



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
CURSO DE DOUTORADO
LABORATÓRIO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E PSICANÁLISE

CYNTHIA MARDEN TORRES FELICIANO

**A inscrição do desejo materno e seus efeitos de invocação sobre o bebê em internação
neonatal: um estudo de caso**

RECIFE

2019

CYNTHIA MARDEN TORRES FELICIANO

**A inscrição do desejo materno e seus efeitos de invocação sobre o bebê em
internação neonatal: um estudo de caso**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia Clínica da Universidade Católica de
Pernambuco, como requisito parcial para obtenção de
título de Doutor em Psicologia Clínica.

Orientadoras: Dra. Maria de Fátima Vilar de Melo
Dra. Nanette Zmeri Frej (*in memoriam*)

RECIFE
2019

CYNTHIA MARDEN TORRES FELICIANO

**A inscrição do desejo materno e seus efeitos de invocação sobre o bebê em
internação neonatal: um estudo de caso**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. EDILENE FREIRE DE QUEIROZ (examinadora interna, Unicap)

Profa. Dra. GLÓRIA MARIA CARVALHO (examinadora interna, Unicap)

Prof. Dr. IVO DE ANDRADE LIMA FILHO (examinador externo, UFPE)

Prof. Dr. MAURÍCIO EUGÊNIO MALISKA (examinador externo, UNISUL)

Profa. Dra. MARIA DE FÁTIMA VILAR DE MELO (orientadora)

RECIFE

2019

Aos meus amados pais, esposo e família dedico com carinho.

Agradecimentos

A Deus, por me conceder graça, saúde, dia após dia, e por ter providenciado -as condições necessárias para a realização deste trabalho.

À minha mãe, Mabel, pelo amor, incentivo e pelos bons exemplos transmitidos ao longo da caminhada da vida. Sinto-me abençoada por ser sua filha e eternamente grata por tê-la ao meu lado, em todos os momentos.

Ao meu pai, Dourivaldo, pelo apoio e carinho de sempre. Gratidão por tê-lo por perto.

Ao meu esposo, Leonardo, pelo amor que sustenta e anima nossa parceria diária; por todo apoio e paciência ao longo dos anos de doutorado e da elaboração de tese; por compartilhar da vida, dos sonhos e dos projetos. Te amo!

À minha família, pela compreensão, torcida e pelas diversas manifestações de carinho. Muito bom que contamos uns com os outros!

Susie, Sandro e Marcelo, irmãos queridos, obrigada por tudo! Vocês três, cada um à sua maneira, foram e são muito importantes para mim. Gratidão estendida aos cunhados e sobrinhos.

Ao meu irmão Marcelo Marden, pela torcida e tantas manifestações de carinho. Sou muito grata por poder contar com sua amizade e generosidade. Você é uma preciosidade!

À minha sogra, Marlene, e à minha segunda família (Feliciano), por todo incentivo, amor e torcida que alegria o coração.

A Carlos Domingues, pela escuta que me é tão importante para a vida e que foi fundamental para o prosseguimento deste trabalho. Muito grata!

À minha orientadora Maria de Fátima Vilar de Melo, muito obrigada por me acompanhar durante os anos de doutorado, tendo conciliado tão bem a competência e o afeto na árdua caminhada. Como foi importante para mim contar com sua aposta no meu trabalho em meio às sinuosas curvas do percurso! Cada momento de orientação e trocas me proporcionaram aprendizados para além dos livros. Obrigada, Fátima!

À banca examinadora, pela leitura atenta, competente e respeitosa deste trabalho; pelas trocas de ideias com contribuições tão importantes que me fazem continuar refletindo e seguindo em frente com os estudos. Muito obrigada, professores Dr. Maurício Eugênio Maliska, Dr. Ivo de Andrade Lima Filho, Dra. Glória Maria de Carvalho, Dra. Edilene Freire de Queiroz e Dra. Iaraci Advíncola.

A Nanette Zmeri Frej (*in memoriam*), que continua em nossas melhores lembranças acadêmicas! Gratidão pela convivência e trocas tão especiais!

A Patrícia Catelan (*in memoriam*), pelas lindas lembranças que guardamos de sua manifestação de amor à vida e à família.

Às queridas colegas da equipe de psicologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (EBSERH/HULW/UFPB). Gratidão pela amizade e boas parcerias.

Às amigas que Recife me presenteou: Veridiana Alves, Andréa Rapela, Paula Barros, Lélis Marino, Giselle Barbosa, Ana Romera, Raquel Oliveira e Teresa Vasconcelos. Obrigada por todo apoio e carinho compartilhado ao longo do caminho.

Aos amigos de João Pessoa que a vida me presenteou: Lidyane Sarmento, Allan Victor, Sayonara Oliveira, Hérica Cunegundes, Éric Cunegundes, Williane Andrade, José Carlos Lisboa, Márcio Amaro, Salomão Pordeus, Renata Cyntia, Sincleia Lima, Zan Lee, Livia Candice, Andréa Guerra e Alani Oliveira. Obrigada por todo apoio e carinho compartilhado ao longo do caminho.

A Telma Queiroz e às colegas do grupo das sextas psicanalíticas. Obrigada por me apresentar a psicanálise, a clínica com bebês e pelas contribuições com a minha formação durante esses anos.

A Rita Smolianinoff, Rachel Rangel e Francisca Guerra (IPB-Recife), pelo carinho e leveza compartilhados em nossos encontros.

A Sílvia Ferreira e às colegas do grupo de estudo O Bebê e o Campo Pulsional (IPB-Recife) minha gratidão e carinho.

A Márcio Eliel, Danielle Andreza, Mário Alexandre, Tereza Bulhões, primos amados, obrigada pelo carinho expresso de formas tão lindas em momentos tão importantes deste trabalho. Guardo cada gesto na memória do meu coração.

Ao professor Dr. Fernando Castim, pela leitura interessada e valiosas contribuições dadas durante a revisão textual.

A Lílian Oliveira, pelo apoio na formatação das páginas e ajuste às normas acadêmicas; pela disponibilidade e carinho com que realizou seu trabalho.

Verbo Ser

*Que vai ser quando crescer?
Vivem perguntando em redor. Que é ser?
É ter um corpo, um jeito, um nome?
Tenho os três. E sou?
Tenho de mudar quando crescer? Usar
outro nome, corpo e jeito?
Ou a gente só principia a ser quando
cresce?
É terrível, ser? Dói? É bom? É triste?
Ser; pronunciado tão depressa, e cabe
tantas coisas?
Repito: Ser, Ser, Ser. Er. R.
Que vou ser quando crescer?
Sou obrigado a? Posso escolher?
Não dá para entender. Não vou ser.
Vou crescer assim mesmo.
Sem ser Esquecer.*

(Carlos Drummond de Andrade)

Resumo

Esta tese focaliza, como temática de estudo, articulações entre o investimento do outro semelhante nas manifestações dos bebês em internação neonatal e possíveis leituras via desejo materno. De acordo com Frej, Torres e Vilar de Melo (2011), há, no contexto da internação hospitalar, uma gama de situações concernentes às limitações orgânicas e funcionais do bebê que tendem a mobilizar, nos pais e profissionais, relação permeada pela situação de urgência do organismo. Diante disso, os sinais de sofrimento apresentados pelo *infans*, quando não interpretados ou não reconhecidos como manifestação a ser decifrada pelo outro que dele cuida, podem evidenciar uma complexidade de riscos que subjazem ao processo de constituição do sujeito. Com base em nosso percurso acadêmico e de trabalho na psicanálise, levantamos a seguinte questão: como as manifestações do bebê hospitalizado em UTI neonatal são investidas e interpretadas por parte da mãe e da equipe multiprofissional e quais os seus efeitos no processo de sobrevivência e constituição do sujeito? Fundamentado na psicanálise freudiano-lacanianiana, propomo-nos, mediante estudo de caso, mostrar como o desejo materno pode conduzir a mãe a investir e significar as manifestações do bebê, sobremaneira as sonoras, produzindo efeitos de invocação que geram a ultrapassagem de determinados limites impostos pela doença rumo a novos lugares psíquicos, quando entra em cena a constituição do sujeito, no sentido de como o *infans* vai inscrever-se nesse laço com o Outro. Eis, então, o lugar da pulsão invocante na clínica com o bebê, na promoção de um espaço de fala, de escuta e de possibilidades de oferta de novos lugares psíquicos, não apenas o da urgência do organismo. O nosso objetivo geral consistiu em analisar como as manifestações da bebê Vitória foram investidas e interpretadas pela mãe a partir do desejo materno e suas implicações no processo de sobrevivência e suposição do bebê como sujeito. Já os específicos foram: analisar o investimento nas vocalizações e demais manifestações do bebê hospitalizado por parte da mãe e da equipe multiprofissional da UTI neonatal; analisar as interpretações dadas às vocalizações e demais manifestações do bebê à luz do conceito da pulsão invocante; analisar as implicações do investimento e das interpretações dadas via circulação do desejo materno no processo de sobrevivência e suposição do bebê como sujeito. Trata-se de uma pesquisa psicanalítica realizada com os pais e uma bebê do sexo feminino, nascida prematuramente, e equipe multiprofissional da UTI neonatal e berçário. A criança foi observada no ano de 2008, no Hospital Universitário Lauro Wanderley, em João Pessoa, PB. Quanto à metodologia, trabalhamos com caso clínico e fragmentos expostos na época do mestrado e selecionados com base nas questões mobilizadas pela história da referida bebê as quais nos conduziram ao longo do desenvolvimento desta tese. A análise dos dados consistiu na interlocução psicanalítica entre as referidas situações clínicas e as questões teóricas por elas suscitadas. Esperamos que os resultados do nosso estudo ampliem as perspectivas para discussão teórico-práticas na clínica psicanalítica com bebês em riscos físico e psíquico, enfatizando os aspectos subjetivos e relacionais envolvidos nessa etapa precoce da vida.

Palavras-chave: Relação mãe-bebê. Prematuridade. Sujeito. Pulsão invocante. Clínica psicanalítica. Clínica com bebês.

Abstract

This thesis, as a study theme, focuses on the links between the individual's investment in the manifestations of the infants in neonatal hospitalization and possible readings through maternal desire. According to Frej, Torres and Vilar de Melo (2011), there is, in the context of hospitalization, a series of situations concerning the baby's physiological and functional limitations which tend to mobilize in the parents and professionals a relationship permeated by the urgent situation of the organism. Therefore, the signs of suffering presented by the infants, when not interpreted or not recognized as a manifestation to be deciphered by the one who cares for them, can show a complexity of risks that underlie the process of constitution of the subject. Based upon our academic and work experience in psychoanalysis, we raise the following question: how are the manifestations of the infant hospitalized in neonatal ICU invested and interpreted by the mother and the interdisciplinary team and what are their effects on the process of survival and constitution of the subject? Based on the Freudian-Lacanian psychoanalysis, we propose, through a case study, to show how the maternal desire can lead the mother to invest and signify the baby's manifestations, especially the sonorous ones, producing invocatory effects that generate the overcoming of certain limits imposed by disease towards new psychological places, when the constitution of the subject enters the scene in the sense of how the infants will enroll in this bond with the Other. Here, then, is the place of the invocatory drive in the clinic with the baby, in the promotion of a space of speech, listening, and possibilities of offering new psychological places that not only that of the urgency of the organism. Our general objective was to analyze how the manifestations of baby Vitória were invested and interpreted by the mother from the maternal desire and its implications in the process of survival and supposition of the baby as the subject. The specifics were: to analyze the investment in the vocalizations and other manifestations of the hospitalized baby by the mother and the interdisciplinary team of the neonatal ICU; to analyze the interpretations given to the vocalizations and other manifestations of the baby in the light of the concept of the invocatory drive; to analyze the implications of investment and interpretations given through circulation of maternal desire in the process of survival and supposition of the baby as a subject. This is a psychoanalytic research performed with the parents of a premature baby, and the interdisciplinary team of a neonatal ICU. The child was observed in the year 2008, at the Lauro Wanderley University Hospital in João Pessoa, PB. As for the methodology, we worked with a clinical case that we encountered during my master's degree and it was selected based upon the questions raised by the history of the referred baby, which led us throughout the development of this thesis. The analysis of the data consisted of the psychoanalytic interlocution between the referred clinical situations and the theoretical questions raised by them. We hope that the results of our study will broaden the perspectives for theoretical-practical discussion in the psychoanalytic clinic with babies at physical and mental risk, emphasizing the subjective and relational aspects involved in this early stage of life.

Keywords: Mother-baby relationship. Prematurity. Subject. Invocatory drive. Psychoanalytic clinic. Clinic with babies.

Sumário

Introdução.....	10
1 Bebê-organismo e o Discurso Médico, Bebê Prematuro em UTI Neonatal e o Bebê- máquina, o Bebê-significante e o Discurso da Psicanálise.....	21
1.1 Discurso da psicanálise: a passagem da doença para o sujeito em destaque...	27
1.2 O laço mãe e bebê prematuro e o cenário da UTI neonatal.....	30
1.3 Maternagem e desejo materno.....	40
1.4 Noção de sujeito e de desejo em Freud e em Lacan e seus percursos na psicanálise.....	43
2 A Pesquisa Psicanalítica: tensões e possibilidades na escolha do dispositivo metodológico.....	50
2.1 Participantes e instrumento.....	53
2.2 Breve descrição de como foram realizadas as observações no mestrado.....	54
2.3 O caso clínico trabalhado na tese.....	55
2.3.1 <i>A construção do caso Vitória e procedimento de análise.....</i>	<i>55</i>
3 Caso Clínico de um Bebê Hospitalizado, sua Mãe e Equipes da Obstetrícia.....	59
3.1 Apresentação do caso clínico da bebê Vitória e sua mãe Cristina.....	59
3.1.1 <i>História pré-natal.....</i>	<i>59</i>
3.1.2 <i>Nascimento e os primeiros dias da mãe com a criança.....</i>	<i>59</i>
3.1.3 <i>A rotina da UTI neonatal.....</i>	<i>60</i>
3.1.4 <i>No berçário, “a esperteza de Vitória”.....</i>	<i>61</i>
3.1.5 <i>E Vitória chorou pela primeira vez.....</i>	<i>63</i>
3.1.6 <i>A rotina de Vitória na enfermaria com sua mãe.....</i>	<i>65</i>
3.1.7 <i>O dilema da sucção.....</i>	<i>66</i>
3.2 Análise e discussão do caso.....	68
3.2.1 <i>A voz como pulsão invocante da vida.....</i>	<i>68</i>
3.2.2 <i>Os abortos anteriores e a gestação de Vitória.....</i>	<i>68</i>
3.2.3 <i>Parto: Vitória conseguiu nascer, mas nasceu “em coma”.....</i>	<i>69</i>
3.2.4 <i>Do corpo inerte... ainda.....</i>	<i>76</i>
3.2.5 <i>... Ao corpo em movimento: do risco de morte ao nascimento das trocas..</i>	<i>80</i>
3.2.6 <i>Das trocas.....</i>	<i>84</i>

3.2.6.1 <i>O estabelecimento das trocas com a bebê Vitória na UTI Neonatal</i>	84
3.2.6.2 <i>As trocas com Vitória no berçário</i>	90
3.2.7 <i>As dificuldades com a sucção, o prolongamento da internação e a possibilidade de cirurgia</i>	97
Considerações Finais	105
Referências	110

Introdução

A realidade do recém-nascido em UTI neonatal abrange muitas questões que importam ser consideradas e refletidas neste estudo. Diante disso, nossa tese tem como eixo a hospitalização de bebês e como objeto de estudo as articulações entre o investimento do outro nas vocalizações e demais manifestações daqueles durante a internação em UTI neonatal e os efeitos em sua recuperação e sobrevivência.

O contexto de limitações orgânicas e relacionais que envolve a hospitalização neonatal nos induziu a interrogar: como as manifestações do bebê hospitalizado em UTI neonatal são investidas e interpretadas por parte da mãe e da equipe multiprofissional e quais os seus efeitos no processo de constituição do sujeito?

Por que estudar o bebê prematuro?

O que suscitou nossa investigação se originou da experiência clínica e dos trabalhos de pesquisa, sobretudo, no mestrado¹, época em que observamos bebês prematuros, as respectivas mães e as equipes multidisciplinares em situação de internação hospitalar neonatal. Já o interesse pelo trabalho com bebês surgiu durante a graduação em psicologia, ocasião em que aconteceram as primeiras investigações sobre a temática vinculadas ao GEPPEPE/UFPB². Desde então, a clínica psicanalítica voltada à prematuridade mobilizou interrogações concernentes à relação das mães e equipe com os bebês no contexto hospitalar. Nesse percurso, a prática clínica e a reflexão de pesquisa nos levaram a formular questões mais complexas, aprofundadas e fecundas.

No período da graduação (2001-2006), na condição de aluna bolsista de iniciação científica (PIBIC-CNPq-UFPB), trabalhamos com o projeto de pesquisa *Intervenção precoce na clínica psicanalítica*, momento em que iniciamos os estudos sobre aspectos da relação mãe-bebê no serviço de puericultura do Hospital Universitário Lauro Wanderley, UFPB. Tal experiência foi sucedida pela nossa participação, na qualidade de bolsista de extensão, ainda na graduação, no projeto *Intervenção precoce em saúde mental*, vinculada ao mesmo grupo de pesquisa, na UFPB, coordenado pela professora e psicanalista Dra. Telma Queiroz. Nessa

¹ Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, da UNICAP, na linha de pesquisa psicopatologia fundamental e psicanálise.

² Grupo de pesquisa e extensão em psicanálise e pediatria coordenado pela Dra. Telma Corrêa da N. Queiroz na Universidade Federal da Paraíba.

época, acompanhamos, na UTI neonatal do referido hospital, bebês prematuros ali internados. E a situação de risco orgânico e psíquico já suscitava questões no que concerne à relação deles com suas mães e equipe durante a internação hospitalar.

Após a graduação, os anos de trabalho que se seguiram como psicóloga na rede de saúde dos municípios de Cabedelo (NASF), Bayeux (Centro de Especialidades Clínicas) e na rede socioassistencial (CRAS) junto a famílias de duas comunidades na cidade do Recife contribuíram para realçar, ainda mais, nossas questões dentro do campo da clínica psicanalítica precoce. Isso nos levou a realizar, em 2007, o mestrado no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica/Laboratório de Psicopatologia Fundamental e Psicanálise da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP). Enfim, as trajetórias profissional e acadêmica até então determinariam a eleição do objeto de estudo que aqui dá continuidade às reflexões desenvolvidas na dissertação de mestrado que enfocou as incidências do desejo materno nas possibilidades de recuperação do bebê prematuro em UTI neonatal (Torres, 2009).

Da dissertação de mestrado à proposição da tese de doutorado

Na dissertação de mestrado, abordamos a relação estabelecida com o bebê prematuro na perspectiva da circulação dos significantes relacionados ao desejo da mãe, durante os cuidados realizados na UTI neonatal. Com base nisso, vieram à tona, na época, assuntos sobre a construção do laço mãe-bebê no contexto da prematuridade e da hospitalização.

Na ocasião da pesquisa de campo, realizamos observações semiparticipantes a bebês prematuros com suas mães na UTI neonatal do Hospital Universitário Lauro Wanderley, em diferentes turnos, horários e em contato com diferentes profissionais membros das equipes que atuavam em tal setor. Daí registramos, por escrito, essas observações e construímos três casos clínicos: o de Tiago, o dos gêmeos Ana Larissa e José Vítor e o do bebê Lucas.

Na análise dos dados trabalhados no mestrado, identificamos situações em que se percebia certo tipo de carência de investimento no bebê por parte da mãe ou de determinado membro da equipe. Em outras situações, porém, alguns membros passaram, pouco a pouco, a investir mais nos cuidados com os bebês durante a internação na UTI neonatal. Concluímos, então, que tais acontecimentos discutidos naquele período talvez fossem o efeito da circulação de significantes concernentes ao desejo materno, que não necessariamente precisaria partir da mãe, mas poderia surgir de qualquer lugar, mobilizando os envolvidos com o bebê, os quais poderiam operar mudanças importantes na história clínica dele, com base na aposta do outro em direção a ele (Torres, 2009).

Os resultados da investigação do mestrado nos levaram a supor que, diante da realidade da internação hospitalar neonatal bem como da urgência imposta pela fragilidade orgânica dos bebês, as pessoas que entravam em contato com eles não conseguiam interpretar as manifestações corporais ou vocais (choros, gritos, por exemplo), o que parecia vir acompanhado por dificuldade de investimento libidinal. Logo, o ato de investir nos bebês no ambiente da UTI neonatal era heterogêneo em qualidade e intensidade, apesar de, no início da pesquisa de mestrado, termos levantado a hipótese de tal atribuição depender apenas do desejo da mãe. No entanto, à medida que a análise das observações prosseguia ao longo da referida investigação, percebíamos que o investimento no bebê poderia ser iniciado por outra pessoa integrante da equipe do hospital, impulsionando a recuperação. Além disso, a ausência de investimento em certos bebês prematuros com quadro clínico grave nos pareceu um dos elementos responsáveis pela piora do quadro clínico desses bebês, levando-os, por vezes, ao óbito.

Situações como as referidas, identificadas nas observações aos bebês prematuros, foram trabalhadas na ocasião do mestrado. No entanto, as constatações resultantes das análises das histórias das quais o luto decorrente dos óbitos ou as relações do outro com bebês prematuros em graves circunstâncias deixaram lacunas que também mobilizaram as questões levantadas nesta tese. Dessa forma, os recortes dos casos clínicos analisados na dissertação nos ajudaram a contrapor com o bebê Vitória, objeto de análise na presente tese. Assim, prosseguimos com o seu desenvolvimento, que gerou este trabalho, em articulação com a teoria psicanalítica.

O conjunto de nossa produção nos impeliu a formular a questão trabalhada no doutorado, motivada tanto pelos achados da pesquisa do mestrado quanto pela constituição do caso clínico abordado nesta tese. Os próprios resultados produzidos ao longo das análises do mestrado nos fizeram retornar aos aludidos casos.

Pelas razões acima explicitadas, voltamos a trabalhar o mesmo corpus (observações semiparticipantes e conversas espontâneas) construído no mestrado. Nele, escolhemos os registros decorrentes das observações realizadas à bebê Vitória para construirmos seu caso. Apesar de não ter sido trabalhada na época, sua história ajudou-nos, desde então, a pensar na questão de nossa tese de doutorado e nos chamou a atenção por causa dos achados no mestrado, o que nos estimulou a utilizá-lo. Daí sua escolha para ser analisado nesta tese, bem como todo conjunto de trabalhos nos ter levado à formulação da questão do doutorado acerca da importância do investimento nas manifestações do bebê, sobretudo, as vocais.

Diante do exposto, vemos que as trajetórias profissional e acadêmica em curso determinaram a eleição do objeto de estudo desta tese de doutorado e deram continuidade às reflexões desenvolvidas na dissertação de mestrado (Torres, 2009) – obra destinada a analisar a relação da mãe e da equipe de profissionais com o bebê prematuro com base nas observações realizadas no hospital.

O contexto da internação hospitalar – juntamente com o diagnóstico de prematuridade que marcou o nascimento dos bebês atendidos no ano de 2008 – levou-nos a interrogar, ao longo do percurso acadêmico, sobre as condições que operacionalizam a constituição do sujeito, tendo em vista as situações-limite e de passagens que podem situar os bebês pré-termo: entre as possibilidades de restabelecimento da saúde ou a manutenção da doença; o movimento rumo à vida – do orgânico à suposição de um sujeito no bebê – ou em direção à morte – do orgânico ao inorgânico, à matéria inanimada.

Daí a importância dos aludidos casos clínicos trabalhados no mestrado para esta tese. Seus resultados reverberaram em nosso percurso de estudos na clínica com bebês, abrindo caminhos para pensarmos na questão da tese de doutorado: como as manifestações do bebê são investidas e interpretadas por parte da mãe e da equipe da UTI neonatal e quais os seus efeitos no processo de constituição do sujeito?

Bebês hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal

Ao se falar sobre bebês em UTI neonatal, seus pais e a equipe de profissionais, faz-se necessário pensar no contexto de hospitalização no qual eles estão inseridos. Desde o nascimento, os bebês são dependentes do outro e incluídos em um processo histórico, quando lhes são fornecidos os primeiros significantes sobre o mundo (Crespin, 2004). Nessa inclusão é que surgem os atributos relacionais apresentados pelos recém-nascidos, no sentido de prepará-los para as interações com a família e com o mundo ao seu redor (Klaus, Klaus, 1989).

Segundo estudo de Mata, Cherer e Chatelard (2017), a família situa, de forma simbólica, cada nascimento, marcando o bebê com significantes que passam a representá-lo. Dessa forma, para tais autores, existe um discurso antecedente à própria criança, que remete às gerações anteriores e constitui registro inconsciente familiar estruturado de forma mítica. Nesse aspecto, cada bebê ocupa seu lugar simbólico, relacionado a um conjunto de fatores concernentes à fantasia e ao desejo dos pais. Assim, é possível falar, fundamentando-se em Ferrari e Donelli (2010), que a mulher, ao acessar seu próprio lugar de filha e ao posicionar-se subjetivamente

frente às figuras de seus pais, constrói o bebê imaginado em sua fantasia, o que permite o investimento afetivo no filho, fundamental para a constituição do bebê como sujeito.

Diante disso, ainda com base nos autores supracitados, o nascimento de bebês que necessitam de internação em UTI neonatal por causa da prematuridade ou de outros fatores de risco orgânico tende a mobilizar dificuldades de investimento nos neonatos por parte da família, as quais levam a comprometimentos na capacidade da imaginarização das aludidas crianças pelos pais. Nesse sentido, o recém-nascido, antes do tempo previsto de sua chegada, pode sofrer os efeitos das dificuldades decorrentes tanto da situação clínica quanto das primeiras experiências na relação parental (Mata, Cherer & Chatelard, 2017).

O fato de nascer sem recursos para a própria subjetivação liga o recém-nascido aos cuidados de um *outro*, esse também denominado por Freud (1895/1990) de *semelhante* ou *próximo prestativo*, que aposte na sobrevivência daquele e invista na sua constituição como sujeito. Assim, o que acontece a cada encontro para os cuidados que esse outro presta ao bebê deixa marcas que participam da constituição subjetiva dele. No entanto, com o nascimento de um bebê pré-termo, de acordo com autores como Teperman (2005), as dificuldades parentais com o investimento se intensificam por conta de seu caráter repentino, diminuindo o tempo para elaboração do luto do bebê imaginado bem como dos ajustes necessários para adaptação ao bebê da realidade (Mata, Cherer & Chatelard, 2017; Crespin, 2004).

Diante do exposto, vemos, com base nos nascimentos prematuros, que talvez a chegada inesperada do bebê no meio familiar aponte para um cenário onde a urgência bem como as complicações orgânicas e fisiológicas impliquem riscos diversos, dentre os quais o prejuízo nas trocas relacionais estabelecidas entre ele e a mãe.

Riscos orgânicos e psíquicos ao neonato em internação neonatal

Estudo de J. Jerusalinsky (1999) aborda riscos ao bebê interno em UTI neonatal tanto do ponto de vista orgânico quanto em seu desenvolvimento e constituição como sujeito. Sobre os primeiros, a autora aponta algumas fragilidades decorrentes da imaturidade na regulação respiratória e pulmões ainda não desenvolvidos, para o que, muitas vezes, fazem-se necessários o uso de respirador e a administração de medicamentos para a realização das trocas gasosas. Consequentemente, essas intervenções médicas dificultam o controle da pressão arterial e facilitam a ocorrência de lesões cerebrais por anóxias ou derrames advindas dos riscos na irrigação cerebral. Também são frequentes as complicações na regulação térmica e no peso, as distensões abdominais e a exposição aos procedimentos hospitalares. Além da fragilidade

orgânica e do contexto do neonato em internação neonatal, segundo a autora supracitada (Julieta Jerusalinsky, 1996, p. 52), há os riscos psíquicos, sobre os quais ela afirma:

Na urgência neonatal, aqueles que supostamente estariam a cargo de sustentar as funções materna e paterna de um bebê apresentam-se absolutamente impossibilitados de “associar” e “historiar” esse bebê. Em lugar do “associe livremente”, que marca as coordenadas de uma intervenção psicanalítica, ou o “contem-me o que os preocupa com o bebê e o traz aqui”, que marca a recepção dos pais na clínica de estimulação precoce, na urgência encontramos a falta de palavra, ou falas aparentemente desconexas que ficam entrecortadas pelo evento que toma de surpresa os pais do recém-nascido e lhes impossibilita situar-se ou situar o bebê.

Assim, as reflexões da autora supracitada sugerem que alguns motivos que embasam as complicações para sustentação da função materna podem estar associados ao próprio processo de hospitalização desses bebês. De acordo com Favaro, Peres e Santos (2012), existem dificuldades advindas do desafio dos pais tanto de verem seu filho em internação neonatal quanto de conviverem com várias restrições na interação com o bebê em virtude do quadro clínico.

Outro aspecto presente nas internações em UTI neonatal e possível de intensificar o distanciamento parental concernente à terceirização dos cuidados pela equipe multiprofissional. Essa, conforme Ferrari e Donelli (2010), interfere no processo de investimento afetivo na relação pais-bebê. Tal fato, de acordo com Mata, Cherer & Chatelard (2017), tende a mobilizar nesses a busca por garantias de segurança que os ajudem a “apostar” no filho e no vínculo a ser estabelecido com ele. Por sua vez, estudo de Holanda (2004, p.66) destaca elemento paradoxal das intervenções da equipe multiprofissional, que, também mobilizada pelos efeitos da dinâmica da relação pais-bebês hospitalizados, tende a querer atender à demanda desses e a angustiar-se quando não conseguem agradar-lhes. Conforme relato de experiência da autora supracitada, isso gera tensões entre os profissionais e os pais:

em nome da sobrevivência dos bebês, por estar comprometida no nível da demanda, falhava no mesmo ponto em que insistia em responder a ela. Ou seja, (...) acreditavam que o problema das mães era não saber como cuidar dos bebês e que, portanto, caberia a eles ensiná-las. Na mesma direção iam os esforços da equipe em antecipar e atender os anseios das mães (...), mas essas respostas configurava-se como engodo insuportável, na medida em que responder às demandas transitivas (demanda de algo), deixa velada a demanda intransitiva (demanda de amor) que através daquela se articulava.

Camarotti (2010) também aborda alguns aspectos orgânicos e psíquicos envolvidos no ambiente da internação neonatal. Baseada em alguns estudos, a autora evidencia o aspecto da dor e do excesso de estimulação por que passam os bebês hospitalizados, destacando que o fato de os cuidados serem realizados por diversos profissionais induz os pais a se sentirem

deslocados e com dificuldades nos exercícios de cuidados com o bebê. A mesma autora destaca, com base em estudo de Guinsburg (1999), que os bebês em UTI neonatal são submetidos a uma média de 50 a 150 procedimentos dolorosos invasivos e repetitivos em um único dia de internação; os de baixo peso, 500 ou mais durante a hospitalização. Tanto essa autora quanto Julieta Jerusalinsky (1999) assinalam a existência de impactos de risco psíquico que tais experiências dolorosas desencadeiam, quando associadas à privação dos cuidados maternos. Na condição de objeto de cuidados médicos, a criança internada necessita da sua mãe. Para além das necessidades vitais asseguradas, com essa se torna possível a oferta do investimento nas manifestações corporais. Nesse aspecto, Camarotti (2010) destaca a importância da mãe no sentido de se mapear, via investimento, o corpo da criança, promovendo-lhe a segurança emocional de base. Assim, a mesma autora considera que, nos cuidados, a mãe é considerada invólucro pulsional, por nomear as sensações do bebê.

Na mesma direção, J. Jerusalinsky (1999) reflete que os excessos das intervenções médicas, apesar de necessárias, interferem na sustentação da função materna, o que é arriscado para o bebê em internação. Nesse momento, diferencia a fragmentação dos cuidados específicos de vários profissionais ao neonato na sala da UTI neonatal dos cuidados maternos baseados no saber inconsciente no qual o personagem materno se apoia. (J. Jerusalinsky, 1999, p.55):

Uma mãe também está atenta às funções vitais do bebê, mas em seus cuidados vai tecendo a articulação entre cada uma das manifestações espontâneas deste e a significação simbólica que ela lhe atribui. (...) É por isso que o mero choro reflexo do recém-nascido adquire para a mãe situada desde sua “preocupação materna primária” o estatuto de um chamado. Nessa leitura, que transcende o orgânico, ela põe em ato o texto simbólico que dá significação à vida do bebê. (...) Ocorre que a função materna, justamente porque se exerce desde um saber inconsciente, só pode operar sob certas condições, condições estas frequentemente afetadas na situação de internação do recém-nascido com risco de vida.

A referida autora enfatiza as dificuldades maternas frequentes de fazer leituras sobre o bebê nascido prematuro ou com alguma patologia, as quais geralmente podem apresentar produções diferentes das esperadas pelos bebês nascidos a termo. Esse aspecto também aponta para reflexões sobre possibilidades de intervenções precoces psicanalíticas, seguindo rumo para além das intervenções médicas, que, conforme assinala J. Jerusalinsky (1999), comportam condutas mais diretivas e embasadas no conhecimento técnico do qual, muitas vezes, as mães tendem a se aproximar para recuperar o “lugar de mãe”. Isso, porém, resulta em fracasso, pois os termos médicos, com seu dialeto anônimo e comum a todos os bebês, “não diz nada sobre o

bebê para uma mãe, nem dá a ela as coordenadas da função materna desde as quais possa dirigir-se ao bebê” (J. Jerusalinsky, 1999, p.57).

Tendo em vista as dificuldades que estão por trás dos desafios da especificidade dessa clínica com bebês em reanimação neonatal, Varnier (2013) reflete sobre o impacto da prematuridade na relação deles com seus pais e sobre o possível sofrimento daqueles num serviço de reanimação. Ao considerar o evento da separação materna, enfatiza a participação prevalente da máquina nos primeiros momentos de vida dos recém-nascidos hospitalizados. Na mesma obra, a autora acrescenta que a situação de internação neonatal evidencia a tensão entre os cuidados fornecidos pela máquina e os realizados pelos pais e equipe, pois, antes de tudo, com a máquina é que o bebê estabelece os primeiros contatos (Varnier, 2013). A máquina é, então, colocada na posição de intermediar o contato do bebê com o outro. Tal fato nos leva a refletir sobre as características e repercussões quanto à constituição do bebê como sujeito. Ao mesmo tempo, convém lembrar, as máquinas refletem o resultado dos avanços observados na tecnologia médica, especificamente na neonatologia, conforme apontam estudos de Varnier (2013), Mata, Cherer & Chatelard (2017), para quem as máquinas colocam em jogo tanto a constituição do bebê como sujeito quanto a maternidade.

Segundo destaca Varnier (2013), a relação da máquina com o bebê é contínua, sem interrupções. Ela lhe fornece oxigênio, alimento. Nesse aspecto, o neonato não conhece a falta, o que, de acordo com a autora, oferece perigo à construção do circuito pulsional no bebê. Tais questões ela discute, exemplificando o bebê submetido à ventilação mecânica:

O bebê ventilado não pode chamar. Ele pode chorar silenciosamente. Elas não dão sentido, não acionam nenhuma emoção. Diferente da mãe, ela jamais se deixa transbordar. É a essa máquina que a criança se encontra ligada (...) difícil construir uma história. A máquina nutre e oxigena sem nada dizer e sem nada esperar. Por outro lado, a máquina não espera nada. (Varnier, 2013, p.52).

Assim, vemos, de acordo com a autora supracitada, que a máquina não pode ser a única referência para o neonato; ela coloca em evidência a importância do outro na participação dos cuidados médicos. Em situação de internação neonatal, o outro é que pode fazer o corte na continuidade do ritmo programado das máquinas, os intervalos precisos das visitas médicas, dos exames e demais procedimentos técnicos, introduzindo a presença-ausência do cuidador, que se interpõe entre o bebê e a máquina. Nesse momento, o que é do pulsional incide na criança. Então, cabe perguntarmos: como fica a questão pulsional desses bebês?

De acordo com J. Jerusalinsky (1999), a estruturação do circuito pulsional dá-se na alternância presença-ausência durante os cuidados ao bebê, quando a mãe costuma responder

à demanda que nele supõe. Nesse sentido, o desejo materno marca o corpo do bebê, que se organiza pela inscrição de mapa erógeno peculiar, sentido em que tal autora entra em consonância com Bergès e Balbo (2001), segundo os quais essa possibilidade pode acontecer desde que o corpo sirva de receptáculo do investimento do outro.

No entanto, a realidade de bebês em situação de hospitalização neonatal, em virtude das restrições orgânicas, aponta para dificuldades no estabelecimento do circuito pulsional as quais colocam em questão o corpo para a medicina e para a psicanálise. Estudo realizado por Queiroz e Correia (2002) partiu do que Lacan (1966/1988) menciona acerca da *falha epistemossomática* que, segundo os autores, diz respeito ao “não-reconhecimento da dimensão do sujeito e do gozo na relação da medicina com o corpo” (Queiroz e Correia, 2002, p.74). Já Varnier (2013) discute tal assunto a partir da predominância do corpo festivo para a medicina em detrimento do corpo de gozo, que, de acordo com a autora, tende a ser excluído quando o bebê está ligado às máquinas.

