



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO -
UNICAP
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA**

CYNTHIA MARDEN TORRES

**INCIDÊNCIAS DO DESEJO MATERNO NAS POSSIBILIDADES DE
RECUPERAÇÃO DO BEBÊ PREMATURO**

RECIFE, 2009

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
LABORATÓRIO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E
PSICANÁLISE
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

CYNTHIA MARDEN TORRES

**INCIDÊNCIAS DO DESEJO MATERNO NAS POSSIBILIDADES DE
RECUPERAÇÃO DO BEBÊ PREMATURO**

RECIFE, 2009

CYNTHIA MARDEN TORRES

**INCIDÊNCIAS DO DESEJO MATERNO NAS POSSIBILIDADES DE
RECUPERAÇÃO DO BEBÊ PREMATURO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Universidade Católica de Pernambuco, como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia clínica.

Orientador: Profa. Dra. Nanette Zmeri Frej
Co-orientador: Profa. Dra. Maria de Fátima Vilar de Melo

RECIFE, 2009

T693i

Torres, Cynthia Marden

Incidências do desejo materno nas possibilidades de recuperação do bebê prematuro / Cynthia Marden Torres ; orientador Nanette Zmeri Frej ; co-orientador Maria de Fátima Vilar de Melo, 2009.

135 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP. Pró-reitoria Acadêmica. Laboratório de Psicopatologia Fundamental e Psicanálise. Curso de Mestrado em Psicologia Clínica, 2009.

1. Psicologia clínica. 2. Psicanálise infantil. 3. Prematuros - Psicologia. 4. Mãe e lactante - Aspectos psicológicos. I. Título.

CDU 159.964.2

Aos bebês prematuros dedico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me dar saúde e graça todos os dias para trilhar meu caminho na vida;

A minha mãe, Mabel, pelo amor e apoio dedicados a mim e a nossa família. Mainha, obrigada por tudo, amo você!

Ao meu pai Dourivaldo, pelo apoio, investimento e incentivo, mesmo que de longe, mas com os olhos fitos nos filhos;

Aos meus irmãos Susie, Sandro e Marcelo, cunhados Lianza e Luíza, e sobrinhos Giovanna e Gabriella, Nicoli, Bianca e Calebe pela alegria e pela torcida em cada etapa percorrida e conquistada tanto no mestrado como na minha vida;

A minha avó, Maria Figueiredo, pelo exemplo que transmite aos seus netos de força, sabedoria, e temor a Deus, e pelo incentivo na busca pelo conhecimento;

Às minhas tias Dorgimar e Marivalda Torres, minha gratidão por todo carinho e apoio ao longo da vida.

A Allysson Fabiano pelo carinho, atenção e por ter aparecido na hora certa. Você é muito especial!

À psicanalista Cassandra Dias;

À minha orientadora, Nanette Frej, e co-orientadora, Fátima Vilar, pessoas muito especiais e importantes para a realização e existência de cada página desta dissertação. Sou muito grata a vocês duas pelo respeito e compromisso transmitidos durante as aulas e orientações e pela amizade com a minha pessoa. Aprendi muito com vocês através dos exemplos de humildade, profissionalismo e amor com que me orientaram, e sou muito grata pela consideração dada às construções de minhas idéias. As duas estão no meu coração.

À professora e Psicanalista Telma Queiroz, pelo apoio, por ter sido minha primeira orientadora em pesquisas com bebês e incentivadora na vida acadêmica, e quem me inseriu na prática clínica e na Psicanálise. Através de seu exemplo, aprendi preciosas lições no cuidado com os bebês que não aparecem nos livros, e nesta dissertação aparece muito do que aprendi com você. Sou e serei sempre muito grata a você, Telma!

À banca examinadora, composta pelas professoras Fernanda Wanderley e Iaraci Advíncula, pelas ricas contribuições dadas ao meu trabalho e pelo carinho com leram cada página, muito obrigada pelo acolhimento.

Ao professor Dr. João Gonçalves de Medeiros Filho, Chefe do Departamento de Pediatria e Genética (DPG) do centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba, pelo acolhimento e pela oportunidade que me concedeu de atuar no Hospital Universitário Lauro Wanderley.

