eu falo: nossa, daqui um tempo eu já vou tá mais independente, ela já vai tá maiorzinha. É só isso que eu penso dela maior, mas fora isso, ela neném assim eu gosto bastante.*

É possível perceber que, mesmo que o nascimento de Júlia tenha sido tão inesperado na vida de Laura e tenha exigido dela tantas mudanças de rotina e de planos para sua vida, Laura está, no momento, vivenciando a maternidade de forma intensa e a filha tomou um espaço muito importante em sua vida e em seu desejo, como pode ser evidenciado em muitas de suas falas, incluindo a que se segue:

*Nossa! E ficou assim, minhas amigas tão sabendo agora, elas tavam fazendo intercâmbio fora. Aí minha amiga foi na minha casa anteontem, aí ela falou assim: gente, seu quarto aqui perfeito, parece que sempre foi assim, que sempre teve lugar do berço, que sempre teve a porta do guarda-roupa das coisinhas dela. Aí assim, eu fico boba, que eu não imaginava que fosse me fazer tão bem assim, depois que a ficha caísse sabe? Porque dá um desespero, lógico. Mas depois, eu tive uma amiga, eu tenho uma amiga que teve filho assim também, ela descobriu no início né, mas que foi assim surpresa assim também, sem planejar, ela tava arrumando pra casar, ela tava noiva na verdade. Mas aí a filha dela tá com 6 meses agora, aí ela fica me falando as coisas, eu falo: gente, como é que pode? Até outro dia a gente tava estudando juntas!*

Sobre a experiência que viveu e tem vivido com o nascimento da filha, Laura expressa:

*A ficha já caiu agora. Vai caindo aos poucos assim, acho que vai custar pra cair mesmo. Ah, mas eu acho que já caiu sim. Tá legal, tá tudo melhor do que eu imaginava. Eu achava que eu não ia acordar, sabe? Quando ela chorasse, porque eu tenho o sono muito pesado, sempre tive o sono muito pesado. Meu amigo brinca comigo: como é que é quando ela acorda, quando ela chora? Aí eu: não, eu também acordo. Na mesma hora assim? Eu falei: na mesma hora. Aí ele: nossa, se sua mãe soubesse disso ela tinha gravado um bebê chorando pra você acordar, porque ela sempre teve muita dificuldade de te acordar. Eu sempre tinha, ficava mal humorada sabe? E ele é meu amigo da infância mesmo. Ele é meu amigo de muito tempo. A mãe dele cuidou de mim. Então a gente se conhece bem, assim, bastante. E a gente viajava pra acampamento junto, eu ficava sempre mal humorada porque tinha que acordar cedo, aí ele brincou, ele falou: nossa, tô impressionado assim. A gente muda bastante, nó.*

É possível observar que Júlia já tem um lugar na vida da família, especialmente de Laura, que teve que fazer muitas adaptações e elaborações com tantos acontecimentos repentinos, mas localizou o lugar da filha em seu desejo.

Júlia tem se desenvolvido bem, como diz Laura:

*Eu acho ela bem esperta assim, pra idade dela. Eu coloco ela muito pra dormir de bruços, porque aí pra forçar o pescocinho dela a ficar durinho, né? Aí eu coloco ela de um jeito, aí quando eu olho ela já tá de outro jeito, ela já virou. Aí eu falo: nossa, antes cê tinha o maior cuidado pra pegar né os nenéns porque eles eram muito molinhos, eu já sinto que ela é bem durinha, bem esperta. Mas eu conversei muito com ela assim. Eu acho assim, eu fico achando que ela vai entender, me responder. Mas como a gente fica o dia inteiro sozinha, aí eu conversei com ela, coloco música.*

Laura mostra que interpreta as manifestações da filha, responde a elas, antecipando um sujeito. Durante a entrevista, Julia ficou dormindo o tempo todo no colo da mãe, que por vezes falava com ela, como, por exemplo, no final da conversa, que ela diz para a bebê: “*a moça vai ver a gente, vai ficar muito feliz que cê tá gordinha*”. Neste momento, ela comenta que a filha está dormindo, mas diz “*na hora que eu for comer, ela vai acordar. Ela quer comer sempre junto comigo. Eu pego o prato ela chora, bem na hora*”. Laura já conhece o jeito e as respostas da filha, pela convivência e pela interação que se dá por meio de seus cuidados, e interpreta e responde a suas solicitações. E é notável como ela vivencia tais cuidados com tranquilidade e como sente-se bem com a inclusão de Júlia em sua vida, demonstrando estar segura em relação a sua decisão por ela.

É válido citar, sobre a escolha do nome da filha, o que Laura comenta: “*Júlia foi o que deu mais certo. Hoje eu já acho que ela tem cara de Júlia*”, referindo que pensou em muitos outros nomes além e antes de Júlia. Parece-nos que a escolha do nome reflete o que ela vive com a filha, porque Laura tinha pensado em alguns outros nomes, mas acabou escolhendo um diferente das suas primeiras opções. Assim, também, Laura tinha outros planos para sua vida no momento, mas a chegada de Júlia foi o que ela escolheu que acabou dando mais certo neste período de sua vida, se assim podemos dizer. Deu mais certo porque foi o que ela escolheu. Afinal, maternidade para ela não é um “*instinto*”, mas um posicionamento assumido, ou melhor, uma “*responsabilidade*” que se assume, como ela diz. De fato, trata-se de uma atitude de assumir uma função que implica no endereçamento do desejo. No caso de Laura, assim como ela elegeu um nome para a filha, ela escolheu assumir a Júlia, e veio à tona seus desejos e suas referências da maternidade e dos cuidados de bebê, de criança, as referências familiares e dos vínculos que ela estabeleceu. Acabou que a filha ficou “*com cara de Júlia*”, assim como sua vida, seus projetos, seus desejos.

Mesmo que ela não soubesse, ao menos conscientemente, já havia um espaço para Júlia em sua vida, e não é sem razão que o espaço para Júlia em seu quarto tenha ficado “*perfeito*”. Laura não sabia porque este espaço simbólico refere-se a mecanismos inconscientes e que surgem posteriormente, após o seu encontro com a filha, como uma “anterioridade anteriormente inexistente”, tal como considerado por Elia (2010), passando a “a existir como anterioridade” no momento do encontro (p. 44). Trata-se do desejo que Laura tinha de ser mãe de quatro filhos, depois de três, depois de um casal, depois de uma filha, que indica seu desejo de ser mãe, mesmo com atravessamentos. E isso traz as referências da história de sua família, marcada por uma “*casa cheia*”, na qual os vínculos são tão importantes.