Durante a internação neonatal, talvez o bebê prematuro ou com outras patologias dependa do suporte de máquinas, razão pela qual o corpo em questão se submeta a muita exposição. Varnier (2013) fala do corpo festivo, haja vista ser radiografado, ecografado, perfurado e aspirado e, geralmente, seus orifícios serem desviados de sua função. Sobre isso, diz:

O umbigo perfurado por um catéter. O nariz não serve, somente, para respirar, mas para se alimentar. Por uma sonda introduzida na sua narina, ele não recebe o ar, mas o leite. Em contrapartida, a boca entubada não pode mais ser utilizada para alimentação. Não pode emitir sons. (...) Todo o corpo do bebê radiografado, ecografado, torna-se transparente e se resume somente à inscrição de curvas e números luminosos na máquina, que reúne tudo o que sabemos dele. Como não pensar na falha epistemossomática da qual falava Lacan na sua conferência de 1966, no Collège de Médecine? O que se encontra entre esse corpo “festivo”, inteiramente fotografado, calibrado, diagramado e possível de ser condicionado, e o corpo de gozo, “esse corpo feito para gozar”. O corpo do gozo está totalmente excluído desse encontro epistemossomático. (Varnier, 2013, p.54-55).

Frente ao apoio orgânico à vida dos bebês em UTI neonatal decorrente das intervenções médicas, Varnier (2013) destaca a importância da participação do outro na relação com o bebê, marcando o corpo dele com o desejo e o saber daquele. Tal fenômeno aponta também para um entendimento do corpo como receptáculo de investimento (Bergès e Balbo, 2001; J. Jerusalinsky, 1999; Varnier, 2013). A respeito disso, conforme entende J. Jerusalinsky (1999), a participação do corpo em tal cenário não se dá pela presença permanente da mãe, mas, sim, pela alternância entre a presença e a ausência da resposta materna à demanda do bebê. Dessa forma, afirma, é possível pensar em uma passagem do neonato a bebê, pelo fato de o desejo

materno marcar o corpo e lhe conferir as primeiras experiências de prazer de modo não anônimo.

Assim, as trocas com os bebês e a maneira como esses são investidos são relevantes no contexto em tela. Com base na psicanálise freudiano-lacanianana, a análise do caso de Vitória apontou para o desafio imposto a esta tese: demonstrar a importância da invocação e do desejo materno da relação em que este parece invocar o bebê por meio de diferentes maneiras de investimento feitas pela mãe, promovendo efeitos de ultrapassagem de determinados limites impostos pela doença rumo a novos lugares psíquicos, quando entra em cena a constituição do sujeito no sentido de como o *infans* vai inscrever-se no laço com o Outro. Eis, então, o lugar da pulsão invocante na clínica com o bebê, na promoção de um espaço de fala, de escuta e de possibilidades de oferta de novos lugares psíquicos, não apenas o da urgência do organismo. Portanto, com base no explicitado anteriormente, o objetivo geral de nossa pesquisa consistiu em analisar como as manifestações da bebê Vitória foram investidas e interpretadas pela mãe baseadas no desejo materno e as implicações disso no processo de sobrevivência e suposição do bebê como sujeito.

Quanto aos objetivos específicos, consistiram em:

- analisar o investimento nas vocalizações e demais manifestações do bebê hospitalizado em UTI neonatal por parte da mãe e equipe multiprofissional;
- analisar as interpretações dadas às vocalizações e demais manifestações do bebê à luz do conceito da pulsão invocante;
- analisar as implicações do investimento e das interpretações dadas, via circulação do desejo materno, no processo de sobrevivência e suposição do bebê como sujeito.

Apesar da realidade dos bebês prematuros apresentada, esses se mostraram susceptíveis à interação com outrem, conforme vimos nos casos analisados na dissertação de Torres (2009) e veremos adiante na análise do caso Vitória. O rosto humano, assim como a musicalidade da voz, atraem o recém-nascido. E, quanto às suas manifestações, o bebê também pode, a depender da gravidade de sua prematuridade e da quantidade de aparatos de cuidados intensivos de que dispõe, emitir sons ou movimentos em direção ao outro. É interessante refletir, nesse sentido, como o próprio ambiente de UTI neonatal, por meio dos profissionais, pode apostar no sujeito-bebê, não apenas no organismo-bebê. E nesses desencontros entre os sinais do organismo e os do sujeito-bebê, convém pensar na posição do outro.

Para melhor considerarmos tais aspectos, recorreremos às contribuições da psicanálise conforme os conceitos encontrados nos ensinamentos de Freud e Lacan, os quais nos ajudaram na análise das situações acima descritas existentes na clínica da prematuridade.

Assim, no primeiro capítulo, intitulado *Bebê-organismo, bebê-máquina e bebê-significante*, refletimos sobre a tensão paradoxal existente nas leituras feitas pela medicina e pela psicanálise, que embasam seus trabalhos, considerando a realidade do bebê prematuro em UTI neonatal. As discussões chegaram ao entendimento de que, enquanto a primeira se preocupa com a decodificação dos sinais da vida/organismo ao longo do tratamento, a segunda volta-se para o desejo e promoção do sujeito do desejo. As seções secundárias versam sobre *a relação de tensão entre o discurso médico x discurso da psicanálise e o bebê prematuro em UTI neonatal; discurso da psicanálise: a passagem da doença para o sujeito em destaque; o laço mãe e bebê prematuro e o cenário da UTI neonatal; maternagem e desejo materno; noção de sujeito e de desejo em Freud e em Lacan e seus percursos na psicanálise*.

No segundo capítulo, tratamos sobre a metodologia da pesquisa psicanalítica. Nele, discutimos a respeito de tensões e possibilidades na escolha do nosso dispositivo metodológico. Nas seções secundárias, contemplamos os seguintes assuntos: *participantes e instrumento; breve descrição das observações realizadas no mestrado e a participação da pesquisadora na pesquisa; a construção do caso clínico da bebê Vitória e o procedimento de análise*.

No terceiro capítulo, apresentamos *análise e discussão do caso e fragmentos clínicos resultantes das observações aos bebês prematuros*: o caso clínico de Vitória, a bebê nascida de um parto traumático e “despertada” do coma pela voz materna e pelas ginásticas; o bebê Tiago, oportunidade em que falamos das implicações do lúpus e de luto não-elaborado nas dificuldades de investimento em um bebê prematuro extremo; e o bebê Lucas e a missão de tentar tornar sua mãe “competente”.

Por fim, as nossas considerações finais, em que abordamos, de maneira geral, os principais assuntos que vieram à tona e as contribuições obtidas do caso Vitória e fragmentos clínicos analisados conforme os objetivos geral e específicos aqui estabelecidos.

Portanto, de acordo com as reflexões quanto à realidade atual da assistência a bebês em internação hospitalar, esta tese focaliza as relações estabelecidas entre estes e as mães e equipe profissional da UTI neonatal. Vale salientar que pretendemos, durante a elaboração deste trabalho, abordar as questões relativas à linguagem para psicanálise, que consideramos fundamental para a sustentação de nossa proposta de estudo.

1 Bebê-organismo e o Discurso Médico, Bebê Prematuro em UTI Neonatal e o Bebê-máquina, o Bebê-significante e o Discurso da Psicanálise

A clínica com bebês, em geral, possui especificidades destacáveis nesta tese, como, por exemplo, a própria condição de *infans*, ou seja, o fato de ainda não falarem nem disporem de outros recursos para a interação com o outro. Tais características já evidenciam os desencontros existentes no manejo clínico, seja na perspectiva da medicina ou na da psicanálise.

No que concerne aos bebês prematuros com ou sem doenças congênitas ou adquiridas, suas dificuldades tendem a ser maiores em função da própria fragilidade. Os recursos fisiológicos e orgânicos disponíveis são ainda mais limitados, bem como as suas primeiras relações com o outro (pai, mãe, equipe multiprofissional de saúde) são restritas durante a internação em UTI neonatal. Como podemos inferir, parece mais complexa a clínica da prematuridade, também por conta das dificuldades a ela inerentes: tratamentos especiais e o caráter de urgência. Diante da apreensão de se lidar com a vida e com a morte e da tentativa de fazer as funções vitais do bebê operarem adequadamente, a atenção do organismo, por parte da práxis médica, mantém-se em permanente tensão com o sujeito-bebê.

Pelo exposto, considerando-se a situação do bebê recém-nascido, é importante refletirmos sobre o meio hospitalar representado aqui pela UTI neonatal, onde a criança enfrenta as consequências advindas da prematuridade bem como outras patologias orgânicas. Convém ainda refletirmos sobre aspectos do discurso prevalente na medicina, seus desencontros com a psicanálise e as contribuições da relação entre ambas no âmbito clínico de tratamento aos bebês em situação de hospitalização.

O ambiente de internação neonatal é atravessado por heterogeneidade discursiva, ou seja, os discursos ali circulantes são, em grande parte divergentes, criando uma espécie de tensão que pode ser ultrapassada. Diante disso, partimos da tensão permanente na convivência do discurso da ciência (representado pela medicina) com o discurso da psicanálise para refletirmos sobre a repercussão desse campo paradoxal na clínica com o bebê prematuro interno na UTI neonatal.

A situação de internação hospitalar apresenta algumas peculiaridades quanto ao estabelecimento do laço do bebê com o outro que dele cuida. Por sua vez, a internação em UTI neonatal pode ser marcada pela separação física entre o bebê e o outro durante os primeiros dias e ou meses de vida. Quando o cuidador é a mãe, segundo Szejer (2011), tal condição pode ser muito prejudicial à relação mãe-filho, pelo fato de haver a interrupção na continuidade do

contato físico que atualiza as sensações vivenciadas por ambos ao longo da gravidez – toque, aconchego e as primeiras experiências de cuidados, como amamentá-lo ou carregá-lo no colo.

Bergès e Balbo (2001) argumentam sobre a importância do discurso materno durante os cuidados ao bebê, quando ocorre a sexualização das zonas do corpo. Segundo eles, ao cuidar da criança, a mãe introduz o simbólico ao tocar. Nesse aspecto, é pela sustentação do que ela diz ao bebê enquanto dele cuida que ela pode deslocar a erogeneidade. Os autores explicam que, na rotina de cuidados, a criança experimenta como surpresa agradável as carícias maternas, mas é através das palavras que a mãe também põe algo sobre essa surpresa experienciada que acompanha a excitação gerada pelo tocar. Assim, as palavras das falas maternas podem recalcar os excessos de excitação.

No entanto, se pensarmos nos bebês internados em UTI neonatal submetidos a diversos procedimentos invasivos e dolorosos que possivelmente não transmitam afetos, a questão do toque pode apresentar-se como elemento de risco, também por poder ocorrer sem a mediação da palavra durante a hospitalização neonatal. Bergès e Balbo (2001) também assinalam a respeito da falha da função postural e tônica das crianças hipotônicas, de quando o corpo não é competente para servir de receptáculo de investimentos. Baseadas no exemplo de um caso clínico, dizem:

Essa hipotonia deixa a criança totalmente mole nos braços da mãe, quaisquer que sejam o barulho, a surpresa, o tocar, o olhar, o apelo da voz, e não permite, de sua parte, outra resposta que não seja a mímica ou do olhar, enquanto o resto do corpo é incompetente para não inscrever, mas admitir o toque e as excitações cutâneas. (Bergès e Balbo, 2001, p.69).

As reflexões dos autores supracitados apontam para discussões concernentes ao olhar e à voz, esses considerados por Lacan como objetos pulsionais que, frente a sua queda como objeto a, possibilitam as trocas do outro com o bebê. Mães de bebês hospitalizados, diante das restrições e dificuldades inerentes a tal processo, podem encontrar-se com poucos ou nenhum recurso interno a fim de estabelecerem relação com os filhos. Sendo assim, Bergès e Balbo (2001, p.71) destacam, em tais situações, que:

é o caso em que o corpo não serve de receptáculo e em que o olho é o único ponto sobre o que e a partir do qual um trabalho pode ser feito. A segunda eventualidade que torna as teorias sexuais infantis impossíveis, nesse sentido, apresenta-se quando o corpo só serve de receptáculo e quando não há queda do olhar como objeto a, mas queda completa da voz como objeto a, queda prematura, que deixa a supremacia do tocar.

Sendo assim, uma mãe, diante da sensação de impotência da situação de internação do filho, corre o risco de ser eliminada pela destituição da voz; ficaria restrita apenas ao toque.

Diante disso, a gravidade clínica do bebê prematuro no hospital pode acentuar a ferida narcísica dos pais, porque não vivem a realidade idealizada de terem um filho nascido saudável e no tempo previsto, de poderem cuidar dele em casa. Ao contrário, ele permanece no hospital sob os cuidados de profissionais aos quais foi delegada a tarefa de conduzir o tratamento do recém-nascido. Outro aspecto bastante comum é o aspecto físico de fragilidade do bebê: o primeiro sinal gerador de muita preocupação nos pais e profissionais em relação ao processo saúde-doença, o que os leva a adotar, de início, relação baseada nas evidências do próprio organismo do bebê, tal como aponta o artigo de Frej, Torres e Vilar de Melo (2011). Essa modalidade de entrar em contato com ele pode apresentar obstáculos nos processos operacionais da constituição psíquica do recém-nascido.

Assim, em razão das trocas relacionais estabelecidas com tais bebês em situações tidas como desfavoráveis (internação hospitalar ou demais contextos de dificuldades que sinalizem risco psíquico), pensamos sobre o discurso da medicina e o da psicanálise freudiano-lacaniana no que concerne ao tratamento clínico de bebês no contexto da internação hospitalar neonatal. Tal reflexão apoia-se no fato de o discurso médico ser mais alinhado com o científico; logo, sua prevalência no hospital faz sentido, tendo em vista o contexto de urgência física evidente. Daí, sua incidência nas condutas médicas e nas ações dos diferentes profissionais. Já o discurso psicanalítico concerne às questões do sujeito do desejo. E, nesse aspecto, ainda no que se refere à clínica e ao tratamento de bebês prematuros, a inserção da psicanálise e da atuação do psicanalista na área da saúde surge como nova via de abordagem clínica dos sintomas de sofrimento físico e psíquico provenientes do organismo do bebê. Trata-se de alternativa que segue um caminho diferente do prevalente nas práticas médicas, as quais sofrem os efeitos do excesso de alinhamento produzido no âmbito das ciências médicas (Moretto, 2013).

Se pensarmos na relação dos pais e da equipe do hospital com o bebê, é possível localizar-se a existência de certa tensão paradoxal entre o discurso e prática médica e o discurso da psicanálise. Sobre isso, Moretto (2013, p. 61) problematiza ao afirmar que se trata de antinomia radical, haja vista a “posição que cada um ocupa para operar na sua clínica e do discurso que sustenta cada uma dessas ordens”. Neste capítulo, convém destacar os lugares de cada um da equipe multiprofissional e os discursos que os sustentam, considerando o bebê hospitalizado.

A realidade hospitalar, restringindo-se à situação de nascimento de uma criança com quadro de saúde grave, prematura ou não, mostra a importância de o tempo e a agilidade, muitas vezes, tornarem-se imperativos. No entanto, a dimensão da pressa na urgência nos cuidados

pode ter seus efeitos sobre o outro (bebê), quando há o propósito necessário de fazer um organismo funcionar ou manter-se em funcionamento ao longo das práticas no hospital.

Um dos motivos que nos conduziu a essa reflexão diz respeito ao fato de ao discurso médico estarem subjacentes as condutas e decisões em relacionadas aos pacientes, como refere Moretto (2013). Em outras palavras, em muitas situações do dia a dia hospitalar, o discurso médico, pautado pelo cientificismo, sustentado pela objetividade e cientificidade, impõe ao médico e ao paciente procedimentos a serem obedecidos, ou seja, trata-se de “(...) uma ordem que se impõe por si mesma, e, em nome da vida, é preciso obedecê-la” (Moretto, 2013, p. 62). Pelo exposto, observamos, na rotina hospitalar médica não se consideram os aspectos que envolvem o que a psicanálise compreende como sujeito.

Para Lebrun (2006), o mundo atual está marcado por modelos diferentes dos modelos sociais de épocas passadas: na contemporaneidade, constata-se o declínio da função paterna e a incidência do discurso da ciência sobre o sujeito, que, a cada dia, se vê em estado de apagamento de sua subjetividade. No entanto, em se tratando de bebês em UTI neonatal, podemos pensar, a pressa inerente ao discurso médico é exatamente o que possibilita o organismo a continuar vivo. Paradoxalmente, com base no mesmo autor, o lugar do sujeito não é considerado, mas suas consequências vêm incidindo no social: o apagamento do que é próprio do sujeito, ou seja, as enunciações que o caracterizam enquanto preso às leis da linguagem (Lebrun, 2006).

As reflexões de Lebrun (2006) sobre o discurso da ciência contribuem para pensarmos sobre as situações articuladas em torno do atendimento a recém-nascidos sob risco de morte. Como pensar na constituição do sujeito? E quanto aos variados instrumentos e maquinaria hospitalar à disposição nas UTI neonatais os quais, mesmo assim, podem não poupar um bebê prematuro diante de situações de risco orgânico e psíquico? Significa que, além das dificuldades orgânicas e fisiológicas, existem riscos psíquicos envolvidos nas relações estabelecidas entre o outro e o bebê. Tais questionamentos também nos remetem ao desafio para discutir sobre a constituição do sujeito com base em uma clínica em que não é a tradicionalmente praticada pela psicanálise – isso torna o discurso psicanalítico ainda incipiente no cenário hospitalar. Ademais, essas situações ligadas à amplitude de reflexões tornam-se ainda mais desafiadoras quando pensamos nas intervenções de uma equipe multiprofissional. O bebê, apesar do acesso a todas as modernas instalações de UTI neonatal e da assistência de

equipe de profissionais atentos e competentes, pode não contar com condições favoráveis à constituição psíquica, que só pode acontecer se houver relação com um outro/Outro³.

Lebrun (2006), em suas discussões sobre os efeitos do discurso da ciência no social, leva-nos a pensar sobre os desencontros existentes entre as posições do médico e as do psicanalista no hospital. Segundo esse autor, refletir sobre o desenvolvimento do discurso científico é importante pelo fato de que as consequências concernem ao nosso cotidiano. Sendo assim, o intuito seria o de compreender os seus efeitos no social.

Podemos conceber a ideia do crescimento da tecnociência como resultado dos efeitos do desenvolvimento da ciência moderna. Tal termo, conforme Augustin (2013), refere-se a juízos de valor sobre o controle, denota o vínculo existente entre a ciência e a tecnologia; trata-se de uma estratégia de compreensão do mundo e da natureza da modernidade sob a ótica materialista. Sua atuação acontece em conformidade com as regras que evidenciam a única forma de atividade científica até hoje em vigor. Desde então, observa-se a manifestação das atividades tecnocientíficas nas construções teóricas que primam pela experimentação, pelos cálculos e por meio do lema “saber é poder”. Isso traz a perspectiva da pretensão onipotente inerente ao discurso da ciência, cuja vertente prevalente é a da tecnociência.

Quanto a algumas características da tecnociência, diz o referido autor:

O controle da natureza da estratégia moderna, não é, senão, uma forma de valorizar ou ver os objetos naturais com fins mercantilistas e lucro, promovida pela ciência oficial das grandes empresas monopolistas que decidem com o poder financeiro o destino das práticas tecnocientíficas tanto nas universidades e em todas as instituições de pesquisas científicas. Com o aparente slogan, ciência & tecnologia ou tecnociência para o progresso das sociedades. Ela se manifesta hoje de forma sofisticada no moderno esquema de valor de controle. (Augustin, 2013, p. 2).

Assim, o autor supracitado, considerando a dimensão mais ampla da realidade, reflete sobre tecnociência que embasa a atividade científica como sendo da ordem de valores que conduzem a práticas científicas, cujas regras da indutividade, dedutividade, objetividade, preconizadas pelo método científico, podem inviabilizar possibilidades de outras estratégias de

³ De acordo com Crespin (2004, p.22), “O grande outro é uma noção complexa, mas que podemos aproximar dizendo que se trata do conjunto (no sentido da roveia dos conjuntos, impossível de se enumerar, e no entanto não-infinito do sentido matemático do termo), dos elementos que compõem o universo simbólico no qual o indivíduo humano está mergulhado. Esse universo simbólico é maior que cada sujeito que o habita, e o determina de muitas formas, em essência, inconscientemente. Antes mesmo do nascimento, e talvez antes mesmo de sua gestação, o recém-nascido humano é preso no universo simbólico de seus pais, tanto no âmbito individual deles, quanto a título da sociedade e da cultura a que pertencem.

O pequeno outro, com um *a* minúsculo, designa cada sujeito na singularidade de seu avatar, que faz dele um representante único e não esgotável do Outro ao qual pertence. Segundo Lacan, a mãe é para o bebê um *pequeno outro* servindo de Outro.

construção de conhecimento. Desse modo, a estratégia tecnocientífica de controle da natureza e do homem, motivada por fins mercantilistas e de lucro, passa a ser conduzida pela ciência das empresas, as quais detêm o capital e o destino das práticas tecnocientíficas (Augustin, 2013).

Diante de tal contexto, pensemos na realidade particular do hospital e do bebê prematuro em UTI neonatal. Não pretendemos, aqui, desacreditar nos benefícios que a ciência proporciona à área da saúde – por exemplo, inovações e instrumentos para o tratamento e diagnóstico dos indivíduos –, mas problematizar os efeitos da invenção e dos usos dos recursos tecnológicos capazes de interferir na relação do bebê com seu semelhante. De acordo com Augustin (2013), a pretensão de controle do homem e da natureza parece estar na origem de tal paradigma. A utilização, como ponto de partida, de práticas tecnocientíficas neoliberais, cujos valores da imparcialidade, neutralidade, autonomia, universalidade e determinismo fundamentam a estratégia de poder que reforça a onipotência operativa científica, não colocando em questão aquilo que concerne ao sujeito e ao subjetivo, como aos valores cognitivos, práticos e sociais.

Assim, levando em conta a situação clínica de bebês prematuros hospitalizados em UTI neonatal, a psicanálise aí se insere com a proposta de discurso diferente que, por vezes, pode aparentar ser oposto ao do médico, mas com ele, convive e se mantém em tensão dialética, quando aborda questões sobre o sujeito do inconsciente bem como sobre o desejo que atravessa as práticas médicas. Tal possibilidade nos faz refletir sobre algumas situações que envolvem contexto hospitalar sob a ótica da psicanálise. No entendimento de Moretto (2013), no discurso médico, a doença é construída pelo discurso médico e pelo paciente – condição de passividade –, entendido como o “terreno onde a doença se instala” (Moretto, 2013, p. 65). O sujeito, em tal contexto, como já dissemos, não é considerado. Então, nas lacunas advindas da tensão existente nos dois discursos, a leitura psicanalítica parece encontrar seu caminho, por analisar o sintoma, a doença e o sujeito na perspectiva do que está na ordem do não sabido e que pode ou não ser integrado nas condutas de manejo de tratamento.

Moretto (2013) discute essas questões, tendo em vista as situações vivenciadas pelo indivíduo que adoece. Segundo ela, há certo distanciamento entre a clínica médica e a psicanalítica quanto à demanda dirigida tanto ao médico quanto ao psicanalista. De fato, a psicanálise está diretamente ligada ao desejo aspecto talvez compreendido pela equipe médica como algo incoerente a se considerar dentro do tratamento. Isso porque, segundo a autora supracitada, na clínica médica, as respostas são a respeito da enfermidade, ou seja, o conhecimento sobre a doença. Na psicanalítica, a aceitação da demanda é sustentada na sua

não resposta, a fim de haver a continuidade do tratamento. Em outras palavras, a práxis psicanalítica abre possibilidades a se pensar na clínica com o bebê prematuro para além do discurso médico, pois estão envolvidas questões voltadas para o sujeito.

Pelo exposto, parece evidente, a proposta da psicanálise segue direção aparentemente paradoxal àquela percorrida pela ciência atrelada à tecnologia. Entretanto, as aproximações com o discurso da medicina são possíveis, desde que o diálogo ofereça contribuições para o entendimento das questões inconscientes a reger a vida do sujeito.

1.1 Discurso da psicanálise: a passagem da doença para o sujeito em destaque

A incidência do discurso médico-científico nas práticas médicas e a tendência de assuntos clínicos serem abordados sob a perspectiva tecnicista já comentada fazem das questões concernentes ao sujeito um assunto importante para nossas reflexões dentro da clínica psicanalítica com bebês na atualidade. Assim, com base na psicanálise, cabe aprofundar discussão a respeito de algumas saídas para os impasses existentes na especificidade dessa clínica quanto às condições que promovem o advento do sujeito. Esse processo – mais parece se referir à construção da relação com o outro do que, apenas, à manutenção da vida no sentido de funcionamento dos órgãos e sistemas –, muitas vezes, pode ser desconsiderado nos primeiros dias e meses de um bebê prematuro em internação.

Um dos motivos para tal desconsideração pode relacionar-se ao fato de se tratar de situações voltadas diretamente à aparência física do bebê, em seu quadro clínico de prematuridade, cujas fragilidades são perceptíveis. No entanto, além dos riscos orgânicos, existem os psíquicos. Esses são mais sutis e exigem do outro maior atenção (só possível quando se entra em relação de investimento com o bebê), o que pode não ser compreendido com facilidade por ter a ver com questões subjetivas.

Bernardino (2004) discute algumas diferenças, para a psicanálise, em relação às posições da criança e do adulto. Apoiada em Ansermet, a autora enfatiza que o bebê, dentro do cenário clínico, realiza reatualização constante do real⁴: suscita o fascínio em alguns e o horror

⁴ De acordo com Vorcaro (2004, p.68), “O real é isso em que o inconsciente se sustenta, portanto, a coisa inapreensível, este cúmulo de sentido que constitui enigma (...). enquanto dimensão pura de existência (Há), é obstáculo do qual nada pode ser deduzido. A incessante impossibilidade de se dizer disso qualquer coisa faz com que esse existente sustente a repetição do indefinível. O que faz com que o real possa ser tomado como ponto mergulhado e situável num lugar do espaço é o simbólico (Há discernível). O termo que o escreve em sua ausência, que lhe confere incidência no campo discursivo, sem o qual nada se diria, permite a veiculação cifrada que o envolve, produzindo o deslizamento significante substitutivo deste inapreensível, coincidindo com ele, sem equivaler a ele: há um. O reflexo dessa coisa, pelo que a representação responde, suspendendo esse deslizamento com uma intuição, com um sentido que toma corpo. Trata-se do imaginário, que, no homem, faz consistência do

em outros. Em se tratando do bebê prematuro, seus sintomas e demais manifestações podem mobilizar o profissional cuidador e os pais a dar respostas que podem interferir na não suposição de um sujeito no bebê, ao considerar a prematuridade de seus órgãos e do sistema fisiológico. Assim, observamos, na clínica precoce, mais uma diferenciação em relação à de adultos, quanto ao tempo: ainda não há estruturação psíquica já consolidada na criança, que está em pleno processo de constituição; os efeitos dos primeiros registros de sua relação com o outro só podem ser confirmados *a posteriori*.

A urgência imposta pela prematuridade traz consigo nuances surgidas no tenso cenário da UTI neonatal. As condutas dos profissionais, em primeiro momento, podem concentrar-se na atuação cuja destreza técnica no uso dos recursos e de maquinaria disponíveis tome certa prevalência. Isso talvez gere repercussões no estabelecimento do laço com o bebê, fundamental para a sua constituição psíquica. A propósito, a clínica psicanalítica com bebês, segundo Bernardino (2004) apoiada nas reflexões de Soller (1994), encontra-se na posição de conceber sua práxis com base na lógica da linguagem e desenvolvimento em que haja lugar para a aposta necessária no sujeito a advir, bem como de considerar o movimento do desejo do outro apresentado no processo de internação neonatal (Bernardino, 2004).

Muito se estuda sobre o sujeito na psicanálise. Diante disso, para falarmos do lugar da psicanálise, assim como de seu discurso, no cenário médico-hospitalar, é preciso voltar àquele que a criou: Sigmund Freud construiu seus fundamentos teórico-clínicos em seu percurso de trabalho como neurologista, tomando como ponto de partida seus estudos com as pacientes histéricas. Ao observar elementos de incompreensão não considerados devidamente pela medicina, elaborou gradativamente suas teorias. Dentre as principais, herdamos a noção de inconsciente, fundamental para discutirmos as questões sobre o sujeito e o sofrimento psíquico.

Ao utilizar o termo **inconsciente** – Freud (1915/1990), no alemão, *Das Unbewusst* –, notamos que ele pretendia conferir ao conceito um sentido de não sabido. Isso sustenta grande parte do discurso da psicanálise, que considera o saber que se tem e não se sabe que é sabido. Assim, mediante o tratamento das histéricas, vimos despontar nova proposta de investigação dos sintomas por elas apresentados e o surgimento da psicanálise.

O não sabido escutado, constatado no discurso das histéricas que sustentava o sofrimento delas, levou Freud (1915/1990) a seguir um percurso de construção teórico-clínica que destacou a importância do inconsciente e seus derivados, aos quais temos acesso através

que o rodeia, na mesma relação de reificação em que é capturado pela imagem do seu corpo. O imaginário é a condição de representação desse ponto e de sua circulação, (...) parecido com os outros e, portanto, dessemelhante a outros: Há semelhança”.

dos sintomas normalmente não compreendidos pelo discurso médico. Por tal razão, explica Moretto (2013), aqueles, na maioria das vezes, não são considerados pelos médicos ou demais profissionais da saúde, inclusive porque não estão codificados nem inscritos no discurso médico, nem em suas práticas. Por sua vez, o discurso psicanalítico focaliza os elementos que escapam à ciência médica e não se inscrevem na ordem desse discurso. A propósito, Moretto (2013) ressalta:

Na cena médica, o psicanalista não pode ser um personagem incluído, porque a clínica psicanalítica se dá em “outra cena”, para fazer referência ao termo que Freud usou para marcar a existência do inconsciente. Aqui, estamos falando do psicanalista como um estrangeiro e falando de uma estranheza que tem que ser mantida, porque o que ele vai tratar é do que é “estranho” mesmo. (...) Se a ordem médica detém o saber sobre a vida e a morte, o fato de excluir a subjetividade intensifica fenômenos subjetivos que a ela soam como estranhos, e dos quais ela não se propõe a tratar. (Moretto, 2013, p. 72).

O caminho percorrido por Freud em seus estudos com as pacientes histéricas trouxe à luz os elementos da ordem do estranho e o levou a concluir pela importância da cura pela palavra (*talking cure*). Essa, segundo o pai da psicanálise, promove o acesso ao sentido inconsciente dos sintomas neuróticos. Para Lacan (1964/1998), também ela assumiu lugar de destaque quando ele fez sua retomada com a proposta de o inconsciente ser estruturado como uma linguagem, colocando o sujeito em destaque. Pelo exposto, a psicanálise sinaliza a sua importância teórico-clínica e metodológica na promoção de investigações sobre as situações clínicas nas quais o inconsciente rege os fenômenos associados ao sujeito. Enfim, qual o lugar do psicanalista no cenário médico-hospitalar?

Quando um analista é solicitado a atuar em equipe multidisciplinar no hospital, talvez, de início, sinta-se sem lugar, pelo fato de estar a serviço da ordem médica. Segundo Moretto (2013) baseada em Lacan (1966/1998), nesse contexto, o psicanalista é considerado pela medicina apenas como um auxiliar das condutas médicas. Caso ele ceda ao desconforto proporcionado pelo discurso prevalente do médico, sua prática pode perder a eficácia. No entanto, é o psicanalista quem deve operar seu lugar no cenário hospitalar. Podemos tomar a clínica de bebês como exemplo. Em outras palavras, a psicanálise pode oferecer contribuições ao contexto de internação neonatal de bebês prematuros, por possibilitar nova leitura dos seus sofrimentos, considerando o sujeito desde essa fase precoce da vida, incluindo-o nas possibilidades de tratamento.

Ainda quanto ao cenário hospitalar no qual está o bebê prematuro, vemos, na clínica psicanalítica de bebês, possibilidades e perspectivas de novas investigações, pois, tomando como base as noções de sujeito em Freud e em Lacan, as questões concernentes à linguagem

também podem ser evocadas desde os primeiros dias de vida, relacionando-se, por consequência, com a constituição do sujeito. Para a psicanálise, o sujeito se constitui com base em relação com o Outro, conforme afirma Lacan (1966/1998). Já Tyzler (2017), além de enfatizar tal aspecto, afirma que, ao mesmo tempo, este suscita estranheza, por desconhecermos as complexidades para a construção do laço bebê-Outro, e possibilita pensar em algumas saídas sobre o processo de constituição do sujeito.

A originalidade da teoria lacaniana, quanto à importância da estranha relação com o outro no advento do sujeito, traz muitas contribuições. Ademais, a compreensão da complexidade do cenário de internação hospitalar em tela, atrelada ao drama dos impasses inerentes a essa clínica, pode ajudar a reduzir as angústias dos profissionais e a provocar novas saídas no manejo clínico.

O autor supracitado visualiza algo muito recorrente nas práticas de saúde mental, sobretudo, quanto aos aspectos psíquicos – preocupação que muito contribui no sentido de alertar para os desafios enfrentados pela clínica psicanalítica em geral. A propósito, afirma o mesmo autor, o sujeito de que trata a psicanálise e em destaque nesta tese é um sujeito difícil. Nosso maior desafio é apreendê-lo (Tyzler, 2017).

Diante da tensão paradoxal existente entre a medicina e a psicanálise, o referido autor enfatiza a importância de se observar a definição de sujeito conforme a psicanálise e, daí, considerar o significante para a abordagem das situações clínicas que envolvam o contexto que lida com saúde e com doença.

Portanto, a clínica com crianças pequenas e a com bebês apontam para desafios ao pensarmos sobre o sujeito. É necessário nos apoiarmos nos fatos emergentes na clínica e aceitar sublinhá-los a fim de se descobrirem as condições de possibilidades para o advento daquele ainda nos primeiros tempos da vida do bebê recém-nascido.

1.2 O laço mãe e bebê prematuro e o cenário da UTI neonatal

Os contextos da internação hospitalar e da prematuridade apresentam algumas peculiaridades quanto ao estabelecimento do laço do bebê com o outro. O bebê nascido prematuramente se depara com limitações orgânicas, funcionais, que, em geral, tendem a mobilizar os pais e profissionais a adotar uma relação baseada na urgência daquele organismo, tal como apontam as pesquisas de Frej, Torres e Vilar de Melo (2011). Também, ao mesmo tempo, para que os processos que operacionalizam a constituição subjetiva aconteçam, faz-se necessário o encontro primordial do bebê com o Outro. Assim, com base nas trocas relacionais

estabelecidas com bebês em situações tidas como desfavoráveis, ou seja, internação hospitalar ou demais contextos de dificuldades que sinalizem risco psíquico, é que pensamos no nosso problema de pesquisa.

Se reconhecemos que é por meio da relação com o Outro que o sujeito advém, então, o estudo sobre as relações estabelecidas com o recém-nascido a termo e em boas condições físicas e psíquicas pode ajudar na compreensão das vicissitudes da construção do laço na prematuridade. O bebê, até mesmo antes do nascimento, de acordo com Crespin (2004), já é um ser de relação – vínculo estabelecido com o outro ser humano muito importante para o futuro daquele. E tal importância atribuída ao laço precoce, segundo a autora, dá-se em virtude do estado de dependência do nascimento. Crespin (2004), quando afirma que todos são prematuros ao nascer, destaca um aspecto importante sobre o bebê humano: diferente dos outros animais, depende inteiramente dos cuidados do outro por muitos anos, a fim de se garantir a sua sobrevivência. Assim, a mãe, nesse momento, torna-se fundamental, tendo em vista a condição de prematuridade da espécie. A criança, ao nascer, de acordo com Freud (1895/1990), precisa do outro, também por ele chamado de semelhante, para aplacar seu estado de desamparo. O *outro*, em sua presença mais intensa e concreta, encarna, nesse encontro, o *Outro* primordial lacaniano, que insere o bebê no universo simbólico, promovendo nele a passagem do estatuto de um ser de necessidade para um ser de linguagem, desejante.

Portanto, a partir das trocas com o bebê, durante os cuidados a ele dispensados, é que se torna possível o advento do psiquismo. O próximo prestativo, denominado por Freud (1895/1990) portador do desejo de sobrevivência do recém-nascido e que deste cuidará é, na maioria das vezes, assumido pela mãe. Esta, ao cuidar de seu bebê, encarna também o lugar do *Outro* primordial, desde que ela já tenha passado pelo interdito da própria castração, estando, assim, submetida à lei paterna e à da linguagem, operação nomeada por Lebrun (2006) de *o pai na mãe*. Então, com base nas suas referências inconscientes de cuidados, é que uma mãe dá respostas ao recém-nascido. Da mesma forma, um profissional do hospital, durante sua atuação profissional junto a bebês em internação, utilizará como referência esse *Outro*, transmitindo, assim, particularidades de como foram cuidados.

Melhor compreensão da ocorrência de tais trocas que o Outro estabelece com o bebê e do processo da inserção deste no registro simbólico é possível com base em Lacan (1957-58/1999): ele relaciona as noções de necessidade, demanda e desejo em seu Seminário 5. Durante os cuidados, a mãe entende como demanda do bebê aquilo por ele manifestado como a necessidade que ela deseja satisfazer. Nesse processo, ocorre uma reativação de traços

mnésicos inconscientes da maternagem recebida que lhe permite cuidar de seu filho. Logo, na demanda, se torna possível, indicar o aparecimento do desejo, que passa a ser localizado e a residir nos espaços entre os significantes oferecidos pelo Outro.