À Gilva Matos e Adjane Araújo, amigas queridas e profissionais responsáveis pela correção desta dissertação, muito obrigada pela colaboração para a elegância textual deste trabalho;

Aos colegas de trabalho do CRAS 01- Boa Vista, pela compreensão e carinho na fase de conclusão desta dissertação. Obrigada pela amizade de vocês!

Às amigas do mestrado, Paula, Lélis e Talita, e à toda a turma: vocês são muito especiais.

Às minhas amigas mais chegadas do que irmãs, Lidyane, Dálete, Silene, Williane, Paula Spinelli, Dinayara e Elayne, amo vocês!

Saber Viver

“Não sei... Se a vida é curta. Ou longa demais pra nós. Mas sei que nada do que vivemos tem sentido se não tocamos o coração das pessoas. Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, Mas que seja intensa, verdadeira, pura... Enquanto durar”

(Cora Coralina)

RESUMO

A presente dissertação tem como eixo central os endereçamentos na relação mãebebê, focalizando como objeto de investigação as incidências do significante do desejo materno nas intervenções da equipe médica e seus efeitos possibilitadores, ou não, da recuperação do bebê prematuro internado em UTI - neonatal. A pesquisa realizada partiu de nossa experiência clínica com bebês prematuros no Hospital Universitário Lauro Wanderley, na cidade de João Pessoa, PB, e está inserida no projeto da Professora Dra. Nanette Z. Frej - Limites, Fronteiras e Endereçamentos entre mãe e criança. Nossa pesquisa foi realizada com bebês (de ambos os sexos) nascidos prematuros – internados na UTI - neonatal –, em interação com suas mães, quando presentes, e com membros da equipe médica deste Hospital. Como instrumento, utilizamos o método de observação de bebês segundo Esther Bick, com algumas adaptações, aliada a intervenções clínicas. A análise do material consistiu da confrontação das observações clínicas, tendo como apoio o marco teórico psicanalítico. Foram estudados e discutidos três casos clínicos, dos quais escolhemos alguns elementos para análise das situações de interação mãebebê- equipe médica. Quanto aos resultados, identificamos nos casos acompanhados a operação da *Aufhebung* Freudiana caracterizando as mudanças na dinâmica psíquica da mãe no que concerne a construção da maternidade, no despontar do desejo, nos endereçamentos e destacamos a importância da equipe enquanto ajuda estrangeira pelo aporte das palavras, possibilitando a suprassunção da ruptura traumática do *Mèrenfant* (mãebebê), os endereçamentos e a ultrapassagem da imediatez do corpo do bebê prematuro. Esperamos que os resultados desse estudo venham ampliar as perspectivas de discussão e conhecimento sobre a relação mãebebê prematuro de risco, enfatizando os aspectos subjetivos desse momento precoce.

Palavras-chave: Endereçamentos mãe-bebê. Desejo. Prematuridade. Sujeito.

ABSTRACT

Based on previous clinical experiences with premature babies at the Lauro Wanderley's University Hospital, a systematic research is proposed to contribute towards the *Frej Project-Limits, Boundaries and Addressing code* between mother and child. The aim is to study mother and child addressing code theme, focusing on motherhood desire accounts due to medical team interventions as well as its prospective effects on premature child recovery assisted in neo-natal intensive care unit. Both male and female premature babies will be assessed at such intensive unit. Attention will be given to the interaction with their mothers and or with the medical crew of the abovementioned hospital. The babies will be assessed by means of the Esther Bick method, which will be adapted according to each case. The clinical observation will be evaluated, taking into account the theoretical psychoanalytical point of reference of this research project. The study material will be categorized and qualitatively analyzed according to both the Esther Bick method and other researchers of psychoanalytic premature clinic. The main elements of observation will be the voice, the look, feeding associated with the interventions of the medical crew. It is expected that the results might broaden the horizon of the understanding of mother and risk bearing premature child relationship, with emphasis towards the subjective aspects of such early moment of life.

Keywords: Mother and child addressing code. Desire. Premature birth. Subject.