Outro aspecto do caso que chama nossa atenção é a clareza e a tranquilidade com que Laura se expressa e narra sua história com Júlia, mesmo com tantos acontecimentos difíceis de serem assimilados, por sua intensidade e surpresa. Assim, parece-nos que sua forma de lidar com o que lhe ocorreu tem relação com sua subjetividade, o que a ajudou, de certa forma, a enfrentar a situação, haja vista os vínculos familiares e sociais terem sido tão importantes para ela nesta vivência. Pois, acreditamos que tais vínculos são frutos do estilo de Laura e da sua forma de se relacionar, e o fato deles terem adquirido tanta importância tem a ver com esta forma de funcionamento dela. É claro que ela teve que fazer muitos arranjos e muitas elaborações e ainda está e continuará fazendo, tendo em vista, a propósito, que ela demandou a continuidade do acompanhamento psicológico iniciado durante a hospitalização. Mas ela tem conseguido fazer seus arranjos, incluindo Júlia em sua história de forma marcante, isto é, de forma a produzir marcas em sua história e em Júlia. E sabemos que estas marcas, no caso de Júlia, por ser ainda bebê, são necessárias para que ela tenha sua própria história.

## **5.6. Breve discussão sobre os casos apresentados**

Podemos observar algumas semelhanças entre os casos apresentados. Um aspecto comum entre alguns casos, por exemplo, são as dificuldades decorrentes da necessidade de assimilar acontecimentos tão inesperados: a irrupção do real na vida das famílias pela gravidez inesperada em alguns casos, pelo parto prematuro em outros. É válido citar que, para Ansermet (2003), há sempre um hiato entre o nascimento de uma criança e a emergência do sujeito que implica um encontro fundamentalmente traumático com o real. No entanto, em contrapartida ao fato desse encontro nem sempre ter uma manifestação clínica, ocorre que o nascimento prematuro acentua essa primeira hiância de forma dramática, mostrando o que está em questão, segundo o autor. De acordo com ele, na clínica neonatal, há uma evidência da criança como

objeto *a*, sendo, ao mesmo tempo, objeto causa de desejo e “dejeito, resto inevitável de toda e qualquer simbolização” (Ansermet, 2003, p. 48). Como vimos nos casos, é comum por parte de quem vivencia a prematuridade a busca de uma simbolização para o acontecimento, para o nascimento inesperado, antecipado, mesmo que cada um responda de uma maneira própria a essa problemática e mobilize recursos e defesas particulares.

Ansermet (2003) considera que o recém-nascido carrega certa “impossibilidade de se inscrever no que a precede, daí o mal-entendido que gira em torno dela (da criança), mas também o espaço em que surge o ato de sua assunção subjetiva” (p. 48). Neste sentido, surge o sujeito no deslizamento dos significantes, no que fica em aberto, como já discutimos anteriormente. O autor afirma que a presença da criança ultrapassa o desejo de gravidez, bem como o desejo de ter um filho, sendo “compreensível que todas essas dimensões entrem em crise quando nascimento é prematuro, interrompendo bruscamente a gravidez” (Ansermet, 2003, p. 48).

Entretanto, como vimos nos casos, não é sempre que a prematuridade é que provoca esta crise, em alguns casos a chegada do bebê já acende uma ruptura, com efeito traumático, exigindo amarrações. A criança já evidencia o intervalo entre seu nascimento e sua ascensão subjetiva. E é interessante notar ainda, a partir dos casos, como a prematuridade, ao invés de ser um empecilho para a antecipação do sujeito nos pais, com impactos em sua subjetivação, pode favorecer a vinculação, provocando uma identificação com a fragilidade do filho, ou uma comoção que possibilite que a criança seja objeto de desejo e de proteção. Assim, o lugar que a criança é localizada pela família passa pela prematuridade, em alguns casos parte da prematuridade. Mas o importante é que não fique fixado neste significante. Este seria o risco do problema orgânico para a estruturação psíquica da criança, como apontado por Vorcaro (1998) e Lima (2003), como vimos. Mas será que podemos pensar que a prematuridade, nos casos apresentados, não perturba a condição de possibilidade de sujeito, mas, ao contrário, em alguns casos, permite tal condição? Ou seja, embora a literatura aponte os riscos da situação de doença e de internação do recém-nascido para a constituição subjetiva da criança, não pode ocorrer, como sugere alguns casos, da circunstância servir para que o bebê seja incluído na linhagem familiar?

Segundo Ansermet (2003) “a prática do psicanalista em reanimação neonatal obriga um retorno à questão do traumatismo” (p. 49). Ele afirma que a neonatologia faz parte da “clínica do real” e explica que se trata de “uma clínica do pavor, mais do que uma clínica da angústia”, porque acentua o fator surpresa, diferente da angústia que “designa o estado caracterizado pela espera do perigo e pela preparação para ele, mesmo que desconhecido” (Ansermet, 2003, p,

49). Na situação da reanimação neonatal, conforme Ansermet (2003), há um efeito de sideração, sendo o “traumatismo absoluto” (p. 49). O autor salienta que “o traumatismo conduz a uma abolição simbólica”, na medida em que “implica um atentado à simbolização que forma um branco, um furo” (p. 50). Outro ponto que consideramos importante mencionar que é comum em alguns casos é a importância atribuída à convivência com outras mães que vivem a mesma situação e ao acolhimento da equipe de saúde. Será que a busca por uma identificação ou por referências não decorre desse encontro com o real, nesta clínica em que o pavor está acentuado?

Nesta perspectiva, a intervenção do analista seria no sentido de buscar uma possibilidade de o sujeito reencontrar uma liberdade significativa. Ansermet (2003) questiona-se: “a sideração e o pavor poderão ser ultrapassados para que reencontremos o equívoco, o desejo além da sideração?” (p. 51). Parece-nos que sim, que é possível esse reencontro. Pensamos que o pavor comparece nos casos trazidos, mas as simbolizações que são feitas, as saídas construídas por cada um é muito particular, até mesmo as questões suscitadas pelo pavor dos acontecimentos são diferentes e únicos. Se Hortência busca o conhecimento técnico para alienar-se em uma imagem de mãe totalmente tomada pelos cuidados de um filho que exige muita atenção e intervenção constante de tratamento, Cristiane e Marcius buscam não apegar-se a um saber já constituído, preferindo sustentar uma criação que respeite as escolhas do filho, ao passo que Rúbia, mesmo que busque seguir as recomendações dos especialistas, não o faz sem atribuir ao cuidado do filho uma significação muito própria, que remete à sua forma de funcionar com eficiência, mas também articula seu estilo à transformação que a maternidade lhe provocou. Edjane, por sua vez, vive pelos filhos e o lugar que localiza a filha não fica de modo algum fixado na prematuridade, diferente de Laura, que, apesar de não fixar seu bebê como prematura, a prematuridade a aproxima da filha que chegou em sua vida de forma tão inesperada e, a princípio, tão desesperadora.