Assim, podemos dizer, no primeiro momento, a criança depende da fala do Outro. Este é importante também no tocante às interpretações dadas às demais vocalizações e manifestações do bebê. Tal aspecto, pontuado por Lacan, foi demonstrado primeiramente por Freud (1895/1990), ao abordar a experiência de satisfação. Para Frej (2003), apoiada em Freud, trata-se de experiência correlativa ao surgimento de um corte no estado da massa indiferenciada mãe e bebê (*mèrenfant*⁵): a primeira fronteira está entre a constituição do organismo e a instituição do ser humano. A inscrição dessa primeira fronteira é marcada por uma *aufhebung* (suprassunção) dos estímulos endógenos.

Diante disso, o bebê, ao ser atingido pelos estímulos que vêm do interior do seu organismo e que não podem ser suprassumidos por uma função fisiológica, aciona seus reflexos mediante de gritos e descarga motora. Como organismo humano, é incapaz de executar a *ação específica* que o reconduza ao estabelecimento do próprio equilíbrio; a pessoa atenta ao estado do bebê é quem realiza tais cuidados pelo aporte de uma *ajuda estrangeira* (*fremde Hilfe*). Dessa maneira, a via de descarga passa a ter a função secundária de reciprocidade em cujo momento ocorre a passagem do organismo ao ser humano.

Com base nessas trocas de cuidados entre o outro e o bebê demonstradas por Freud (1895/1990), Lacan explica a articulação entre as noções de demanda e desejo surgidos nas aludidas experiências relacionais. Segundo Lacan entende, a estrutura do desejo do *Outro* aliena-se à da demanda, havendo reconhecimento daquele para além deste último. Assim, quando se pensa no *Outro* como marcado pelo significante, Lacan aponta também como possibilidade o fato de o sujeito se reconhecer como submetido às leis da linguagem. Por meio dela é que se sinaliza “a função desse desejo do *Outro*, no que ele permite que a verdadeira distinção entre sujeito e o Outro se estabeleça de uma vez por todas” (Lacan, 1957-58/ 1999, p.371).

Diante disso, Crespin (2004) justifica com base no que foi dito anteriormente: o conceito de desejo leva a psicanálise a enfatizar a existência em detrimento da sobrevivência,

⁵ Na tentativa de demonstrar o movimento intrínseco à constituição do sujeito humano, Frej (2003) aponta a noção de massa, presente na obra de Freud, a qual denominou de *mèrenfant*, ou seja, um ponto ficcional constituído como uma massa indiferenciada composta do que poderá tornar-se mãe e do que poderá tornar-se filho. A condição do surgimento diferenciado da mãe e do bebê é o aporte de uma ajuda estrangeira (*fremde Hilfe*) e do ponto de vista de Frej e outros autores (2011), o momento da indiferenciação reenvia ao momento ficcional que antecede aquele que, para Freud (1950 [1895]/1990), constitui o da experiência de satisfação e que dá suporte ao surgimento do ser humano.

a partir do momento em que o bebê entra em relação com o *Outro*. A autora complementa: não há, na espécie humana, programação instintual predeterminada, como nos outros animais, capaz de satisfazer suas necessidades básicas de sobrevivência de maneira autônoma. Tal constatação conduziu Freud a elaborar o conceito de pulsão, abordado mais adiante. Assim, por meio do *Outro*, surgido no lugar da ausência da programação instintual no ser humano, recebe-se a significância, por meio da qual a relação da pulsão ao seu objeto se constrói. E a satisfação pulsional, segundo a autora, não se dá pelo objeto, apesar de servir-se dele; obtém-se, sobremaneira, pela relação com o *Outro*, quando o bebê lhe permite ser seu objeto de satisfação (Crespin, 2004).

No entanto, a clínica de bebês nascidos com patologias sinaliza algumas especificidades interessantes. Motta (2010) alerta para essa circunstância de dificuldade no nascimento, considerando-a crítica para a construção do laço durante o pré-natal e no pós-natal, em razão das dificuldades no acolhimento e no investimento por parte do outro a fim de tal relação ser construída.

Conforme entende a autora, durante o período da gravidez até o nascimento, quanto maior a gravidade da situação do bebê, maiores os riscos psíquicos. *O infans*, nessas circunstâncias, pode despertar no outro a sensação de estranhamento e ou de desilusão, fator possível de dificultar o acolhimento das suas manifestações. A mesma autora destaca, então, a importância do analista, o qual pode mediar a relação com o bebê, que necessita do socorro da presença humana desejante e ativa para tirá-lo do risco – nomeado por ela de fraturas na montagem de sua constituição subjetiva (Motta, 2011).

Para abordar a temática em questão, é importante remetermos à fase precoce da vida do bebê humano, pensando no processo de constituição do sujeito. A respeito disso, baseamo-nos nas considerações de Crespin (2004, p.70): “todo o corpo do bebê é tomado na relação com o Outro, constituindo um bom indicador da qualidade do laço”. Nesse ponto, pensa-se na situação de risco psíquico vivida por bebê prematuro internado em UTI neonatal: pela urgência vital do organismo, aquilo que o corpo da criança não realiza é feito pelas máquinas na UTI e pelos cuidados médicos. A palavra, segundo Frej (2003), como ajuda estrangeira (*fremde Hilfe*) e tranquilizadora, pode ser ou não viabilizada pela intervenção do profissional de saúde, produzindo ou não respostas tranquilizadoras ao bebê. Ademais, o estado de urgência do organismo pode levar à dificuldade de leitura por parte do outro das expressões e vocalizações emitidas pelo bebê. Diante disso, como fica a sua relação com a mãe e da equipe multiprofissional da UTI neonatal?

Diante da prematuridade, o bebê talvez não consiga sustentar na mãe a ilusão necessária para ser visto por ela como “Sua Majestade, o bebê”, conforme aponta Freud. Acerca de tal situação, Battikha (2001) dá conta do risco psíquico da possibilidade de se construir nessa relação em que o desamparo materno toma vulto em momento marcado pela dor e urgência do organismo do bebê, bem como da possibilidade de estranhamento. Quais as vicissitudes do encontro em questão? A própria autora destaca a necessidade de escuta à mãe e ao bebê com atuação interdisciplinar, sobre o acontecimento traumático e a perda da ilusão tendente a gerar abertura ao não representável. Assim, é possível pensar nas intervenções pela palavra como fundamental na direção do tratamento, no sentido de rearticular, nomear tal experiência singular e promover a passagem do traumático⁶ para o representável (Battikha, 2001).

Com base nos aspectos acima explicitados, torna-se possível também refletir, conforme alguns estudiosos da clínica precoce, sobre possibilidades de intervenção na clínica com bebês. Estudiosos, como Frej (2007) e Frej, Torres e Vilar de Melo (2011), por exemplo, apontam para a importância da palavra na clínica psicanalítica: ela faz a criação de novos lugares psíquicos, estabelecendo novos limites, fronteiras e endereçamentos no processo de constituição do sujeito, a partir da relação com o bebê, caracterizando-a como a operação da *Aufhebung* nesse movimento. A propósito, as referidas autoras assinalam que, pela palavra, se abrem possibilidades de passagem do registro do organismo ao do corpo ocupante de um lugar no espaço. Diante da noção de massa, dizem:

A partir das notas (...) realizadas por Torres (2009), iremos tentar demonstrar as prevalências que emergem nesse ponto ficcional, onde de uma massa supostamente indiferenciada possa aí emergir a palavra que aí se inscreveu, e instituiu a dialética presença-ausência. A prematuridade de um bebê pode capturar aqueles que dele cuidam no registro de uma prevalência do organismo, do corpo ou de uma consideração pelo sujeito. A prevalência de um lugar não supõe a exclusão de outro. As intervenções pela palavra, sustentadas pela voz humana, convocam o bebê a ultrapassar o registro da indiferenciação orgânica. (Frej, Torres e Vilar de Melo, 2011, p. 146-147).

Já Neves e Vorcaro (2010) veem possibilidades de tratamento quando existe endereçamento com a criança, pois assim algo pode ser lido. Apoiadas na noção lacaniana de *Outro*, as aludidas autoras tratam das possibilidades clínicas voltadas a bebês nascidos em circunstâncias difíceis, como a prematuridade ou alguma patologia comprometedora de sua sobrevivência, alertando contra os riscos de fraturas no tempo de estruturação subjetiva da criança. Segundo elas, dificuldades decorrentes das patologias e demais situações podem fazer

⁶ Nesse aspecto, poderíamos pensar sobre a dimensão do real que se impõe à situação do bebê hospitalizado, como o que é da ordem do irrepresentável, dado o seu caráter de radicalidade envolvido em seus efeitos.

a mãe, nos cuidados, não conseguir assumir o lugar de representante do *Outro* primordial (acolhimento, endereçamento, marcação de um desejo).

No caso da prematuridade e seus impasses, corre-se o risco de acontecer a situação de privação do *Outro*, quando o bebê pode ficar à deriva, restrito a um organismo constantemente manipulado. Eis aí um dos maiores riscos enfrentados nessa clínica quanto ao estabelecimento do laço com o bebê, porquanto há o primeiro contato com o semelhante (mãe, membros de uma equipe), mas sem a presença do *Outro* primordial, que as autoras supracitadas chamam de acolhedor (Neves e Vorcaro, 2010). Essas mesmas autoras (2010) também propõem uma leitura das manifestações sintomáticas do bebê como necessidade de intervenção no sentido de modificar o traço traumático inicialmente inscrito e estabelecido por um *Outro* tido como invasivo ou descuidado, para, no tratamento, permitir a construção de um *Outro* menos invasivo e mais acolhedor.

Ainda quanto às dificuldades na clínica de bebês nascidos com patologias, Motta (2010) reflete sobre algumas saídas para as intervenções precoces considerando a pulsão invocante como aquilo que une as pulsões de vida e morte, a fim de, por meio da voz, permitir o chamado ao lugar terceiro que promove a construção de laços, veiculando os significantes e, dessa maneira, desviando a pulsão de morte em seu caráter mortífero. Assim, quando o analista fala sobre o bebê com a mãe e também interpreta a sua fala, promove-se a relação da dupla ligada pelo desejo. Nesse sentido, podemos pensar no exemplo do grito como uma das primeiras manifestações vocais apresentadas pelos bebês, principalmente em situação de internação hospitalar: se é tomado como apelo pelo outro, torna-se possível a entrada no circuito da pulsão invocante. No entanto, conforme destaca Porge (2014, p. 120), “(...) suas raízes mergulham nas trevas do corpo, do corpo que sofre perigo, mas também do corpo que goza, ali onde a língua se tece de gozo, (...) a pulsão de falar por falar, sem querer fazer sentido ou transmitir uma mensagem”.

Pelo exposto, o conceito lacaniano de *lalangue* merece destaque em relação aos aspectos inconscientes envolvidos no jogo de vocalizações na relação mãe e bebê. No seminário *Encore*, diz Lacan (1972-73/ 2010, p.190):

O inconsciente é o testemunho de um saber, no que em grande parte ele escapa ao ser falante. Este ser dá oportunidade de perceber até onde vão os efeitos da *alíngua*, pelo seguinte, que ela apresenta toda sorte de afetos que restam enigmáticos. Esses afetos são o que resulta da presença de *alínguano* que, de saber, ela articula coisas que vão muito mais longe do que aquilo que o ser falante suporta de saber enunciado.

A linguagem, sem dúvida, é feita de *alíngua*. É uma elucubração de saber sobre *alíngua*. Mas o inconsciente é um saber, um saber-fazer com *alíngua*. E o que se sabe fazer com *alíngua* ultrapassa de muito o de que podemos dar conta a título de linguagem.

Em outro momento, no mesmo seminário, Lacan prossegue em tais reflexões, ao explicar que a *lalangue* se apresenta com outras utilidades, não apenas a comunicação. Segundo ele,

(...) Foi o que a experiência do inconsciente nos mostrou na medida em que ele é feito de *alingua*, que eu escrevo, como vocês sabem numa só palavra, para designar o que nos interessa, *a cada um de nós*, com relação ao que, para nós, é *a língua dita materna*, e dita assim não sem razão. (Lacan, [1972-73]/ 2010, p.190).

Logo, considerando tais constatações, Vilar de Melo (2015), fundamentada em Simonney (2013), assinala que Lacan compreende a *lalangue* como língua materna, pois ela é composta dos cruzamentos entre as vocalizações do bebê e sua mãe, quando a sonoridade e a música existentes na fala predominam nas situações em tela.

As reflexões feitas por Lemos (2015) acerca da *lalangue* levam-nos a supor que a especificidade da clínica que envolve bebês hospitalizados também nos coloca diante de *lalangue* pela dimensão do equívoco por ela suscitado. Para discutir o referido termo, a autora supracitada cita a resposta de Lacan (1971-1972/2000): “E quando Lacan responde: ‘lalangue, como escrevo agora em uma palavra só, é outra coisa’, o acontecimento é celebrado e o termo considerado na teoria psicanalítica”. Segundo a mesma autora, o termo *lalangue* aconteceu na psicanálise em razão de lapsos ocorridos com Lacan e seu público, na ocasião dos encontros para o seminário *O saber do psicanalista*. Assim, desenvolve sua argumentação da *lalangue* como acontecimento de transmissão com base na versão do seminário 19, *O saber do psicanalista*, publicada pela Associação Lacaniana Internacional, traduzida pelo Centro de Estudos Freudianos do Recife e pela editora Zahar com textos estabelecidos por Jacques-Allain Miller. De outra parte, entende Lemos (2015), Lacan tentava denunciar com provas de um mal-entendido, para justificar, que o psicanalista não tinha mudado a forma de situar a verdade baseado no inconsciente. Daí cometeu uma série de lapsos, resultando, dessa “sucessão de palavras sobre palavras”, no surgimento da *lalangue*. Também na platéia do mesmo seminário, *lalangue* aconteceu, conforme e Lemos (2015, p. 41):

No texto estabelecido pela Associação Freudiana Internacional, base da tradução brasileira, publicação interna do CEF, Centro de Estudos Freudianos de Recife, assim como na transcrição disponibilizada pela Escola Lacaniana de Psicanálise de Paris, é da própria boca de Lacan que Lalande passa a lalangue.” Cito: “Lalangue, como escrevo agora, não tenho o quadro negro, bem, escrevam lalangue numa palavra só: é assim que escreverei doravante.

Já na edição da qual Jacques-Allan Miller se encarrega e que reúne apenas os seminários proferidos no Hospital Sainte-Anne, sob o título *Je parle aux murs*, é em alguém no público

que o significante **Lalande** - já não mais e ou apenas nome próprio - soa/ressoa *lalangue*. Esse alguém perguntou: “Lalangue?” Trata-se de uma fala e, portanto, como distinguir “la langue”, a língua, de “lalangue”, lalíngua? Seria mesmo o caso de distinguir ou de fazer valer a dimensão do equívoco em que uma locução é ela mesma e uma outra? A essa fala Lacan respondeu com a letra, com a escrita – “Não, não é gue, é de” –, apontando para o nome próprio/palavra em que incidia o lapso. E imediatamente após: “Lalangue, como escrevo agora em uma palavra só, é outra coisa” (id. ibid. p.18). A frase “eu escrevo/é preciso escrever em uma só palavra” tornou-se presente dali em diante e, mais de uma vez, para celebrar o acontecimento.

Diante de tais cenas entre Lacan e a plateia, Lemos (2015) sustenta o argumento de que a *lalangue* é acontecimento de transmissão. Nesse sentido, ele nos leva a considerar os equívocos, independente de onde tenham ocorrido, as quais surgiram de um lapso que a faz ser da ordem do acontecimento.

Ainda no tocante às trocas vocais do bebê com a mãe, Catão (2009) aponta também a importância da voz na clínica psicanalítica de bebês no processo de constituição do sujeito. Em suas considerações, ela destaca a voz do *Outro* materno como primordial na articulação entre corpo e linguagem, veiculando, então, as letras fundadoras do aparelho psíquico antes da instalação de qualquer possibilidade de significação por parte do bebê. Assim, o corpo pulsional seria compreendido como o resultado de uma relação só possível de ocorrer se houver laço do bebê com o *Outro*. Logo, do lugar de relação e da fronteira entre a mãe e a criança é que se produz a letra inscrita no corpo do bebê. Portanto, é na relação entre a mãe e o bebê que os objetos são partilhados. No caso da voz, segundo Catão (2009), trata-se de um objeto pulsional também constituído em tal fronteira. Durante as protoconversações entre mãe e bebê, por exemplo, há o suporte do corpo-linguagem e o endereçamento do *Outro* materno, que faz a inscrição no corpo sob a forma de letra (Catão, 2009).

Por sua vez, Porge (2014) elabora algumas considerações sobre o intervalo entre o grito e a voz, destacando que ali se passa um jogo de vocalizações com o bebê, balbucios, lalações em que o som se constitui para a criança algo prazeroso. E a qualidade de tais interações sonoras é fundamental para o futuro. Assim, ele aborda a voz como pertencente ao corpo e à linguagem, ela está “(...) no cruzamento do som e do sentido, do afeto e da significação, do corpo e da linguagem, ela é seu ‘desacordo’” (Porge, 2014, p. 95). Esse aspecto torna-se importante na medida em que o bebê pode ser capturado pela sonoridade da voz. Por meio dessa sonoridade é que identificamos as origens de um movimento, que pode dar rumo aos processos subjacentes da constituição do sujeito. A voz, destaca o autor, provoca a divisão entre o falar e o ouvir e

assim, “(...) reconhecida, pode-se fazer objeto de um endereçamento Outro, de uma reinscrição.” (Porge, 2014, p. 95).

Lopes (2006, p. 76) também faz importantes articulações entre a musicalidade com a pulsão invocante no *infans* e a constituição do sujeito. Sobre isso, afirma:

Anterior à palavra, a música exprime uma linguagem universal: E no *infans* é a pulsão invocante, a mais próxima da experiência do inconsciente, que ao mesmo tempo permite emergir o sujeito do inconsciente, que existia em potência, mas não em ato, e também causa que seja dito um segundo sim, interior, em resposta ao chamamento do Outro. Ao longo de toda sua existência, a música relembra esta Bejahung primordial, relembra que há um parentesco entre o sujeito e o Outro, por meio do qual a mais desconhecida das canções, por exemplo, recupera a comemoração inicial do sim (...). Para Didier-Weill a experiência trazida pela música é próxima da experiência mística, na qual sou oceanicamente contemplado pelo Outro, mas de modo oposto ao da invasão do Outro e de seu olhar medúsico como psicose.

Assim, podemos pensar na importância da sonoridade das palavras emitidas pela voz humana quando endereçadas a um bebê, principalmente em condições de fragilidade física e psíquica, como acontece na prematuridade. Nesse sentido, esclarece o autor supracitado, a voz materna é invocante pelo tom – isto é, afeto – do que diz. E o invocado também tem a ver com o gesto, que, no decorrer do crescimento do *infans* se torna dança, o prazer comemorado pelo ritmo e leveza do corpo. “Do som original invocado, que com o crescer do *infans* é decomposto em fonemas e repetido em sílabas, originar-se-ia a linguagem” (Lopes, 2006, p.77).

J. Jerusalinsky (2012) parte do *manhês*⁷, forma peculiar com que as mães falam com os seus bebês, para destacar que, com base em seu saber inconsciente, elas utilizam a prosódia, com sua musicalidade e entonação, para dizer o que ainda não é compreendido pelo bebê. Como resultado da musicalidade existente nos picos prosódicos, as mães costumam produzir uma erotização durante a escuta e a fonação, quando o bebê pode ser invocado por essa voz. Ainda descrevendo a dinâmica do processo em tela, a autora supracitada menciona que os intervalos em que a mãe silencia dá espaço para o surgimento da fonação no bebê. E em tal sustentação dialógica por parte da mãe, o bebê produz suas vocalizações e as dirige ao outro. Assim a referida autora pretendeu explicar que

(...) a voz é um objeto oral primordial. Mas é fundamental que a prosódia convocante esteja articulada a uma alternância sustentada pela mãe ao dirigir-se ao bebê, para que se produza o enlaçamento do bebê no ato da enunciação. A mãe fala e faz um intervalo, na medida em que supõe o bebê como sujeito que tem algo a dizer; sustenta ali a suposição de um desejo no bebê, sustenta ali a alteridade. Temos aí a voz como objeto da pulsão oral que produz laço com o outro e que também assume o sentido de chamado de um sujeito. (Jerusalinsky, 2002, p. 207).

⁷ Termo utilizado nos estudos de Severina Sílvia Ferreira (1990).

A propósito, Maliska (2012) aborda o aludido processo da constituição do sujeito, relacionando-a ao real da voz. De acordo com o mesmo autor, antes de tudo, há um ser sonante; há um soar no ser falante situado no registro do real. A voz materna, então, torna-se sedutora ao bebê, que, ao atender ao chamado dela, passa (o corpo) a ser permeável aos significantes. Assim, acompanhamos Maliska (2012) e J. Jerusalinsky (2012) referentemente ao momento da existência de um gozo da fonação, a envolver o som (fonação e voz). Este, de acordo com Lacan (1962-1963/2005), modela o vazio e a musicalidade da voz da mãe, que se aproxima da alienação aos significantes do Outro. Enquanto a segunda autora destaca a importância do ritmo, da entonação da fala materna e do prazer decorrentes do *manhês*, o primeiro autor faz articulação com a *lalangue*, esta abordada posteriormente.

Em se tratando da perspectiva do laço com o Outro, a importância da voz que invoca o bebê tem relação com o enigma do desejo, sobre o qual afirma J. Jerusalinsky:

Neste ponto, a voz deixa marca, deixa como rastro a produção de um enigma para o bebê. Ainda que (...) não tenha o domínio da língua, ele já está confrontado com o enigma do desejo e, portanto, com o próprio funcionamento humano na ordem da linguagem. (Jerusalinsky, 2012, p. 209).

Em relação às questões abordadas, T. Queiroz (2005) também aponta a existência do efeito do desejo da mãe envolvido com o funcionamento do corpo do bebê e submetido ao jogo dos significantes. E nas reflexões feitas sobre afeto, função e funcionamento do corpo do bebê do ponto de vista da psicanálise, destacamos as contribuições de Bergès e Balbo (1997): segundo eles, a inscrição significativa no corpo do prematuro pressupõe um suporte sobre o qual a palavra da mãe vai funcionar. E, a partir do momento em que a função do órgão é posta em funcionamento, viabilizada pela fala da mãe, localizamos tal suporte cuja qualidade se relaciona à competência materna de fazer os órgãos funcionarem pela palavra ou depende daqueles que ocupam o lugar de função para a criança, tendo em vista sua imaturidade.

Quanto à função, essa pode ser compreendida no sentido de tratar-se de um buraco de significância. Por ser fálica e o falo não ter significante, o S2 que isso representa aguarda um significante mestre, S1 – o saber e a competência da a fim de se adquirir a significância. A respeito disso, explicam os autores: “As cadeias de significância do funcionamento giram em torno do buraco da função, e é desta maneira que o funcionamento remete às funções reais, que são os orifícios, os buracos do corpo, em torno dos quais turbilhonam os significantes do funcionamento” (Bergès; Balbo, 1997, p.159).

Bergès e Balbo (1997, p.159) ainda alertam no sentido de se considerar o fato de que, na relação da mãe com o bebê, do lado do funcionamento, é possível que este seja (...) levado

a transbordar, tanto a função que está encarregada de fazer funcionar, como aqueles que ocupam o lugar de função” (mãe, instituição etc.). Tal transbordamento, segundo os autores, pode ser pensado como o excesso ou o *deficit* no organismo da criança, para quem a palavra da mãe é aquilo que vai fazer transbordar o funcionamento de determinada função. Desse modo, percebe-se a importância das palavras no funcionamento orgânico: delas os efeitos são produzidos sobre as zonas corporais do bebê, dando origem à pulsão (Bergès; Balbo, 1997).

Bergès e Balbo (1997) também articulam a relação função/ funcionamento com transitivismo, ao explicar sobre as práticas de cuidados da mãe com o bebê. Assim, os autores apontam que, quando a mãe transitiva faz hipótese de uma demanda no filho, supõe que ele articulará essa demanda com o seu desejo. Porém, na prematuridade, quando ela se encontra mais preocupada com o funcionamento orgânico do bebê, parece ficar impossibilitada de transitar e, caso não haja a suposição de hipóteses, o endereçamento não poderá acontecer. Isso tende a desencadear dificuldade também de ela poder reconhecer o filho como seu, por meio da identificação de características físicas e da atribuição de desejos, inserindo-o, assim, na linhagem familiar no primeiro encontro.

1.3 Maternagem e desejo materno

Diante do exposto, no intuito de pensarmos na construção da relação da mãe com seu bebê nascido prematuramente, importa considerar o contexto em que esse laço se desenvolve. Quando o cenário é de um nascimento a termo, a mãe, geralmente, é quem realiza diretamente os primeiros cuidados, ou seja, mediante o exercício da maternagem, ela mesma atende ao filho em suas necessidades vitais.

Importa voltar a Freud (1895/1990) a fim de refletirmos sobre tal dinâmica estabelecida: no texto do *Projeto para uma psicologia científica*, o pai da psicanálise ressalta o desamparo do bebê, que, sozinho, é impotente para realizar a *ação específica* capaz de apaziguar as tensões internas de seu organismo, daí a mobilização no outro do estado de urgência. Então, esse *outro ou próximo prestativo*, segundo denominação freudiana, faz leitura das manifestações orgânicas, conferindo-lhes sentidos e baseando-se neles no sentido de tomar providências de cuidados, no intuito de proporcionar ao bebê o retorno ao estado de repouso. Tal dinâmica, denominada por Freud *experiência de satisfação*, de acordo com Dias (2010, p.153) com base em Lacan, “localiza o ponto de inseminação do organismo pelo simbólico, simultâneo com a demarcação do real, pois a introdução do significante no real cria um furo”. Dessa forma, vemos, segundo a perspectiva lacaniana que, nos cuidados da mãe com o bebê, o grito dele,

manifestação decorrente das tensões endógenas e exógenas, é tomado pelo semelhante como apelo, porquanto o outro antecipa sentidos ao que parece mal-estar na criança pequena. Assim, o *outro*, como instrumento da *ação específica*, fá-lo-á entrar no universo da demanda, oferecendo respostas capazes de apaziguar, temporariamente, a urgência pela qual passa o bebê.

No decorrer das trocas – movimento entre o bebê e seu semelhante (o próximo prestativo) ocorre a transformação do apelo em demandas às quais a mãe vai tentando responder impulsionada pelo seu desejo, ofertando a voz, o olhar, o tato, objetos pulsionais importantes na construção relacional e na inserção da criança no universo simbólico. Localizamos, portanto, o desejo subjacente às trocas da maternagem. Para além dos cuidados específicos do organismo, vemos, com base em Catão (2010), a incidência da linguagem e sua intercessão com o corpo agenciado pelo Outro primordial⁸, primeiramente mediante as ofertas dos objetos voz e olhar, depois outros abordados adiante.

A noção de transitivismo, conforme Bergès e Balbo (2002), também contribui com nossas reflexões acerca do desejo materno. Segundo entendem os referidos autores, a mãe opera forçagem quando antecipa um saber baseado nas leituras feitas por ela do corpo de seu filho, introduzindo, desse modo, o campo da fala e a linguagem. Em tal processo, o bebê pode identificar-se com o discurso da mãe, o que concerne ao corpo pulsional.

Referentemente ao contexto relacional da mãe com o bebê prematuro na UTI neonatal, o percurso pode ocorrer com mais dificuldades, pois existem complexidades que podem interferir no caminho para o estabelecimento da relação, por exemplo, a hospitalização, durante a qual o bebê conta com uma equipe de profissionais que assume diretamente os cuidados, no intuito de assegurar sua sobrevivência. Sendo assim, a assistência representada pelos cuidados mediante protocolos clínicos e aparelhos para a manutenção da vida pode gerar repercussões na mãe quanto à capacidade de maternar, além do risco de o bebê permanecer apenas no registro da necessidade. De acordo com Dias (2010), as incertezas que acompanham o cotidiano do bebê prematuro desde o seu nascimento colocam à prova o amor parental, tendo em vista a expectativa de vida daquele. Tal aspecto merece ser considerado e acolhido dentro da especificidade da clínica da prematuridade. A propósito, o amor materno geralmente acompanha os cuidados na maternagem, conforme destaca a autora supracitada:

⁸ Para Lacan (1969/1988), corresponde ao lugar do tesouro do significante. De acordo com Barreto (2011), esse Outro é assim nomeado para mostrar que, apesar de poder ser uma função ocupada pela mãe real da criança, não é exclusiva desta. Esse lugar de Outro primordial, segundo a referida autora, é funcional e pode deslizar entre outros personagens cuidadores da criança, desde que, condicionalmente, parta deles um desejo singular dirigido à criança.

O amor materno visa à constituição do ser na criança, e para que o vir a ser possa se cumprir, a mãe empresta seu corpo, seus significantes, seus devaneios, seu olhar, o seio, a voz, etc. O amor situa e articula dois campos heterogêneos: o campo das pulsões parciais e o campo do narcisismo. É essa conjugação que permite a Chaumonn (2006) dizer que a função do amor é a de vestir o real do organismo com uma imagem, uma voz que a mãe vê o bebê como ela o ama, adornando-o de todos os atributos que o fazem perfeito. (Dias, 2010, p. 163).

Alguns elementos aqui comparecem: a participação do desejo na constituição subjetiva e a importância do investimento amoroso com a oferta dos objetos pulsionais. Nesse sentido, importa ressaltar o que Freud denominou *experiência de satisfação*, na qual Dias (2010) localiza a tomada do organismo pelo simbólico. Durante tal operação, ocorre um corte, resultando em um resto não simbolizável, no qual se aloja a causa do desejo. Diante disso, também vemos, com Lacan, em *A ética da psicanálise*, a importância dada por ele à experiência de satisfação: sem ela, o mundo não se organizaria. Assim, o processo de constituição subjetiva aponta para um atrelamento à perda fundamental originária, enquanto o real do organismo, por intermédio da linguagem, enlaça-se à rede discursiva.

Ao considerarmos a dinâmica da constituição psíquica com base em Freud e Lacan, vemos o quanto o investimento dos pais no bebê contribui para a suposição deste como sujeito. Em Lacan (1959-1960/1997), também vemos o desejo da mãe na origem da operação em foco incidir sobre o organismo do recém-nascido, que, por meio dos cuidados a ele dirigidos, faz surgir a linguagem a subverter o funcionamento do organismo, o que nos leva à compreensão de como se dá a desnaturalização do ser vivo. Portanto, desde os cuidados maternos, o bebê é inserido no universo simbólico. E, na condição de representantes do *Outro*, lugar da linguagem, os pais podem ser agentes dessa transmissão ao filho. Como resultado do acesso ao simbólico, ocorre a identificação ao discurso da mãe, estabelecida no transitivismo, segundo estudo de Bergès e Balbo (2002) e Dias (2010).

A noção do corpo como receptáculo subjacente à operação do transitivismo materno, introduzida por Bergès e Balbo (2002), pressupõe o deslizamento da noção corpo-máquina para a noção do corpo como efeito da incidência do significante sobre o organismo, isto é, da linguagem. A antecipação do agente materno é um momento lógico primordial que vai inscrever o bebê no campo da palavra e da linguagem, pois sem essa antecipação não há como ocorrer uma abertura da criança para a dimensão do ser e do corpo. O encontro do organismo com o discurso do Outro produz inscrições significantes que vão delimitar as bordas desse corpo a partir da defasagem produzida pela demanda e que essas bordas se vão dispendo em torno do vazio deixado pelo objeto. Segundo Dias, “(...) É preciso que primeiro tenha havido

antecipação, quer dizer, que a criança tenha ouvido falar de si mesmo e é isso que ela vai encontrar na experiência do espelho” (Dias, 2010, p.164).

Diante do exposto, pensando no mesmo processo constitutivo no contexto da prematuridade, percebemos a tendência em ocorrer o que Dias (2010) assinala sobre o deslizamento do saber existente no amor materno pelo saber médico – situação desafiadora nesta clínica. Isso nos leva a refletir acerca da importância de se oferecer lugar à palavra, de forma a haver possibilidades de elaborações psíquicas nos pais e esses conseguirem fazer suposições sobre seu bebê, apesar da prematuridade.

Portanto, a assistência ao bebê por meio de protocolos e tecnologias em prol da manutenção da vida também tende a colocá-lo na condição de objeto dos cuidados de uma equipe multiprofissional. Tal aspecto, somado aos aspectos já sinalizados, merece melhor reflexão, tendo em vista o desafio para a construção de laços na prematuridade e da consideração pelo sujeito na perspectiva da psicanálise, assunto abordado a seguir.

1.4 Noção de sujeito e de desejo em Freud e em Lacan e seus percursos na psicanálise

Para se abordar o desenvolvimento teórico que consolidou a noção de sujeito na psicanálise, considerando-se o percurso de Freud e Lacan, convém, de início, situarmos o contexto onde surgiu tal noção tida como um dos fundamentos do campo psicanalítico.

Segundo Torezan e Aguiar (2011) enfatizam, as primeiras tentativas freudianas de criação da psicanálise – sob a influência do contexto de mudanças de paradigmas de sua época – objetivavam a construção de novo conhecimento capaz de acompanhar as propostas da ciência advindas do pensamento cartesiano. Porém, em razão do avanço em seus estudos com as históricas sobre sintomas desconhecidos para a medicina, Freud constatou a impossibilidade de adequar suas investigações aos padrões científicos. Isso direcionou a psicanálise para outro caminho: contemplar o desenvolvimento teórico sobre o inconsciente e o aparelho psíquico.

A elaboração dos fundamentos da teoria freudiana foi baseada na sua hipótese do inconsciente, que adquiriu lugar de destaque em trabalho dele. Assim, os autores supracitados afirmam que Freud (1923/1990), com a psicanálise, promoveu o descentramento do eu, da consciência e da razão. O inconsciente, nesse momento de teorização da primeira tópica, já era por Freud concebido como um sistema psíquico possuidor de lógica particular, diferente da consciência e determinante da subjetividade. Então, os mesmos autores identificaram, com as teorias freudianas, o acontecimento da passagem para nova concepção da subjetividade

dividida em sistemas constituintes do aparelho psíquico e o inconsciente, aquele que rege, com lógica, os acontecimentos psíquicos. Vemos, também, conseqüentemente, nas entrelinhas de suas conclusões, desde a primeira tópica, a perspectiva de sujeito também cindido – o que corresponderia ao sujeito do inconsciente, que, em Lacan (1964/1998), transformou-se como sendo da ordem de uma falta estrutural que o distingue do sujeito da biologia e do da filosofia.

Dessa forma, baseado num retorno a Freud, Lacan chegou à sua noção de sujeito. Com ele, o sujeito adquiriu, na teoria psicanalítica, um lugar central de discussão. De acordo com o dicionário de psicanálise Larousse, organizado por Chemama (1995), para a psicanálise, trata-se do sujeito do desejo que S. Freud descobriu no inconsciente: distinto do sujeito da biologia e do da compreensão, não corresponde ao eu freudiano, nem ao da gramática, mas ao efeito da imersão do filho do homem na linguagem, que ex-siste ao preço de uma perda, a castração. Assim, tem-se em sua referência a noção de sujeito não como substância, e sim, efeito: o sujeito dividido, castrado, da linguagem, do inconsciente, do desejo. Portanto, o sujeito, na psicanálise, distancia-se do campo da biologia e é colocado como sujeito da fala, da linguagem.

Conforme Porge (1996, p. 502),

ele não é o sujeito no inconsciente, imaginado como um reservatório das pulsões, ele é essa pulsação, essa fenda por onde algo de não-sabido-de inconsciente- se abre e se fecha assim que é apreendido pela consciência. O sujeito não é nada de substancial, ele é o momento de eclipse que se manifesta num equívoco.

Apesar de não tê-lo assim nomeado na obra freudiana, conforme observou Vieira (2010), seus indicativos foram desenvolvidos, posteriormente, na teoria lacaniana e consolidados como importante conceito psicanalítico. Já segundo Vieira (2010, p. 90), falar no termo **sujeito** na obra freudiana pode gerar a sensação de certo estranhamento, o que se justifica pelo fato de Freud (1915/1990) ter dedicado boa parte de suas investigações ao aparelho psíquico. No entanto, de acordo com Porge (1996, p. 502), “o termo sujeito, introduzido por Lacan, está aí para tornar possível operar com a hipótese do inconsciente sem aniquiliar sua dimensão fundamental de não-sabido (*insu, Ubewusste*)”. Além disso, apesar de não ser um conceito diretamente formalizado em seus escritos, quando ele fala de sujeito, ele o faz, referindo-se à pulsão. No artigo *As pulsões e suas vicissitudes*, a noção surge no sentido de designar o agente de todo movimento pulsional.