LISTA DE SIGLAS

UTI - Unidade de Tratamento Intensivo	12
GEPEPPE - Grupo de Pesquisa e Extensão em Psicanálise e Pediatria	12
RN - Recém Nascidos	23
CID - Classificação Internacional das Doenças	23
IG - Idade Gestacional.....	24
PIG - Pequenos para a Idade Gestacional	25
PN - Peso ao Nascer	25
CCIU - Curva do Crescimento Intra-uterino	25
AIG - Apropriados para a Idade Gestacional.....	25
GIG - Grandes para a Idade Gestacional.....	25
AVC - Acidente Vascular Cerebral	77
HULW - Hospital Universitário Lauro Wanderley	82
DM - Deficiência Mental	83

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
1.1 O BEBÊ PREMATURO: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES DO PONTO DE VISTA ORGÂNICO E FISIOLÓGICO.....	23
1.1.1 Aspectos orgânicos	23
1.1.2 Aspectos sensoriais: recorrendo a algumas pesquisas experimentais	28
1.1.3 Reflexões psicanalíticas sobre a função e o funcionamento do orgânico do bebê a partir da relação com o outro.....	35
1.2 MATERNIDADE E FEMINILIDADE	39
1.3 OS ENDEREÇAMENTOS MÃEBEBÊ EQUIPE MÉDICA: EFEITOS NA RECUPERAÇÃO DO BEBÊ PREMATURO	52
2 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	66
2.1 PARTICIPANTES	66
2.2 INSTRUMENTO.....	67
2.3 PROCEDIMENTO DE ACOMPANHAMENTO E OBSERVAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS.....	67
2.4 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS CASOS CLÍNICOS	68
3 ANÁLISE DOS CASOS.....	70
3.1 CASO CLÍNICO DE TIAGO.....	70
3.1.1 O Período Pré-natal	70
3.1.2 Período neonatal.....	76
3.1.3 A observação da criança e sua interação com a mãe e equipe.....	79
3.2 CASO CLÍNICO DE LUCAS	82
3.2.1 O Período pré-natal.....	84
3.2.2 O Período neonatal.....	86
3.2.3 A observação da criança e sua interação com a mãe e equipe.....	90
3.2.4 O episódio das furadas	96
3.3 CASO CLÍNICO DOS GÊMEOS ANA LARISSA E JOSÉ VÍTOR	101
3.3.1 O período pré-natal.....	102
3.3.2 O Período neonatal.....	106

3.3.3 A observação das crianças e suas interações com a mãe e equipe	108
3.3.4 A dificuldade com a amamentação	112
3.3.5 A mudança de nome da menina	117
3.3.6 A cirurgia do menino e a recuperação da menina	118
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
REFERÊNCIAS	127
APÊNDICE.....	132

INTRODUÇÃO

Esta dissertação consiste em uma pesquisa que enfoca a temática dos endereçamentos na relação mãe-bebê. Focalizamos como objeto de investigação, especificamente, as incidências do significativo do desejo materno nas intervenções da equipe médica e nas possibilidades de recuperação ou não de um bebê prematuro internado em UTI - neonatal. O contexto que envolve o tratamento intensivo de bebês prematuros levou-nos a questionar quais seriam, pois, os alcances do desejo materno nas intervenções da equipe médica que, incidindo sobre um bebê prematuro, inscrevem-se de modo a impulsionar as possibilidades de recuperação ou de involução no tratamento?

A escolha deste tema e da questão que norteia esta pesquisa surgiu de nossa experiência clínica com bebês prematuros, a partir de atividades clínicas realizadas no Grupo de Pesquisa e Extensão em Psicanálise e Pediatria (GEPEPPE) do Hospital Universitário Lauro Wanderley, na cidade de João Pessoa, nos anos de 2005 e 2006, sob a coordenação da psicanalista Dra. Telma Queiroz.

Neste período, foram feitos pela equipe do GEPEPPE acompanhamentos clínicos e observações das relações das mães e de seus bebês, saudáveis e de risco, em quando pudemos compreender como se davam o estabelecimento dos laços entre os sujeitos concernidos, bem como os efeitos de intervenções precoces pela palavra em casos de sinais de sofrimento psíquico na criança.

Dentre os casos atendidos na UTI - neonatal, três situações já vivenciadas previamente durante as atividades clínicas realizadas pelo GEPEPPE chamaram-nos a atenção devido às peculiaridades, no aspecto relacional da mãe com o bebê prematuro. Estas estavam subjacentes ao processo de recuperação da criança, e incidiram nas suas possibilidades diante da vida e da morte:

- Um bebê que, na presença da mãe, vinha se recuperando, e, a partir do momento em que foi abandonado por aquela, retrocedeu em direção ao óbito;
- Um outro bebê que, mesmo com a presença da mãe- esta depressiva- e com todos os cuidados médicos realizados, não conseguiu sobreviver;
- E, por último, o de um bebê abandonado desde o nascimento, que sobreviveu, teve um investimento por parte da equipe médica e apresentou melhoras bem significativas em relação às expectativas médicas.