Ansermet (2003) indica que “somente em um segundo momento que se pode esperar reatar o fio da meada, reconstituir uma história” (p. 67). É preciso ponderar que é difícil, a partir das entrevistas, saber como serão as repercussões da situação de seus primeiros dias na vida da criança. Mas, parece-nos que muitos que trouxeram sua história nas entrevistas buscam essa reconstituição de sua própria história. E mesmo que não se possa prever como será isso para a criança no futuro, as falas dos sujeitos permite-nos pensar em como sua história está sendo reconstituída, o que serve como diretriz para nossas intervenções na prática clínica.

Assim sendo, embora possamos pensar em semelhanças entre os casos, é interessante como cada sujeito lida com a situação da prematuridade e da hospitalização do bebê de um jeito muito próprio e, portanto, cada um que viver tal situação terá uma história diferente para contar,

tendo diferentes questões. O sujeito, assim, segue sendo imprevisível e não decidido. Como propõe Lacan (1946, citado por Ansermet, 2003), “não se pode apagar ‘a insondável decisão do ser’” (p. 68), restando-nos sustentar a escuta do vivo e do singular, no nosso ponto de vista.

A despeito de discutir aspectos teóricos a partir das entrevistas, explanando sobre os vários pontos que os casos podem nos causar ou problematizar, pretendíamos, com a exposição dos casos neste capítulo, suscitar a proposta da escuta, a fim de sustentar a importância da clínica, como método próprio da psicanálise. É neste sentido que não adotamos a metodologia de levantar categorias a partir das entrevistas, como é frequente na pesquisa em ciências humanas. Se assim procedêssemos, perderíamos a linearidade do discurso de cada sujeito, deixando de enfatizar o que se repete e o que aparece do modo de funcionar de cada um, que foram os aspectos que procuramos enfatizar na elucidação dos casos. Porque acreditamos que a intervenção e a contribuição da psicanálise possa ser pensada a partir destes aspectos, direcionando para a escuta que possibilita uma possível simbolização dos sujeitos atravessados pela doença e pela hospitalização do bebê ao nascer.

Nesta perspectiva, é válido mencionar que há uma importante ferramenta conceitual frequentemente empregada nas pesquisas qualitativas para estabelecer ou fechar o tamanho da amostra estudada. Trata-se do critério de saturação, que define a cessação da coleta de dados quando o pesquisador observa redundância ou repetição de alguns aspectos comuns nos casos pesquisados, o que indica a interrupção da captação de novos participantes para a pesquisa (Fontanella; Ricas & Turato, 2008). Citamos:

O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Noutras palavras, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados (Fontanella; Ricas & Turato, 2008).

Entretanto, se tal critério é importante diretriz para a pesquisa qualitativa, ela também possibilita a distinção do método psicanalítico. Pois, se o trabalho é determinado pelo levantamento de hipóteses, característico do método científico, os dados são utilizados para comprovar ou não aquela hipótese, não importando o caso, mas os dados que servem àquele objetivo. Porém, a pesquisa que tem a psicanálise e seu método clínico como base, sendo o objetivo identificar o que é único e singular em cada caso, enfatiza não os aspectos comuns aos casos, mas a repetição que se evidencia como singularidade do sujeito, possibilitando a identificação de um sintoma, ou seja, um modo de funcionamento particular do sujeito. Nesta

perspectiva, não é possível chegar a uma saturação dos dados encontrados, porque o que se busca é o vivo, o único e o novo de cada caso, portanto, o insaturável.

Neste sentido, as construções que podem ser feitas a partir do caso tendem para o infinito, porque são sempre únicas e, portanto, sempre novas, com potencial de problematizar a teoria, como já discutimos. E, por isso, não poderíamos buscar os dados relevantes aos objetivos da pesquisa, mas somente enfatizar o que surge a partir da clínica, ou seja, da escuta de cada caso.

Assim, ao apresentar cada caso, buscando identificar o que surge como questão para cada sujeito, seu modo próprio de funcionamento e as saídas singulares que construíram diante do pavor que o encontro com real irrompeu, pretendíamos focar as respostas singulares, com base no método clínico e ética psicanalítica. Pois, acreditamos que é a partir dela que podemos pensar na contribuição e na intervenção da psicanálise, a qualquer campo de pesquisa e de atuação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, realizamos um percurso sobre as principais contribuições de Spitz (1998) para o campo do desenvolvimento psicológico infantil, para, então, fazer uma leitura diferenciada de suas formulações a partir do horizonte da psicanálise lacaniana. Neste sentido, elucidamos sobre o conceito de sujeito e sua relação com a linguagem; a perspectiva da linguagem; a presença materna; o conceito de objeto e de relações de objeto. Pudemos, assim, estender nossa articulação teórica, investigando a noção de Outro e a constituição do sujeito no campo da linguagem, o que desloca a visão de uma compreensão desenvolvimentista da criança – que, ao limitar-se a considerar o equipamento orgânico mesmo que já atribuindo importância à interação ao meio ambiente, a mantém na mesma perspectiva dos animais – para o campo do Outro, por meio do qual a criança, efetivamente, se faz sujeito e inclui-se na linguagem, no laço social e na cultura. Como vimos, a linguagem não se refere à articulação da fala mas relaciona-se à cadeia simbólica na qual o *infans* deve se localizar para se fazer sujeito falante e desejante.

Por isso, discutimos as operações necessárias à subjetivação, reconsiderando os protagonistas concretos do laço com a criança para enfatizar as funções materna e paterna, que franqueiam o advir do sujeito. A despeito de delimitar um papel social ou comportamentos adequados atrelados às figuras de mãe e pai, operar com a noção de função faz-nos desvencilhar de uma consistência imaginária que tais figuras podem adquirir, fazendo obstáculo ao ideal. Não se trata, portanto, de um modelo idealizado de família ou já dado pelo aparato social, mas um lugar para criança singularmente constituído, que implica em um desejo não anônimo, e, portanto, furado e não totalizante. Nessa perspectiva, mais que a consistência de seus membros, a estrutura da operação da família foi localizada a partir da falta como condição de desejo e de entrada na linguagem. Daí a importância de se discutir sobre o Outro e a constituição subjetiva no campo da linguagem.