Na referência a Freud, observamos, ele já faz aproximações sobre a noção de sujeito desde os estudos das pulsões, apesar de ele praticamente não usá-lo. Isso aponta para a relação que a dinâmica pulsional parece ter com as questões do sujeito, assuntos desenvolvidos e

destacados adiante, nesta tese. Ainda quanto a tal articulação, no próprio Freud (1915/1990), já podemos observar a natureza de não satisfação da pulsão, descrita em *As pulsões e suas vicissitudes*. A falta de satisfação leva ao surgimento de um furo que, apesar de todo o movimento para satisfação, parece relacionar-se com o que move e faz sustentar o lugar do sujeito da psicanálise. Portanto, identificamos, nas entrelinhas da obra freudiana, o sujeito do desejo, movido e sustentado pela falta. Percebemos, também, a articulação dessa com o campo da linguagem.

Freud encontrou, na linguagem, o campo de referência do qual se tem o sujeito como efeito. Já Lacan alçou o sujeito ao estatuto de conceito na teoria psicanalítica (Porge, 1996). Apoiado na experiência freudiana, que, desde então, direcionava a psicanálise no campo da linguagem, Lacan desenvolveu a própria conceituação de sujeito ao longo do tempo e do avanço de seus estudos com base na proposta de retorno a Freud.

Como se percebe, desde a teoria psicanalítica freudiana, tem sido possível pensar sobre as questões do sujeito e do desejo, abordando-se a relação de cuidados do semelhante com o bebê ainda nos primeiros dias de nascido. Diante do desamparo no bebê (segundo Freud, estado de urgência e desejo), as tensões internas sempre vêm à tona. Por não poder nada fazer a fim de apaziguá-las, torna-se necessário *outro semelhante* que atenda e supra as necessidades fisiológicas da criança. Dessa forma, a dinâmica entre o bebê e o outro dá origem às primeiras percepções e leva aquele a elaborar a experiência alucinatória de satisfação, estado a respeito do qual diz Freud (1895/1990, p. 392):

Com o reaparecimento do Estado de urgência ou de desejo, a catexia também passa para as duas lembranças, reativando-as. É provável que a imagem mnêmica do objeto será a primeira ser afetada pela ativação do desejo. Não tenho dúvidas de que na primeira instância essa ativação produz algo idêntico a uma percepção- a saber, uma alucinação.

A propósito, no seu livro *Projeto para uma psicologia científica*, observamos a importância que Freud conferiu ao *outro*, o *semelhante*, no processo de constituição do aparelho psíquico em que a linguagem é fundante. Nos cuidados com o bebê, o seu estado de desamparo, mesmo relacionado às próprias necessidades vitais, leva um outro atento a satisfazê-las, o que permite elaborar a experiência de satisfação, na denominação de Freud. Então, com base nas experiências advindas das trocas estabelecidas com o próximo prestativo, o *infans* passa a ter em si registros de traços mnêmicos daquele. Esses serão ativados de forma alucinatória, sempre que a criança vivenciar tais situações.

Laznik (2000) também acompanha Freud em relação aos citados traços constituídos por elementos de ordem visual, mas acrescenta os elementos acústicos provenientes das palavras proferidas pelos pais ao bebê. Em outras palavras, os traços mnêmicos, segundo a mesma autora, baseada em seus estudos a respeito dos trabalhos dos psicolinguistas, são acústicos e “(...) tem seu eixo nos modos prosódicos da palavra dos pais ao seu bebê” (Laznik, 2000, p. 81). Tais pesquisas, para ela, direcionaram-na a reconsiderar o bebê segundo Freud (antes era relacionado à dimensão do orgânico, às primeiras necessidades vitais de fome e sede), conduzindo-o à compreensão lacaniana, por se encontrar no registro da linguagem. Assim, a ajuda alheia e a função de reciprocidade – primeiramente apontada por Freud (1895/1990) nas trocas entre o bebê e o outro, retomada e desenvolvida por Lacan – evidenciam o lugar de destaque que a linguagem assumiu na teoria psicanalítica lacaniana e, por conseguinte, na clínica com bebês. Diante de tais trocas, é possível também refletirmos sobre elas com base nos conceitos de necessidade, demanda, desejo e Outro desenvolvidos por Lacan (1966/1998).

Nos cuidados do outro para com o bebê, de acordo com a teoria lacaniana, o desejo está localizado entre a demanda e a necessidade. Segundo definição de M. David-Ménard (1996, p.118),

o desejo em Lacan, se define de fato e em primeiro lugar, epistemologicamente, em sua relação intrínseca com a ordem biológica das necessidades e com a ordem linguageira da demanda de amor. O homem deseja, porque as satisfações de suas necessidades vitais passam pelo apelo dirigido a um Outro, o que de imediato altera a satisfação, transformada assim em demanda de amor.

Com base no autor supracitado, a ordem biológica da necessidade apenas não basta a si mesma, razão pela qual sua contiguidade envolve a relação com o *Outro* pelo amor. Este é compreendido, ao mesmo tempo, como apelo ao outro, no intuito de satisfação da necessidade (que não se dará ao modo como é demandado) e como o campo no qual se estrutura a relação do sujeito com a linguagem. Nessa dinâmica, a não adequação que distingue a demanda de amor da necessidade constitui o desejo. M. David-Ménard, na mesma publicação (1996, p.118), ressalta: o desejo não é a necessidade, pois a ordem própria dela é substituída pela demanda; também não é o amor que aliena a necessidade, mas se forma a partir da troca de lugares entre ambos, ou seja, “se, epistemologicamente, as necessidades se alienam na demanda que condena o homem ao significante, é imaginariamente que se produz o desejo”.

Em *Subversão do sujeito e a dialética do desejo no inconsciente freudiano*, Lacan situa o desejo na articulação com a demanda, apesar de não reduzir-se a esta, mas isso o impede também de reduzir-se à necessidade. No mesmo artigo, a fim de situar o lugar do desejo para

o sujeito, o psicanalista francês elabora o *grafo do desejo*, ilustrando a maneira de acontecer a passagem do estatuto de um ser de necessidade a um ser de desejo, tributário da linguagem. Na descrição do grafo, Lacan (1966/1998) apresenta dois vetores curvos em sentidos opostos, que se tocam em dois pontos denominados por ele “ponto de basta”, nos quais a significação é detida pelo significante. Vejamos sua explicação:

Vamos poupá-los das etapas, dando-lhes logo de saída a função dos dois pontos de cruzamento nesse primeiro grafo. Um, conotado por A, é o lugar do tesouro do significante, o que não quer dizer do código, pois não é o que se conserve nele a correspondência unívoca entre o signo e alguma coisa, mas sim que o significante só se constitui por uma reunião sincrônica e enumerável, na qual qualquer um só se sustenta pelo princípio de sua oposição a cada um dos demais. O outro, conotado por S(A), é o que se pode chamar a pontuação, onde a significação se constitui como produto acabado. (Lacan, [1966/1998], p. 821).

Assim, considerando a explicação lacaniana, tal dinâmica envolve a participação de diversos aspectos necessários no processo de construção da relação que o Outro primordial estabelece durante os cuidados com um bebê, que se encontra em posição de dependência de alguém que atenda às suas necessidades.

Até então, identificamos nessa referência lacaniana a importância dos dois pontos, que, segundo observa Crespin (2004), participam, de forma dissimétrica, na oferta de significantes ao bebê. No primeiro ponto, um lugar – o A, lugar do Outro –, a mãe encarna o tesouro dos significantes a serem oferecidos ao bebê em cada ação de cuidados. No segundo ponto, um momento, uma escansão retorna como resultado da interpretação materna daquilo que o bebê manifestou como necessidade. Um encontro se delinea.

Portanto, o grafo do desejo também sinaliza a ênfase de Lacan (1998) no significante articulado ao advento do sujeito, quando, nesse processo circular do desejo (de S(A) para A e de A para S(A)), instaura-se, entre o bebê e o Outro, relação que não se fecha, evidenciando a falta nos atos inconsistentes – constatação da descompletude da bateria significante que Lacan designa portar o Outro. O desejo, então, caracteriza-se por ser movido e sustentado pela falta. A propósito, segundo Nunes (2015), a falta do saber que designe um objeto a dar conta das necessidades da criança impõe ao desejo sua negatividade, surgida de forma sintomática, no “que queres tu de mim?”, a fim de reparar a inconsistência do Outro. Então, conforme o autor sugere, o que se depreende de tal questão colocada para o Outro e de sua incompletude levamos a pensar neste como conjectura, ou seja, supomos o Outro como lugar detentor do saber (não significa razão), o lugar da fala, a testemunha da verdade relacionada ao que não se sabe, ao sujeito do inconsciente.

Tomando por base a noção do Outro como tesouro de significantes, lugar prévio do puro sujeito do significante, que, em sua posição de dominação e determinação daquilo que rege o humano e (...) “que o sujeito recebe a própria mensagem que emite”, temos, neste ponto, o significante como característica principal destacada por Lacan (1966/1998, p. 821), demarcando a diferença entre o humano dos demais seres vivos. O significante, de acordo com M. Andrès (1996, p.473),

(...) é, antes de tudo, o significante da falta no Outro; o Outro é o garante da fala com a condição de não admitir, por sua vez, que um Outro do Outro possa passar por verdade; por isso ele induzirá um afastamento entre um significante e um outro significante; será somente num outro tempo que poderemos ter acesso ao significado. Lacan escreverá, por isso, que o ‘efeito de linguagem é a causa introduzida no sujeito’ (Écrits); essa causa recobre a questão da castração e, ademais, seu funcionamento é organizado pelo processo da metáfora paterna: um significante S2 representa um significante S1 recalcado e S2 o substituiu.

Com base em Lacan (1966/1998), o reconhecimento e a importância atribuída à palavra e à linguagem na teoria psicanalítica assumem destaque para especificar o que diz respeito à ordem do humano, diferenciando este dos outros seres vivos. Em *Subversão do sujeito e a dialética do desejo*, ele também traz à tona a discussão sobre tais diferenças, quando aborda a questão do saber.

Segundo Lacan (1966/1998), no lugar do inconsciente está o saber, enquanto aquilo que não se sabe, retornando, assim, à concepção freudiana de outrora, a qual destacou o inconsciente como sistema a comportar o desconhecido à consciência e posto em evidência na construção teórica de Freud. Já o instinto dos animais refere-se a um conhecimento a orientar os seres vivos a desempenharem certos padrões de condutas, que, segundo o citado autor, não podem constituir um saber, que é inerente ao humano. Apoiado em tais reflexões, Lacan (1966/1998) destaca a determinação significante nos homens, as quais têm na linguagem a referência no mundo e a sua diferenciação dos animais, esses movidos pelos instintos, cuja admiração é um conhecimento sem saber. Assim, delineou-se sua proposta de retorno a Freud, a fim de se preservar a essência dos fundamentos da psicanálise, considerando-se o sujeito e situando sua constituição na relação com o Outro, bem como reconhecendo a estrutura da linguagem no inconsciente.

Lacan (1966/1998, p. 813), apoiado em Freud, adota a concepção de inconsciente como cadeia de significantes em uma estrutura e prossegue sua elaboração teórica sobre o sujeito, evidenciando a determinação significante no discurso dos homens, o qual, “em algum lugar se repete e insiste para interferir nos cortes que lhe oferece o discurso efetivo e na cogitação que ele dá forma”. Nesse aspecto, acompanhamos M. David-Ménard, quando refere, na mesma

publicação, no dicionário editado por Kaufmann (1996, p. 119), que as articulações entre as ordens biológica, da linguagem e do desejo são possíveis por comportar, em cada um, momento negativo:

satisfação barrada e morte biológica ligada ao sexo, cisão interna do sujeito constituído como intervalo entre dois significantes, caráter enganoso do objeto do desejo, véu da falta. Duas faltas se superpõem aqui: uma diz respeito à falha central em torno da qual gira a dialética do advento do sujeito em seu próprio ser na relação com o Outro, pelo fato de o sujeito depender do significante e de o significante estar de início no campo do Outro. Essa falta vem a retomar uma outra falta, que é a falta real, anterior, a ser situada no advento de o vivente, ter tombado sob o golpe da morte individual.

Pelo exposto, as construções freudiano-lacanianas acerca do sujeito, assim como o fato de sua contribuição pela psicanálise, apontam para a importância dessa clínica e para as possibilidades de atuação no contexto da prematuridade, quando se promove um lugar para pensá-lo. Ao mesmo tempo, apesar de se tratar de um público ainda sem o recurso da fala ou da compreensão dos sentidos das palavras ditas por quem deles cuidam, o resgate do *infans* e do ser falante leva-nos, por meio da psicanálise, a pensar nas manifestações dos bebês e nos efeitos da sonoridade das palavras de quem dele cuida, que poderá investir e interpretar tais expressões durante a internação neonatal.

2 A Pesquisa Psicanalítica: tensões e possibilidades na escolha do dispositivo metodológico

Neste capítulo, descrevemos nossa proposta metodológica bem como procuramos justificar as nossas escolhas. Para falar sobre método de pesquisa, importa, inicialmente, situarmo-lo com base em posicionamento epistemológico que fundamente e auxilie a nossa proposta de investigação. Logo, como se trata de pesquisa em psicanálise, vamos tecer considerações voltadas à dimensão metodológica desse campo.

A propósito, acompanhamos Freud (1924 [1923]/1990) no percurso por ele desenvolvido no sentido de criar a psicanálise, que, desde o início, consiste, ao mesmo tempo, na construção de um corpo teórico acerca dos processos psíquicos inconscientes, desenvolvido e fundamentado com base na prática clínica, bem como em um método de investigação do psiquismo humano e seu funcionamento. Assim, é possível afirmar, a pesquisa psicanalítica tem a característica de promover permanente diálogo com a clínica. E. Queiroz (2005, p. 61), por sinal, pontua: desde Freud, a clínica vem servindo de matéria-prima para a construção de conceitos e teorias, de maneira que, no ato da investigação psicanalítica, escreve-se a clínica. Diz a citada autora: “Este ato simbólico (...) permite a metaforização da experiência psicanalítica, servindo de base para construtos metapsicológicos, cunhando um novo saber no corpo da psicanálise”. Daí – supomos – os novos saberes advindos das investigações psicanalíticas e apoiados na referida perspectiva epistemológica (inaugurada pelo estilo freudiano) consideram também o que é do singular, por estarem relacionados aos aspectos inconscientes.

Considerar o aspecto da singularidade inerente ao campo em que nos situamos, em detrimento das generalizações observadas em outras abordagens científicas, leva-nos a importantes reflexões encontradas no próprio estilo de Freud ao criar e consolidar a psicanálise. De acordo com Safra (1993), o singular, o particular e o geral são três termos integrantes do trabalho de pesquisa e da psicanálise. Portanto, não há um saber aplicável a todos os indivíduos. A cada análise, o pesquisador-psicanalista precisa despojar-se do que já conhece a fim de poder apreender o original e o novo. Nesse sentido, acompanhando o autor supracitado, importa destacar, ao longo do processo da investigação psicanalítica, há aspectos singulares e aspectos passíveis de generalizações. Quanto aos singulares, a análise consiste na situação singular, a qual depende da história das relações entre os participantes envolvidos no processo bem como das características psicodinâmicas de cada paciente e da compreensão do analista daquele

momento. Quanto às passíveis de generalizações, a análise pode voltar-se a características gerais de determinado fenômeno.

Logo, podemos afirmar, a pesquisa em psicanálise concerne ao campo que estuda o particular no sentido de compor modelos teóricos abrangentes do psiquismo. Acerca disso, apoiamos-nos em Vorcaro (2010, p.11) ao discutir sobre o método freudiano. De acordo com a autora,

a despeito das importantes balizas técnicas esboçadas por Freud, o método freudiano não equivale nem se limita a elas. Foi exatamente por não ter tornado seu método explicitamente disponível que Freud conseguiu trilhá-lo e transmiti-lo por meio de monografias clínicas.

A mesma autora citou o exemplo de as *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*, de Freud(1912/1990). Tal como em outros textos, o criador da psicanálise escreveu a clínica e transmitiu os fundamentos de sua técnica sem tornar o método freudiano disponível diretamente. Isso mostra como o estilo freudiano inaugurou uma série de construções teórico-clínicas próprias das pesquisas psicanalíticas as quais preservaram as manifestações inconscientes no empreendimento de seus estudos.

De acordo com Vorcaro (2010), as monografias clínicas são, pois, a testemunha da incidência do inconsciente que marca o estilo de Freud de escrever suas obras. Segundo a mesma autora, apesar de o método freudiano considerar o singular, esse não se deixa restringir pelas importantes balizas técnicas. Assim, ela diz:

A escassez de recomendações técnicas é imanente ao método psicanalítico na medida em que impede o risco de reduzi-lo à técnica, que o tornaria passível de aplicabilidade. A aplicação de uma técnica, como sabemos, pressupõe a detenção de um conhecimento que universaliza o objeto e, conseqüentemente, apaga sua manifestação singular. (Vorcaro, 2010, p.11).

A afirmação acima nos aponta para antigas dificuldades, ainda existentes, acerca do reconhecimento da psicanálise (e das pesquisas psicanalíticas) como importante campo de produção de conhecimento a conviver com as demais ciências.

Em seus estudos, E. Queiroz (1999) problematizou essa situação – alvo de tantos questionamentos – e localizou alguns possíveis motivos, dentre os quais o fato de Freud, durante a Primeira Guerra, ter sentido a ameaça de desaparecimento da psicanálise. Por conseguinte, ele investiu mais na transmissão e difusão por meio da formação dos psicanalistas e menos na definição de um campo de pesquisa – o que ainda hoje acontece, apesar da continuidade das investigações psicanalíticas.

Outro aspecto destacado pela autora supracitada e responsável pela vulnerabilidade a críticas à pesquisa psicanalítica tem a ver com o fato de ser a psicanálise uma ciência pertinente à singularidade de cada sujeito, mesmo sabendo que nela podemos encontrar elementos gerais. Para E. Queiroz (1999, p. 100), o caminho percorrido pela psicanálise parece seguir via contrária às das formalizações de outras ciências, ou seja, parece uma “filha bastarda (...)”, por relativizar e ultrapassar as condições balizadoras das disciplinas científicas e o objeto observável, passível de mensurações. A mesma autora sugere, então, que, em vez de tentarmos arranjar provas e realizar debates a fim de garantir a cientificidade da psicanálise, devemos pensar nas contribuições que ela pode promover na produção do conhecimento humano, quando busca investigar o inconsciente e o sujeito.

Nesse aspecto, o objeto da psicanálise – o inconsciente – também é outro elemento sutil que merece ser considerado, pois só podemos apreendê-lo pelos seus efeitos, pelas suas manifestações. Assim, acompanhamos a última autora supracitada no sentido de, na pesquisa psicanalítica, a objetividade de um objeto ter relação com o sujeito que o representa. A propósito, Elia (1999) também argumenta com base em Lacan: a pesquisa psicanalítica consiste em um saber a mais a compor o rol de outras ciências, mas um saber derivado e não integrante do saber científico, resultante de uma operação de subversão desse terreno a partir do momento em que o sujeito do inconsciente é colocado em destaque.

Lacan (1998) também tentou discutir sobre o campo epistemológico da psicanálise com base na retomada do campo epistemológico freudiano, destacando o inconsciente como objeto. Em um de seus escritos intitulado *O sujeito em questão*, ele expõe alguns tensionamentos existentes com o início da ciência moderna. Assim, o psicanalista francês (1998, p. 234) afirma que, nas tentativas de dar conta dos equívocos das conceituações e teorias desenvolvidas, “a teoria, ou melhor, o repeteco que leva esse nome, e que é tão variável em seus enunciados, que às vezes parece que somente sua insipidez mantém neles um fator comum, não passa do preenchimento do lugar onde se demonstra carência, sem que sequer saibamos formulá-la”. Então, apesar da tentativa de obturação do sujeito do inconsciente, ele insiste em dar seus sinais. Nesse sentido, enfatiza Lacan (1998), ao se trilhar o posicionamento da ciência, é possível analisar nela as implicações do que seja mais íntimo da descoberta científica concernente às questões da verdade do sujeito do inconsciente. Na continuidade de sua problematização, o citado autor alerta para o fato de que, em vez de o sujeito ser o que inauguraria a ciência, essa faz nele uma reforma, reparando-lhes as brechas, adiando as questões ambíguas da verdade. No entanto, é necessário ao pesquisador psicanalítico deixar aparecerem as hiências próprias da incompletude do sujeito para não se preencherem no “repeteco da teoria”.

Sendo assim, acompanhamos as considerações lacanianas acerca do sujeito, o qual se representa e se apresenta nas vias da linguagem graças aos significantes que o representam e, por meio de combinações e substituições, possibilitam-nos fazer uma leitura dos fenômenos inconscientes e seus efeitos de significação.

Como um sintoma, a verdade retorna tal qual acontece na falha de um saber, pois perturba a “boa ordem” do que é esperado pela ciência. De tal verdade perturbadora Lacan nos aponta uma verdade que se impõe: a do sujeito. Precisamos considerá-la. Portanto, “Ao se ter como referência essa junção que é o sujeito, as vias das consequências da linguagem para o desejo do saber talvez se tornem mais transitáveis (...)” (Lacan, 1966/1998, p. 236).

Logo, o interesse das pesquisas em psicanálise é aquilo concernente ao sujeito do inconsciente. Esse, não considerado pela ciência, é agora convocado a aparecer sustentado pela transferência e pela palavra. A pesquisa psicanalítica abrange, portanto, não só os contextos da clínica mas também qualquer situação de manifestações referentes ao ser humano. Sobre tal possibilidade, destaca Rosa:

(...) o inconsciente está presente como determinante nas mais variadas manifestações humanas, culturais e sociais. O sujeito do inconsciente está presente em todo enunciado, recortando qualquer discurso pela enunciação que o transcende. (Rosa, 2004, pp. 341-342).

Em geral, apoiando-nos nas reflexões dos psicanalistas supracitados, podemos considerar que a pesquisa psicanalítica surge do processo de apropriação de um método singular construído pelo pesquisador. Esse, após problematizar e analisar um aspecto do campo de seu interesse, com base em sua experiência subjetiva, seus referenciais teóricos e em sua relação transferencial com o próprio trabalho, submete as conclusões de estudo à apreciação crítica dos pares – relação a tornar viáveis as contribuições a fim de se continuar a elaboração de um trabalho metapsicológico de pesquisa.

2.1 Participantes e instrumento

Para esta tese, trabalhamos com alguns dados coletados durante o mestrado que, na época, foi autorizado pelo comitê de ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley, protocolo n. 143/07. Daí recorreremos às anotações dos registros das observações livres inspiradas no método de observação de bebês de Esther Bick (1992) realizadas no ano de 2008, às mães, aos bebês prematuros e à equipe multiprofissional do referido hospital. Ao contarmos

com banco de dados constituído durante o desenvolvimento da dissertação de mestrado, construímos o caso clínico da bebê Vitória e sua mãe Cristina.

Cabe-nos aqui explicar sobre nossos dados, situando o percurso metodológico e os critérios utilizados para a constituição do *corpus* naquela época, o qual retomamos a fim utilizá-lo neste estudo.

Adotamos observações (com as mães, bebês e equipe) como técnicas de coleta de dados, no intuito de conhecermos o contexto situacional do bebê prematuro em UTI neonatal. Dessa forma, realizamos também intervenções por meio de conversas espontâneas. Encontramos, no diálogo, importante recurso metodológico na realização de pesquisas: ao abordar o assunto, Serpa (2010), em sua tese de doutorado, considera a conversa como noção (conceito ou princípio) potencial e a possibilidade de poder fazer parte das investigações de situações com o cotidiano. Acerca disso, diz:

A conversa como metodologia de *retrorreflexão* vem sendo utilizada por alguns grupos que buscam nesta prática criar um lugar de encontro onde os sujeitos possam reinventar a si e a suas realidades através da palavra compartilhada. (Serpa, 2010, p.55).

A palavra compartilhada, de acordo com a autora supracitada, permite também ao pesquisador ser participante no processo de investigação. Com base nisso, tais aspectos foram por nós considerados durante o mestrado, e, desde então, utilizamos como recurso metodológico de coleta de dados a construção de clínicos. A propósito, segundo E. Queiroz (2005), a construção de casos clínicos é uma das opções metodológicas para pesquisa como a nossa, pela aproximação com a experiência analítica. A elaboração do caso clínico, conforme a mesma autora, é compreendida como ação de retorno na clínica e com funcionamento semelhante ao ato analítico. No entanto, importa salientar, os casos trabalhados desde a ocasião do mestrado à tese de doutorado não provêm da clínica propriamente dita, mas a perspectiva de análise do material parte, sim, de uma leitura psicanalítica.

2.2 Breve descrição de como foram realizadas as observações no mestrado

Fizemos as observações no período de seis meses (duração, em média, da pesquisa de campo). Observamos cada bebê com sua mãe e equipes multiprofissionais da admissão até a alta médica, três vezes por semana, durante meia hora. Iniciávamos a observação na UTI neonatal; depois, no berçário; finalmente, perto de receberem alta médica, observávamo-los no quarto da mãe e durante cada encontro com os bebês; realizamos, também, conversas

espontâneas com as mães (ou pais, quando presentes) e equipe sobre assuntos relacionados ao processo de hospitalização das crianças e às histórias familiares.

Apoiando-nos em tais observações aos bebês prematuros com suas mães e em conversas espontâneas, construímos casos clínicos, contemplando o período de internação de cada um e sua história pré-natal. Escolhemos três casos para análise e discussão no mestrado em função dos objetivos da pesquisa realizada naquela ocasião. A propósito, o tempo de realização das observações tiveram relação direta com a internação dos bebês, conseqüentemente, com os casos construídos, razão pela qual alguns destes contenham mais informações do que outros.

2.3 O caso clínico trabalhado na tese

Antes de passarmos à caracterização do caso escolhido para o trabalho de tese, achamos importante expor o breve percurso teórico na construção desta pautada na literatura sobre casos clínicos.

Elia (1999), ao refletir sobre a proposta freudiana de considerar cada caso como o primeiro, destaca a possibilidade de abertura ao pertencente à ordem do não sabido (inconsciente), que surge em cada caso e também dentro dele. Assim, o referido autor considera ser possível atentar para as novidades apresentadas pelo sujeito em sua história e discurso sobre o ainda não sabido. Nesse sentido, o autor referido e E. Queiroz (2005) concordam: a construção caso a caso pode ser considerada como possibilidade que torna o analista autor e primeiro participante do processo.

2.3.1 A construção do caso Vitória e procedimento de análise

Desde a época do mestrado, quando pretendíamos trabalhar alguns casos de bebês em UTI neonatal observados na maternidade, o caso Vitória chamou nossa atenção. Apesar de não ter sido trabalhado na dissertação, ele foi amplamente discutido na época – reflexões que nos conduziram a pensar, já no doutorado, na formulação da questão desta tese.

Dessa forma, algumas características da história da referida bebê motivaram nossa escolha como caso clínico a ser trabalhado: chamou-nos a atenção a firmeza materna em relação ao desejo de que sua filha sobrevivesse, tendo em vista a situação de iminente risco de morte; a forma de a mãe sustentar seu desejo foi outro aspecto interessante, porque pareceu fazer oposição aos prognósticos médicos contrários e traduziu-se por grande investimento nas

manifestações da bebê, sobretudo as vocais, antes mesmo de qualquer expressão visível da criança; diante do investimento em suas possibilidades de evolução e sobrevivência, as respostas da bebê ao longo do período da hospitalização também se destacaram em nossas observações. Consideramos, então, o caso Vitória importante, tanto por ele estar na origem do nosso problema de pesquisa, quanto por indicar possibilidades de continuidade nos estudos que envolvessem o desejo materno em contexto tão amplo e específico como o de um bebê prematuro necessitado de cuidados de equipe multidisciplinar em UTI neonatal. Pudemos interrogar quanto à invocação da mãe sobre o bebê, como aquela atuara no seu desejo e como o bebê lhe respondera: um ato que invocara a criança com palavras.

Para além da perspectiva da circulação do desejo materno nas relações estabelecidas com o bebê, analisada e discutida nos casos da dissertação, o caso de Vitória também mostrou a importância da pulsão invocante e da voz assumidas nesta clínica, em que identificamos a aposta na bebê, bem como os efeitos de invocação sobre ela e as formas com que ela responde ao desejo e demanda do Outro. Assim, com base nos aspectos apresentados anteriormente para a constituição do material das observações, o qual coletamos na ocasião do mestrado, escolhemos, dentre os casos construídos, o de Vitória⁹.

Nascimento na 35ª semana de idade gestacional e dificuldades no parto levaram à ausência de oxigenação cerebral de Vitória, que passou seus primeiros dias em estado de coma. Apesar de o prognóstico médico não ter sido bom, de Vitória não se mexer nem chorar, da privação do contato físico entre ela e sua mãe e das dificuldades com a obstetra responsável pelo parto, Cristina falava diariamente com a sua filha, estimulando-a a se movimentar. Fazia “ginástica” nos braços e pernas e conversava com ela de suas expectativas de vê-la acordada, até que, muitos dias depois, a filha passou a se mexer.

Os impasses vivenciados na história de Vitória não impediram a mãe de manter o investimento na filha em busca do seu restabelecimento. Ambas contaram com o acompanhamento das equipes da UTI neonatal, do berçário e da enfermaria da obstetrícia, das quais destacamos as técnicas de enfermagem e fisioterapeuta por receberem as visitas do pai.

A anóxia neonatal no parto foi uma dentre as diversas dificuldades enfrentadas por Vitória, que não foi uma bebê prematura extrema. No entanto, as circunstâncias ao redor estavam bastante difíceis e inseguras quanto ao seu futuro desenvolvimento, em diversos aspectos, em virtude dos sérios riscos orgânicos, fisiológicos e psíquicos que haviam marcado

⁹ Utilizamos fragmentos do caso de Tiago, que fez parte da dissertação de mestrado; já o de Vitória e fragmentos do de Lucas, mais recentes, foram analisados nesta tese.

a sua chegada ao mundo extrauterino. Entretanto, percebemos a aposta materna ao longo de todos os dias no hospital.

O fato de a mãe de Vitória conseguir cuidar de sua filha e o de continuar apostando em suas evoluções, mesmo em situações tão adversas, inclusive contra toda força do discurso médico, foram características que motivaram nossa escolha pelo caso em foco. Também destacamos as muitas falas maternas e as de alguns membros da equipe dirigidas à criança.

A rotina dos primeiros dias em que aconteciam as “ginásticas e conversas” da mãe com o bebê ainda em coma também chamou nossa atenção, pois, em determinado momento da internação, Vitória despertou. Suas respostas via manifestações motoras e vocais e a aposta materna como suposta expressão do desejo de mãe levaram-nos até nossa interrogação da pesquisa e possibilitaram-nos pensar nas possibilidades e desafios que atravessam a clínica de bebês prematuros no contexto da internação em UTI neonatal. Diante disso, com a análise do caso em foco, deparamo-nos com o desafio de discutir, no cenário hospitalar e em uma clínica ainda incipiente, a constituição do sujeito e como o bebê em tais circunstâncias vai inscrever-se no laço com o outro.

De outra parte, quanto ao procedimento de análise adotado em nossa pesquisa, levamos em conta, no caso, os elementos relevantes que emergiram das situações clínicas nas interações da mãe e ou membro da equipe da UTI neonatal com o bebê, respeitando os princípios psicanalíticos existentes no próprio método escolhido. Também recorreremos a extratos de outros casos trabalhados na dissertação, no intuito de fazer contrapontos com a história de Vitória.

Wickert (2006), ao falar sobre a escrita dos casos clínicos na pesquisa, referiu-se à importância de proporcionarem consistência à experiência clínica. Segundo tal autora, quando se escreve um caso clínico, abre-se espaço determinante para se pensar a clínica. Logo, com relação à análise de casos na pesquisa psicanalítica, ela considera inapropriada a utilização do termo “estudo de caso” – entendimento acompanhado por Rickes, quando afirma: “não existe estudo de caso, mas escrita, construção de caso, e nessa construção, produção de um lugar psíquico que objetiva ser capaz de sustentar a transferência” (Rickes, 2003, p.125 *apud* Wickert, 2006, p. 3).

Após a releitura dos registros que resultaram no caso clínico, organizamos sua constituição por meio de apresentação descritiva voltada aos seguintes aspectos: história pré-natal e neonatal, com o respectivo nome fictício, idade gestacional e diagnóstico médico; informações pessoais da mãe, com os respectivos nomes fictícios, idades, número de filhos, possíveis patologias médicas e o que ela havia mencionado acerca do histórico pré e pós-nascimento do bebê; observações das interações dela, dos pais (quando tínhamos o acesso) e

dos membros da equipe da UTI neonatal com o bebê. Em seguida, identificamos, no material, indícios de análise que nos propusemos investigar e os abordamos ao longo da discussão. No entanto, também consideramos os aspectos singulares que vieram à tona na história clínica que tivessem relação com nossa questão de pesquisa. Assim, atentamos para o que a referida situação clínica nos indicou, em geral e no específico, a respeito dos indícios identificados. Portanto, consideramos a proposta da pesquisa psicanalítica, que é, segundo Rosa e Domingues (2010, p.184),

(...) voltada para o singular e produz o trabalho teórico. É nessa relação que é possível construir, ultrapassar o já dito, construção que não se sustenta em uma linearidade e em que teoria e prática não têm autonomia. Tal trabalho visa demarcar regiões (promover separações) e os elementos comuns vão sendo destacados a fim de constituir a questão a ser estudada.

Aconteceu assim a seleção do material trabalhado nesta tese, de acordo com os critérios de relevância teórica e fundamentados nas contribuições da psicanálise freudiano-lacanianiana.

3 Caso Clínico de um Bebê Hospitalizado, sua Mãe e Equipes da Obstetrícia

3.1 Apresentação do caso clínico da bebê Vitória e sua mãe Cristina¹⁰

3.1.1 História pré-natal

Cristina, 31 anos, é mãe de Vitória, que nasceu com 35 semanas de idade gestacional, no ano 2008. Com histórico de três abortos, contou-nos, na ocasião, que tinha uma filha de 10 anos. O primeiro aborto aconteceu antes do nascimento dessa filha, aos dois meses de gestação; os dois seguintes aconteceram assim: um com dois meses e o último com dois meses e meio de gravidez, em intervalos de, aproximadamente, um ano entre uma gestação e outra.

Cristina, importa destacar, sentia-se sempre muito triste, porque perdera seus bebês. Depois do último aborto, passaram-se dois anos até ficar grávida de Vitória. Apesar de muito feliz pela gravidez, teve sangramento aos três meses de gestação, o que a deixou bastante preocupada. Entretanto, segundo seu relato, mais cuidados com o controle do peso, com a alimentação e com o descanso ajudaram a gravidez de Vitória transcorrer bem, mais tranquila do que a da primeira filha. Ela também relatou que, durante a gestação, cantava para a bebê e dançava com ela em seu ventre. Tal fato sinalizava algo de seu desejo que parecia sustentar seu investimento na criança, assumida desde logo como filha, apesar da anóxia e prematuridade da nascitura.

3.1.2 Nascimento e os primeiros dias da mãe com a criança

Segundo Cristina, demoraram muito para fazer o parto de Vitória. A mãe chegara sozinha na maternidade, depois de haver sangrado em casa, fazia um tempo, e de ter perdido muito líquido. Uma médica residente quis fazer uma cesariana por considerar um parto de risco, mas a profissional que a acompanhava no pré-natal não concordou. A criança estava laçada pelo cordão umbilical em duas voltas. Conforme a mãe, sua obstetra deveria ter considerado o exame que fez essa constatação. Assim, a menina nasceu de parto normal.

Cristina viu muito rapidamente sua filha no nascimento. Por causa da falta de oxigenação naquele momento, Vitória ficou, por dias, em coma. Até a data em que conversamos pela primeira vez com a mãe, ou seja, uma semana após o nascimento, a filha não

¹⁰ Utilizamos nomes fictícios com a finalidade de preservar a identidade da dupla acompanhada.

havia chorado. Ela disse que rezara para o dia do parto coincidir com o dia do plantão de sua médica que a tinha acompanhado no pré-natal, mas, durante o parto, arrependeu-se disso, pois a profissional fora grosseira a ponto de não conseguir fazer o toque a fim de conferir a dilatação ao longo do trabalho de parto. Ademais, a referida médica se ausentara ainda durante a fase das contrações, por isso foi substituída por outra mais atenciosa, que concluiu a realização do parto normal. Horas depois do nascimento de Vitória, Cristina recebeu explicações sobre a situação clínica da filha, que nascera com anóxia.

3.1.3 A rotina da UTI neonatal

A realidade de uma internação em UTI neonatal mais as dificuldades decorrentes do diagnóstico da anóxia no nascimento poderiam contribuir para o endereçamento a Vitória não ocorrer. No entanto, já nos primeiros dias, sua mãe nos contou da expectativa de vê-la de olhos abertos e de chorar. Assim, ela disse à Vitória:

“Vitória, vamos fazer ginástica? Quero você boa logo de olhos abertos e se mexendo, viu?” (Fala de Cristina).

O trecho dessa fala materna nos indica que as conversas para fazer ginástica permaneciam, bem como a verbalização para a filha sobre suas expectativas de melhoras, mesmo quando ela ainda não havia acordado.