Esta última situação chamou-nos a atenção no que concerne ao aspecto do significativo do desejo materno poder circular em outros personagens, que não necessariamente a mãe, e que alguma outra pessoa pode ser tomada por este desejo circulante. Como percebemos, quando o bebê foi abandonado pela mãe, poderíamos supor nela uma ausência de desejo, mas este foi localizado em um outro lugar, ou seja, na equipe médica.

A partir da observação desses casos, pensamos, na perspectiva da possibilidade do significativo do desejo estar em circulação na mãe, nas intervenções da equipe médica e no bebê. Supomos, mesmo considerando as problemáticas orgânicas, que são geralmente graves em um bebê prematuro, bem como o seu sofrimento psíquico, o investimento materno e também o da equipe parecem ser um dos principais motivos que colaboram para uma boa recuperação.

O bebê, enquanto ser desejante, pode ter sua trajetória de constituição subjetiva definida em sua relação com a mãe. Podemos pensar em muitos entraves para que isso aconteça nos primeiros meses de vida, que precisam ser levados em consideração não somente do ponto de vista físico, mas também precisamos dimensionar e enfatizar os aspectos simbólicos existentes em todos os atos e funcionamento do corpo da criança. Torna-se importante considerar o funcionamento do corpo do bebê atrelado ao desejo materno, localizado na mãe, ou em um outro personagem como o profissional de saúde, e é nesse sentido que se direcionará a presente dissertação.

Lacan (1998) afirma que o desejo do ser humano é o desejo do Outro e que a criança ocupa um lugar no inconsciente materno que viabiliza ou inviabiliza a constituição subjetiva. Muitos elementos estão implicados à dinâmica desta constituição, como por exemplo, os sintomas do bebê prematuro, que abordamos nesta dissertação, a partir da observação de situações que põem em jogo a relação da mãe com o bebê.

Em Freud (1950, 1895), podemos apontar o desejo enquanto uma aposta do outro na possibilidade de sobrevivência da criança. O autor denomina esse outro de próximo prestativo, que é o portador do desejo de sobrevivência pelo recém-nascido, e o responsável pela humanização do sujeito. Para Queiroz (2005), o efeito do desejo da mãe relaciona-se aos comportamentos e ações motoras do feto e do recém-nascido. Segundo a autora, estes possuem suas próprias características, o que a fez considerar que a ação motora não é simplesmente uma descarga de tensão, pois já há nesta uma implicação do desejo, e, dessa forma, o sujeito poderia então ser relacionado com o desejo. As atividades da criança seriam constituídas como significantes, e nelas estariam subjacentes as manifestações subjetivas, e expressões do desejo, relacionadas com o desejo da mãe desde uma idade precoce. Assim,

com base na perspectiva de que as ações do corpo de um bebê encontram-se relacionados ao desejo materno, podemos pensar na dificuldade de sobrevivência de alguns bebês prematuros internos em UTI-neonatal, mesmo diante do avanço tecnológico e científico da Neonatologia. De acordo com pesquisa publicada na Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, “os óbitos neonatais constituem-se no mais importante componente da mortalidade infantil (MI) no Brasil, tendo como principais causas a asfixia, o baixo peso ao nascer, as afecções respiratórias do recém-nascido, [...] e a prematuridade” (PEDROSA; SARINHO; ORDONHA, 2005, p.1).

Outro estudo realizado em um hospital de referência no estado de Pernambuco, que classificou os óbitos de menores de um ano segundo critérios de evitabilidade da causa básica nos períodos de janeiro a dezembro de 2000, revelou um coeficiente de mortalidade infantil hospitalar de 103, 7 óbitos por 1000 internações e quase metade era de neonatos (VIDAL; FRIAS; BARRETO; VANDERLEI; FELISBERTO, 2003).

Além dos aspectos citados acima, percebemos, através das observações do meio médico, hospitalar e institucional em geral a importância de atentar-se para o processo de constituição subjetiva nos primeiros momentos da vida do sujeito, para o estabelecimento dos laços com o outro, tão importantes para o processo de subjetivação do bebê. E, quando estes aspectos são considerados, geralmente ocorrem numa fase mais tardia, quando perturbações psíquicas de diversas ordens já se encontram manifestas e instaladas, sendo mais difícil fazê-las retroceder.