Como esclarece Ansermet (2003), discutir a questão do pai na história precoce da criança, libera-nos do “fascínio da relação dual mãe-criança, na qual a observação está centrada” (p. 59), assim como pensar na relação de objeto que só se dá no plano imaginário da relação com o falo, podemos acrescentar, sendo a relação mãe-bebê mediada pela linguagem, havendo a necessária instauração do significante do falo, como vimos. Ansermet (2003) afirma: “Apegar-se à ideia de interação, observar a díade mãe-criança, contabilizar os atos envolvidos no cuidado, significa negligenciar a dimensão do Outro como causa do vir a ser do sujeito” (p. 59).

Foi nesta direção que caminhamos em nossa investigação teórica, no sentido de não restringir o Outro ao meio concreto da criança tal como se manifesta e não reduzindo nosso método de trabalho à observação, como proposto por Spitz.

Nesta perspectiva, foi importante delimitar o método próprio da psicanálise (clínico), diferenciando-o da observação característica das teorias do desenvolvimento. Assim, quando entramos na discussão sobre a doença e a hospitalização do bebê ao nascer, explicitamos o que a literatura dispõe sobre o tema, para avançar em direção à discussão dos casos, a partir das entrevistas clínicas realizadas. Isto porque, tendo em vista o privilégio que conferimos à singularidade e ao funcionamento de cada sujeito em seu discurso, tínhamos o intuito de defender uma concepção de clínica como intervenção e método de trabalho, que não consiste na aplicação de um saber geral a um caso particular, universalizando o objeto e, conseqüentemente, apagando sua manifestação singular por meio da detenção de um saber e do domínio da aplicação de uma técnica (Vorcaro, 2010b). Neste sentido, se fizéssemos um “recrutamento de dados”, estaríamos impedidos do “discernimento do detalhe em que se aloca a singularidade que cada caso coloca ‘fora de pauta’” (Vorcaro, 2010b, p. 20). Estávamos, ao contrário, interessados no que se repete no caso, considerando os mecanismos inconscientes em jogo no discurso. Por isso, adotamos a escrita literal das falas dos participantes das entrevistas: “Só na literalidade da narrativa escrita do caso poderemos reconhecer e distinguir o que há de singular na clínica” (Vorcaro, 2010b, p. 16). Citamos, ainda: “Por mais que se queira um exercício de saber, a escrita do caso mostra que o analista está submetido à clínica, sendo falado pelo seu escrito muito mais do que saberia dizer” (Vorcaro, 2010b, p. 17). Não se trata, portanto, de utilizar o caso para levantar categorias e ilustrar a teoria, mas para “problematizar a generalização necessária à teoria, explodindo a imaginarização de universalidade da teoria sempre avessa à presença do singular surpreendente implicado no inconsciente” (Vorcaro, 2010b, p. 17). Este ponto de vista implica na posição de não saber e considera a solução de cada um como uma amarração única, não universalizável, não presumível e que excede a qualquer arcabouço teórico.

Assim, a partir dos casos, foi possível questionar, por exemplo, o que a teoria nos fornece como riscos da situação de doença e de hospitalização do bebê para sua subjetivação, interrogando-nos se a situação de prematuridade poderia, ao invés de ser vista *a priori* como entrave, favorecer e mesmo franquear tal constituição. Afinal, como discutimos, a constituição subjetiva não tem relação com o insabido (o real) do seu organismo, mas diz respeito à resposta a esse real impossível de ser alçado ao conhecimento. Neste sentido, esta resposta depende do significante, mas não é determinado por ele. No caso da criança afetada organicamente, ela não precisa,

necessariamente, ser definida pela sua patologia. Há a possibilidade de construção de outras significações que não apenas relacionadas à doença. Como afirma Elia (2010), ratificando o que já discutimos:

O significado dado ao encontro com o Outro depende, portanto, do significante, é dele subsidiário, mas não é por ele totalmente determinado, exigindo o trabalho de significação que é feito pelo sujeito. Nesse sentido, o significante pode ser entendido como aquilo que convoca o sujeito, exige o trabalho do sujeito em sua constituição (Elia, 2010, p. 42).

Pensar nos casos com a perspectiva psicanalítica da relação mãe e bebê, buscando a direção do método clínico, permite-nos avaliar como cada sujeito vai lidar à sua própria maneira com o que lhe ocorre. É interessa constatar que a impossibilidade de prevermos como serão as implicações da vivência para cada família, para cada sujeito nela incluída e envolvido com a situação, não contraindica e nem mesmo inviabiliza pensar em intervenções. Pelo contrário, exige uma intervenção ressoante ao fato clínico que evidencia a impossibilidade de antever o que se passará, na medida que indica que a significação só pode se dar em um momento posterior, o que demarca também a temporalidade própria à tal perspectiva. Consideramos, então, que não é preciso prever os efeitos e os riscos de transtornos futuros para prevenir os problemas. Já há, aí, um sofrimento pela irrupção do real para os pais, pela intervenção técnica no corpo da criança que a priva do encontro com a palavra, como discutimos neste trabalho. Mas, se a resposta a esse encontro com o real é singular, quer dizer que a intervenção só pode ser pensada a partir da clínica, que considere cada caso em sua singularidade e, por conseguinte, compreenda e suporte as surpresas, as incertezas e as contingências. Isso implica em abdicar de qualquer categoria pré-estabelecida, como pontua Coriat (1997), que adverte sobre o risco de o profissional fazer como a mãe que, preocupada em alimentar bem seus bebês, entope-o de comida, calando seu choro e impedindo que o desejo se manifeste. Assim, também, pode agir o profissional que se serve de “alimentos funcionais” ou “deliciosos menus psicopedagógicos” que ficam à sua disposição, transformando o trabalho, desta forma, em uma receita a mais aos pais das crianças atendidas (Coriat, 1997, p.34). Corroborando com esta ideia, tornamos nossas as palavras de Ansermet (2003), ao discutir sobre o trabalho no campo da reanimação neonatal: “Para o analista, em um primeiro momento, trata-se de acompanhar o que se passa, além de qualquer concepção preestabelecida.” (p. 67).