Deram início ao tratamento de fisioterapia à bebê. Cristina, sempre que observava os procedimentos da fisioterapeuta, conversava com a menina, estimulando-a a se movimentar. Fazia “ginástica” nos braços e pernas e tirava suas dúvidas com a equipe. Carinhosa com a criança, demonstrava investir em sua recuperação. No começo da internação, quando lhe perguntávamos, durante as conversas espontâneas, como estava, dizia-nos que estava preparando-se, pois estava ciente das possibilidades de sua filha apresentar sequelas. Assim, Cristina estabeleceu uma rotina diária com a filha, observando o trabalho desempenhado pela fisioterapeuta e pela técnica de enfermagem durante os cuidados com a menina. Suas ações e fala indicavam investimento e aposta na recuperação da bebê, bem como fortalecimento na medida em que o quadro clínico de Vitória caminhava mais ao lado das suas expectativas do que do prognóstico da equipe médica. Chegava a exprimir suas dúvidas no tocante a algumas hipóteses médicas, conforme este fragmento de uma das conversas conosco:

“Vão fazer o teste do pezinho, porque acham que é coisa genética. Se falta de oxigênio for genético... disse para ele ir mais fundo na medicina pra ver se acham algo. O médico ficou surpreso, porque fui bem em cima da ferida”. (Cristina).

Vitória, com o tempo, passou a se mexer, a chorar, a olhar para sua mãe e para os outros profissionais que dela cuidavam. Dias depois, levaram a bebê para fazer exames de sangue. Diante das reações de desconforto físico que a criança expressou ao ser furada, Cristina fez importante suposição sobre a filha, fazendo a leitura a respeito do bebê-sujeito em constituição e, às vezes, colocando-se em seu lugar, dizendo:

“Né, minha mãe? Eu entendo é tudo”. E a bebê fazia uns sons, como se lhe respondesse.

Em uma de nossas visitas, a mãe nos contou que a bebê fizera alguns sons enquanto falava com ela. Disseram-lhe que era catarro. Mas Cristina respondeu: *“É que ela é esperta, acho que quer conversar! Agora ela dá trabalho para fechar os olhos e dormir!”* Enquanto isso, ajeitava a criança de modo a esta ficar em posição confortável para dormir. Então, lhe disse: *“Pronto...assim, vá dormir...”*. Vitória estava deitada de bruços enquanto a mãe nos revelou: *“É difícil pra ela dormir em outra posição, porque gosta de dormir sempre de lado”* – leitura das respostas dadas pela bebê em razão de seu movimento.

Vitória permaneceu, cerca de um mês e meio, na UTI neonatal, depois teve alta para o berçário, período durante o qual ela e sua mãe foram cuidadas pelas equipes de profissionais do hospital. De fato, a menina passou em torno das duas primeiras semanas desacordada, mesmo assim, a mãe a acompanhava diariamente, quando costumava “conversar”, apostando na recuperação da filha, situação que chamou a nossa atenção. Enfim, a criança abriu os olhos e se mexeu, para alegria da mãe e surpresa da equipe, que comemorou.

3.1.4 No berçário, “a esperteza de Vitória”

Já no berçário, falou-nos que, na semana seguinte, daria início ao tratamento com a fonoaudióloga que ela conseguira fora do hospital, pois a menina precisava aprender a sugar, apesar da tentativa da equipe de estimular com a chupeta. Também nos confessou que queria observar e aprender a fazer os exercícios. Enquanto nos falava, acariciava as costinhas da filha, que se mexeu.

Na visita seguinte, Cristina contou que tinha ido a sua casa no dia anterior, pela manhã: as coisas por lá estavam bem. Enquanto conversava conosco, tentou pegar a menina no colo, para colocá-la de lado, porque ela se inquietava quando de bruços. Acariciou a cabecinha da bebê já de olhos abertos. Conversamos com Vitória e lhe dissemos que estávamos falando com a sua mamãe, que tinha ido rapidinho em casa ver como estavam as coisas, mas logo voltou para continuarem juntas. A menina mexia o braço com o soro, e a mãe tentava segurá-la para o soro não extravasar.

Cristina verificou a fralda da filha. Perguntamos sobre o pai. Ela respondeu que ele sempre as visitava no hospital e tinha um pensamento bem positivo acerca de Vitória. Falamos para a menina: “*O seu papai também está torcendo para que você fique boa e vá logo pra casa*” e, ao mesmo tempo, nos dirigíamos à mãe. A presença paterna foi muito importante ao longo da internação no hospital.

Possivelmente, a tranquilidade decorrente da passagem da UTI neonatal para o berçário também dizia respeito à mãe. A seguir, algumas de nossas falas dirigidas a Vitória bem como algumas interpretações maternas durante essa transição mostram como a criança ia correspondendo, mediante o movimento, ao investimento recebido.

Encontramos Vitória no berçário. Mais esperta e com o olhar atento, estava com a enfermeira. Falamos com a bebê: “*Que novidade boa você ter saído da UTI para o berçário! Sua mãe deve estar muito feliz!*” E Vitória levantava os bracinhos, mais ativa, mexendo pernas e braços. “*Tua mamãe fez tanta ginástica que agora tu estás adorando se mexer, quando conversam contigo, né?!*” Interessante destacarmos essas respostas motoras da criança diante das falas a ela dirigidas.

Depois conversamos com Cristina, que jantava enquanto estávamos no berçário. Ela nos externou a felicidade com a saída da filha da UTI neonatal para lá, pois, segundo ela, a menina estranhava o ambiente. Então, pedimos-lhe que apresentasse o novo lugar e lhe explicasse que é bem mais tranquilo. Tal mudança significava boa recuperação e mais proximidade da alta.

No encontro seguinte, fomos juntas ao berçário. Chegando lá, ela mudou a menina de posição e falou: “*Eu não gosto de ficar assim, não!*”. E continuou: “*Olha quem está aqui pra te ver!*, referindo-se a nossa visita. Cristina nos falou que a criança deveria aprender logo a sugar para sair do hospital. Cansada de esperar no hospital, nos disse: “*Fazer o quê?*” Enquanto conversava, colocou a menina na posição confortável, de lado, a de que mais gostava.

A mãe nos disse que achara que Vitória estava melhor no berçário: “*Na UTI neonatal era “aquele movimento”. Ai eu conversava muito com a médica, porque teve um dia que era meia noite e Vitória não queria dormir, mas agora eu tou notando ela mais calma e relaxada no berçário*”.

Enquanto conversávamos, Cristina conferia a temperatura da bebê. Segundo ela, a fonoaudióloga tinha começado o tratamento naquele dia e comentou que a criança tinha facilidade para sugar, porém seria um processo lento. Sobre isso, comentou: “*A médica disse que só não deu alta, porque ela não aprendeu a sugar e que ela ainda estava tomando o leite*

pela sonda. Disse: “Tenho que esperar... estressante... tem dia que se perde o pouco da paciência que resta”. E olhava para a bebê.

A mãe nos contou que a fisioterapeuta encarregada do tratamento de Vitória tinha feito um exercício com um bichinho (ursinho de papel) para a menina acompanhá-lo com o olhar. Ela, então, observava os exercícios realizados pela fisioterapeuta. Depois, com a filha, esse e outros exercícios semelhantes a fim de adiantar as aquisições da criança.

Conforme Cristina, a menina estava mais calma em relação aos dias após a saída do coma. Naquela ocasião, era o tempo todo “batendo perna” (referia-se à grande agitação da filha logo após a saída do coma), mas no presente estava muito bem, inclusive já tentava chorar, mas só quando ela queria.

Conversamos com Vitória sobre as coisas que a sua mãe nos contava, sobre o fato de estar esperando que ela aprendesse a sugar e os exercícios que faziam nela: *“Mamãe e papai querem muito que você sugue logo pra poder sair do hospital e ir pra casa”.* Falamos sobre as dificuldades com a sucção: *“Você pode tentar sugar, se quiser. Sua boquinha foi feita pra sugar, tomar o leite da mamãe com sua mamãe...”* Enquanto isso, a mãe estava olhando para nós, na janela perto do berço, atenta à nossa conversa.

3.1.5 E Vitória chorou pela primeira vez

Foi no berçário que Vitória chorou pela primeira vez e a mãe pôde interpretar, com bom humor, essa manifestação: *“Tá vendo como ela está solta?”* O choro era novidade para nós, pois a mãe revelou que havia uns dias ela tinha chorado pela primeira vez. *“Tá vendo como eu estou mal-criada?”*. Enquanto isso, o pai limpava a boca da filha. Constatamos a novidade dos primeiros choros da criança, quando sua mãe precisou ir até a sua casa ver a outra filha. Juntamente com essas manifestações, observamos a agitação motora da criança, o que nos levou a supor haver também relações com o tempo da ausência materna.

Na semana seguinte, Vitória estava acordada no berçário, mexendo-se. Falamos com ela, que olhava para nós e, depois, para o lado. Tentava levantar os braços, com as mãozinhas fechadas e as pernas erguidas, parecendo pedir colo. Procuramos sua mãe, mas fomos informados de que esta tinha saído. Pouco tempo depois, chegou ao berçário e foi ao nosso encontro. Viu a filha e falou para ela: *“Mãezinha ingrata... me perdoe... estava ansiosa pra chegar logo, tinha ido em casa”.* A menina estava chorando quando ela chegou. Pegou a menina no braço e a aconchegou no peito. O pai também veio visitá-la e a mãe colocou-a no colo dele. Ela choramingou. *“Ô, mãezinha...”*. A mãe pegou-a de novo nos braços e falou para

ela: “*O que é que você quer?*” Vitória ficou segurando na mão do seu pai, que participou daquele momento. Sobre esse, Cristina falou: “*Esse é o meu pai, gente! E essa é a tia Maria, a animação daqui*”, referindo-se à técnica de enfermagem. Essa chegou perto e disse para a menina: “*Mais tarde, a gente conversa, senão você vai fazer fofoca pro seu pai de mim*”. A mãe e o pai sorriram. Cristina estava segurando a filha no colo, olhando para ela. Perguntou à menina: “*Por que esse sono?*”.

Passaram-se 10 dias e Vitória estava tentando sugar, esperando pela alta. Fez tomografia e outros exames. Sua mãe disse que a achava bem. Compreendia a possibilidade de ocorrerem sequelas, mas, só quando a filha crescesse, iriam poder identificá-las. Cristina disse que a menina estava chorando mais, dormindo bem melhor, sentindo mais fome. Gostaria de tentar a mamadeira, porém, por enquanto, estava na sonda. Ela fazia naquele dia algumas coisas que não fazia antes. Revelou que Vitória queria pegar o peito; como não conseguia, tentaria usar a mamadeira. Quando soube que a médica daria alta quando a filha sugasse, disse-nos, sorrindo: “*Não vou ter pena*”.

Segundo a mãe, quando foi para a sua casa, as técnicas de enfermagem notaram que a filha sentiu sua falta e chorou. Perguntou-nos se tínhamos ido ao berçário durante sua ausência e pediu que falássemos com Vitória também, para ela sugar. Tal pedido da mãe consideramos como indícios dos efeitos de nossas conversas, que, juntamente com a escuta, conferiram às palavras maternas um lugar de importância nessa história. Assim, os recados veiculados por quem as acompanhava pareciam funcionar como um terceiro, pois eram validados pela mãe, como propõe Szejer (2011). Interessa assinalar o movimento da equipe de profissionais, os quais passaram a interpretar, corriqueiramente, as manifestações de Vitória para além da ordem da necessidade, assumindo a aposta da mãe, mostrando-se, assim, afetados pelo desejo materno.

Nas semanas seguintes, Cristina estava na enfermaria e lá conversamos. Segundo ela, a menina estava sugando a sonda direto, porque a médica tirara um pouco para a criança não ficar dependente. Já ofereciam a chupeta e a chuquinha da mamadeira: “*Vai ser algo lento*”, contou-nos. A médica lhe pedira para ficar no quarto, a fim de se adaptarem melhor, antes de irem para casa.

Dias depois, ao chegarmos à enfermaria, a técnica de enfermagem estava aspirando Vitória. A menina fazia uns ruídos que, segundo a profissional e a mãe, tinham a ver com o choro: “*É essa a reação que ela faz*”, disse para a mãe. Nesse momento, observamos novamente que as interpretações das manifestações de Vitória, por parte da equipe, supunham Vitória como um semelhante, sustentavam a emergência de um sujeito desejante. “*Tem mais, Vitória?*”

Gargareje, dê uma cuspidada para a gente ver se tem mais”, dizia a técnica. A menina parecia colaborar ali naquele momento, pois ela fazia os barulhos enquanto tinha a secreção; de repente, parou. *“Tá vendo como ela parou de reclamar?”*, disse a profissional à mãe, sorrindo.

Vitória parou de chorar e a mãe pegou-a no colo. Ela estava com os olhos bem abertos: *“Tá vendo como eu estou esperta? Se tô com fome, eu reclamo; se me furam, eu reclamo; quem quiser me entender me entenda”*, disse a mãe, como se fosse a menina falando.

A menina cochilava, querendo dormir, e a mãe lhe dizia: *“Não vai dormir não”*. E lembrou os pintinhos, que cochilam também assim; de repente, abrem os olhos. Ela contou essa história para Vitória. A mãe achou engraçada essa lembrança que contara para sua filha.

Outra técnica de enfermagem chegou para conferir a temperatura da criança. A menina nos olhou e a mãe falou para ela:

“Você a conhece? Ela conversa com você já faz é tempo!”.

Vitória olhava para a profissional e depois para o teto. A técnica de enfermagem falou sobre a dieta da criança, e a mãe disse que seu bebê precisava ganhar uns gramas de peso corporal. Enquanto isso, Vitória olhava para elas. A mãe falou: *“Eu sou comportada, só grito quando tou com fome”*. Cristina também comentou que a menina era agitada antes, por causa das furadas na UTI neonatal.

3.1.6 A rotina de Vitória na enfermaria com sua mãe

A mãe estranhou um pouco cuidar da filha sozinha na enfermaria, pois antes contava com os cuidados das técnicas de enfermagem. Isso a deixou um pouco insegura: *“Não gostei muito não. Antes, tinha os médicos, e agora eu me vejo cuidando só, com independência e preciso aspirar ... deixaram assim e não vieram explicar... A médica disse que vinham aspirar, mas ainda não vieram... Eu fico pensando nessas coisas, pois ela era um bebê grave e agora veio para o quarto assim... Disseram que a assistência seria do mesmo jeito, mas que não estava sendo”*.

Na enfermaria, a mãe parecia sucumbir um pouco aos prognósticos médicos. Também observamos que as dificuldades da bebê com a sucção e alimentação permaneciam, apresentando-se como impasses para a alta médica. Por conta disso, o tratamento da criança durou maior tempo.

3.1.7 O dilema da sucção

“Se for para eu aspirar, dar dieta, eu levo pra casa... A médica disse que jamais, que não era bem assim, pois, se acontecesse algo, não teria como prestar os cuidados que poderia ter no hospital, porque a gente quer a proteção. Mas a equipe ali deixa sozinha. Não são todas as equipes.”. Vitória estava dormindo.

“Se for o caso, dê alta. Tem fono, enfermeira, e terá assistência com elas duas. A médica disse que não. Tenho certeza que a Dra. vai dar um basta nisso. Só depende dela sugar”, disse sobre a criança.

“Não quero que façam cirurgia para se alimentar pela sonda... Vitória mostrou suas melhoras com todos os movimentos (braços, pernas, corpo). Só há falha na alimentação.” Cristina expressava em suas palavras o incômodo de Vitória manter-se na sonda, pois existia uma tendência em alguns bebês de estabelecer uma ligação a essa em vez de se ligarem a alguém.

Ao longo de toda internação, Vitória fez tratamento com fonoaudióloga e fisioterapeuta e apresentava evoluções constantes nos aspectos motores e relacionais com a mãe e membros da equipe. No entanto, a mãe e os profissionais preocupavam-se com o fato de ela não conseguir sugar. A sucção, como de costume nas práticas médicas com bebês em internação neonatal em estabilização do quadro clínico (J. Jerusalinsky, 1999), apresenta-se como condição para a alta médica, tendo em vista sua importância na alimentação e na musculatura facial, conseqüentemente, expressões para o outro. Sobre essa preocupação que retornava à mãe e à equipe, retomamos o relato de Cristina:

“A médica disse que só não deu alta, porque ela não aprendeu a sugar e Vitória ainda estava tomando o leite pela sonda.... Tenho que esperar... estressante... Tem dia que se perde o pouco da paciência que resta”. E olhava para a bebê.

Vitória estava com o mesmo peso por alguns dias seguidos e sua mãe achou isso estranho. Chamou a atenção da equipe no sentido de mudarem a alimentação. Mas queriam fazer mais exames, que, segundo ela, *“Vão procurar coisas que não existe. Eu sou a mãe e sei mais coisa do que elas. Até que mudaram o leite e está ganhando peso”*.

Dias depois dessa conversa, quando a filha já estava em seu quarto na enfermaria, Cristina conseguiu aprender a aspirar com as enfermeiras, a fim de poder fazer isso futuramente, quando estivessem em casa. Aspirar as secreções do nariz da bebê mobilizava os receios de Cristina, que se sentia insegura, pois, até o berçário, contara com o auxílio das técnicas de enfermagem para realizar tal procedimento. E a passagem da menina para o quarto

proporcionara a essa mãe lidar com tal desafio, que foi conseguindo superar aos poucos, com a disposição de poder cuidar de sua filha.

Nesse dia em que encontramos a mãe e a criança, alguém no corredor passou e disse: “*Tão novinha...*” E a mãe respondeu como se fosse Vitória: “*Sou novinha nada...sou prematura nada*”. Para a Cristina, parece que a prematuridade não era um ponto de sua atenção. E continuou: “*Dizem que bebê tem cara do joelho... Alguém já viu joelho ter cara? Eu tenho a cara é do meu pai!*”. A menina olhava para a mãe enquanto esta a situava naquele discurso na referência paterna.

Cristina também contou que a menina tinha a mãe de número 1, 2, 3, 4..., referindo-se às técnicas de enfermagem com as quais ambas tinham uma relação muito boa.

Nessa ocasião, fizeram alguns exames em Vitória e nada se constatou. Segundo a mãe, nada havia, porque “*O erro já sabe qual foi*”: estavam esperando a bebê aprender a sugar. Cristina achava que poderia dar continuidade ao tratamento em casa. Enquanto conversávamos, ela contou-nos do dia em que levaram Vitória para fazer exames de sangue e furar a orelha: ouvira de longe o choro dela. Ao nos contar isso, disse à menina: “*Né, minha mãe? Eu entendo é tudo!*”. E Vitória emitia uns sons, como se respondesse a sua mãe.

E Cristina continuou: “*Não aceito que ela seja uma coitadinha. Dizem que vai ser assim, assado, e não vai ser assim mesmo! Diziam que ela não ia se mexer, e agora ela mostra o contrário... Geralmente vem pessoas da equipe da UTI neonatal aqui ter notícias dela e ver que ela não está do jeito que pensavam. Ficaram de boca aberta*”. A menina acordou, choramingando, abrindo e fechando a boquinha. “*O médico deu um prazo de duas semanas para terem alta, mas a médica não concordou*”. A bebê chorava, enquanto a mãe falava sobre isso e não aceitava algumas propostas médicas para o tratamento de sua filha.

Assim, Cristina refletia a respeito da situação da filha Vitória. A escuta e a fala pareciam contribuir para que mãe e filha pudessem aperfeiçoar a relação em construção. Vitória permaneceu ainda algumas semanas no hospital, pois certas situações demandavam atenção por parte da mãe, quando a filha tivesse alta. No dia em que foram para casa, estavam para decidir se fariam ou não a cirurgia. Apesar das dificuldades interpretadas pela equipe quanto à sucção e alimentação, Vitória e sua mãe puderam contar com o apoio desses profissionais que a acompanharam ainda por um bom tempo.

3.2 Análise e discussão do caso

3.2.1 A voz como pulsão invocante da vida

Iniciamos a análise e discussão do caso Vitória e sua mãe Cristina pela questão da voz, considerada por Lacan objeto da pulsão invocante, que, por sua vez, é considerada pelo mesmo autor como a mais próxima da experiência do inconsciente. Essa pulsão, vale lembrar, é acrescentada à pequena lista das pulsões parciais propostas por Freud. Importa dizer que, ao dar destaque à voz para investigar o caso, não estamos desconsiderando a importante participação da pulsão escópica nem tampouco a função do toque que tem sido alvo de reflexão na psicanálise desde Freud.

Os estudos da voz na psicanálise conduziram nossas reflexões acerca dos elementos identificados no caso clínico da bebê em tela, principalmente, pelo seguinte aspecto relevante: diferente do cotidiano em internação hospitalar neonatal de bebês em situação de risco de vida – quando alguém da equipe geralmente assume os cuidados no lugar das mães nas situações inesperadas –, a mãe de Vitória pôde assumir tanto a maternagem quanto o exercício da função materna, acompanhando a sua filha desde o nascimento. Assim, uma relação se construiu, apesar de todas as dificuldades existentes desde os primeiros dias da bebê.

A constatação da possibilidade do estabelecimento do laço entre Cristina e Vitória nos permite articulação com o que Vivès (2012, p.58) assinala apoiado em Lacan (1964/1998): “a pulsão invocante precisa de um endereçamento”. Nesse sentido, o conceito de pulsão invocante é importante quando abordamos, na clínica com bebês hospitalizados, situações concernentes ao momento da fundação do sujeito e do Outro ao mesmo tempo, sendo a voz uma função psíquica que faz litoral (Catão, 2009). Assim, as contribuições psicanalíticas para a prática clínica com esse público específico nos levaram a tecer considerações sobre a musicalidade da voz ao longo de cada passagem da internação hospitalar neonatal de Vitória.

Analisemos o caso por temas que traduziram momentos de transformação, de ultrapassagem de uma dada situação, bem como por momentos com elementos necessários à apreensão do que estava em jogo para que esses momentos de ultrapassagem ocorressem.

3.2.2 Os abortos anteriores e a gestação de Vitória

A despeito do sofrimento causado pelos abortos anteriores, Cristina ansiava ser mãe outra vez, por isso recebeu com grande alegria a notícia da gravidez de Vitória ao lado de

receios provenientes de experiência anterior. No intuito de levar a cabo a gestação, Cristina lançou mão de diversas estratégias. Segundo Catão (2009, p. 40), fundamentada em Dolto (1985):

O ser humano é um ser único desde a vida fetal e não uma parte do corpo materno. É ele que, por *intermédio* do pai e da mãe, ganha vida e *se* faz nascer. Ele persevera em seu desenvolvimento e em sua chegada a termo por seu *desejo de nascer*. Para ela, a criança humana é fruto de três desejos: o do pai, o da mãe e o desejo inconsciente de sobrevivência por parte do embrião.

À medida que a gestação avançava, sua alegria por continuar grávida e o investimento na gravidez eram, em parte, traduzidos por cantar e dançar com a filha no ventre. Dessa maneira, Cristina tecia uma relação em que a música e o movimento tinham participação relevante.

É possível pensar, desde então, a importância para a criança da musicalidade da voz materna. A propósito, de acordo com Catão (2012), desde o quinto mês de gestação a audição do bebê está formada, o que o torna capaz de escutar barulhos internos e externos; ademais o ouvido é o único orifício do corpo sempre aberto e disponível a cumprir a sua função. Assim, antes e após o nascimento, os restos das palavras ouvidas, das quais fala Freud (1923/1990), são inscritas como traços mnêmicos. Nesse ponto, podemos fazer uma ponte com a *lalangue*, de Lacan, pois, como destaca Catão (2012, p.314), a criança “não pode atribuir sentido ao que ouve do outro, mas inscreve na carne a prosódia de sua fala” – seria a primeira forma de participação do Outro na construção do corpo pulsional da criança. Em outras palavras, a língua materna cuja melhor configuração é a *lalangue*, conforme Milner (2012), inscreve-se no corpo do *infans*, resultante no corpo pulsional.

Ao explicar que ouvir os ruídos reais não significa dizer que o *infans* os está assimilando, nem incorporando à voz, a autora supracitada articula o real do barulho com a alienação ao campo do Outro, que, como escolha forçada do *infans*, permite seu advento na condição de ser falante.

3.2.3 Parto: Vitória conseguiu nascer, mas nasceu “em coma”

O trabalho de parto foi um período considerado solitário pela mãe. O nascimento da criança teve como consequências o anúncio do diagnóstico da anóxia, seguido do coma. Em outras palavras, Vitória conseguiu nascer, mas aparentava não estar viva. Tal situação apresentou-se como primeiro obstáculo na relação mãe-bebê: ambas privadas, por alguns dias,

do contato físico, da voz e do olhar, tão importantes para o reconhecimento primordial, termo cunhado por Crespin (2004). Em relação à mãe, interrogamos: como a falta de movimento, o corpo inerte da filha puderam mobilizar recursos internos em Cristina, permitindo-lhe sustentar a aposta na recuperação da filha, na vida desta, conforme constatamos ao longo da hospitalização?

Quanto ao perfil da mãe e ao seu desejo pela criança, supomos que o nascimento de Vitória deve ter marcado uma diferença em relação ao histórico daquela de abortos consecutivos. O fato de Cristina ter levado quase a termo a gestação e o fato de Vitória haver nascido devem ter contado positivamente, gerando uma diferença em relação aos abortos. Apesar das intercorrências ameaçadas à vida da filha, a história desta seguiu caminho oposto ao dos irmãos. De fato, o nascimento possibilitou as primeiras trocas entre a mãe e sua bebê. Neste ponto, convém recorrer a Freud (1895/1990): ainda no início de seus estudos sobre o aparelho psíquico, ele abordou sobre os primeiros registros que, sob forma de traços, se inscrevem no neonato, são reativados no nascimento de uma criança e participação, ao longo dos anos de vida, das condições para a constituição do sujeito.

Catão (2012, p. 308), ao refletir sobre o aludido tempo (por ela considerado mítico) da incorporação da linguagem, ou seja, “um tempo do sujeito antes de haver sujeito do desejo”, referiu-se aos registros descritos por Freud como constituintes do eu (*moi*) resultantes dos sons das palavras ouvidas, inscritos como traços mnêmicos. Diante disso, a mesma autora, ao relatar alguns estudos de psicolinguistas, enfatizou a capacidade de audição do bebê, presente desde o quinto mês gestacional, conforme já dissemos anteriormente. Catão (2012) cita Laznik (1997), o qual afirma que o conceito de significante em Lacan pode aplicar-se aos traços mnêmicos produzidos por todos os tipos de percepção, inclusive os barulhos internos, externos bem como as vozes a redor.

Assim, vemos, de Freud (1895/1990) a Lacan, a importância dada ao outro na constituição do sujeito, a partir do qual o bebê estabelece uma relação. Denominado por Freud como *semelhante* ou *próximo prestativo*, o outro, conforme Crespin (2004, p.22), é o “portador do desejo de sobrevivência pelo recém-nascido”. E, com base no que escreveu o criador da psicanálise, participa da realização da *ação específica*¹¹, atendendo às necessidades do bebê, juntamente com o afeto e as palavras. Durante os cuidados, portanto, a mãe transmite ao bebê

¹¹ Frej (2003), em sua tese de doutorado, ao abordar a noção da massa em Freud, que abrange uma gama de circunstâncias, denomina uma dessas vertentes de *mèrenfant* (mãe e bebê em francês escritos por ela juntos), para designar massa indiferenciada composta do que é uma mãe e um bebê. Com base na experiência de satisfação, a autora menciona que as palavras funcionam como ajuda estrangeira na ação específica que, ao realizar o corte nessa massa, dá início à primeira função de reciprocidade referida por Freud.

particularidades de como fora cuidada quando criança: reativam-se traços mnêmicos de sua história arcaica, determinada pela ordem simbólica em que se encontra referenciada. Por essa razão, Crespin (2004, p. 22), com base em Lacan (1962-1963/2005), afirma: na relação primordial, “a mãe é para o bebê um pequeno outro servindo de Outro”.

Então, as trocas estabelecidas entre o bebê e o semelhante durante a realização da *ação específica* de cuidados àquele nos fazem pensar sobre o envolvimento dos aspectos sensoriais como importantes mecanismos primários de comunicação (o toque, o cheiro da mãe, o som de sua fala, a audição, o olhar, os movimentos do corpo da mãe e do bebê juntamente). Por meio do ritmo dessa dinâmica, iniciada com a satisfação das necessidades do *infans*¹², torna-se possível pensar em sua inserção no mundo da linguagem e, por conseguinte, na cultura e no social. Assim, em relação aos cuidados ao bebê, acompanhamos Catão (2009, p. 29), quando afirma:

Para Lacan, e também para Freud, como se sabe, a organização psíquica precoce do *Infans* não pode prescindir do contato com o outro (Outro). É preciso um outro encarnado, não apenas um Outro da linguagem, tesouro dos significantes, para que um circuito pulsional possa se completar permitindo, então, que se fale de uma subjetividade em jogo na pequena criança.

Desse modo, a autora supracitada nos leva a ponderar – fundamentada em Freud (1915/1990) no famoso trabalho sobre as pulsões, bem como nos comentários feitos por Lacan sobre tal trabalho – que, antes mesmo de se falar em significantes, trata-se de outro de carne e osso nesta etapa da vida. O fato de o *infans* não dispor ainda de uma articulação significativa mínima para dizer de si e de seu mundo se faz necessário que para ele vigore a *lalangue*, isto é, as trocas sonoras por ele estabelecidas com as pessoas significativas no seu entorno e assim, como diz Catão (2009), com as várias vozes que o atravessam agenciadas pelo Outro materno, a fim de dar início ao processo de apropriação da linguagem.

Por outro lado, situações que envolvem o contexto de adoecimento e hospitalização de um bebê, como a bebê Vitória, podem acarretar dificuldades no investimento por parte do outro implicado no reconhecimento primordial. Esse fenômeno observamos no caso de Tiago (Torres, 2009), objeto de análise da nossa dissertação de mestrado.

A mãe desse bebê tinha lúpus e estava ainda em luto pela perda da filha nascida prematuramente, que fora internada na UTI neonatal do mesmo hospital, por 31 dias, por causa da infecção, do sopro no coração e de três paradas cardíacas. O pai e a mãe se internaram a fim

¹² Etimologicamente, a palavra "infância" tem origem no latim *infantia*, do verbo *fari* = falar (*fan* = falante e *in* a negação do verbo). Portanto, *infans* refere-se ao indivíduo ainda incapaz de falar.

de participar do dia a dia da criança, levando-lhe o leite e recebendo ligações dos familiares. Em um mês, a criança foi a óbito. A mãe sentiu os efeitos da perda no próprio corpo: muito leite no seio, febre, calafrio, “psicológico abalado” e depressão. A menina estava tão presente em seus pensamentos, que ainda chorava quando o filho Tiago nasceu e estava internado na UTI neonatal. Segundo ela comentou, haviam-na internado em um quarto ao lado daquele onde ela estivera quando a sua Júlia nascera.

A presença de Tiago, ao nascer, não mobilizou a mãe para estar com ele, cuidar dele. Quando lhe perguntamos sobre o nascimento do menino, ela trouxe a história de Júlia. A notícia da gravidez aos quatro meses de gestação foi recebida como um choque: sentiu-se sem apoio da família; diziam que ela e o bebê iriam morrer – isso a magoava. Mesmo assim dizia: “São mortais igual a mim, são pessoas que eu queria escutar coisas diferentes, que ia dar tudo certo” (Torres, 2009, p.74).

Fez o pré-natal e precisou parar a medicação contra o lúpus a fim de prosseguir com a gravidez. Diante da dificuldade vivida por conta da gestação ocorrida pouco tempo após a perda de Júlia e o lúpus, Maria apresentava muita dificuldade de adotar o novo filho nascido prematuramente. Talvez isso tenha prejudicado seu quadro depressivo, acentuando os medos em relação ao nascimento de mais um filho sob risco de não sobreviver.

Enfim, esse caso deixa ver as implicações do lúpus e, sobretudo, do luto materno não elaborado e da prematuridade nas dificuldades de investimento em um bebê prematuro extremo e, por conseguinte, dificuldades de fazer o reconhecimento primordial. Esse momento corresponde à inserção no universo simbólico: o *infans* é banhado por uma *chuva de significantes* do *Outro*, expressão de Maliska (2012, p. 80). Nesse processo, o autor destaca a importância da participação do *Outro* na construção do corpo da criança atravessado pela linguagem, situando, assim, a voz no limite pulsional:

Nesse ponto, a voz insere uma problemática situada nos limites da pulsão, em que o simbólico atua na inscrição da voz nos desígnios da linguagem, mas, ao mesmo tempo, a voz é um dejetivo do corpo, no sentido de um som que sai do corpo. A voz é um elemento da linguagem, mas também se separa da linguagem quando está articulada com o corpo e a pulsão. Ela é uma pulsão inscrita no corpo que a linguagem tenta significar, colocar significantes.

Assim, na construção do laço com o *Outro*, os casos de Tiago e de Vitória ilustram o fato de o bebê já estar mergulhado no universo simbólico parental que o localiza psiquicamente e no discurso daquele desde antes do nascimento, também concernido à cultura e ao mundo da linguagem, conforme refletem Mata, Cherer e Chatelard (2017). Os sinais perceptivos, bem

como os sons das palavras, são ouvidos pelo bebê desde muito cedo. Apesar de não atribuir sentido às falas do outro, inscreve em si a prosódia das falas maternas, o que faz do ser um corpo estruturado pela linguagem ou, se utilizarmos o neologismo adotado pelo grupo *SemaSoma*, *corpolingüagem*.

A perspectiva do *corpolingüagem* não só considera o organismo, mas também ultrapassa este nas possibilidades que a linguagem lhe oferece. Dessa forma, vemos, pela proposta de Costa (2003) de escrever corpo e linguagem juntos – *corpolingüagem* –, que se trata de um campo relacional,

que não se expressa somente na condição isolada de um indivíduo, mas no momento em que algo da sua captura lhe retorna do outro – do semelhante – ou do lugar para onde dirige sua fala, ou mesmo para onde se dirigem seus atos. (2003, p.116).

Assim, compreendemos, tal retorno ao qual se refere a mencionada autora (2003) parece dizer respeito ao endereçamento, ou seja, à condição para a operação da pulsão invocante à qual se referiu Vivès (2012). Nesse sentido, temos o Outro implicado na constituição do *corpolingüagem* conjuntamente com o *infans*.

Lembremos o quanto Vitória fora desejada durante a gestação. Porém, no nascimento, aconteceu a separação da mãe, que tomou destaque no momento mais importante em que ambas se (re)conheceriam. Eis a razão por que Vitória e sua mãe não puderam ter os primeiros contatos pelo toque. Assim, separadas provisoriamente das sensações vivenciadas na vida intrauterina, a menina passou as primeiras horas distante do olhar, do toque, do cheiro e da voz de sua mãe, situações de risco psíquico ao reconhecimento primordial materno e das equipes também quanto aos cuidados da criança (Crespin, 2004). Para esta autora (2004), o nascimento corresponde ao momento do encontro da mãe com seu bebê e que, por meio do movimento por ela chamado de “reconhecimento primordial”,

o recém-nascido – este completo estranho –, encontra-se, pela via das semelhanças, aderido ao conhecido, reconhecido como familiar (...) é um ato de projeção. (...) tira seu valor fundador do seu poder de fazer o recém-nascido entrar numa filiação, numa pertença, e de colocar a mãe em posição de se identificar com ele. É a partir daí que o recém-nascido torna-se verdadeiramente um semelhante e que sua genitora pode colocar em ação a função materna. (Crespin, 2004, p.35).

Neste ponto, a atenção da equipe médica voltada para o estado de coma de Vitória e diante dos riscos de morte daí decorrentes não permitiu que, no início, se pudesse apostar na melhora de seu quadro clínico.

Enfim, a separação precoce poderia ter desencadeado prejuízos psíquicos, mas Cristina pareceu investir na filha e, na condição de semelhante portadora do desejo de sobrevivência, conseguiu fazer a retomada do vínculo sensorial que existira na gestação, o que talvez tenha possibilitado os primeiros encontros seguidos do reconhecimento. De acordo com Szejer (1999), podemos falar na existência de tal ligação da mãe com a bebê, estabelecida ainda no período gestacional, que pode ou não ser mantida e continuada após o nascimento. Assim, o vínculo entre ambos mencionado pela autora dá-se, inicialmente, pelo aspecto da sensorialidade, o que nos levou a pensar na importância da “ginástica”, ligada ao toque e ao movimento.

Em seus estudos psicanalíticos sobre o desmame, T. Queiroz (2005) também destaca, ao longo da vida, ocorrerem recortes rítmicos que marcam a existência do bebê. Este, no nascimento, sofre o primeiro corte que dá início a uma descontinuidade: por meio dos cuidados maternos, surgem possibilidades de se restaurar novo ritmo entre a dupla, se houver condições na mãe para exercer suas funções de maternar a criança nos primeiros meses de vida.

A autora supracitada apoia-se na teoria freudiana que fala sobre a continuidade da vida intrauterina nos primeiros meses de existência, no *Projeto para uma psicologia científica*, para explicar o aspecto traumático do nascimento como cortes sensoriais inscritos, de maneira brusca, nas percepções do feto. O contato físico com a mãe assume papel muito importante, no sentido de amenizar as angústias do bebê e os cuidados advindos dessa ligação entre ambos, a qual faz ponte com as sensações já conhecidas pela criança.