Ao falar sobre UTI - neonatal, bebês prematuros, suas mães e equipe médica, não se têm como não pensar nesse contexto social em que os mesmos estão inseridos, que contém o hospital e o meio médico. Freud (1921), quando escreveu a *Psicologia das Massas e Análise do Ego*, já afirmava em suas reflexões que o mesmo tecido que compõe o social compõe o tecido do individual, enfatizando aí um movimento que não separa estes dois aspectos.

Como a temática deste trabalho de pesquisa abrange uma perspectiva de movimento, ou seja, da concepção do significante do desejo materno em circulação na equipe, na mãe e no bebê prematuro interno em UTI - neonatal, podemos pensar que a noção da *Aufhebung Freudiana* proposta por Frej (2003, 2005) envolve esse complexo de elementos e pode auxiliar a pensá-los de maneira a apreender a dinâmica do conjunto. Inicialmente, achamos necessária uma explicação em relação à tradução dessa noção escrita acima. Na verdade, trata-se de uma questão de termos, considerando que as edições brasileiras da obra de S. Freud, quando da tradução do verbo *aufheben*, assim como do substantivo *Aufhebung* não levaram em consideração o sentido dialético contido nas palavras referidas. Frej (2003)

propõe em sua tese de doutorado que a versão para o português siga a que foi proposta pelo Padre Paulo Meneses da Universidade Católica de Pernambuco. Ao traduzir obras importantes de Hegel para a língua portuguesa, Meneses, apoiando-se em Labarrière, e adotando a proposta de Y. Gauthier, traduz o verbo e o substantivo, em língua francesa, por *sursumer* e *sursomption*. Esses termos respeitam o movimento interno que constitui a vida humana, e, ao mesmo tempo em que contém em si o movimento referido, propõe que em língua portuguesa sejam utilizados *suprassumir* e *suprassunção*, que contém em si a conservação daquilo que sendo negado conserva-se enquanto o mesmo e enquanto outro, no qual o mesmo se transforma.

Frej (2003), quando encontrou esse termo ao longo de toda obra de Freud, e o demonstrou em sua tese de doutorado, referiu-se a momentos nos quais são delimitadas fronteiras e lugares psíquicos na vida humana. Sobre isso, a autora citada diz:

O termo *Aufhebung* e o verbo *aufheben* constituem uma pedra de tropeço que inaugura um percurso de constante criação dos espaços que situa e distingue entre si o organismo, o corpo e o indivíduo na sociedade e na cultura. A observação de que os referidos termos tomam relevo na obra por serem escritos em momentos bastante demarcados fez com que fizéssemos uma chave de leitura para a teoria e clínica psicanalíticas. (FREJ, 2005, p.1).

A *Aufhebung*, portanto, trata-se de um termo que permite apreender a dimensão do movimento da energia que atravessa o psiquismo e de sua passagem no organismo, considerado desde o momento em que prevalece o inorgânico que será *suprassumido* (*aufgehoben*), desdobrando-se em órgão, organismo, corpo, situados na sociedade e na cultura, inscrevendo o aparelho psíquico. As instâncias referidas constituem lugares com fronteiras não nitidamente delimitadas e coexistem em seu funcionamento simultâneo. Assim, nós trabalhamos o que há de mais primitivo na relação mãebebê¹ prematuro e equipe médica, o núcleo onde as instâncias ainda não são diferenciadas, como por exemplo, a distinção entre o mundo externo e o interno.

A questão da prematuridade é algo que vem apresentando-se frequentemente como motivo de internamentos nas UTIS-neonatal, e, na maioria das vezes, podemos perceber, nesse momento, dificuldades no estabelecimento de vínculos na relação mãebebê de risco. A ênfase, neste trabalho, foi dada aos momentos de separação entre o bebê prematuro e o outro numa época tão precoce de sua vida, pois, ao nascer, encontra-se numa situação de fronteira entre a vida intra-uterina e o meio externo, ou seja, em uma incubadora, situação essa que dificulta o contato com a mãe.

¹ As palavras mãe e bebê encontram-se unidas sem hífen, visto que estamos considerando esse núcleo de indiferenciação que mencionamos no parágrafo.