Mas, trabalhar nessa perspectiva retira da intervenção seu caráter preventivo, no sentido de evitar problemas futuros? Pensamos que não. Porque, se a situação de doença e de hospitalização precoce já coloca o bebê e a família em sofrimento, a intervenção clínica é necessária e tem efeitos importantes no sentido de evitar um enquistamento do sofrimento que

inviabilize uma simbolização. Então, a atuação tem sua validade se considerar o caso, porque só assim a escuta pode ter efeitos. Como vimos, Mariotto (2009) discute a prevenção enfocando a possibilidade de uma significação *a posteriori*. Assim, também, Crespim (2004) enfatiza a importância de se promover um espaço de escuta à mãe e ao bebê em sofrimento, “permitindo a eles captar aquilo dentro do que os dois estão tomados”, o que consente ao bebê “se liberar do lugar de ser o suporte desse dizer” e à mãe “trabalhar sua questão” (p.175).

Isso não significa que somente o psicanalista possa oferecer uma intervenção, no nosso ponto de vista, mas sim que, necessariamente, o acompanhamento e o tratamento do bebê não provoque a abolição, mas admita o aparecimento do sujeito. O que isso significa para os pais/familiares que acompanham o bebê internado? Possibilitar que eles façam suas questões, dirijam ao filho seu desejo, os significantes que marcam sua história, fazendo um elo entre o que é vivido e sua história e modo de funcionar e construindo uma representação relativa à criança. E para os bebês? Dar às famílias tais possibilidades é também oferecer ao bebê o necessário encontro com as palavras, que o dará sua condição de possibilidade de entrada na linguagem, ou seja, de se fazer sujeito de fala e de desejo. Assim, é possível oferecer à criança uma permeabilidade à palavra, para além da tecnicidade que sustenta a vida de seu corpo. Pois, se a técnica do tratamento neonatal, como todos os seus procedimentos e suas condutas, é necessária para sustentar a sobrevivência do organismo, ela não é suficiente para sustentar a vida do sujeito.

E se buscamos pensar na contribuição da psicanálise no que se refere à patologia e à hospitalização precoce, e foi isso que nos propomos discutir, acreditamos que tal contribuição só possa ser articulada passando pela clínica. Se a resposta do sujeito ao que lhe ocorre é singular, sendo particular os efeitos da situação de prematuridade e internação neonatal, então também assim deverá ser a intervenção. Nesta perspectiva, a intervenção é clínica e, portanto, pressupõe uma disponibilidade para a escuta de cada caso, em contrapartida à generalização da técnica e do método de observação característico da perspectiva do desenvolvimento. Esta foi a amarração que procuramos realizar e fundamentar ao longo deste trabalho.

## REFERÊNCIAS

- Agmon, M.; Druon, C., Frichet, A. (1999). Intervenções Psicológicas em Neonatologia. In: Wanderley, D. B. (Org.). *Agora eu era o rei: entraves da prematuridade*. Salvador, BA: Álgama. p. 17-34.
- Ansermet, F. (2003). *Clínica da Origem: a criança entre a medicina e a psicanálise*. Tradução Daisy de Ávila Seidl. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 223 p.
- Ansermet, F. (2013). Elogio do Incomensurável. *Curinga*. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise. Seção Minas, n. 36, p.37-50.
- Badinter, E. (1985). *Um Amor conquistado: o mito do amor materno*. Tradução Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bassols, M. (2010). Il n'y a pas de science du réel. *Mental – Revue Internationale de Psychanalyse*, 25, 83-88.
- BBC Brasil. (2008). Estudo aponta relação entre bebês prematuros e autismo. *Jornal BBC Brasil*, Abr. 2008. Recuperado em set. 2015 de <[http://www.bbc.com/portuguese/reporterbbc/story/2008/04/080407\\_prematuros\\_autismo\\_mv.shtml](http://www.bbc.com/portuguese/reporterbbc/story/2008/04/080407_prematuros_autismo_mv.shtml)>
- Bianco, A. C. L. (2003) Sobre as bases dos procedimentos investigativos em psicanálise. *Psico-USF* [online], 8(2), p. 115-123, recuperado em 11/01/2014 de <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v8n2/v8n2a03.pdf>
- Bowlby, J. (1990). *Apego*. Tradução Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes. 423 p. v.1.
- Brasil (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso: Método Canguru: Manual Técnico*. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 204 p.
- Brasil (2012). Ministério da Saúde. *Portaria Nº 930 de maio de 2012: Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Recuperado em setembro de 2015 de <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html)>
- Brasil (2014). Ministério da Saúde. *Portaria Nº 371 de maio de 2014: Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde(SUS)*. Recuperado em setembro de 2015 de <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371\\_07\\_05\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html)>
- Brazelton, T. B.; Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. Tradução Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes. 287 p.

- Bruder, M. C. R.; Brauer, J. F. (2007). A constituição do sujeito na psicanálise lacaniana: impasses na separação. *Revista Psicologia em Estudo*. Maringá, v.12, n.3, Set/Dez. 2007. Recuperado em maio de 2015 de <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722007000300008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722007000300008)>
- Camarotti, M. C. (2011). O bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: dor e psiquismo precoce. In: Lasnik, M. C.; Cohen, D. (Orgs.). *O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa*. São Paulo: Instituto Langage. p. 129-136.
- Campanário, I. S. (2006). *O atendimento do bebê com risco de autismo e de outras graves psicopatologias: uma clínica de antecipação do sujeito*. Belo Horizonte: s.n. Dissertação (Mestrado). 169 p.
- Coriat, E. (1997). *Psicanálise e Clínica de Bebês: A Psicanálise na Clínica de Bebês e Crianças Pequenas*. Tradução Julieta Jerusalinsk. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997.
- Costa, T. (2010). *Psicanálise com crianças*. 3.ed. Rio de Janeiro: Zahar. 87 p.
- Costa, T. (2014). Corpo Freudiano do Rio de Janeiro. *Jacques Lacan e a falta de objeto*. Recuperado em 20/09/2014 de <[http://www.convergenciafreudlacan.org/Documents/II\\_JACQUES%20LACAN%20E%20A%20FALTA%20DE%20OBJETO.doc](http://www.convergenciafreudlacan.org/Documents/II_JACQUES%20LACAN%20E%20A%20FALTA%20DE%20OBJETO.doc)>
- Couto, M. P.; Santiago, A. L. (2007). Família e fracasso escolar. *Revista Eletrônica do Núcleo Sephora*. V. 2, n. 4, mai a out. 2007. Recuperado em 20/09/2014 de <[www.nucleosephora.com/asephallus/numero04/artigo04.htm](http://www.nucleosephora.com/asephallus/numero04/artigo04.htm)>
- Crespim, G. C. (2004). *A clínica precoce: o nascimento do humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo. (Coleção 1ª Infância, dirigido por Cláudia Mascarenhas Fernandes). 187 p.
- Cunha, I. (2015). *A Neurociência e o bebê de zero a três anos*. Recuperado em Maio de 2015 de [http://www.sbp.com.br/sbpciencia/files/\\_pdf/a-neurociencia-e-o-bebe-de-zero-a-tres-anos.pdf](http://www.sbp.com.br/sbpciencia/files/_pdf/a-neurociencia-e-o-bebe-de-zero-a-tres-anos.pdf)
- Dittz, E. S., Mota, J. A. C.; Sena, R. R. (2008). O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 8, n. 1.
- Duarte, E. D. (2007). *O cuidado ao recém-nascido na perspectiva da integralidade [manuscrito]: saberes e práticas no cotidiano da UTIN / Elysângela Dittz Duarte*. – 2007. 190p.
- Elia, L. (2010). *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 3 ed. 81p.
- Evangelho Segundo São João (1991). Capítulo 1, v. 1-14. In: *Bíblia Sagrada: Edição Pastoral*. Ed. Paulus, São Paulo.
- Evangelho Segundo São Lucas (1991). Capítulo 15, v. 11-32. In: *Bíblia Sagrada: Edição Pastoral*. Ed. Paulus, São Paulo.