Ao conferir destaque à capacidade auditiva do bebê, que “à maior parte dos estímulos sensoriais e perceptivos, (...) pode manifestar sua aceitação ou recusa de maneira ativa, a não ser, evidentemente, no que diz respeito à respiração e à audição”, T. Queiroz (2005, p. 40) pensa a clínica psicanalítica com bebês, enfatizando a importância da palavra e do significante desde essa etapa precoce, quando mostra o aspecto inevitável que envolve a audição. Sendo assim, os ruídos biológicos maternos e fetais, barulhos externos, além das vozes, podem ser agradáveis ou não ao feto, se também o forem para a mãe. Somos, assim, levada a considerar a existência de um ritmo determinado pela continuidade sensorial entre mãe e bebê e o som – a musicalidade da voz ocupam um lugar de destaque aí. Segundo Porge (2014, p. 55), “a sonorização da voz dá uma aderência imaginária, uma consistência, uma continuidade ao circuito da pulsão (...)”.

No fragmento até então narrado de sua história, observamos no discurso de Cristina as primeiras dificuldades no momento da chegada de sua bebê ao mundo: a decepção materna por vivenciar um parto traumatizante, com pouco apoio; a separação precoce entre mãe e bebê no

nascimento; falta de contato físico no momento posterior e as questões que se seguiram, como a ocorrência ou não de erro médico e a gravidade do quadro clínico da criança.

No início, o prognóstico médico acerca das manifestações da bebê não era bom. Sobre isso falou sua mãe:

“Sabe o que é você entregar sua vida e a de sua filha pra aquela pessoa e não dar certo? Ver que tudo o que você desejou deu errado? Confiar tanto numa pessoa e dar nisso? E foi o quê? Não tem explicação.” (Fala de Cristina).

O fato de Vitória ter nascido sem se mexer e sem chorar, assim como a privação do contato físico com a mãe e o prognóstico da equipe médica, poderia ter produzido efeitos bastante negativos à possibilidade de investimento materno, de cumprimento da maternagem, mas não foi o que vimos no caso em tela.

De acordo com Crespim (2004), geralmente, o encontro com um bebê nascido nas condições de Vitória tende a desencadear uma catástrofe subjetiva na mãe, como vimos no caso do bebê Tiago, interferindo no processo de reconhecimento primordial do filho, fundamental para o estabelecimento do vínculo com ele. Entretanto, no caso em questão – o de Vitória –, observamos algo diferente: a mãe não apresentou dificuldade de fazer esse reconhecimento, dando continuidade à relação estabelecida ao longo da gestação, malgrado os obstáculos inerentes àquela situação.

O estado clínico da bebê mobilizou, de forma intensiva, a equipe desde a ocasião do seu nascimento, chamando a atenção de todos por causa da urgência de situação clínica. A equipe estabeleceu seu quadro clínico e lhe reservou, a princípio, um lugar onde os aspectos orgânicos prevalecem dado o sério risco de morte. Vitória foi, assim, praticamente reduzida a um organismo que precisava se manter vivo e funcionar. Para tanto, seria necessário o olhar atento aos sinais vitais e intervenções realizadas de formas rotineira ou circunstancial. Importa destacar que dirigir o olhar para o organismo é imposição essencial em virtude dos desafios constantes inerentes à situação da UTI neonatal.

Caminhando no sentido contrário, a mãe retomou o contato com a filha na UTI neonatal. Então, pudemos constatar a continuidade do vínculo entre as duas fortalecer-se ao longo dos dias. Atribuímos esse tal fato ao investimento motivado pelo desejo não só de manter a sua filha viva, como também de recuperá-la das sequelas mais temidas, como a falta de movimento. Dessa forma, ao encontrar a filha movida provavelmente pelo desejo, pôde vê-la para além de seus visíveis limites físicos e sustentar a aposta na sua sobrevivência, vislumbrando outro destino diferente daquele colocado pelo prognóstico médico: morte ou paraplegia. Neste ponto,

a mesma voz que veiculou o desejo desde a vida intrauterina, supomos, pôde atrair o olhar da mãe desde os primeiros encontros com a filha.

Cristina olhava e conversava. Chamamos de conversa, pois as falas dirigidas à filha respeitavam a estrutura de uma conversa entre falantes, ou seja, a mãe falava e depois respondia pela filha, fato bem corriqueiro na relação dialógica mãe-bebê, conforme vasta literatura do campo da aquisição da linguagem. Nossa leitura é que o desejo e os atos maternos tiveram impacto significativo sobre Vitória e a equipe, invocando-a e promovendo a sua saída do coma, conforme já vimos no tópico relativo à descrição do caso. A equipe passou a ter, mais adiante, outra qualidade de envolvimento, abandonando a resistência inicial no tocante aos atos e às interpretações maternos.

Foram, então, esses os primeiros momentos vividos entre mãe e filha após o nascimento, apesar de todos os infortúnios pelos quais ambas passaram. Poderíamos falar também de reativação dos traços mnêmicos? Talvez possamos pensar em investimento nos traços. Pareceu-nos que os primeiros registros de memória na vida intrauterina continuaram após o nascimento de Vitória, como se reevocasse os traços da experiência de satisfação e das marcas deixadas pelo outro semelhante.

3.2.4 Do corpo inerte... ainda

No decorrer da internação na UTI neonatal, o investimento de Cristina se manteve com a mesma intensidade: continuava a falar e mesmo a tocar a sua filha. Apesar de nesse período ter havido restrições ao tocar, Cristina convidava a filha a fazer ginástica a despeito do estado inerte da bebê. Em outras palavras, Cristina convidava a filha a se movimentar, tal como na época da gravidez quando costumava cantar e dançar. Ressaltamos, neste ponto, a função e a importância do toque para o bebê, sujeito em potencial. Segundo Levin (1995, s/p) “a função materna passa sempre pelo toque, em que o intocável do toque é o desejo”.

Seguindo a mesma linha de pensamento, P. Mieli (2002), afirma:

A troca entre mãe e filho faz do corpo, de seus órgãos, do envelope que é a pele, de suas bordas que separam e religam exterior e interior, o local de uma excitação erógena que traça o mapa da sexualidade infantil. Esse mapa permite, em um momento no qual a imagem subjetiva do corpo só se constitui a partir de uma troca com o outro, estabilizar um narcisismo essencial à sobrevivência. (p. 2).

À medida que o tempo passava, o investimento materno foi instituindo uma dinâmica pulsional e, por conseguinte, retirando a bebê do lugar dado pelo prognóstico médico inicial.

Por sua vez, tal retirada levava avanço à instituição. Ao longo da narrativa do caso em tela, vemos o endereçamento e a invocação mútuos a permitir a entrada do *infans* no mundo da linguagem.

Quando Vitória saiu do coma e passou a emitir sons, Cristina fazia a seguinte leitura:

“*Né, minha mãe? Eu entendo é tudo*”. E a bebê fazia uns sons, como se lhe respondesse.

Para a mãe, Vitória desejava e entendia. Cristina, ao fazer a leitura com base no que acontecia no organismo da criança, atribuía sentidos aos mal-estares e às necessidades dela (fome, sede, dor etc.); dirigia-lhe palavras que, junto aos cuidados, pareciam apaziguar as tensões. Esse processo de reconhecimento da criança pode ser compreendido, segundo Crespín (2004), como condição lógica para suposição de um sujeito no bebê.

Dessa forma, podemos pensar na função exercida pela mãe de Vitória, apoiando-nos na experiência de satisfação abordada por Freud (1895/1990) e por estudos de psicanalistas contemporâneas, como, por exemplo, Frej (2003), Vorcaro e Catão (2015). Segundo Frej (*ibid*), a presença frequente das palavras, ao se realizar a ação específica para cuidar da criança, funciona como ajuda estrangeira ao bebê. Assim, ao acatar e interpretar os sinais orgânicos da sua bebê como necessidade ou mesmo para além, supomos, com fundamento em Vorcaro e Catão (2015, p.58), que Cristina servia de “agente franqueador da passagem do gozo do vivo em que o organismo do bebê se encontra à sua inserção no campo da linguagem (...)”, permitindo as primeiras inscrições constituintes do psiquismo.

Enfim, os dias da mãe com a criança na UTI neonatal se passavam em meio às dificuldades ou mesmo impossibilidades a elas impostas. Havia a aposta materna relevante na recuperação da bebê Vitória. Em tal contexto, foi imprescindível, por um lado, a atuação da equipe, que, frente aos efeitos da anóxia de Vitória, permanecia atenta aos sinais vitais da criança; por outro, a mãe, que se endereçava ao sujeito, sinalizando possibilidades de criação de novos lugares psíquicos via desejo materno, e convocava a equipe a ver Vitória para além das necessidades de seu organismo fragilizado pelos problemas físicos e neurológicos.

De acordo com Freud (1895/1990), as experiências de satisfação dependem de a mãe considerar como apelo o grito da criança e, então, passar a lhe oferecer os cuidados acompanhados por palavras. No entanto, em se tratando da bebê em foco, o que dela foi tomado como apelo por sua mãe, quando Vitória ainda não se manifestava em seus primeiros dias de vida?

Uma possibilidade de resposta reside no firme desejo de Cristina de ser mãe outra vez, superando os abortos anteriores. Tal desejo lhe fez vislumbrar a possibilidade de resgatar a relação sensorial prazerosa vivida na gestação com aquele bebê que costumava mexer-se e

“dançar” no ventre materno. A firmeza do desejo materno nos remete a pensar em um tempo anterior da experiência de satisfação, tempo mítico teorizado por Freud e referido por Catão (2009), concernente ao momento das primeiras elaborações mnêmicas, designado pelo fundador da psicanálise (1891/1990) de aparelho de memória e de linguagem. Nesse momento, são impressos no aludido aparelho traços de experiências sensoriais táteis, visuais e acústicas (sonoras) que ocorrem na relação do bebê com o outro. Tal operação acontece antes mesmo das inscrições propriamente ditas, por isso o pai da psicanálise denomina de memória de traços.

Acerca da memória de traços das impressões sensoriais, Catão (2009) destaca que essas só podem ser conservadas na memória como traço, “porquanto todo traço é traço de uma impressão, ou como representação”. O fato de virem antes das inscrições não significa serem lembradas, mas reconstruídas. Trata-se de um tempo considerado pela citada autora mais como registro “(...) do sinal ou índice do que da ordem do significante, marca da irrupção do real, presentificação da libido, signos de percepção, isolados, ao passo que os traços correspondem às inscrições desses signos no inconsciente, formando um sistema de traços” (Catão, 2009, p. 54).

Chamou-nos atenção a forma de Cristina cumprir a função materna - que implica a inserção do bebê no mundo da linguagem cuja entrada acontece pelo sonoro. Nesse aspecto, continuemos com o aparelho de linguagem formulado por Freud (1891/1990) para nos auxiliar em nossas reflexões. De acordo com o esquema descrito em *Sobre a concepção das afasias*, no aparelho, encontramos os complexos da representação de palavra e as associações de objeto que, em 1915, ele denominou de representação de coisa. Enquanto o primeiro é fechado, o segundo é aberto¹³, e a ligação entre eles, segundo Freud (1891/1990), acontece pela imagem sonora.

Destacamos aqui a importância do registro do sonoro na relação da mãe com Vitória, por permitir a combinação entre as primeiras elaborações da memória e o aparelho de linguagem, como teorizou o criador da psicanálise (1891/1990). Assim, as primeiras condições estruturais para o advento do psiquismo vão acontecendo. A respeito desse tempo mítico, ressalta Catão (2009, p.55):

(...) a constituição da memória é concomitante à organização da própria estrutura do aparelho, seus limites, suas partes constituintes e seus princípios de funcionamento. Por outro lado, como

¹³ Segundo Freud (1891, p.127), “A representação de palavra aparece como um complexo representativo fechado; a representação de objeto, ao contrário, aparece como um complexo aberto. A representação de palavra não está ligada à representação de objeto por todas suas constituintes, mas somente pela imagem sonora. Entre as associações de objeto, são as visuais que representam o objeto da mesma forma que a imagem sonora apresenta a palavra. As ligações da imagem sonora verbal com as outras associações de objeto não são indicadas”.

aparelho de linguagem, sua construção se faz numa relação com outro aparelho de linguagem, isto é, numa relação com a ordem simbólica (Outro) mediada pelo outro semelhante, razão pela qual Lacan afirma: o simbólico funda o aparelho psíquico. Este se forma aos poucos e, paulatinamente, o inconsciente estrutura-se como uma linguagem.

Convém lembrar que, com a entrada da criança (*infans*) no campo da linguagem e da fala, o inconsciente irá se estruturar. No caso em tela, o *outro*, representado pela mãe, Cristina, veio ao encontro do desamparo fisiológico e psíquico da filha Vitória. E, por meio desse outro encarnando o *Outro primordial*, a criança iniciou a sua inserção na ordem humana. Para pensarmos tal dado, recorreremos a Catão (2009, p. 56) em relação ao *complexo do próximo*, com base em Freud. Esse complexo “é referido àquele que terá sido o primeiro objeto de satisfação ou de hostilidade e introduz a criança no campo do discernimento”.

O dia a dia, em que as falas da mãe convidavam Vitória a se mexer, juntamente com os cuidados e a “ginástica”, foi apontando para o prosseguimento do percurso lógico concernente às condições necessárias, à estruturação do aparelho psíquico.

Em *A atualidade das teorias sexuais infantis*, livro composto por uma grande entrevista com Bergès e Balbo (2001), em uma das suas respostas, este último comenta que a mãe, ao articular alguma coisa, quando cuida do filho ou da filha, por meio do que ela lhe diz, do discurso que ela sustenta, introduz o simbólico no tocar. No mesmo livro, Bergès assevera:

O que a criança experimenta, por ocasião dos cuidados da mãe, é uma surpresa agradável, mas da ordem de um experienciado, do frêmito, de uma carícia. É nas palavras que a mãe põe sobre essa surpresa, sobre esse experienciado, que se encontra encadeado algo que vai acompanhar a excitação determinada pelo tocar. (Bergès e Balbo, 2001, p. 65).

Nos primeiros dias, pudemos, então, perceber alguns efeitos importantes gerados pela presença de Vitória. Graças à intervenção daquela, a bebê pôde ser inserida em uma rede de sentidos. Nesse sentido, Vorcaro (2004, p.72-73), ao falar acerca da leitura (ou interpretação) das manifestações vitais dos bebês por parte do *Outro* primordial, em que o agente materno faz uma antecipação de uma posição de sujeito,

(...) aloca este ser ao nome próprio introduzido pela atividade languageira que o fissa à estrutura da linguagem que antecede sua existência real (...). A intervenção do agente da função materna é, portanto, a condição de possibilidade de seu vir-a-ser (...). O *infans* – em seu puro real orgânico – é investido pelo agente, no lugar de signo de seu desejo (...). Assim, o campo simbólico que precede o neonato recorta sua condição de real ao torná-lo representável no campo do semelhante.

Podemos pensar, então, na importância do personagem materno a mediar a ordem simbólica, possibilitando, assim, a inscrição dos significantes no real do corpo do bebê, no caso, Vitória.

3.2.5 ... *Ao corpo em movimento: do risco de morte ao nascimento das trocas*

O investimento e a aposta de Cristina na recuperação nos levaram a formular a seguinte hipótese: o desejo materno veiculado pela voz foi de suma importância para a saída do coma. Não por acaso este fato pegou a equipe médica de surpresa. Temos aí algo a mostrar o registro do que ainda está fora do sentido e da linguagem propriamente dita, mas se inscreve no corpo.

A musicalidade da voz do Outro materno em seu poder de invocação captura o bebê. Vitória não parece ter escapado à regra. Tal musicalidade é relevante para a alienação do *infans* ao desejo do Outro, o que cria as bases estruturantes do processo de advento do sujeito (Catão, 2012). Nesse sentido, recorreremos novamente a Lemos (2007), que propõe a aquisição de uma língua como captura de um ser pelo desejo do Outro. A autora, ancorada na teoria lacaniana, marca a violência dos “mecanismos do significante” pelos quais o *infans* é capturado e se mantém aprisionado (2007, p. 120).

“Vitória, vamos fazer ginástica? Quero você boa logo de olhos abertos e se mexendo, viu?” (Fala de Cristina).

Por meio de tal fragmento, podemos observar que o fazer “ginástica” foi acompanhado pela fala, portadora da expectativa materna da recuperação da filha. Cenas como essa eram habituais na rotina da internação, desde o princípio, quando Vitória ainda não havia saído do coma. Ao sair do coma, a menina passou a se mexer, a chorar e a se voltar em direção aos sons emitidos pela sua mãe e por outros profissionais cuidadores. Destacamos, mais uma vez, o papel essencial pelo som e a voz na melhora de Vitória. Porge (2014) corresponde à dimensão imaginária da voz, fundamental para a entrada do ser vivente no mundo da linguagem.

A “melopeia materna”, segundo Catão (2012), tem para o bebê o efeito de chamamento irresistível que convida o *infans* a alienar-se à linguagem. Já segundo Didier-Weill a “sonata materna” parece pressioná-lo a dizer “sim” ao convite de sua mãe. Esse aspecto é destacado por Catão (2012), a afirmar que a invocação exerce um poder quase absoluto sobre o *infans*, e o caráter irresistível da música materna e sua promessa de gozo sem limites seriam um dos principais atrativos para ocorrer a alienação na linguagem. Ainda conforme a mesma autora, “ao se deixar encantar pela musicalidade da voz do Outro, que o chama, os barulhos que o bebê ouve passam à condição de sons e música” (Catão, 2012, p. 315).

Nessa mesma perspectiva, Vivès (2009, p.187) resgata a etimologia da palavra **invocação**. Vinda de *invocare*, remete ao chamamento. O referido autor faz diferenciação em relação à demanda, pois o sujeito invocante é retirado da posição de dependência e “supõe-se que uma alteridade possa advir onde o sujeito, pura possibilidade, seria chamado a tornar-se”.

A invocação parece, portanto, referir-se, com base no autor, ao sujeito, ao suposto saber existente no sujeito e, por meio da musicalidade, a voz é veículo de transmissão da linguagem e da palavra, tendo a voz do Outro participação importante no nascimento do sujeito

Lembremos que, como o prognóstico médico não era bom, as equipes não esperavam as respostas apresentadas pela menina. No entanto, a mãe, apesar da gravidade da situação da filha recém-nascida, endereçava-lhe palavras que pareciam veicular seu desejo e aposta nas manifestações motoras e vocais (choro) da bebê, por vezes, antecipadas. A seguir, retomamos uma fala da mãe a respeito do que pensava sobre o lugar do diagnóstico destinado a Vitória, quando esta já havia passado para a internação no berçário:

“Eles não veem o que eu vejo... querem fazer exame de não sei o quê, e eu digo que não vai dar em nada... foi uma falha... A médica não entende um estado que era tão grave estar assim bem. Ela estava em coma antes”.

A evolução do caso nos ensina que, apesar dos impasses orgânicos e relacionais existentes naquele tenso cenário onde se encontram os bebês com risco de morte, pela prematuridade ou por algum problema congênito ou adquirido, o desejo da mãe parece ser fator crucial para se ultrapassar situação em que prevalece o organismo com sérias limitações e sequelas. Neste ponto, interrogamos: a insistência de Cristina, no período da internação de Vitória na UTI, não foi uma forma de convocar a equipe a imaginarizar o corpo da bebê, passando também a desejar e apostar na criança?

Durante a internação neonatal, havia a tensão existente entre a leitura médica, guiada pelo sinais vitais da bebê, e a leitura da mãe, guiada pelo desejo. Essa resistiu às afirmações dos profissionais sobre a realidade clínica da filha. A equipe estava atenta a intercorrências perante os sinais apresentados pelo organismo que deixavam ver o funcionamento dos órgãos. O imperativo da urgência pela manutenção da vida talvez tenha contribuído para resistências dos profissionais a corroborar o desejo materno, a ponto de, naquele momento, darem indícios de recusarem tomar conhecimento disso. Em outras palavras, a ultrapassagem desse lugar onde prevalece o organismo articula-se com o que R. Sobrinho (1988, p.41) abordou a respeito da prematuridade simbólica:

A prematuridade simbólica é preenchida porquanto a mãe ao satisfazer a criança em suas necessidades físicas o faz segundo um código simbólico que determina esta relação. Como vimos, o código se situa primeiramente na mãe. É através da mediação que o desejo da mãe se articula em demandas e faz a criança, uma criança desejada ou não. (...) É, portanto, pela relação mãe-criança, na qual a mãe ocupa a função do Outro absoluto e provê o filho de alimentos, amor e palavras, que se instaurará nele o campo simbólico.

Conforme vimos com Barreto (2011), o lugar normalmente ocupado pela mãe pode também ser ocupado por outros personagens cuidadores da criança. Para tanto, é preciso que sejam portadores de desejo singular dirigido à criança. Assim, supomos, mediadas pelo significante do desejo materno (*SI*), que circulava no contexto hospitalar. As suposições e leituras maternas sobre a bebê foram viabilizadas, fato que resultou nas trocas entre ambas. Inicialmente, a equipe deu sinais de resistir ao desejo da mãe testemunhado por meio das suas conversas com a equipe e pelo investimento constante daquela mediante suas falas dirigidas à criança e aos movimentos da dupla.

Com o intuito de dar evidências à força de Cristina, recorremos ao caso Lucas e sua mãe, Joana. Enquanto o bebê apresentava quadro clínico bastante complicado, a mãe mantinha-se estritamente voltada às dificuldades orgânicas do filho. À medida que as expectativas de melhora eram frustradas, ela experimentava sentimento de punição dele para com ele mesmo. Provavelmente as manifestações vocais e corporais não puderam passar por suposições da mãe, mas ela evidenciava sofrimento que denunciava as falhas no funcionamento do organismo do bebê. Esse aspecto pareceu interferir nas possibilidades de troca com a criança.

Certa vez, Joana estava sentada na cadeira, ao lado da criança. Contou que seu filho estava “o ó” naquele dia, ou seja, estava com problemas. Achemos interessante tal expressão em referência ao filho, pois, no dia a dia, indica alguém que está sendo chato ou inconveniente em alguma situação e dando muito trabalho. Perguntamos como é que ele estava “o ó”. Ela nos respondeu que, desde o dia anterior, a dieta havia sido suspensa e ele tinha voltado a rejeitar o leite.

Lucas veio a óbito, apesar do prognóstico médico melhor do que o de Vitória. Durante o tempo da sua internação, Joana nunca acreditou na melhora do filho; raramente lhe dirigia palavras, atenção, carinho.

Já no caso alvo desta tese, enquanto cuidava das necessidades da filha, Cristina também servia de suporte simbólico, banhando-a na linguagem, oferecendo-lhe os primeiros significantes para seu advento como sujeito desejante. A propósito, destaca Vivès (2016), o ambiente materno carrega a hipótese de que aquele que ainda não pode falar, falará um dia, já existe um lugar de ser falante determinado. Essa suposição estará ativa durante o período de constituição do bebê, fora da língua, mas dentro da linguagem. Ao mesmo tempo, talvez o movimento de Vitória em direção à mãe a tenha convocado para continuarem as trocas. Mediadas pela voz do Outro, percebemos no encontro entre ambas, ao longo da história, “(...) o mútuo chamamento, uma invocação endereçada” (Vorcaro e Catão, 2015, p. 56).

Essas autoras tocam, assim, na pulsão invocante em articulação com as questões referentes ao endereçamento e às incidências dessa pulsão na constituição do sujeito, na clínica psicanalítica com bebês. Com fundamento em Lacan (1962-1963/2005), sabemos, a voz como objeto da referida pulsão se situa no registro do real. Nesse aspecto, os estudos de Catão (2012), de Maliska (2012) e de Vivès (2012) convergem quanto aos acontecimentos de tal registro: este só pode ser tocado pelas pontas – pela palavra, pelo significante e pela voz em sua dimensão imaginária e simbólica. Como pulsão invocante e primeiro objeto vazio possível de ser contornado, a voz como *objeto a* não se restringe ao sonoro, mas deste faz uso – essa função da fonação dá suporte ao significante conforme explica Lacan (1975-1976/2007).

E que efeitos identificamos na bebê Vitória? Abriu os olhos e passou a mexer-se muito. Depois de certo tempo, também conseguiu chorar, expressando seus incômodos. Observamos que as equipes da UTI neonatal e do berçário, diante da aposta materna na bebê, após determinado tempo, também passaram a investir e a interpretar os seus sinais, os quais, acompanhando as afirmações de J. Jerusalinsky (2012), desde muito cedo já são tomados no funcionamento da linguagem. A leitura via imaginário passou a ser feita pela equipe, talvez, mobilizada pelo discurso da mãe, que, por algumas vezes, pareceu atravessar o discurso médico, inclusive o ignorando em determinados momentos.

Sendo assim, de acordo com a autora supracitada, a leitura materna acerca das manifestações do seu bebê, mediante a musicalidade da fala e dos silêncios também, inscreve nele o que lhe é endereçado, pelo menos em parte. Então, o que produz marca e se inscreve com base no significante do *Outro*. Considerando a dimensão da voz, seguindo o mesmo processo, seu objeto acústico precisa cair, ser recalcado, para ter um sentido de enigma, o que, estaria na dimensão de um chamado, no laço com o Outro, conforme reflete J. Jerusalinsky (2012). Isso se relaciona também com o que Vivés (2009) discute sobre o ponto surdo que se estrutura mediante o recalque originário e que, ao fazer-se surdo para a voz primordial, é possível falarmos em invocação - quando o sujeito assume a sua própria voz. Vejamos o argumento de Vivés (2012, p. 55):

(...) a operação do recalque originário permite, desse modo, que a voz originária permaneça no seu lugar – isto é, inaudível, num primeiro momento; depois, inaudita. Essa surdez à voz primordial permitirá que o sujeito chegue, por sua vez, a soltar a voz. Aquele que não tiver podido estruturar esse ponto surdo, mediante o recalque originário, vai ser invadido pela voz do Outro. (...) Dito de outro modo, o sujeito deve poder, depois de tê-la aceito, esquecer a voz originária, sem que tenha esquecido do ato de esquecimento. Aqui se trama, em sua dimensão subjetivante, a pulsão invocante – da qual Lacan pôde, por diversas vezes, dizer que era mais próxima da experiência do inconsciente.

No entanto, a descrição do caso dessa bebê na UTI neonatal parece ter relação com a voz no registro do real e com os primórdios que promovem as condições para a entrada na linguagem. Sendo assim, no caso de Vitória, supomos, a melodia da voz que portava o desejo materno parecia gerar efeitos sobre a bebê. Talvez o discurso da mãe também tenha promovido nova posição subjetiva da equipe multiprofissional frente aos cuidados com a criança.

3.2.6 Das trocas

3.2.6.1 O estabelecimento das trocas com a bebê Vitória na UTI Neonatal

Em relação às trocas da mãe com a bebê Vitória, vimos que foram iniciadas durante o período da UTI neonatal, por meio do toque e, sobretudo, das falas da mãe dirigidas à criança. Em seguida, ocorreram as trocas vocais, a exemplo dos sons emitidos por Vitória, interpretados pela mãe como esperteza da filha, que queria conversar. Diante da novidade do despertar de Vitória, ela atingiu novo momento na internação: progresso na relação com a mãe e com alguns profissionais da equipe da UTI neonatal e do berçário. Todavia, persistiram alguns impasses, como a dificuldade de sucção e o choro ainda não acontecido.

Lembremos a “esperteza” de Vitória e as emissões de sons que sua mãe interpretava como tentativas de com ela conversar. E quando Cristina nos explicava o jeito preferido de Vitória dormir – *“É difícil pra ela dormir em outra posição, porque gosta de dormir sempre de lado”* –, fazia suposições, interpretava as respostas motoras da criança, que pareciam corresponder-lhe, ou seja, como se a filha entrasse no jogo da relação. Primeiramente, supomos que as respostas motoras pareciam evidenciar que mãe e filha estavam em diálogo tônico-postural, conforme denominou Crespim (2004, p. 70), ao afirmar: “todo o corpo do bebê é tomado na relação com o Outro”. Assim, a manifestação motora transformou-se em sinal importante neste caso e indicou a boa qualidade do laço estabelecido entre as duas. Isso observamos, por exemplo, quando a mãe costumava ajeitar a criança na posição que achava mais confortável para ela dormir e lhe dizia: *“Pronto...assim, vá dormir...”*. Nessa e em outras cenas, encontramos sinais considerados positivos, conforme a autora supracitada, concernentes ao bom ajustamento recíproco corporal, ou seja, o “carregar no colo de qualidade”. Também observamos a existência de condutas de antecipação e resposta “que o bebê saudável apresenta muito cedo, e que são articuladas à questão de como o bebê é carregado no colo” (Crespim, 2004, p. 70). Assim, nosso entendimento é que, considerada a identificação transativista, Cristina fazia hipóteses e Vitória parecia identificar-se com seu discurso quando sinalizava a

posição favorita de dormir. Em outras palavras, talvez vitória se tenha engajado no discurso materno. Tais aspectos apresentaram-se como indicadores importantes. Crespin (2004, p.71) aborda essa manifestação corporal em função dos aludidos sinais. Segundo ela,

é um indicador clínico (...) precioso, pois ele não transita pelos processos conscientes da mãe. Ele constitui literalmente o lugar no mundo do bebê, na cabeça da mãe (...). Quando o bebê é bem carregado, no pleno sentido do termo, por sua mãe, ele adquire muito cedo as respostas de antecipação e de ajustamento. Isso é muito fácil de observar, pois desde que o adulto (...) se aproxima, dirigindo-se a ele, o bebê se põe a pedalar, e todo seu corpo se volta para a voz que lhe fala, antecipando ser tomado nos braços.

Com base no recorte de uma das cenas vivenciadas na passagem para o berçário, pensamos sobre as dificuldades com a sucção apresentadas por Vitória que propiciaram desencontro entre as leituras feitas pela pesquisadora, pela equipe e pela mãe acerca dos sons emitidos pela bebê. Houve momentos em que a mãe interpretava como um apelo da criança sons que a equipe considerava involuntários provenientes de algum desarranjo orgânico – conduta dos profissionais da área médica ao longo dos cuidados a um bebê. No entanto, o caso de Vitória nos mostra que tais práticas, apesar de necessárias, comportavam riscos psíquicos de interrupções na comunicação com a criança, para quem, apesar da existência dos sons e das palavras, não faziam uma mediação languageira. Em contrapartida, tal função pôde ser sustentada pela mãe, que apresentou novo sentido que destacou a criança desse lugar inicial, fazendo suposições de que os sons com catarro representavam para ela algo da esperteza da menina, atribuindo, assim, desejo à criança, antecipando o sujeito em relação à sua constituição. Nesse sentido, vemos as manifestações do *infans* em investimento por parte da mãe, assim como referiu Vorcaro (2004, p. 73): “o *infans* – em seu puro real orgânico – é investido pelo agente, no lugar de signo de seu desejo”.

A cena descrita da relação entre Vitória e sua mãe Cristina nos conduz a discutir sobre o desejo materno que aparece nas demandas – nos intervalos do discurso- que viabilizou a entrada da criança na narcisação, erogeneização, fazendo-a desejada. Nesse processo que acontece na relação com o bebê, a função da mãe tomou um lugar de destaque que, acompanhando as reflexões de Sobrinho (1988) a esse respeito, “(...) baseia-se não só na prematuridade física da criança, mas também da sua prematuridade simbólica. (...) que leva a depender de alguém que sirva de suporte simbólico para ela. O “*infans*” não fala, suas necessidades e sensações são mediatizadas pela mãe” (Sobrinho, 1988, p.40).

Vorcaro (2004), seguindo a proposta lacaniana, afirma que o desejo da mãe estrutura e promove o engajamento da criança às palavras maternas. A autora considera que as

manifestações das crianças estruturam-se como uma linguagem e defende que a leitura de seus atos possibilite o resgate das condições que estruturam o processo de constituição do sujeito.

Essas reflexões de Vorcaro (2004) levam-nos a pensar nas produções derivadas da clínica como uma maneira para acessar e distinguir as dimensões em que o bebê se constitui, recuperando, assim, o valor do enigma que se coloca nas cifras que estão em cada ato da criança. A leitura que o outro faz das manifestações da criança tem relação, portanto, com um processo de forçagem para a inserção no campo do simbólico, que é referido por Bergès e Balbo (2002); essa questão é também assinalada por Szejer (2011), a partir do exemplo do *baby blues*¹⁴. Segundo a autora, a mãe entraria nesse estado para autorizar a criança a sentir-se um outro, reconhecendo-o como um sujeito separado dela, apesar de ainda ser bastante dependente de seus cuidados. Além disso, essa é uma questão importante, visto que traz à tona, para o presente estudo, o leitor diante do *Infans*, a saber: a mãe, a equipe multiprofissional e a pesquisadora.

Pensamos que essa mãe ofereceu a voz desde quando tomou as manifestações vocais e corporais de Vitória como um chamado, uma invocação, diríamos, com fundamento Vivès (2009, p.187). Esse autor ao se referir sobre o estabelecimento do circuito da pulsão invocante, diz:

O circuito da pulsão invocante declinar-se-á, pois entre um “ser chamado”, um “fazer-se chamar” (como ocorre a todos os nomes...), um “chamar”. Mas para chamar, é preciso oferecer a voz, depô-la como se depõe o olhar diante de um quadro (Lacan, 1964, p.93). Para isso, é preciso que o sujeito a tenha recebido do Outro, que terá respondido ao grito interpretado como uma demanda, depois que a tenha esquecido para poder dispor de sua voz sem ser obstaculizado pela voz de Outro.

Ancorada na citação acima, podemos pensar como foi acontecendo a dinâmica da invocação na relação de Cristina e a bebê Vitória ao longo da internação hospitalar, apoiando-nos em mais elementos identificados nas passagens da UTI para o berçário e deste para a enfermaria.

Nesse sentido, vale lembrar a articulação feita por J. Jerusalinsky (2012, p.208) ao articular a dinâmica da convocação ao bebê ao enigma do desejo cuja marca introduz para o bebê a questão “Isso fala, o que isso quer de mim?”

¹⁴ Segundo Torres (2017), trata-se de um estado emocional turbulento, que acomete muitas mulheres, nos primeiros dias após o nascimento do bebê, geralmente devido à atuação dos hormônios, ou seja, é um evento bastante comum, e que coincide justamente com o período inicial de adaptação ao bebê, quando os dois estão se conhecendo fora da barriga. O baby blues pode ser um estado passageiro (espera-se isso), mas, ao mesmo tempo, bastante sutil também e é importante que se destaque isso, pois se a mãe não contar com o apoio necessário, pode evoluir para o quadro de depressão pós-parto. Ver matéria sobre Baby Blues publicada na revista Mommy e o link da entrevista no youtube.

No berçário, também pudemos observar a importância da participação da equipe multiprofissional no acompanhamento à Vitória e à sua mãe, Cristina. A esse respeito, Szejer (2004) comenta que, no cotidiano dos cuidados aos bebês, os profissionais de uma equipe em muito podem contribuir para o acesso à palavra.

Articulando a constatação da autora com os dados de realidade deste caso, as equipes que atenderam à criança compreenderam e viabilizaram os encontros com Vitória e Cristina, visto que identificaram que se tratava de uma mãe que buscava por uma escuta das situações que a afligiam, assim como ao seu bebê. Nesse sentido, as nossas observações e conversas espontâneas frequentes com a mãe ao longo do tempo, de certa forma, possibilitaram um lugar de fala e de escuta para que houvesse a elaboração dos acontecimentos relacionados à maternidade.

Nessa perspectiva, Szejer (2011) também reflete que é a partir dos encaminhamentos dos profissionais das mães que desejavam ser escutadas que aqueles testemunhavam o trabalho psicanalítico na maternidade. Assim, ela considerou as equipes como “(...) verdadeiras sondas vivas trabalhando junto dos pacientes” (Szejer, 2011, p.129).

Diante do exposto, podemos pensar nos efeitos da participação de profissionais da fisioterapia, fonoaudiologia e os técnicos de enfermagem que trabalhavam no berçário em que a bebê Vitória se encontrava hospitalizada. Neste momento, ela já oferecia suas respostas, mas ainda não sabia sugar, podendo precisar de cirurgia para uso da gastrostomia¹⁵, fato que provocou a prevalência do organismo bebê, organismo que manca em seu funcionamento, que convoca a atenção de todos, inclusive da mãe.

Em contrapartida, a leitura materna das manifestações da filha pareceu mobilizar os profissionais, ao longo da internação, a realizarem seus procedimentos de forma que também incluíssem palavras dirigidas à criança. E, quando tentavam localizar os motivos do sofrimento pelos exames, a mãe dizia-nos que não iriam achar nada e, aos poucos, junto com ela, os profissionais pareceram também ser tomados por tal desejo passando a apostar em possibilidades que não apenas aquelas determinadas pelo diagnóstico.

Dentre os profissionais que passaram a interpretar as manifestações de Vitória, observamos, por exemplo, neste caso, uma fisioterapeuta atenta, que orientava a mãe em relação a como proporcionar maiores estímulos motores. Os movimentos, nesta situação, já não se mostravam como descarga reflexa e sim como resposta ao que ouvia e via. “*Na UTI era*

¹⁵ Procedimento cirúrgico para fixação de uma sonda alimentar. Assim, cria-se um orifício artificial no estômago, com o intuito de alimentação e geralmente é utilizada em casos em que o paciente perdeu temporária ou permanentemente a capacidade de deglutir.

o tempo todo batendo perna”, dizia a mãe, quando supôs uma agitação na criança nos dias em que esteve na UTI neonatal. Nesse sentido, o trabalho da profissional de fisioterapia em muito contribuiu no sentido de fazer com que a mãe estivesse ciente das possibilidades com o movimento e as dificuldades que a criança tinha com a sucção, sem que isso a deixasse impossibilitada de continuar apostando na recuperação da filha, mesmo que, em alguns momentos, ela ficasse mais tomada pelo que ouvia da equipe médica.