Do ponto de vista orgânico, a Medicina nos aponta alguns fatores que podem predispor a prematuridade, tais como: hipertensão, diabetes, incompatibilidade sanguínea, síndromes genéticas e cromossomopatias, infecções maternas, congênicas e adquiridas, mães menores de dezesseis anos, a idade gestacional (abaixo de trinta e quatro semanas), asfixia perinatal (apgar 5<6), dentre outros (BRANT, 1998, p.38).

O bebê prematuro, nas palavras de Brant,

[...] devido à imaturidade de seus órgãos e sistemas, pode apresentar os seguintes problemas: regulação da temperatura [...], apnéia, problemas hematológicos [...], problemas neurológicos [...], respiratórios [...], cardiovasculares [...], metabólicos [...], dificuldade de sucção e/ou deglutição (menor de 34 semanas), maior risco de infecção (imaturidade do sistema imunológico). (BRANT, 1998, p.38).

Ao falarmos em bebês prematuros, há que se considerar a relação mais precoce que eles têm com o seu primeiro outro, que é a mãe ou quem exerce suas atribuições. Além disso, há de se ressaltar o fato de que antes mesmo do nascimento já existe um desejo por parte dos pais, relacionado a esta criança.

Diante disso, tornou-se necessário remetermos às origens do humano para entendermos o surgimento do sujeito. Quando nos referimos à função materna e ao desejo materno, referimos a um elemento importante presente na relação com o bebê. O sujeito constitui-se a partir dessa relação com o *Outro* – cuja diferenciação com o outro falaremos mais à frente – e, para se falar em desejo, fala-se do bebê em relação com a mãe, capturado no desejo desta. Portanto, não se é possível falar de bebê prematuro sem referir-se à mãe. Esta é um personagem fundamental tendo em vista a condição de prematuridade do filho. O estado do nascimento prematuro caracteriza o sofrimento primordial de uma criança, e mesmo para os bebês nascidos saudáveis, a sobrevivência não é garantida sem a ajuda exterior.

O humano nasce da falta, da dependência, e Freud (1950, 1895) traz a importância do *outro* na sobrevivência do ser humano denominando-o de próximo prestativo. Segundo ele, é este outro, que é o portador do desejo de sobrevivência pelo recém-nascido, que é responsável pela humanização do sujeito. A criança ao nascer acha-se num estado de aflição e desamparo, *hilflosigkeit*, e depende inteiramente do *outro* para sua sobrevivência. Pelo grito, o bebê mostra sua carência e faz apelo a esse *outro* para que ele lhe traga a tranqüilidade. Para aliviar a tensão, o *outro* lhe traz alimentos, mas também sua palavra. É nessa dinâmica identificada na experiência de satisfação, que se constituiria o sujeito.

Lacan (1994) denomina este *outro*, o qual se referiu Freud (1950, 1895), como semelhante, e acrescenta um *Outro* que se caracteriza como o universo simbólico em que o sujeito está mergulhado e que precede o nascimento.

Os cuidados primários com o bebê seriam, portanto, memórias inconscientes da maternagem recebida, ou seja, como a mãe cuida do seu bebê remete à maneira como ela fora cuidada, podendo dizer, assim, que a maternidade é uma construção psíquica. Contudo, para haver investimento libidinal no filho e para que se organize a relação da unidade mãebebê, aquela precisa ter a função paterna operando nela, o que Lebrun (2006) chama de “*o pai na mãe*”. É muito importante que o bebê receba nos cuidados a ele endereçados essa inscrição do corte do pai que já existe na sua mãe, visto que na ausência ou falha desta castração primária, dão-se origem aos sintomas precoces no recém-nascido e dificuldades no que concerne à suposição de um sujeito neste bebê.

A maternidade, mesmo que implique uma negação da mulher em ser prioritariamente uma filha para ser uma mãe, parece ser construída a partir de gerações anteriores dos personagens maternantes. Segundo Motta (2003), para que haja um autorizar-se mãe, esta precisa estar marcada por uma impossibilidade de prolongamento com a sua mãe, abrir mão da prioridade de ser filha, ser amparada por uma função de terceiro, que corresponde ao corte já inscrito, e pelo saber inconsciente, que lhe será ou não transmitido na sua linhagem materna.