- Ferreira, S. (1997). A interação mãe-bebê: primeiros passos. In: Wanderley, D. B. (org.). *Palavras em torno do berço: intervenções precoces bebê e família*. Salvador, BA. Ágalma. P.77-88.
- Fontanella B. J. B.; Ricas, J.; Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 24, no.1 Rio de Janeiro. Jan. 2008. Recuperado em 20/11/2015 de <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003)>.
- Fourez, G. (1995). *A construção das ciências: introdução à filosofia e à ética das ciências*; tradução de Luiz Paulo Rouanet. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 319 p.
- Frej, N. Z.; Torres, C. M.; Melo, M. F. V. (2011). Do organismo a passagem da imediatez do corpo do bebê prematuro à luz da Aufhebung freudiana. In: Lasnik, M. C.; Cohen, D. (Orgs.). *O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa*. São Paulo: Instituto Langage. p. 145-152.
- Freud, S. (1959 [1895] / 1996). Projeto para uma psicologia científica. In: *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. V. 1.
- Freud, S. (1895/1996) *Projeto de uma psicologia para neurólogos*. In: *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago. Vol. III
- Freud, S. (1900/ 1996). A interpretação dos sonhos. In: *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. V. 5.
- Freud, S. (1905/1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. V. 7.
- Freud, S. (1914/1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. V.14.
- Freud, S. (1915/1996). Instintos e suas vicissitudes. In: *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. V.14.
- Freud, S. (1915/2004). Pulsões e Destinos da Pulsão. In: *Obras Psicológicas de Sigmund Freud: Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*. Coordenação geral da tradução Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago Ed. P. 133-173.
- Freud, S. (1920/1996). Além do princípio do prazer. In: *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. V. 18.
- Guerra, A. M. C. (2010). Psicanálise e Produção Científica. In: Moreira, J. O. Kyrillos Neto, F. *Pesquisa em Psicanálise: transmissão na universidade*. Barbacena, Ed. UEMG, p. 130-145, recuperado em 11/01/2014 de <<http://intranet.uemg.br/comunicacao/arquivos/PubLocal172P20120518120750.pdf>>.

- Jerusalinsky, A. (Org.) (2007). *Psicanálise e Desenvolvimento Infantil: um enfoque transdisciplinar*. Tradução Diana Myrian Lichtenstein et al. 4 ed. Porto Alegre: Artes e Ofícios. 318 p.
- Jerusalinsky, J. (2002). *Enquanto o futuro não vem: A Psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês*. Salvador: Ágalma. 306 p.
- Jerusalinsky, J. (2014). *A criação da criança: brincar, gozo e a fala entre a mãe e o bebê*. Salvador, BA: Ágalma. 298 p.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H. (1992). *Pais-Bebê: a formação do apego*. Tradução Maria Helena Machado. Porto Alegre: Artes Médicas, 360 p.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H. (1982). Assistência aos pais. In M. H. Klaus & A. A. Fanroff (Orgs.), *Alto risco em neonatologia*. Rio de Janeiro: Interamericana.
- Kruel, S. S. (2009). Curso intitulado “O psicanalista na clínica com bebês: a cólica dos três primeiros meses e a demanda do Outro”, em 29 de agosto de 2009, no Centro de Convenções e Estudos do Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, como atividade *Pré IV Fórum Internacional Psicanálise e Hospital: a responsabilidade da psicanálise na modernidade*.
- Kupfer, M. C. M., et al (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Journal of Fund. Psychopath. Online*, v. 6, n. 1, p. 48-68, mai. 2009. Recuperado em 20/09/2014 de <[http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/latin\\_american/v6\\_n1/valor\\_preditivo\\_de\\_indicadores\\_clinicos\\_de\\_risco\\_para\\_o\\_desenvolvimento\\_infantil.pdf](http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/latin_american/v6_n1/valor_preditivo_de_indicadores_clinicos_de_risco_para_o_desenvolvimento_infantil.pdf)>
- Lacan, J. (1949/1998). O estágio do espelho como formador da função do eu: tal como nos é revelado na experiência analítica. In: *Escritos*. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 93-103. (Comunicação feita originalmente em 1949).
- Lacan, J. (1956-1957/ 1995). *O seminário, livro 4: a relação de objeto*. Texto estabelecido por Jacques Alain Miller. Tradução Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1957-1958/1999). *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Texto estabelecido por Jacques Alain Miller. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1958/2003). Diretrizes para um Congresso sobre a sexualidade feminina. In: *Escritos*. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, p.734-745.
- Lacan, J. (1964/1995). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Texto estabelecido por Jacques Alain Miller. 2. ed.. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1966/1998). A ciência e a verdade. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 869-892 (artigo originalmente publicado em 1966).
- Lacan, J. (1969/ 2003). Nota sobre a criança. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