Por outro lado, vimos com o exemplo de uma das técnicas de enfermagem dirigindo palavras a Vitória, e ela respondia por meio dos sons, interpretados como choro, reclamação ou ausência desses: *“Tá vendo como ela parou de reclamar?”* Seria aqui o indício da imaginarização da técnica de enfermagem sobre Vitória? Importante pensar aqui que o imaginário da equipe parece ter-se instalado de maneira mais visível, através da fala dos profissionais, aspecto esse que antes não era observado.

Como já assinalamos anteriormente, os profissionais passaram a interpretar as manifestações de Vitória para além da necessidade. Isso se deveria à força do desejo da mãe (S1)? Enquanto pensamos sobre essa questão, notamos que, a partir das leituras da mãe sobre as manifestações da filha, um novo lugar psíquico foi criado para essa criança e, nesse momento, essa profissional também passou a fazer suposições sobre Vitória.

Vitória mostrava-se sempre atraída pelo som da voz humana, especialmente a voz materna, pois sempre que a ouvia tentava localizá-la, virando-se e dirigindo seu olhar, até mesmo quando estava cochilando abria os olhos e procurava.

Até este ponto, dirigimos sobremaneira a nossa análise para a pulsão invocante pelo lugar cativo e de destaque que essa pulsão tem ocupado na relação mãe bebê, uma vez que esteve presente desde sempre, inclusive no período do coma. Mas quando Vitória passa a procurar a voz materna pelo olhar, consideramos necessário tratar a pulsão escópica e seu objeto, o olhar. Um dado curioso é que se ela via a mãe em um lugar e a voz em outro, chorava e se agitava.

Na psicanálise, em Lacan, segundo define Lachaud (1992, p.11) o olhar “é um dizer que organiza o espaço”. Interessante observar que o olhar concerne a algo do dizer. A autora acompanha Lacan, ao afirmar que consiste numa atividade de recorte do objeto no Outro. E, para explicar essa questão, ele recorreu ao mito da lamínula, com seus prolongamentos que parecem ir em direção ao Outro para arrancar ou recortar algo. Logo, a imagem, enquanto objeto de investimento libidinal, é furada, pois algo olha o sujeito.

Essas situações concernentes ao olhar remete-nos à representação, que, em Freud e em Lacan, só pode ser feita mediante a falta do objeto, sendo a imagem criada a partir da falta,

quando o sujeito olha e é olhado. Aquela, marcada sempre pela ausência, é quem recobre o objeto pulsional (Lauchaud, 1992).

No entanto, o caso de Vitória nos evidenciou um processo originário do olhar no qual, segundo Bergés e Balbo (2012, p.129), em bebês como Vitória, há uma predominância do aparelho auditivo sobre o visual até por volta do décimo mês. Sendo assim, afirmam:

O recém-nascido toma então o escutado e o visto localizados no mesmo lugar no espaço (...). Nesse estofado tecido do visto e do escutado, o que “mostra a corda” é o escutado, tal como o ouvido e o fonema o estruturam, mesmo se a orelha e o olho colaboram tão estreitamente que seria quase interessante sustentar que o recém-nascido possui um só órgão para os dois sentidos de escutar e ver: o “*orolho*”.

Nesse sentido, esses autores propõem uma reflexão sobre o *escutar-ver* nesse tempo precoce, cuja lógica faz prevalecer o pré-especular ou não-especular, tempo em que a bebê Vitória se encontra. O escutado seria resultante do ouvido e dos fonemas, situado no registro do *real* que *ex-siste* ao sujeito e nesse buraco, onde a criança poderia cair, ela mesma também pode delimitar uma borda para que nele não caia, quando ela confere virtualidades visuais a alguns fonemas escutados que têm, para ela, valor significativo.

Isso quer dizer que essa virtualidade do *orolho* possui um aspecto de antecipação, que se articula ao *i(a)* do esquema óptico laciano. No tocante a imagem real, Bergés e Balbo (2012, p.135) dizem,

(...) terá sido precedida por uma imagem virtual simbólica *i(a)*, porque é antecipadora. Será então por capitonagem, por um só-depois paradoxal da antecipação, que *i(a)*, imagem real no espelho, terá podido se constituir disso que teria de início sido sua virtualidade, sua imagem virtual *i'(a)*.

Nesse movimento, o olhar da mãe, segundo Crespin (2004), definiria uma posição materna, concernente a uma espécie de confirmação, pelo outro, da percepção da criança sobre si mesma.

Nas discussões de Bergés e Balbo (2012, p.133), o ouvido e o fonema estruturam o escutado por transbordamento fonemático que, ao entalhar o real, cria um furo no qual a antecipação visual virtual “confere uma borda simbólica” e, nessa lógica, permite ao infans “encontrar uma correspondência simbólica e especular compensatória ao não-especular próprio do escutado”.

Essas considerações teóricas nos fazem pensar que, no caso em questão, esse momento lógico pode acontecer através do *orolho*, assim, esse bebê pôde fazer recortes de sua mãe, ao longo do período de internação. E as significações maternas, dando sentido ao que foi

escutado, permitiu articular e dar consistência a respeito da criança, estabelecendo as condições para a constituição do sujeito a posteriori, no *estádio do espelho*.

3.2.6.2 *As trocas com Vitória no berçário*

Interessante pensarmos de onde vem essa maneira com que a mãe se posiciona em relação à filha, visto que suas palavras parecem portar seu desejo, antecipando o sujeito na criança. De toda forma, o que supomos é que as vocalizações da bebê Vitória passou a ganhar um sentido enigmático a partir da mãe, para além da interpretação médica, que, inicialmente, situou-a no puro estímulo sonoro do catarro, segundo menção feita pelos profissionais da equipe.

De acordo com Barreto (2011), é possível falarmos em dois planos concernentes ao lugar da mãe: a maternagem e a função materna. Apoiada em Alfredo Jerusalinsky (1984), considera que a função materna refere-se ao lugar ocupado pelo agente da intermediação do simbólico, dando esse plano origem a mais dois: os cuidados reais para atendimento das necessidades do bebê e o lugar que fica entre a satisfação dessas necessidades e a estruturação do simbólico e imaginário.

Ao tomarmos o corpo do bebê como lugar de investimento do outro/Outro, na esteira de Frej, Torres e Vilar de Melo (2011), e estando atenta a esse ponto, supomos que as atribuições da maternagem relativas aos cuidados primários dirigidos às necessidades do bebê em nome da sua sobrevivência física, podem ou não ter relação com a função materna, pois o exercício da maternagem não implica, necessariamente, o desejo da mãe por seu filho. Nesse aspecto, acompanhamos Barreto (2011), quando diferencia esses dois níveis de cuidados, tendo em vista o fato de que da maternagem pode vir a função materna. Em geral é isso que ocorre, mas a função materna tem estreita relação com o desejo e não se restringe ao exercício da maternagem. Esse exercício é insuficiente para colocar a criança em relação com o campo da palavra, é preciso a função materna para fazer valer a mediação simbólica.

Já no berçário, observamos que as falas também foram assumindo lugar de maior destaque, pois a bebê participava muito mais dos momentos de conversas que ocorriam entre sua mãe, nós e a equipe, diferentemente de seu início na UTI neonatal. Essa participação era veiculada pelas manifestações sonoras, motoras e pelo olhar ao escutar a nossa voz. Diríamos que houve uma mudança qualitativas no que concerne a essas trocas, dificilmente elas poderiam ser confundidas com manifestações involuntárias.

Assim, o atendimento da bebê ao convite feito pela voz do Outro materno pode ter dado início a importantes condições que operacionalizam um processo que entendemos fazer parte, para a psicanálise, da constituição do sujeito. Não somente a voz, mas todo investimento relacionado ao desejo do Outro que podemos chegar à compreensão que, neste caso, a *lalangue* teve participação notória, sempre acompanhada do toque. Diante disso, observamos que, na clínica com bebês, podemos abordar esse processo a partir das diferentes leituras do *infans* que, a depender de como se encaminha ao longo do tempo, pode favorecer a instauração do circuito pulsional ou a um curto circuito. Sendo assim, avançaremos nossas discussões sobre Vitória no berçário.

Os elementos que identificamos concernentes à voz, ao olhar, ao toque e ao movimento, na cena acima descrita ocorrida no berçário entre Vitória, seus pais e a técnica de enfermagem, possibilitam refletirmos sobre a presença e ausência nos ritmos da relação da mãe com o bebê, primeiros indícios do processo de construção da subjetividade.

No berçário, também aconteceu a experiência do primeiro choro da criança. A mãe, contando com seu peculiar bom-humor, interpretou-o da seguinte forma : *Tá vendo como ela está solta? Tá vendo como eu estou mal- criada?*” “. Vitória parou de chorar e a mãe pegou-a no colo. Ela estava com os olhos bem abertos:

“Tá vendo como eu estou esperta? Se to com fome eu reclamo, se me furam eu reclamo, quem quiser me entender me entenda”, disse a mãe, como se fosse a menina falando.

Quando uma criança é considerada no desejo da mãe, então é possível que aconteça a improvisação materna, de acordo com Vivès (2016). Essa improvisação tem a ver com a dinâmica de antecipação e interpretação das manifestações do bebê, a exemplo de como observamos na relação de Cristina para com Vitória. Segundo esse autor:

A tese que nós sustentamos é a seguinte: para dar uma interpretação e, portanto, poder responder de uma maneira “suficientemente boa” às manifestações frequentemente enigmáticas do *infans*, a mãe deve improvisar, no sentido musical do termo que acabamos de dar. Quer dizer que a resposta, proposta pelo ambiente materno, não tem a ver com o imprevisto, mas repousa sobre a relação que ele entretém com a língua e a lei, como na música o improvisador se executa em função de regras musicais interiorizadas (Vivès, 2016, p.3).

Dessa forma, com base em Vivès (2016), vale considerarmos a improvisação materna no sentido da improvisação musical, porque diz respeito à previsão que não tem relação com o acaso. Sendo assim, não seria uma antecipação imprevisível das manifestações dos bebês. A antecipação, previsão e interpretação da mãe do seu bebê na improvisação, convida-o a entrar numa dinâmica semelhante à melodia musical em que as reações dos bebês podem relançar as

produções maternas, conforme vimos em situações de trocas entre a mãe ou alguém da equipe com Vitória.

Diante do exposto, dois ambientes colocam-se em evidência quando pensamos na improvisação: o da mãe e o da criança. A primeira improvisa com e para o infans, reproduz o dom da fala e a introduz na linguagem. Ao ouvir o grito do filho, transforma o apelo em demanda com suas respostas singulares e que podem surtir efeitos de prazer e surpresa com a criança. Já o ambiente dessa última, segundo Vivès (2016), precisa ser suposto pelo Outro e nesse jogo de trocas, promove o interesse que a faz alienar-se na linguagem.

Com o advento do choro, também observamos o início do movimento da presença e ausência materna. Cristina se permitia ir a casa em alguns momentos, delegando a confiança às técnicas de enfermagem o observar a filha, em sua ausência. Com a chegada da mãe, observamos mais choro, seguido das falas maternas com explicações sobre sua ausência: *“mãezinha ingrata..me perdoe...estava ansiosa pra chegar logo, tinha ido em casa”*.

Faz-se necessário aqui destacar a intensificação da participação do pai neste período, prestando apoio à mãe. Essa identificava características físicas da criança a ele: *“Dizem que bebê tem cara do joelho...alguém já viu joelho ter cara? Eu tenho a cara é do meu pai!”*.

Maliska (2012) recorre ao conceito de lalangue a fim de pensar esse tempo em que predomina a musicalidade da “sonata materna” (Didier-Weill, 1999). Em consonância com outros psicanalistas, esse autor afirma que essa forma particular de as mães falarem com seus bebês pelo manhês é composta por puro som e canto, em que não há ainda as inscrições da lei do significante, que, ao inscrever-se, a lalangue será recalçada.

Importa lembrar que a lalangue está articulada ao registro do real, diante do real que é puro som e música, o simbólico vai fazendo seus avanços tendo em vista o processo de criação das condições de possibilidades para a sua instalação, na tentativa de fazer calar a dimensão real da voz. Dessa maneira, dá-se lugar à instância significante, visto que, quando a voz é silenciada, o significante vem restringir, nessa dinâmica, a posição onipotente da voz do Outro. Assim, essa voz, antes onipotente e onipresente do Outro primordial, passa para objeto em falta, ou seja, ele cai, adquirindo a voz o estatuto de *objeto a* e possibilitando as condições para que aconteça a instalação da lei significante.

Dito isso, podemos pensar no jogo relacional entre o bebê Vitória e sua mãe Cristina, pois durante os cuidados com a filha, um ritmo da presença e ausência materna teve origem cujos traços são, por vezes, distintos daqueles que seriam criados no ambiente familiar, em condições esperadas quando nasce um bebê saudável.

Supomos que os ritmos estabelecidos durante as trocas entre essa mãe com o seu bebê pode ter possibilitado a queda da voz, de modo que, marcada pelos significantes a ela atribuídos pela mãe, como o da esperteza, observamos que este bebê passou a chorar, a choramingar para a sua mãe, a mexer o seu corpo.

Esse acontecimento, acima descrito, pode ter sido mais demorado para Vitória do que para bebês que nascem em condições saudáveis. No entanto, destacamos que para o prosseguimento de nossa discussão, partimos da consideração de uma sequência lógica inerente às condições que possibilitam o processo de advento do sujeito, o que não implica aspectos relacionados à cronologia.

Para esse advento é necessário que o corpo seja desnaturalizado, que nele se inscreva a *lalíngua* e a linguagem, ou seja, que ele venha a se tornar um corpo pulsional. Maliska (2012), quando refere que os sons da mãe fazem marca no corpo do *infans*, acontece, neste processo, uma desnaturalização, pois “essa fonética particular da mãe nos traz algo de uma ética singular que passa pelo fone, pela fonação, pelo som da alíngua” (Maliska, 2012, p.78).

Vale fazermos algumas considerações acerca do caráter de transmissão que encontramos em *lalangue*, com base no que propôs a explicação de Lemos (2015) exposta no capítulo dedicado à fundamentação teórica desta tese. Ao buscar apoio na etimologia da palavra *transmittire*, que significa enviar através, lançar através, lançar além, a autora indaga se também poderíamos significar como ressoar. Retomando seu questionamento, acompanhamos essa proposta por supormos ser a ressonância um aspecto muito importante, quando pensamos no caso de Vitória, pois a transmissão materna parece fazer eco ao que ressoa no corpo da criança, se pensamos no caso de Vitória, pois a transmissão materna parece fazer eco ao que ressoou no corpo da criança.

Maliska (2012) também aborda a questão sonora a partir da palavra *faunétique*, ao desdobrá-la em três palavras a ela relacionada (ética, fonética e fauno), considerando que se trata de um momento em que prevalece a ética da fonética da *lalangue*, situada no registro do real.

Assim, ousamos pensar que, no caso Vitória, o som com todos seus atributos e o ritmo foram sempre tão atrativos, que ela, semelhante ao fauno, fica entregue aos prazeres decorrentes do canto singular de sua mãe, “(...) que se inscreve fazendo suas marcas sonoras e que irá constituir o sujeito numa outra articulação entre o simbólico e o real” (Maliska, 2012, p.79).

Além das palavras endereçadas à criança, lembremos que, desde a gestação, Cristina costumava cantar e dançar com a filha em seu ventre e esses elementos que contribuíram para a construção do laço entre as duas comportam essa singularidade conforme já mencionamos.

Outro elemento importante que vale insistir concerne à suposição de Vitória de ser falante para sua mãe, o que aponta para a tomada da mãe. Observando a descrição do caso em inúmeras passagens a mãe confere a Vitória esse lugar. Lembremos o momento em que os sons produzidos por Vitória, eram vistos pela equipe como secreção na garganta; já para para Cristina, esses sons mostravam a esperteza da filha. Essa situação nos conduz a pensar no que Maliska (2012, p.80) destaca sobre um gozo sustentado pelo real ao tecer algumas considerações sobre o ser falante. Leiamos o que esse autor diz:

Vale a pena esclarecer que o ser falante não é alguém que simplesmente fala, mas um fala-ser ou, como Lacan o cunhou, um parlêtre – um parler être – mas também um par La lettre – quer dizer, um fala-ser que se faz letra, na medida em que é do campo da letra, do real e não do significante que a voz da mãe marca o bebê. Prova disso é o simples cantarolar, o ninar da mãe, o manhês que efetivamente está destituído de significados, mas pela letra ou pelo real da voz no seu timbre, altura, volume e ritmo inscrevem este sujeito no campo do inconsciente. Evidentemente, há que se entender a questão do timbre, altura, volume e ritmo não como uma mecanização, ou mesmo uma materIALIZAÇÃO da voz, mas como um corpo pulsional, desejante, em falta.

Salientamos que estamos discutindo acerca de um tempo que concerne à criação de possibilidades do vir a ser do sujeito, em que deve acontecer as inscrições do *Outro* no bebê com significantes relativos ao desejo materno. Isso significa que esse tempo comporta operações lógicas primordiais que, quando estabelecidas, servem de base que permita que inscrições posteriores aconteçam.

Se pensarmos sobre o que pontuou Lemos (2015) sobre o aspecto da transmissão, é possível dizer que as manifestações vocais e corporais de Vitória pareceram ressoar para a mãe, evidenciando que aquela entrou no jogo linguageiro com esta. Dessa maneira, analisamos que, mesmo que estejamos diante do inapreensível do real, *o saber-fazer-com-lalíngua* “coloca o psicanalista diante das janelas que se abrem para o inconsciente”.

A perspectiva de *saber-fazer-com-lalíngua*, segundo Lemos (2015), faz valer *lalangue* sobre a língua como que em um jogo em que “a mãe faz eco dos sons do corpo do filho, com sílabas que podem vir a ser estruturadas em palavras”. Nesse sentido, o jogo de soar e ressoar em *lalangue*, permite, enquanto acontecimento, fazer deste significante, movimento muito importante também para a transmissão de uma língua no *infans*.

Primeiramente, lembremos que o som, antes emitido pelo bebê, ainda na UTI neonatal, era interpretado pela mãe como o choro da criança esperta que ela era e queria se comunicar. Já para a equipe, interpretavam-se como ruídos decorrentes de catarro.

Supomos que o choro de Vitória surgiu como uma resposta à ausência da mãe, que lhe respondeu ao chegar ao berçário explicando para a filha e para nós sobre esse intervalo em que não esteve junto dela. Isso também foi constatado pelas profissionais que a acompanhavam no berçário, que o interpretaram como saudade da presença materna nas ocasiões em que a mãe precisou ir a casa. Interessante pensar como a interpretação realizada e iniciada pela mãe vai sendo compartilhada pela equipe, o que parece sinalizar que Vitória vai entrando em uma heterogeneidade de linguagens a partir das interpretações de quem a acompanhou durante a hospitalização. Quando saía, Cristina tinha o cuidado de pedir a alguma técnica que ficasse um pouco mais com Vitória, para que essa sempre contasse com a presença de alguém nesses momentos em que precisava ir a casa. Isso pode ter amenizado os intervalos em que a mãe precisou ausentar-se. A criança pareceu contar com a presença de um outro representado pelo membro da equipe.

Os recados para a filha mostraram também a possibilidade de fazer a palavra circular e isso já nos pareceu, também, um efeito das intervenções realizadas ao longo de nossas observações e conversas espontâneas. Não sabemos por quanto tempo ela se ausentou para ir a casa. São dilemas frequentes que acontecem com as mães de crianças hospitalizadas, mas a equipe pôde, com palavras, explicar essas ausências e retornos da mãe, assim como elas próprias, aos seus filhos. Esses momentos vivenciados em tais circunstâncias parecem apontar para a importância da instituição do movimento presença-ausência, constitutivo para a criança.

Interessante ressaltar que o aconchego dos colos materno e paterno na tentativa de acalmar as angústias da criança apresentaram-se como uma *ação específica*, referida por Freud — frente à angústia do bebê, fazendo uma reacomodação que poderia lembrar as experiências intrauterinas. O toque e as palavras surtiram efeitos de invocação da mãe em relação à filha.

Sendo assim, observamos cenas em que a mãe, Cristina, conversava com a filha, após retornar de sua casa. As explicações com palavras carinhosas como o “*mãezinha ingrata..me perdoe...estava ansiosa pra chegar logo, tinha ido em casa*”, seguidas de gestos carinhosos quando a pegou nos braços e a aconchegou ao peito aplacavam as tensões da menina. E, neste ritmo entre presença e ausência, a mãe ofertava respostas à criança, inicialmente com o objeto da necessidade, levando-a ao repouso orgânico, segundo Dor (1985).

O aplacamento das tensões toma, para o bebê, sentido de uma resposta que vai para além da satisfação da necessidade. Assim, com esse *a mais* resultado da satisfação do bebê,

nesse momento da experiência de satisfação, acompanhamos Dor (1985, p.145), quando diz que:

(...) a criança passa a ter condições de desejar pela mediação de uma demanda endereçada ao Outro”. Quando a necessidade se manifesta novamente, a criança pode então utilizar, por sua própria conta, o sentido que foi dado à vivência psíquica da experiência de satisfação. Temos aqui o processo descrito por Freud, no qual o surgimento do desejo é sustentado pela reativação de um traço mnésico por ocasião da excitação pulsional. A imagem mnésica reinvestida pela moção pulsional molda-se doravante numa vivência alicerçada pela rede significativa do *Outro*. O dinamismo do desejo pode vetorizar a estimulação do corpo, sob o efeito da privação, numa organização de signos, que a criança mobiliza, cada vez mais intencionalmente, em seu endereçamento ao *Outro*, na expectativa do retorno da satisfação provisoriamente assumida sob a forma alucinatória. Neste sentido, as manifestações corporais da criança constituiu-se numa verdadeira demanda de satisfação imperativamente esperada.

Em suma, para Dor (1985), as trocas do outro com a criança, mediadas pelo desejo materno e pelas manifestações corporais, tidas como demandas à espera de serem respondidas, mobilizam o endereçamento na dinâmica relacional. Esse processo pôde ser observado ao longo da relação construída entre Cristina e Vitória, tornando mais nítido na medida em que nos remetemos a casos com dificuldades orgânicas da mesma amplitude, mas com evolução e desfecho bem diferentes. Assim, retomemos o caso de Lucas e Joana que, apesar das tentativas de algumas trocas importantes de membros da equipe com esse bebê, o estabelecimento desse processo fracassou. A seguir, destacaremos alguns fragmentos das observações realizadas sobre alguns desses momentos da internação de Lucas:

Alguns membros da equipe, a exemplo da técnica de enfermagem, tentavam animar a mãe, sinalizando novidades observadas durante procedimentos na UTI neonatal e neste caso, pareciam ser os únicos momentos em que as falas também eram dirigidas a Lucas. Já sua mãe costumava ficar em silêncio, diante de sua presença: Joana fazia carinho na cabeça do seu bebê enquanto ele continuava dormindo. Avisou à enfermeira de plantão que o soro dele estava vazando. Essa respondeu a ela preocupada: “De novo?!”. Ajeitando-o. Nesse momento, comentou com Joana que Lucas sorriu para ela um dia quando estavam conversando e, em seguida, falou para ele também sobre isto: “É de tu mesmo que eu tou falando, viu?!”. Esta profissional, assim como a maioria das técnicas de enfermagem da UTI neonatal, costumava endereçar palavras ao bebê quando algo lhe dizia respeito, ele pareceu responder com um sorriso.

Já as reações maternas eram principalmente de afastamento. Certa vez, ainda na UTI neonatal, Lucas estava com o braço esquerdo esticado e a mãe o acariciava. A técnica de enfermagem o acalentava e a mãe estava do lado dele. Enquanto tentavam ajeitar o soro, falava

para ele: “Titia vai ter que procurar uma veia nova em tu, viu, menininho, porque essa não vai dar mais não... doeu, foi, bebê?”. Antes mesmo de furá-lo com a seringa, Lucas chorou e a profissional lhe falou: “Ô, já sabe, já sabe”. Ele chorou durante o procedimento e a sua mãe saiu nesta hora. Ao furar o braço do bebê, ele parou um pouco de chorar e voltou a chorar novamente.

Lucas parou de chorar, mas seu rosto expressava aspecto de dor. A técnica tentou mudá-lo de posição a fim de encontrar uma veia: “Agora o outro braço, viu?! Que foi?”, e conversava de forma afetuosa com ele. “Teve vontade de vomitar, foi?”. Lucas estava de olhos abertos, enquanto a técnica de enfermagem tentava furar o outro braço. Chorava fraquinho enquanto ela fazia a assepsia do local. Outra profissional fazia carinho em sua cabeça tentando consolá-lo e ele parou de chorar e, novamente, o choro voltou. Até então não tinham conseguido achar uma veia. (Torres, 2009),

Observamos, com o fragmento da história de Lucas, que a piora de seu quadro clínico era interpretado pela mãe como punição. Joana não conseguia dele se aproximar nesses momentos, o que sinalizou suas fragilidades de não poder suportar as manifestações de sofrimento de seu filho. Ao contrário de Cristina que esteve firme em seu propósito no início, refratando o prognóstico da equipe médica e, na medida em que o quadro da filha foi evoluindo bem, foi-se fortalecendo, empoderando-se para dizer um termo muito usado atualmente.

3.2.7 As dificuldades com a sucção, o prolongamento da internação e a possibilidade de cirurgia

A preocupação com a sucção da criança reapareceu durante a internação no berçário através das palavras dos profissionais e se intensificou na transição para a enfermaria. Acontecimento que gerou dificuldades e resistências na mãe para com as decisões da equipe, respondendo a isso com cansaço diante da longa espera, por conta dos obstáculos que levaram a uma maior permanência da bebê hospitalizada. Lembremos de algumas das falas de Cristina:

“Não aceito que ela seja uma coitadinha. Dizem que vai ser assim, assado, e não vai ser assim mesmo! Diziam que ela não ia se mexer, e agora ela mostra o contrário... geralmente vem pessoas da equipe da UTI neonatal aqui ter notícias dela e ver que ela não está do jeito que pensavam. Ficaram de boca aberta”. A menina nessa hora acordou choramingando, abrindo e fechando a boca.

“O médico deu um prazo de duas semanas para terem alta, mas a médica não concordou”. O bebê chorava, enquanto a mãe falava sobre isso e, em momentos como esse, não aceitava algumas propostas médicas para o tratamento de sua filha.

Os elementos que aparecem nas falas, acrescidos do fato de Cristina ter recebido mais “autonomia” da equipe multiprofissional que diminuiu sua participação nos cuidados com a ida para o quarto, levou-nos a supor a existência de sinais conflituosos entre mãe e equipe. Os dois lados divergiam quanto às decisões e interpretações da situação clínica de Vitória, o que parecia interferir nas perspectivas de possível alta médica e na relação com a filha que apresentou momentos de choros enquanto a mãe expressava sua chateação.

Questões com o peso e a alimentação também vieram à tona e a mãe de Vitória não queria que a menina fizesse a cirurgia para se alimentar por sonda por acreditar que ela tinha toda chance de voltar a sugar. Se não sugasse, só sairia do hospital com a cirurgia, mas preferia levá-la antes pra casa e tratar, conforme identificamos nas falas a seguir:

“Se for para eu aspirar, dar dieta, eu levo pra casa...a médica disse que jamais, que não era bem assim, pois se acontecesse algo não teria como prestar os cuidados que poderia ter no hospital, porque a gente quer a proteção, mas a equipe ali deixa sozinha. Não são todas as equipes.”. “Não quero que façam cirurgia para se alimentar pela sonda...Vitória mostrou suas melhoras com todos os movimentos (braços, pernas, corpo). Só há falha na alimentação.”

Vão procurar coisas que não existe. Eu sou a mãe e sei mais coisa do que elas. Até que mudaram o leite e está ganhando peso”.

Apesar da condição clínica delicada que se impunha à situação e das dificuldades para aceitar o fato das intercorrências com a criança, Cristina aparentemente não sucumbe aos ditames médicos, sustentando seu desejo na criança, aspecto esse que se destacou ao longo de toda internação e contou com o apoio dos profissionais, que admiravam sua coragem ao enfrentar os problemas pelos quais mãe e filha passaram.

Através da dificuldade com a sucção de Vitória, apareceram, novamente, os destinos dessa bebê diante das leituras do outro (equipe multiprofissional, mãe, pesquisadora). A criança, que “acordou” com o som das falas maternas, poderia estar diante desse cruzamento de expectativas: de um lado, a aposta na aquisição da sucção e na qualidade das trocas com a mãe, e do outro, a sucção como uma condição para a alta,

Importante considerarmos esse dilema que perdurou grande parte da internação de Vitória, visto que sustentou um jogo de oposições em que as suposições maternas sob forma de hipóteses quanto às aquisições da filha, diferia das supostas pela equipe, que pareciam se sustentar, sobremaneira, nos protocolos de atendimento.

A sucção, para Bergès e Balbo (1997), concerne a uma função vital. Esses autores partem da clínica para fazer uma aproximação do ato de sugar com a conservação da palavra, quando, por uma analogia, a não sucção corresponderia ao momento quando uma palavra ou frase não são enunciadas pelo sujeito.

Os autores supracitados também explicaram acerca das diferenças entre o sugar e o mamar, com base na passagem do primeiro para este último. Nesse sentido, a sucção como função passaria por uma passagem para o seu oposto, isto é, para a mamada enquanto funcionamento e, diferentemente do primeiro, nesse último envolve o ato de engolir, o que pressupõe a ingestão de algo. Interessante esse aspecto que também se destacou no caso da bebê Vitória: seria a dificuldade com o sugar ou com o mamar?

Estamos diante de uma diferença de leituras por parte da mãe, a partir de seu desejo e as disfunções pontuadas pelo discurso da equipe. Talvez, o que estavam esperando do bebê era que ela mamasse, que se alimentasse. Como pensar sobre essa dificuldade que se apresentou na e para a criança?

As referências teóricas de Bergès e Balbo (1997) sobre esses aspectos permitem-nos supor que a “encruzilhada” na qual o corpo da criança se encontrava poderia estar situada nas desarmonias de evolução e nos transtornos instrumentais que, segundo esses autores, possuem relação com o que acontece nas evoluções de uma criança. Elas, no entanto, normalmente, não parecem ser bem-vindas, justamente por anunciar o que é da desarmonia, escapando do que dizem os manuais médicos.

Assim, quando nos lembramos da mãe Cristina, observamos que ela vinha fazendo suas antecipações motoras pelo seu próprio movimento e postura nos cuidados e conversas com Vitória. Quanto à criança, ela também vinha acompanhando a postura materna e antecipando sua própria motricidade através das respostas que devolvia à sua mãe. Nessa dupla antecipação, por parte de ambas, por meio da musicalidade da voz e do olhar, também aí investidos, supomos que puderam encontrar um meio de fazerem suas primeiras articulações com o registro do simbólico.

No entanto, a dificuldade apresentada por Vitória com a sucção e o prognóstico da equipe, cujas expectativas sinalizavam informações de que sua filha poderia não conseguir sugar, podem ter afetado Cristina nessa etapa da internação.

Como a sucção tem relação com a função e a mãe também veio, enquanto função vicariante¹⁶, assumindo-se como outro órgão para fazer funcionar as funções de Vitória, vimos que Cristina era tomada pelo funcionamento ou não das produções da filha. E, por esta não ter respondido da maneira esperada pela equipe, a desarmonia que envolveu o corpo da criança pareceu surgir aí como um destaque para esses profissionais, sinalizando algo de uma não evolução. Já para a mãe, essa interpretação pode ter interferido, porém, não prevalecido, pois ainda observamos que ela continuou acreditando nas aquisições da filha e deixando-se por ela afetar.

Nesse jogo da heterogeneidade das leituras do outro semelhante em relação com Vitória, suas respostas que referimos, sejam as esperadas ou não pelos protocolos dos médicos, pareceu extravazar para as palavras e interpretações maternas e conforme explicam Bergés e Balbo (1997, p. 15):

é nessa desarmonia que surge a coerência do corpo, que adquire consistência pelos significantes que a mãe vem nele engatar, significantes não apenas relativos à sua imagem, mas, sobretudo, a suas próprias funções, tomadas por seu funcionamento no simbólico.

Continuemos nossa discussão acerca da passagem da sucção à mamada. Dessa dinâmica, o que resulta é o funcionamento que, mediante incorporação, permite que algo seja engolido, conforme considerações de Bergés e Balbo (1997). Se pensarmos nos encontros desse bebê com sua mãe ou membros da equipe e segundo o que apontou os autores supracitados a partir da alucinação do objeto de um desejo, essa incorporação não aconteceria neste processo específico. Ocorreria, todavia, um retorno imaginário à sua imagem (traços da mãe), que também relançaria o processo de ingestão, assim como na sucção propriamente dita (Bergès e Balbo, 1997).

Assim, algumas questões também aqui comparecem. Dessa forma, trazemos à discussão a importância da sustentação imaginária materna que se manteve, à Vitória, mesmo que com alguns abalos decorrentes de momentos de divergência com a equipe multiprofissional. É provável que algo do discurso dos médicos tenha ido ao encontro dos fantasmas maternos no tocante à possibilidade de a filha não conseguir sair do hospital interferindo, neste ponto, no que veio sendo estabelecido na relação entre ambas. Observamos que foi aí, talvez, que a dúvida tenha sido colocada nas certezas maternas que sustentavam o

¹⁶ Expressão utilizada por Bergés e Balbo (1997), no sentido de que a mãe, como função, funciona como um órgão extracorpóreo ao seu bebê para fazer funcionar as funções deste.

seu saber, intensificando sua fragilidade, que veio à tona, colocando alguns impasses para o exercício da função materna em alguns momentos de sua história.

O fato de a criança não corresponder ao esperado através da sucção pareceu ter retomado alguns dos empecilhos da questão diagnóstica a seu respeito, instalando-se na trama de sua história como uma das poucas manifestações que dela não eram realizadas ou esperadas. O alto investimento nesse assunto — do lado da necessidade e da técnica médica —, tendeu a fortalecer as certezas do discurso médico para a equipe multiprofissional em detrimento às hipóteses maternas de que há um saber e um sujeito em Vitória, especialmente nesta situação da sucção. Interessante aqui pensar nas tensões vivenciadas nos discursos materno e da equipe.

Tais constatações relacionadas ao diagnóstico e ao prognóstico clínico de Vitória por parte de quem dela cuidava, talvez estivessem em vias de ser assumidas por todos, o que repercutiu, por alguns momentos, nas apostas maternas. Um luto materno talvez estivesse acontecendo também — como observamos em alguns desabafos de Cristina ao falar sobre as condutas dos profissionais na rotina de internação da filha — no sentido de uma elaboração simbólica acerca dos efeitos da anóxia no bebê, situações estas ainda delicadas para a mãe internalizar, apesar de considerar essas possibilidades de suas evoluções.

As dificuldades com a sucção que insistiram e levaram a um aumento da permanência hospitalar talvez participaram da relação entre Vitória e sua mãe, mesmo quando estas compartilhavam do prazer das trocas vocais e corporais. No entanto, a descrição da história desse bebê também nos mostrou que as respostas de seu funcionamento transbordava a mãe e seu discurso por todos os lados e era a isso que a criança acompanhava e parecia aceitar. Afinal, suas manifestações, que surgiram como possíveis efeitos das palavras de Cristina a ela dirigidas, já sinalizavam anunciar isso.

Esse momento da história de Vitória nos aproximou do que propusemos acerca da importância que tem o endereçamento pela palavra na criação de novos lugares psíquicos durante a relação estabelecida com uma criança. Além disso, da importância que aquela possui no processo de investimento no bebê, retirando-o de situações carentes nesse aspecto que concerne a sua relação ao outro.

No tocante a Vitória e a Cristina, as trocas vocais geralmente mostraram-se atrativas para a criança, oferecendo, assim, as condições para o estabelecimento do circuito da pulsão invocante. Acerca dessa fase da vida deste bebê, supomos que essa atração às palavras e a voz veiculada pelas falas maternas permitiram a convicção necessária para a inscrição significativa. Sendo assim, houve palavras a mamar e a incorporar. Sobre isso, dizem Bergès e Balbo (1997, p.84-85):

(...) Não há incorporação (...) se a sucção é feita no vazio, isto é, não se o objeto é bom ou não, mas se ela não for seguida pela mamada. E, naquilo que há para engolir, quando há a mamada, é preciso distinguir o objeto nutritivo do objeto da voz. Uma vez feita esta distinção, é preciso saber que o objeto voz não é engolido com o leite nutritivo, por exemplo, a não ser que haja a sucção (...). É a mãe quem dá a palavra a sugar e a mamar: ela fala assim o funcionamento da função a seu recém-nascido; e o que faz significância, para ele, é aquilo que sua mãe lhe decodifica da função, a partir de seu funcionamento. Fora de qualquer memória, é isso que se inscreve e que faz retorno, quando se apresenta de novo o objeto, isto é, quando de novo ele dá a satisfação, pelo funcionamento que permite (...) o objeto reencontrado para nutrir-se não pode jamais, por si mesmo, dar novamente a satisfação da palavra sugada e depois mamada originalmente: ele só pode relançar sua significância, e com ela a satisfação produzida pelo processo primário.