O bebê, antes mesmo do seu nascimento, já tem uma história advinda das linhagens familiares, dos ditos e dos não ditos que lhe oferecem um lugar. Assim, podemos dizer que, primeiramente, a criança é inserida simbolicamente, visto que está atravessada pela formação psíquica dos pais, antecipada no desejo, na imaginação e nas falas dos mesmos. O momento do nascimento já traz consigo mais um corte, o bebê apresenta-se como uma presença real e, assim convoca a mãe ao processo de constituição da maternidade. A partir dos endereçamentos que se estabelecerão entre mãe e criança, articulada ao apelo inferido inicialmente pela mãe e ao corte também por esta veiculado, que o filho estará dando o ponto de partida em direção a tornar-se sujeito.

Bergés e Balbo (2002) trazem a importância do desejo materno articulado ao transitivismo e ao relançamento na relação mãebebê. Uma mãe quando transitiva com seu filho faz uma hipótese de uma demanda neste, supõe que ele irá fazer uma articulação dessa demanda ao desejo dela. Caso isto não aconteça, seria porque esta mãe não estaria supondo um desejo por ela mesma.

Neste movimento dentro do qual se instala o jogo de posições, permitindo endereçamentos na relação entre a mãe e o bebê, essa espera, a partir da demanda do filho, que este lhe afague o desejo de mãe. Quando ela supõe uma demanda sobre seu bebê, relança sobre ele o seu próprio desejo de mãe. No entanto, esta demanda nunca poderá ser

completamente satisfeita, nem poderá responder ao desejo, pois ela irá falhar, e ficará sempre o enigma do que ela deseja por parte do filho. Diante disso, os autores citados referem que “o relançamento não é apenas o auto-relançamento da mãe em suposição de uma demanda em seu filho; esse relançamento é também dinamizado pela atividade do filho, atividade nele erotizada. Aliás, não seria essa atividade erotizada justamente porque teria por função contribuir para o relançamento do desejo de sua mãe? A necessidade motora relança, por exemplo, a esse respeito, o desejo da mãe” (BERGÉS; BALBO, 2002, p.32).

Portanto, podemos pensar que a ausência de transitivismo, de relançamento neste jogo de posições da mãe e do bebê, neste movimento dialético da demanda por parte da mãe e por parte do bebê, pode estar na origem de dificuldades de estabelecimentos de laços e de constituição subjetiva, um risco presente no momento da internação do bebê prematuro em UTI - neonatal que se encontra separado precocemente de sua mãe, na maioria das vezes, privado em algum momento, de cuidados mais próximos por parte dela.

O lactente doente, nascido prematuro, muitas vezes, encontra-se numa situação em que, na relação com a sua mãe, está diante de alguém que se vê na impossibilidade de continuar a desejar. Este fato, talvez, possa ser compreendido como algo da ordem do desejo interrompido ou obstaculizado, na qual a perspectiva de Frej (2003) corresponderia a uma não operação da *Aufhebung* freudiana. Gomes (2004) ressalta que a dimensão da subjetividade, portanto, precisa ser levada em consideração nesse bebê, de condição clínica instável, que geralmente passa por separações prolongadas nas longas internações na UTI-neonatal, situações as quais incidem sobre ele, a possibilidade da morte, assim como, a esperança da vida. As restrições que ocorrem devido a imaturidade e instabilidade do bebê prematuro podem vir a ser uma dificuldade no estabelecimento dos contatos, e essa interrupção abrupta da unidade mãebebê pode levar essa mãe a se paralisar diante da separação, um desânimo diante de um bebê pela sua condição precária de não conseguir responder aos seus apelos e contatos. Podemos dizer, portanto, que a questão da morte permeia esses contatos iniciais da mãe com o bebê prematuro, e, “diante dessa situação, mãe e bebê terão que (re) descobrir um caminho de aproximação e contato, o que promoverá a constituição e desenvolvimento do bebê enquanto sujeito.” (GOMES, 2004, p.3).