- Lamy, C. Z. et al (2005). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10 n.3, p. 659-668.
- Laplanche, J. (1998). *Vocabulário de psicanálise*: Laplanche e Pontalis. Direção Daniel Lagache. Tradução Pedro Tamen. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes. 552 p.
- Lasnik, M. C. (2013a). *A hora e a vez do bebê*. Org. Trad. Erika Parlato-Oliveira. São Paulo: Instituto Langage. 224 p.
- Lasnik, M. C (2013b). *A voz da sereia*: o autismo e os impasses na constituição do sujeito. Org. Daniele de Brito Wanderley. Trad. Cláudia Fernandes Rohenkol. Coleção De Calas Curtas. 2 ed. Salvador: Ágalma. 230 p.
- Lima, N. L. (2003). A clínica psicanalítica de crianças com problemas orgânicos. In: Guerra, A. M. C. , & Lima, N. L. (Orgs.). *A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento*: uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental. Belo Horizonte: Autêntica; FUMEC. p. 105-112.
- Mariotto, R. M. M. (2009). Cuidar, Educar e Prevenir: as funções da creche na subjetivação de bebês. São Paulo: Escuta. 160 p. (Infância e Psicanálise).
- Martins, A.; Vorcaro, A.; (2015). *Sobre a interface entre a subjetividade materna e as malformações do neonato*. (Inédito).
- Mathelin, C. (1999). *O sorriso da Gioconda*: clínica psicanalítica com os bebês prematuros. Tradução Procopio Abreu. Rio de Janeiro: Cia. de Freud. 160 p.
- Miller, J. A. (1994). A criança entre a mulher e a mãe. In: Opção Lacaniana. *Revista Internacional de Psicanálise*. n. 21. São Paulo: Edições Eólia. P 7-12.
- Miller, J. A. (1997). Contexto e conceitos. In: Felstein, R., Fink, B., Jaanus, M. (Orgs.), *Para ler o seminário 11 de Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Miller, J.A. (2011). A psicanálise, seu lugar entre as ciências. *Correio-Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, 69, 15-30.
- Minas Gerais (2005). Secretaria de Estado da Saúde. Programa Viva Vida. *Assistência Hospitalar ao Neonato*. Belo Horizonte, 296 p.
- Neme, L. (2003). A criança na estrutura. In: Guerra, A. M. C. , & Lima, N. L. (Orgs.). *A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento*: uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental. Belo Horizonte: Autêntica; FUMEC. p. 15-18.
- Niederland, W. G. (1981). O pai de Schreber. In: *O caso Schreber*: um perfil psicanalítico de uma personalidade paranóide. Tradução Carlos Roberto Oliveira. Rio de Janeiro: Campus. P. 79-82.
- Paim, B. J. P. (2005). *Vínculo Pais-Bebê em UTI Neonatal*: a educação de pais e a posição mãe-canguru. Canoas: Ed. ULBRAS. 156 p.

- Pinto, J. M. (2001). Resistência do texto: o método psicanalítico entre a literalização e a contingência. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*. IV(1), p. 77-84.
- Pontes, A. P. (2011). Bebês prematuros e com baixo peso têm mais risco de desenvolver autismo, diz estudo. *Revista Crescer*, Ed. Globo, Out. 2011. Recuperado em set. 2015 de <http://revistacrescer.globo.com/Revista/Crescer/0,,EMI273345-15329,00.html>
- Presse, F. (2015). Bebês prematuros podem ser mais propensos a ter autismo, diz estudo. *Coluna Bem Estar, Globo.com*. Mai. 2015. Recuperado em set. 2015 de <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/05/bebes-prematuros-podem-ser-mais-propensos-ter-autismo-diz-estudo.html>
- Raskin, S. (2015). Genética e Psicanálise: um encontro possível? In: Kamers, M.; Mariotto, R. M. M., Voltolini, Rinaldo (Orgs.). *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência*. São Paulo: Escuta. P.149- 168.
- Sauret, M.J. (2003). A pesquisa clínica em Psicanálise. *Psicologia USP*, 14(3), 89-104.
- Segatto, C.; Anauate, G.; Buscato, M. (2008). No frágil mundo dos prematuros. *Revista Época*, Globo, n. 531, p. 104-112, jul. 2008.
- Scotellaro, F. M. et al. (2008). Cuidado ao recém-nascido centrado na família: a experiência da equipe multiprofissional da unidade neonatal. In: ARAÚJO, Gilvan F. RATES, Susana M. M (Orgs.). *Co-gestão e Humanização na Saúde Pública: Experiências construídas no Hospital Odilon Behrens*. Belo Horizonte: Sigma Editora. p.129-138.
- Soler, C. (1997). O sujeito e o Outro I. In Felstein, R., Fink, B., Jaanus, M. (Orgs.), *Para ler o seminário 11 de Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. p. 52-57
- Spitz, R. A. (1998). *O primeiro ano de vida*. Tradução Erothildes Millan Barros da Rocha. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 390 p.
- Teperman, D. (2000). Quando a demanda na clínica com bebês é por estimulação. In: *Psicanálise e Clínica com bebês*. Ano IV, N. 4. Associação Psicanalítica de Curitiba. P.43-52.
- Teperman, D. W. (2005). *Clínica Psicanalítica com Bebês: uma intervenção a tempo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, Fapesp. 159 p.
- Teperman, D. (2015). A família e a ordem sexual na nossa época. In: In: Kamers, M.; Mariotto, R. M. M., Voltolini, Rinaldo (Orgs.). *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência*. São Paulo: Escuta. P. 229-242.
- Tendlarz, S. E. (1997). *De que sofrem as crianças? A psicose na infância*. Rio de Janeiro: Sette Letras.
- Veja.com. (2011). Bebês prematuros têm mais chances de ter autismo. *Revista Veja*, Ed. Abril, Out. 2011. Recuperado em set. 2015 de <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/bebes-prematuros-tem-mais-chances-de-ter-autismo/>

- Vidal, E., Vidal, M. C. (1995). O que o autista nos ensina: considerações sobre a alienação e o autismo. *Revista Letra Freudiana*. Rio de Janeiro: Ed. Revinter. Ano XIV n. 14. p. 117-138.
- Vorcaro, A. M. R. (1998). Doenças graves na infância. In: *Trata-se uma criança? Congresso Internacional de psicanálise e suas conexões (1988)*, Anais, Tomo I, Rio de Janeiro, Cia de Freud, p.333-340.
- Vorcaro, A. M. R. (1999). *Crianças na Psicanálise: clínica, instituição e laço social*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 208p.
- Vorcaro, A. (2010). Urgência subjetiva do neonato em UTI. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, Dez 2010, v. 13, n. 4. Recuperado em 10/02/2015 de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142010000400006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142010000400006&lng=pt&nrm=iso)
- Vorcaro, A. M. R. (2010) Psicanálise e Método Científico: o lugar do caso clínico. In: Moreira, J. O. , & Kyrillos Neto, F. *Pesquisa em Psicanálise: transmissão na universidade*. Barbacena, EdUEMG, p. 11-23, recuperado em 11/01/2014 de <http://intranet.uemg.br/comunicacao/arquivos/PubLocal172P20120518120750.pdf>.
- Wanderley, D. B. (org.) (1999). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador, BA. Ágalma. (Coleção de Calças Curtas).
- Winnicott, D. W. (2006). *Os bebês e suas mães*. Tradução Jefferson Luiz Camargo. Revisão Técnica Maria Helena Souza Patto. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes. 98 p. (Coleção Psicologia e Pedagogia).