Assim, se articularmos as considerações dos autores supracitados com o caso de Vitória, observamos que essa pareceu arranjar uma maneira de sugar as palavras maternas e esse acontecimento precisa ser melhor discutido, tomando como base o discurso da mãe e como ela se posicionou em relação às dificuldades de sua filha no hospital:

“Não aceito isso. Disseram pra mim que ia ter que tomar diazepam... como dizem isso pra um bebê que não sabem nem o comportamento dela? Ela sabe o que quer, chora quando tá com fome... e isso tudo pelo que disseram da sequela, ela não seria uma pessoa que sabe o que quer. Ela foi muito desejada mesmo. Deus não levou porque sabia que tinha que ficar aqui.” A menina acordou e dormiu de novo.

Observamos, assim, em algumas falas maternas, seu desejo orientando um saber em que a mãe se apoia e que identificamos nas suas interpretações acerca da filha, que permite posicioná-la em relação a esse desejo, para além das necessidades. Acerca disso, Bergès e Balbo (2002, p.12) fazem referência ao discurso transitivista como:

(...) um processo de forçagem que está longe dos suaves cuidados maternos- do *holding*, por exemplo- mas esse processo se origina na hipótese que a mãe faz: o filho pede à mãe que lhe leia o saber que está nele, saber ao qual, por essa leitura, ele vai poder identificar-se, tomando posse assim, simbolicamente, de um bem que ele já possui realmente.

A partir do que traz a afirmação dos autores supracitados sobre a dinâmica que subjaz os cuidados com o bebê, importa pensarmos sobre o termo forçagem na relação que esse possui com a linguagem e com a interpretação. A esse respeito acompanhamos Maliska (2015, p.200) quando discute o referido termo- *forçage*- enquanto ato de violência na e pela linguagem, quando se trata de produzir um significante desatrelado do sentido, “roçando o sem sentido de pontas de um real impossível de ser simbolizado”.

Desse modo, o autor supracitado baseia-se na teoria lacaniana para discuti-la, tendo em vista o novo direcionamento feito por este na clínica ao passar a considerar a polifonia dos

significantes “escutando mais dos seus sons do que dos seus sentidos e, com isso, inaugura uma clínica que tenta marcar os limites da interpretação, aquilo para o qual a palavra não dá inteiramente conta”.

Assim, segundo enfatiza o referido autor, vemos, no seminário 23, que Lacan (1975-1976/ 2007) se direciona para o real do som sem sentido e parece sinalizar aspectos importantes quando pensamos na clínica com bebês em situação de internação hospitalar, como a de Vitória. A hipótese que essa faz no transitivismo que parece dar origem à forçagem (Bergès e Balbo, 2002) também possivelmente remeta a esse momento em que Maliska (2015) sinaliza acontecer na teoria lacaniana de uma escuta voltada para a fonação e para o som. Sendo assim, *a forçage, em seu aspecto de violência, acompanha o novo estatuto proposto por Lacan (1975-1976/ 2007), que “quebra o sentido e traz a cena da polifonia do inconsciente”,* noção essa que Maliska (2015) desenvolve considerando ser o estatuto *faunético* do significante.

Lembremos também do bebê Tiago e sua mãe Maria. Essa, pouco a pouco, conseguiu atribuir sentidos às manifestações de seu filho e a reconhecer, também, sua beleza. No período próximo à alta, podemos encontrar alguns momentos em que ela se dirigiu ao bebê. Recorremos, neste ponto, a Torres (2009, p. 80), que relata alguns momentos da alta da mãe de Tiago.

(...) recebeu alta dois dias depois e voltou para casa, por isso, os nossos contatos diminuíram, mas continuamos as observações com Tiago. Na vez seguinte que encontramos Maria, esta tinha ido visitar o filho e estava tirando o leite para ele. Conversou com o bebê: “Tá abrindo o olho gostoso?” Falou que ia ficar a manhã toda com ele. Tirou o leite e avisou a enfermeira e à criança: “Mamãe tirou leite pra você tomar todinho, viu?! Dá um sorriso pra mamãe, gatão! Eu sou sério igual a meu papai...ele tá despelandando...fosse pra praia foi?”

Quanto a Tiago, algumas manifestações iniciais pareciam revelar insatisfação, brabeza, segundo interpretação da equipe preocupada com a condição dele: os olhos um pouco abertos, a sonda no nariz com “o arzinho” e uma sonda na boca. Encolhia-se todo, franzindo a testa e as costinhas. De bruços, parecia com carinha de chateado. Fazia caretas quando ouvia o barulho das máquinas. A mãe, em visita ao bebê na UTI neonatal, interpretou tal desconforto de seu bebê: com o auxílio da técnica de enfermagem, ajeitou o travesseirinho dele. Em outras palavras, a contração muscular pelas caretas, o encolhimento do corpo, o franzir de testas e das costinhas foram recebidos pela mãe como uma mensagem por ela interpretada e devolvida a ele sob forma de cuidados, de providência para promover o apaziguamento do desprazer frente as necessidades do filho.

Talvez Tiago, ao longo do tempo, tenha sido recíproco aos cuidados maternos; aos poucos, pôde experimentar, junto com a mãe ou algum membro da equipe, experiências

prazerosas de ser segurado no colo ou de corresponder à hipótese materna de que a sua posição preferida para dormir era de braços, por exemplo. Importa, mais uma vez, destacar algumas falas da mãe com seu bebê, nos momentos finais do acompanhamento, com base na descrição de Torres (2009, p.80): “Tá abrindo o olho, gostoso?” Falou que ia ficar a manhã toda com ele. Tirou o leite e avisou à enfermeira e à criança: “Mamãe tirou leite pra você tomar todinho, viu?! Dá um sorriso pra mamãe, gatão! Eu sou sério igual a meu papai...ele tá despelandando...fosse pra praia foi?”.

Nessa passagem, percebemos que Maria assumia sua posição de mãe, inicialmente, em situação de risco. Passou a dirigir-lhe palavras carinhosas, a exemplo do momento da alimentação, e atribuir-lhe desejos, por exemplo, ao supor que ele estava com fome e devia tomar o leite todo. Em outra ocasião, disse Maria à médica: “Daqui a pouco eu volto, viu, doutora, pra conversar com a senhora sobre ele” (Torres, 2009, p. 81). Ao longo do tempo, o interesse e o investimento foram surgindo na mãe em situações em que estava com Tiago.

O bebê, ao apresentar melhoras nas condições de saúde, foi transferido para o berçário. Quando o encontrei, estava dormindo e mais gordinho. A mãe o visitava diariamente. Certo dia, ela visitou o filho com o marido. O pai tocou na cabeça do bebê, que esticou os braços. Ela o virou de braços, falando: “Calma”, supondo-o inquieto. Conforme Maria, as coisas iam bem; Tiago estava ótimo. “Mamãe já vai, viu, bebê, amanhã mainha vem, tá escutando?” - Conversava enquanto segurava na mãozinha dele. Disse ao pai que ele gostava de dormir mais daquele jeito, de braços. Alisou a cabeça e se despediu dele: “Deus te abençoe, viu?”. Ele já estava dormindo.

Tiago permaneceu, durante alguns dias, no berçário. Assim que ganhou peso e melhoraram suas condições clínicas, recebeu alta médica. Da saída da UTI neonatal para o berçário, apenas fazíamos observações de Tiago. A mãe, por sua vez, foi solicitando menos o acompanhamento; as dificuldades iniciais da relação com o filho pareciam superadas.

À guisa de conclusão deste capítulo, lembremos do que nos disse Cristina, quando levaram Vitória para fazer exames de sangue e furar a orelha. Ouviu de longe o choro dela e, quando ela voltou para perto da mãe, contou para nós e à menina: “*Né, minha mãe? Eu entendo é tudo!*”. E Vitória emitia uns sons nesse momento, como se respondesse a essa conversa com sua mãe. Acompanhando a reflexão proposta por Maliska (2015, p.201), “trata-se do que Lacan chamou de *lalangue*, que não é um idioma, não é somente uma língua que o sujeito fala, mas uma língua que fala no sujeito, ali onde ele é balbuciado antes mesmo de ser falado.

Considerações Finais

Neste trabalho de tese, importantes elementos puderam ser discutidos e analisados à luz da psicanálise, em função dos objetivos estabelecidos. Diante disso, identificamos possibilidades de articulações teórico-clínicas que nos levaram a refletir a respeito da questão de investigação levantada: como as manifestações de bebês hospitalizados em UTI neonatal são investidas e interpretadas por parte da mãe e da equipe multiprofissional e quais suas implicações no processo de sobrevivência e constituição do sujeito?

Propomo-nos, mediante o estudo de caso de Vitória, mostrar como o desejo materno pode conduzir a mãe a investir e a dar significado às manifestações do bebê, sobremaneira as sonoras, produzindo efeitos de invocação que geram a ultrapassagem de determinados limites impostos pela doença rumo a novos lugares psíquicos, quando entra em cena a constituição do sujeito, no sentido de como o *infans* vai inscrever-se nesse laço com o Outro. Eis, então, o lugar da pulsão invocante na clínica com o bebê, na promoção de um espaço de fala, de escuta e de possibilidades de oferta de novos lugares psíquicos, não apenas o da urgência do organismo.

Iniciamos nossas considerações com a análise do investimento nas vocalizações e demais manifestações de bebês hospitalizados em UTI neonatal por parte da mãe e equipe multiprofissional. Tal objetivo, acreditamos, pôde ser contemplado nas discussões do caso em tela, e os resultados indicaram a importância que o investimento materno assumiu na história de Vitória, ainda quando jazia em coma. Cristina, movida pelo desejo por sua filha, apostava na sobrevivência da filha, mediante falas a ela dirigidas, convidando-a a responder e a entrar no jogo da relação.

Do convite para fazer ginástica ao aconchego da criança por meio do toque, vimos uma mãe que interpretava as manifestações da bebê enquanto dela cuidava. Ao mesmo tempo em que investia no movimento, fazia suposições e antecipações sobre as aquisições motoras e vocais da criança que, ao longo dos dias, passava a se movimentar e a emitir sons. Tal dinâmica pareceu aproximar-se da proposta de Bergès e Balbo (2002) acerca do estabelecimento do discurso transativista como um processo de forçagem, que, para além dos suaves cuidados maternos, está na origem das hipóteses feitas pela mãe sobre o seu filho com as quais este se identifica. Acerca disso, o destaque feito por Maliska (2015) sobre o referido termo como ato de violência na e com a linguagem inerente ao processo, por tratar-se da produção de um significante desatrelado do sentido (2015), mostra a importância de tais características rumo ao real do som sem sentido quando pensamos na especificidade da clínica com bebês em situação de hospitalização com a qual nos deparamos.

Ao discutir aspectos do Seminário 23, no qual Lacan (1975-1976/1997) considera os sons do significante em detrimento de seus sentidos, segundo entende aquele autor citado, o psicanalista francês inaugurou um percurso clínico que demarcou os limites da interpretação, “em que a linguagem não é somente concebida no campo do simbólico das representações inconscientes, mas no registro do real da letra como elemento fundamental para a sustentação do ato analítico” (Maliska, 2015, p.197).

Paralelo ao movimento transativista da mãe com a filha, também constatamos que o desejo materno, atrelado ao investimento na criança, pareceu sustentar o empoderamento de Cristina, que não sucumbiu ao sombrio prognóstico médico, mas esse prognóstico foi sendo revisado ao longo da internação hospitalar.

As revisões feitas por parte da equipe multiprofissional da UTI neonatal e do berçário pareceram mais visíveis quando lembramos o investimento nas vocalizações. Esse, ao nosso ver, prevaleceu na discussão do caso em questão, primeiramente iniciado pela mãe ao supor que a filha emitia sons por querer conversar com ela, o que foi seguido, posteriormente, por alguns profissionais no berçário. De uma interpretação de se considerarem os sons como secreções (decodificação dos sinais orgânicos) a uma suposição de que aqueles mesmos sons eram vocalizações da criança a eles dirigidas, pudemos pensar na possibilidade de haver suposição do sujeito na bebê Vitória por parte de quem dela cuidava. O exercício de cuidados à criança – a exemplo da técnica de enfermagem do berçário quando fazia aspiração das secreções e da mãe quando ajustava a melhor posição para Vitória dormir – foi acompanhado de falas que faziam suposições e pareciam, também, aguardar respostas da menina. Tal dinâmica pode articular-se com a questão *O que vc quer que eu queira pra vc?*, abordada por Vivès (2016): o outro supõe uma resposta a advir, ao emprestar seu desejo ao *infans*, sustentando, assim, a improvisação que faz o outro suportar para a criança a hipótese de haver sujeito potencial.

As vocalizações na história de Vitória também nos levaram a pensar como a questão do som e da musicalidade da fala da mãe apresentam relevância na clínica voltada aos bebês hospitalizados, gerando efeitos tanto do lado da criança como dos profissionais que a acompanham. Observamos a ocorrência de “conversas” da mãe com a filha, a exemplo do dia em que aquela se ausentara do hospital; quando retornou, os choros de Vitória começaram a aparecer. As interpretações da mãe sobre o choro da criança deixam pensar no que Vivès (2016) denomina de improvisação materna: quando mãe e bebê estabelecem um ritmo na relação em que a dupla lança e relança as produções uma da outra de forma melódica, semelhante aos arranjos musicais. Assim, a improvisação de Cristina com Vitória parecia iluminar a reflexão

de como as vocalizações dessa pareciam estimular as de sua mãe ao estilo de uma parceria musical, como um acordo definido entre as duas. De acordo com Vivès (2016), no improviso é que a mãe oferece ao filho palavras cujos efeitos de transmissão ocorrem *a posteriori*. A respeito disso, o improvisar, para o aludido autor, parte de algo a nós transmitido, envolvendo construção articulada, análoga à musicalidade:

A improvisação se desvela então como um saber e um poder, saber lidar com este idioma (musical ou linguageiro) que nos foi transmitido, que assimilamos e ao qual nos é possível – ou seja essencial, - imprimir, entre contingência e necessidade, a marca da nossa subjetividade.

A transmissão sugerida por Vivès (2016) na improvisação parece conduzir o entendimento deste caso às questões que envolvem a suposição e a interpretação materna, quando observamos os exemplos das falas da mãe dirigidas a Vitória, que pareciam hipóteses de um sujeito potencial no bebê.

O investimento no toque e no movimento também ocupou lugar de destaque ao longo da internação de Vitória e pôde ser discutido por meio das experiências em que filha e mãe viveram desde a UTI neonatal. Além disso, tais elementos corroboraram as discussões de Bergès e Balbo (2001) sobre a importância do tocar baseados no observado em Freud, nos *Três Ensaíos*. Segundo aqueles autores, apesar de o pai da psicanálise não mencionar algo a respeito do discurso que a mãe pode sustentar na dinâmica de cuidados com o bebê, o que por ela é dito e sustentado para a criança possibilita a introdução do simbólico mediante o tocar. Assim, em articulação com o que analisamos na relação estabelecida entre mãe e criança na UTI neonatal, berçário e enfermaria, consideramos o toque, a tonicidade muscular e o movimento elementos importantes que sugerem novas investigações no âmbito da clínica com bebês em situação de internação neonatal, mesmo que tal situação apresente muitas restrições no contato físico do bebê com quem dele cuida.

Em seguida, vimos que a análise das interpretações dadas às vocalizações e às demais manifestações dos bebês prematuros à luz do conceito da pulsão invocante forneceu importante ferramenta para pensarmos nas particularidades a envolver o contexto dos bebês que necessitam de hospitalização. Com base em algumas situações, como as ocorridas ainda na UTI neonatal, por exemplo, inferimos o convite materno presente nas ginásticas com conversas e na necessidade de Vitória precisar de fazer exame de sangue, quando o choro da criança levou a mãe a fazer hipótese sobre a esperteza da filha frente à situação por esta vivida: “*Né, minha mãe? Eu entendo é tudo*”. E Vitória emitia uns sons, como se lhe respondesse, o que nos fez

pensar na vocalização materna como isca pela qual a bebê Vitória pode ter sido fisgada (Vivès, 2016).

O caso em tela contribuiu para pensarmos na força que a invocação materna exercera na relação da mãe Cristina com a bebê Vitória. Também foi possível visualizarmos os seus efeitos não somente nas vocalizações da bebê como também nas interpretações de seu movimento, desde quando passara a se mexer bastante. Tais aspectos levam-nos ao terceiro objetivo específico proposto: analisar as implicações do investimento e das interpretações dadas via circulação do desejo materno no processo de sobrevivência e constituição do sujeito nesses bebês.

Diante do exposto, a aposta materna na sobrevivência e nas aquisições da filha durante a hospitalização apresentou-se relevante por gerar repercussões em Vitória, a exemplo do aparecimento das manifestações vocais no berçário e das respostas motoras e do olhar quando as falas maternas eram a ela dirigidas. Isso nos leva a acompanhar Catão (2012, p. 316), segundo o qual “é o desejo do Outro veiculado pela voz, e também pelo olhar, que delimita no organismo da pequena criança as bordas do que será um corpo”. Tal entendimento pode abrir possibilidade a novos estudos que contemplem a participação do desejo atrelado à construção do corpo pulsional no contexto hospitalar, no qual, muitas vezes, prevalecem as tentativas de apenas fazer funcionar o organismo vulnerável do bebê.

A questão da musicalidade da voz da mãe, relacionada com a dimensão fundadora do simbólico (Catão, 2012), foi um ponto presente nesta tese o qual contribuiu com a compreensão das implicações concernentes ao processo de constituição do sujeito. As falas maternas invocavam a bebê, que apresentava momentos em que emitia sons ou se movimentava em direção a Cristina, à pesquisadora ou a algum membro da equipe multiprofissional. Ao mesmo tempo do chamamento, ouvimos respostas que chamaram e se fizeram chamar. Isso nos leva a pensar no estabelecimento do circuito de três tempos da pulsão, ocorrendo, no último tempo, “(...) a instalação do enigma do desejo do Outro” (Catão, 2012, p. 316).

Nesse percurso, também consideramos que, por meio de *lalangue* e da pulsão invocante, foi possível abordar, de forma aprofundada, questões específicas a envolver o adoecimento de bebês que necessitam de internação em UTI neonatal e a relação estabelecida com o outro, seja mãe, pai ou profissional da equipe. Os diferentes momentos da história da hospitalização da bebê Vitória coincidiram com o que Maliska (2015) destaca como ética singular da escuta dos sons do significante em detrimento de seus sentidos. As reflexões do referido autor nos auxiliaram a compreender a respeito de como a melodia empreendida por Cristina no improviso com sua filha, de maneira singular, pôde realizar inscrições com suas

marcas sonoras e “(...) que irá constituir o sujeito numa outra articulação entre o simbólico e o real” (Maliska, 2015, p. 201). Assim sendo, a análise deste caso também trouxe à tona a relevância da voz materna ao marcar o sujeito para além da linguagem: o que irá soar no sujeito será sua singularidade, que fará dele um ser falante.

Observamos a predominância da música e o som da voz materna na história de Vitória com sua mãe. Isso nos possibilitou considerar a importância do aspecto sonoro na clínica com bebês, tanto na construção do laço com o outro quanto na participação na fundação do processo de constituição do sujeito. A esse respeito, apoiamos-nos, também, na proposta de Catão (2012): baseando-se na voz, é possível pensar nas operações de constituição do sujeito. Conforme a mesma autora, podemos pensar num processo que vá da musicalidade até a voz, estando a música e o barulho no real – registro que, depois, seja enlaçado pelo simbólico. Assim, a criança é invocada pela voz materna via pulsão invocante e, ao lhe responder, aliena-se ao jogo da relação. Compreendemos tal movimento em virtude da evidência da relação estabelecida entre Vitória e sua mãe ao longo do tempo, quando identificamos o interesse da bebê pelas expressões vocais da mãe e de membros da equipe durante a internação.

Os elementos analisados que vieram à tona mostraram a importância de se dar prosseguimento a pesquisas psicanalíticas relacionadas ao desejo e à função materna perante o processo de hospitalização de bebês como Vitória. A questão da musicalidade da voz também parece assunto relevante, porque contribui no sentido de se compreender o processo de constituição do sujeito bem como o tratamento na clínica neonatal, principalmente, por conta da realidade crítica à qual se submetem os bebês e seus pais.

Parece bem evidente, acreditamos, esta tese abordou assuntos importantes e relevantes no campo da psicanálise, em interlocução com os autores que discutem a temática da voz e ou a relação mãe-bebê desenvolvida desde os primeiros momentos de vida. Nesse aspecto, nosso trabalho oferece contribuições ao ainda incipiente discurso psicanalítico inserido no âmbito hospitalar, onde predomina o discurso médico, diferente e, muitas vezes, oposto ao discurso psicanalítico.

Diante do exposto, ficou claro, os objetivos específicos convergiram para atender ao objetivo geral tese: analisar como as manifestações dos bebês prematuros são investidas e interpretadas pelas mães e pela equipe multiprofissional da UTI neonatal a partir do desejo materno, bem como suas implicações no processo de sobrevivência e constituição do sujeito.

Referências

- Andrès, M. (1996). Significante in P. Kaufmann (ed.). *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Augustin, A. (2013). A tecnociência como controle da natureza ao homem. Acessado em: 30 de julho de 2017, de <https://www.researchgate.net/publication/237382897>.
- Barreto (2011). Maternagem e função materna em UTI neonatal: um estudo psicanalítico. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC, São Paulo.
- Battikha, E.C. (2001). Intervenção Precoce no Vínculo Mãe-Bebê Especial In M. C. Camarotti (org.). *Atendimento ao Bebê: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bergès, J., Balbo, G. (1997). *A criança e a Psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bergès, J., Balbo, G. (2001). *A Atualidade das teorias sexuais infantis*. Porto Alegre: CMC Editora.
- Bergès e Balbo, G. (2002). *Jogo de posições da mãe e da criança: Ensaio sobre o transitivismo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bergès e Balbo, G. (2012). A língua nos causa in A. Jerusalinsky, G. Balbo, J. Bergès; J. Jerusalinsky, L. Navegantes, M. C. Solé, N. A. Leite, S. Pavone; V. Veras, Y. Rafaeli (orgs.). *Quem fala na língua? Sobre as psicopatologias da fala*. Salvador: Ágalma.
- Bernardino, L.M.F. (2004). O desejo do psicanalista e a criança In L. M. F. Bernardino (org.). *O psicanalizar crianças: que desejo é esse?*. Salvador: Ágalma.
- Bick, E.(1992). Notas sobre a observação de bebês na formação dos psicanalistas In: *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, 1992.
- Camarotti, M.C (2010). O bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Dor e Psiquismo Precoce In M.C. Laznik, D. Cohen (orgs). *O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa*. São Paulo: Instituto Langage.
- Catão, I. (2009). *O Bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica no autismo*. São Paulo: Instituto Langage.
- Catão, I. (2010b). A voz na clínica psicanalítica com os que não falam In: Barbosa, D.C.; Oliveira-Parlato, Érika (orgs.) (2010). *Psicanálise e Clínica com Bebês: Sintoma, Tratamento e Interdisciplina na Primeira Infância*. São Paulo: Instituto Langage.

- Catão, I. (2012). Do real do barulho ao real da voz: a música do inconsciente e seus impasses In N. V. A. Leite, J. G. Milán-Ramos, M. R. S. Moraes (Orgs). *de um discurso sem palavras*. Campinas: Mercado das Letras.
- Chemama, R. (1995). *Dicionário de Psicanálise Larousse*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Costa, A. M.M. (2003). *Corpolinguagem: gestos e afetos*. Campinas: FAEP (Unicamp)/ Mercado das Letras, pp.115-124.
- Crespin, G. (2004). *A Clínica Precoce: O nascimento do humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- David-Ménard, M. (1996). Desejo in P. Kaufmann (ed.). *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Dias, M.A.M. (2010). Amor materno e humanização dos cuidados ao recém-nascido pré-termo In D. C. Barbosa e E. Parlato-Oliveira (orgs.). *Psicanálise e Clínica com Bebês: Sintoma, Tratamento e Interdisciplina na Primeira Infância*. Instituto Langage: São Paulo.
- Dolto, F. (1984). *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Dor, J. (1985). *Introdução à leitura de Lacan - O inconsciente estruturado como linguagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Elia, L. (1999). Transferência na pesquisa em psicanálise: lugar ou excesso?. *Psicologia: reflexão e crítica*. v. 12, n. 3. Porto Alegre. Recuperado em: 30 de dezembro de 2008, de <www.scielo.com.br>.
- Favaro, M. S. F., Peres, R. S., & Santos, M. A. (2012). Avaliação do impacto da prematuridade na saúde mental de puérperas. *Psico-USF*, 17(3), pp. 457-465. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712012000300012>
- Ferrari, A. G., Donelli, T. M. S. (2010). Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. *Contextos Clínicos*, 3(2), pp. 106-112. doi: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2010.32.04>.
- Ferreira, S. M. O. (1990). *A interação mãe-bebê: primeiros passos*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.
- Frej, N. Z. (2003). *Le don du nom et son empêchement: au sujet des enfants de rue au Brésil*. Tese de doutorado, Universidade Paris XIII, Paris, França.
- Frej, N. Z. (2007). [...] Com um grande X In A. Costa & D. Rinaldi (orgs). *Escrita e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

- Frej, N. Z., Torres, C.M. , Melo, M.F.V. (2011). Do Organismo ao Sujeito: a ultrapassagem da imediatez do corpo do bebê prematuro à luz da *Aufhebung* freudiana. In M.C. Laznik e D.Cohen (orgs.), *O bebê e seus intérpretes : clínica e pesquisa* (pp .145-152). São paulo : Instituto Langage.
- Freud, S. (1891/1990). *A interpretação das afasias* (A. P. Ribeiro, trad.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1891)
- Freud, S. (1990). Projeto para Uma Psicologia Científica In: *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.* (J.Salomão, trad., vol.1) Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1895).
- Freud, S. (1990). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: *Obras Completas* (Paulo César de Souza, trad., vol. 12). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1912).
- Freud, S. (2010). Sobre o narcisismo: uma introdução In: *Obras Completas* (Paulo César de Souza, trad., vol. 12). São Paulo: Companhia das Letras (Obra original publicada em 1914).
- Freud, S. (1990). Pulsões e suas vicissitudes. In: *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.*(J. Salomão, trad., vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1915).
- Freud, S. (1990). Conferências introdutórias sobre a psicanálise. In: *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.*(J. Salomão, trad., vol. 15). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em (1915[1916])).
- Freud, S. (1990). Dois verbetes de Enciclopédia. In: *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.*(J. Salomão, trad., vol. 18). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em (1923[1922])).
- Freud, S. (1990). Uma breve descrição da psicanálise. In: *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.*(J. Salomão, trad., vol. 19). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em (1924 [1923])).
- Freud, S. (1990). FREUD, S.. O Ego e o Id. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.(J. Salomão, trad., vol. 19), Rio de Janeiro: Imago, (Obra original publicada em 1923).
- Holanda, S. A.R (2004). Bebês prematuros na UTI: A Maternidade Em Questão. *Revista Estilos da Clínica*, Vol. IX, no 58 16, 58-69.
- Jerusalinsky, A. (1984). Psicanálise do Autismo. Porto Alegre: *Artes Médicas*.
- Jerusalinsky, J. (1999). Do neonato ao bebê: a estimulação precoce vai à UTI Neonatal. *Revista Estilos da Clínica*, Vol.1, n. 1, São Paulo, USP-IP, pp.49-63.

- Jerusalinsky, J. (2012). Prosódia e enunciação na clínica de bebês: quando a entoação diz mais do que se queria dizer In A. Vorcaro (org.). *Quem fala na língua? Sobre as psicopatologias da fala*. Salvador: Álgama.
- Kauffman, P. (1996). Dicionário *Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Klaus, M., Klaus, P.(1989). *O surpreendente recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lacan, J. (2008). *O seminário, livro 3. As psicoses* (Texto estabelecido por Jacques Allain-Miller e Judith Miller. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1955-1956).
- Lacan, J. (1999). *O seminário, livro 5. As formações do inconsciente*. (Texto estabelecido por Jacques Allain-Miller e Judith Miller. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1957-1958).
- Lacan, J. (2005). *O seminário, livro 10. A angústia*. Rio de Janeiro: Zahar.(Obra original publicada em 1962-1963).
- Lacan, J. (1998). *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Trad. M. D. Magno. Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1964).
- Lacan, J. (1998). *Subversão do sujeito e a dialética do desejo no inconsciente freudiano* In J. Lacan: *Escritos* (pp.238-324), Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Obra original publicada em 1966).
- Lacan, J. (1998). *Do sujeito enfim em questão* In J. Lacan: *Escritos* (pp.229-237), Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Obra original publicada em 1966).
- Lacan, J. (1992). *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Obra original publicada em 1969-1970).
- Lacan, J. (2000). *O saber do psicanalista*. Tradução de Ana Izabel Corrêa, Letícia P. Fonseca, Nanette Zmeri Frej. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife (publicação para circulação interna). (Obra original publicada em 1971-1972).
- Lacan, J. (2010). *O seminário, livro 20. Mais, ainda*. Tradução de M.D. Magno. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1972-1973).
- Lacan, J. (2007). *O seminário, livro 23: o sinthoma*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 210p. . (Obra original publicada em 1975-1976).
- Lachaud, D (1992). Isso me olha In D. Lachaud; E. Sampaio; M. C. Laznik (orgs.). *Desenho: por que não?* .Salvador: Ágalma.

- Laznik, M.C (1997). *Rumo à palavra: três crianças autistas em psicanálise*. São paulo: Escuta.
- Laznik, M. C. (2000). A voz como primeiro objeto da pulsão oral (dossiê). *Estilos da Clínica*, Vol.5, n.8, pp.80-93, São Paulo.
- Lebrun, J.P. (2006). *O mundo sem limite: ensaio para uma clínica psicanalítica do social*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Lemos, C. T. G. (2007). *Da angústia na infância*. Escola de Psicanálise de Campinas, Campinas, São Paulo, pp. 117-25.
- Lemos, C. T. G. (2015). Lalingua, acontecimento e transmissão In *Encore. Savoir-faire avec lalangue*. Mercado das letras: Campinas-SP, Association de Psychanalyse Encore: Paris.
- Levin, E. (1995). *Psicanálise e a interdisciplina na infância com problema*. Conferência no proferida no Instituto de Psicologia da Universidade São Paulo.
- Lopes, A. J. (2006). Afinal, que quer a música? *Estudos de psicanálise*, n. 29, Rio de Janeiro, pp. 73-82.
- Maliska, M.E (2012). De uma voz sem palavras In Nina V. A. Leite, J. G. Milán-Ramos, M. R. S. Moraes (Orgs). *De um discurso sem palavras*. Mercado das Letras: Campinas.
- Maliska, M.E (2015). Forçage e violência da Linguagem In *Giros da interpretação: o enigma na literatura e na psicanálise*. N. V. A. Leite & F. Trocoli (orgs). Mercado de Letras: Campinas.
- Mata, G.D., Cherer, E. Q., Chatelard, D. S. (2017, dezembro). Prematuridade e constituição subjetiva: considerações sobre atendimentos na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Estilos da Clínica*, Vol.22, n.3, São Paulo, pp.428-441.
- Melgaço, R.G. (2001). A intervenção do psicanalista na clínica pais- bebês In M. C. Camarotti, (org.). *Atendimento ao Bebê: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mieli, P. (2002). *Sobre as manipulações irreversíveis do corpo e outros textos psicanalíticos*. Rio de Janeiro: Contra capa/Livraria do Corpo Freudiano.
- Milner, J.C. (2012). *O amor da língua*. Campinas: Editora Unicamp.
- Motta, S. (2010). Quando a morte é, de fato, prematura: prevenção e intervenções precoces. In M. C. Laznik, & D. Cohen (orgs.). *O bebê e seus intérprete : clínica e pesquisa*. São Paulo: Instituto Langage.
- Moretto, M.L.T. (2013). *O que pode o analista no hospital*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Neves, B; Vorcaro, A.(2010). Tratamento do infans em situação de grave patologia In: D.C. Barbosa & E. Oliveira-Parlato (orgs.). *Psicanálise e Clínica com Bebês: Sintoma, Tratamento e Interdisciplina na Primeira Infância*. São Paulo: Instituto Langage.
- Porge, E.(2014). *Voz do eco*. Campinas: Mercado da Letras.
- Porge, E. (1996). Sujeito In P. Kaufmann (ed.). *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan* (pp.501-502). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Queiroz, E. F (1999). A pesquisa psicopatológica na universidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, II, 3, p. 96-108.
- Queiroz, E. F (2005, dezembro). Inclinar-se para a escuta e inclinar-se para a escrita. *Pulsional revista de psicanálise*, ano XVIII, n. 184, pp. 60-64.
- Queiroz, T.C.N; Correa, J.R.A (2002). Algumas considerações sobre a falha epistemossomática e suas manifestações na criança. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* [online]., vol.5, n.4, pp.74-84. ISSN 1415-4714. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-47142002004006>.
- Queiroz, T.C.N. (2005). *Do Desmame ao Sujeito*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rosa, M. D., Domingues, E. (2010). O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: a utilização da entrevista e da observação. *Psicologia & Sociedade*; 22 (1): 180-188.
- Safra, G. (1993). O uso de material clínico na pesquisa psicanalítica In M. E. L. Silva (org.). *Investigação e psicanálise*. São Paulo: Papirus.
- Serpa, A. (2010). *Quem são os outros na/da avaliação: caminhos possíveis para uma prática dialógica*. Tese de doutorado, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Simonney, D. (2012). *Lalangue em questions. Essaim : Ce que l'on doit à lalangue*. Paris: Éditions Erès, n. 29.
- Sobrinho, O. R. (1988). A função da mãe In *A clínica da psicose*. D. Checcinato, O. R. Sobrinho, R. Steffen & A. A. Souza Fo. (orgs). Campinas: Papirus. 2ª edição.
- Szejer , M. (1999). *Palavras para nascer: a escuta psicanalítica na maternidade*. Tradução Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Torezan, Z.C.F., Aguiar, F. (2011, junho). O sujeito da psicanálise: Particularidades da contemporaneidade. *Revista Mal-estar e Subjetividade*. Fortaleza - Vol. XI, nº 2, pp. 525-554.

- Torres, C.M. (2009). *Incidências do desejo materno nas possibilidades de recuperação do bebê prematuro*. Dissertação de mestrado, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, Pernambuco.
- Torres, C.M. (2016). São bebês ou miomas? implicações do não reconhecimento primordial na constituição subjetiva. *Revista Estilos da Clínica*, Vol. 21, n.1, pp.30-44, São paulo, 2016.
- Varnier, C (2013). Os mecanismos operantes no desenvolvimento psíquico do bebê prematuro e os riscos eventuais de patologia In M.C. Busnel & R. G. Melgaço (Orgs). *O Bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê*. São paulo: Instituto Langage.
- Vieira, F. M. (2010, agosto a dezembro). A caracterização do sujeito freudiano a partir do conceito de trieb. *Revista AdVerbum*, 5 (2): de 2010: pp. 90-97.
- Vilar de Melo, M. F. (2015). Le lien entre la langue maternelle et la parole symptomatique dans les aphasies: quelques questions. Comunicação oral que compôs o Painel intitulado “Mother-tongue as the subject speaker’s promised homeland: focusing child language and clinical practice”. Organizado por: *Lier-DeVitto, M. F. Arantes, L. L.*: In: 14th International Pragmatics Conference”. University of Antwerp. Antwerp/BE. <http://ipra.ua.ac.be/>.
- Vivès (2009,julho). A pulsão invocante e os destinos da voz. *Psicanálise & Barroco em revista*, Vol.7, n.1: 186-202.
- Vivés, J. M. (2012). Se um discurso pode ser sem fala/ palavras, ele pode ser sem voz? In N. V. A. Leite, J. G. Milán-Ramos, M. R. S. Moraes (Orgas). *de um discurso sem palavras*. Campinas: Mercado das Letras.
- Vivès (2016). A improvisação materna. Biblioteca Virtual do Instituto Vox de Pesquisa em Psicanálise. São Paulo, voxinstituto.com.br
- Vorcaro, A. (2004). *A criança na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Vorcaro, A. (2010). Psicanálise e método científico: o lugar do caso clínico In F.K. Neto & J.O.Moreira (orgs.). *Pesquisa em Psicanálise: transmissão na Universidade* (pp.11-23). Barbacena: EdUEMG, 2010.
- Vorcaro,A., Catão, I. (2015). Invocação e endereçamento: sobre a sustentação teórica de uma práxis com o *infans* In M.E.Maliska (org.). *A voz na Psicanálise: Suas incidências na Constituição do Sujeito, na Clínica e na Cultura* (pp.47-62). Curitiba: Juruá.
- Weil-Didier, A. (1995/1997). *Os três tempos da lei: o mandamento siderante, a injunção do supereu e a invocação musical*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Wickert, L.F.(2006). *A Escrita da Clínica Psicanalítica*. Trabalho apresentado na Jornada Acadêmica da Faculdade de Psicologia da PUCRS. Rio Grande do Sul. Recuperado em 30 de dezembro de 2008, de www.lucianawickert.com.br.