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### **Pesquisa**

Efeitos psíquicos da patologia e hospitalização do bebê ao nascer

#### **Pesquisadores**

Ângela Maria Resende Vorcaro

Liliane Cristina Santos

#### **Natureza da pesquisa**

Você e seu bebê são convidados a participar dessa pesquisa, que tem como finalidade investigar os efeitos psíquicos da patologia e da hospitalização do bebê ao nascer. A pesquisa possibilitará identificar a possibilidade e a necessidade de um trabalho com as famílias que vivenciam a patologia e a hospitalização neonatal.

#### **Participantes da pesquisa**

Famílias (acompanhante/cuidador e bebê) que vivenciaram a internação do bebê ao nascer e são acompanhados por alguma especialidade após alta hospitalar no ambulatório do Hospital Odilon Behrens.

#### **Envolvimento na pesquisa**

Ao participar desse estudo, você deve permitir que um pesquisador desse projeto entreviste você junto com a criança no ambulatório do Hospital Odilon Behrens, em data e horário combinados previamente.

Você tem a liberdade de não participar e pode desistir de participar em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você e sua criança.

Sempre que quiser, você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. Para isto, entre contato com as pesquisadoras Ângela ou Liliane por meio do telefone (31) 3409-5042 ou endereço eletrônico: [angelavorcaro@uol.com.br](mailto:angelavorcaro@uol.com.br) e [lilianecsantos@hotmail.com](mailto:lilianecsantos@hotmail.com)

Somente em casos de dúvidas éticas, contate a Comissão de Ética e Pesquisa do Hospital Odilon Behrens – telefone (31) 32776120 - ou a Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG – Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha, cep 31270-901, [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br), telefone (31) 3409-4592.

#### **Sobre as entrevistas**

As entrevistas serão marcadas previamente e serão realizadas em uma das salas do Hospital Odilon Behrens. Você responderá algumas perguntas sobre sua família e a criança e terá um momento para relatar a vivência da patologia e a hospitalização do bebê ao nascer. As entrevistas serão filmadas. Você poderá ficar à vontade para fazer seus relatos de forma sincera e dizer sobre qualquer desconforto que sinta no momento da entrevista.

#### **Riscos e desconfortos**

A participação nessa pesquisa não traz complicações, à exceção apenas da possibilidade de algum constrangimento pela entrevista e pela filmagem ou alteração emocional mais importante decorrente do que for relatado na entrevista.

O entrevistador é profissional psicólogo devidamente habilitado e, caso ocorra alguma destas situações, este tomará medidas que forem necessárias, como, por exemplo, interrupção da

entrevista para retomada em outro momento, escuta sobre o que causou o incômodo, ou, se necessário, encaminhamento para unidade adequada da rede de saúde do município.

### **Confidencialidade**

Todas as informações coletadas nesse estudo são estritamente confidenciais. Os vídeos e os relatos de pesquisa serão identificados com um código, de forma que o seu nome e o nome da criança não sejam identificados. Apenas os membros do grupo de pesquisa terão acesso aos dados.

Se você der sua autorização por escrito, assinando a permissão para utilização de imagens em vídeo, os dados poderão ser utilizados para fins de ensino em treinamentos para equipe de saúde, encontros e debates científicos. Mesmo assim, os nomes dos participantes não serão divulgados.

### **Benefícios**

Participando desta pesquisa, você e a criança não terão, à princípio, nenhum benefício direto, a não ser se for detectado alguma necessidade de acompanhamento, caso em que será feito o encaminhamento adequado, com vistas ao tratamento ou à prevenção de problemas. Entretanto, mesmo sem benefícios diretos, esperamos que este estudo possibilite identificar possibilidades e necessidades de intervenções de forma a embasar ações e um trabalho voltado para as famílias que vivenciam a doença e a hospitalização do bebê ao nascer.

### **Pagamento**

Você não terá nenhum tipo de despesa por participar dessa pesquisa. Também não será pago por sua participação. No entanto, você poderá receber uma cópia do relatório da pesquisa contendo os principais resultados do estudo.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu interesse em participar da pesquisa.

---

Nome da criança

---

Nome do acompanhante

---

Grau de parentesco com a criança

---

Nome do acompanhante 2

---

Grau de parentesco com a criança

---

Local e data

---

Assinatura

---

Assinatura

---

Pesquisador

## APÊNDICE 2: ROTEIRO DE ENTREVISTA

**PROJETO: Efeitos psíquicos da patologia e hospitalização do bebê ao nascer**

**Entrevistadora: Psicóloga Liliane Cristina Santos**

**Local: Ambulatório Hospital Municipal Odilon Behrens – Belo Horizonte**

**DATA:** \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO:

Nome da criança: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Endereço / telefone da família: \_\_\_\_\_

Nome do acompanhante: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

### Acompanhante 2 (se houver):

Nome do acompanhante: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Composição familiar: \_\_\_\_\_

Quem mora na casa com a criança: \_\_\_\_\_

Período de internação neonatal: \_\_\_\_\_

Motivo da internação: \_\_\_\_\_

Acompanhamentos que a criança faz: \_\_\_\_\_

### Perguntas para o(s) acompanhante(s):

- 1- Você acompanhou a criança durante o período de internação? Como?
- 2- Como foi para você esta vivência?
- 3- Como foi para a família, na sua opinião?
- 4- E como a criança/ bebê reagiu à situação de doença e internação? O que você percebeu disso?
- 5- Como a criança ficou após a alta hospitalar / como foi sua adaptação em casa?
- 6- Como a criança está agora/como está seu desenvolvimento e seu comportamento?
- 7- E como a família está agora (com relação à criança e às consequências da patologia/hospitalização)?