Levantamos, nesse momento, um questionamento em torno da idealização que envolve a relação mãebebê e o amor materno, quando esse encontro inicial é visto como sendo o auge da felicidade, a realização do absoluto, destacando, por outro lado, o aspecto ambivalente e traumático da interação, como parte integrante de todo esse processo. No *Seminário XX*, Lacan (1993) destaca a ambivalência da relação mãebebê quando se refere a

um amor que desemboca no ódio. Existem pulsões agressivas envolvidas, fantasmas de “devorar o bebê com os olhos”, fantasias de animalidade, uma devoração na margem do desejo. Achamos importante enfatizar esta ambivalência, visto que há ainda na sociedade contemporânea a idealização do amor materno, e, muitas vezes, essas crenças são levadas para o hospital, podendo ocorrer a tendência de querer atribuir à mãe de um bebê prematuro a imagem de uma mãe má, por ela apresentar dificuldades iniciais na relação com o seu bebê. Esse tipo de crença traz para a mãe uma carga de culpa muito forte por causa de sua ambivalência quando parece não estar conseguindo cuidar do seu bebê, ou quando se encontra em momentos de não estar conseguindo vê-lo ou pegá-lo, ou até ficar constrangida com a situação.

Por ser algo insuportável de se pensar por parte de quem trabalha com bebês, há o risco dessas mães caírem no perigo do trauma sem fala, e dos não-ditos, pois no contexto da internação,

É de uma outra história que a mãe vem falar, uma história impossível de ser ouvida para reanimadores, já que se trata de suportar nela ouvir a morte inscrita como realização de desejo. Esse saber, essa pré-ciência da mãe marca o corpo do filho como lugar privilegiado de uma inscrição. Inscrição dos significantes do discurso do Outro, é de fato isso que deve ser ouvido no discurso materno. (MATHELIN, 2005, p.18).

E qual é a situação dos bebês prematuros? Encontram-se no limite entre a vida fetal e o exterior, pois não estão nem mais no útero, nem no exterior, mas nas incubadoras, em um momento precoce da vida psíquica, onde tudo pode começar. São bebês em sofrimento físico e psíquico, que capta todo o ambiente que lhe é estranho, como os ruídos dos aparelhos, dos alarmes que chamam a atenção de quem está cuidando da criança, já que saiu da tranqüilidade do seu conhecido meio intra-uterino (LACROIX; MONMAYRANT, 1997).

E como será quando esse bebê não corresponder ao que foi idealizado pela mãe? Será que a mesma poderá projetar-se nele? Será que identificará traços fisionômicos, características da família? E se isso não acontecer, como a mãe poderá investir nesse bebê, reconhecê-lo como seu? Como conter a angústia de despedaçamento do filho se não pode ou não consegue contê-lo nos braços e nem olhá-lo investindo-o, já que o que está vendo a apavora? E a mamada, o que será dela quando o filho encontra-se entubado?

A partir dessas questões acima levantadas que apontam as possíveis dificuldades da mãe nos cuidados realizados com a criança, que pensamos nas intervenções da equipe médica. Consideramos como intervenções os elementos que se passam em uma relação entre

as pessoas envolvidas, tais como o toque, a voz, o olhar, as expressões verbais e não verbais, que podem ou não ser mediados pela palavra.

Mathelin (2005), quando se refere à hospitalização, afirma que a existência da criança está indissociadamente ligada à presença do *outro*, seja a mãe ou a equipe terapêutica, que, nos atendimentos, estará para o bebê em posição de continente. Ao destacar a importância da função das intervenções realizadas no bebê, pontua que cabe à equipe tentar ir ao encontro dele e procurar decifrar o menor de seus apelos para procurar responder a isso. Não se trata mais de uma observação do exterior, mas de aceitar estar preso na relação com a criança, de intervir, de deixar-se surpreender, de “[...] dar a criança outra coisa que a objetiva câmera de um pesquisador neutro” (MATHELIN, 2005, p.42).

Diante disso, pretendemos compreender mais profundamente como vai se construindo a relação entre a mãe e o bebê prematuro interno em UTI- neonatal, enfatizando a constituição de sua subjetividade e destacando o alcance do desejo materno nas intervenções da equipe médica e nas direções que o bebê prematuro venha a tomar, seja pela sua recuperação ou não. Com isto, poderemos abrir perspectivas para novas pesquisas psicanalíticas sobre intervenção precoce, sofrimento psíquico e clínica precoce em Psicanálise, bem como pensar sobre práticas de intervenções por parte dos profissionais de saúde que atuam em clínicas neonatal, pediátrica e ambulatorial, no sentido de que, considerando esses aspectos subjetivos, fazer com que eles possam lidar melhor com situações que envolvam o bebê prematuro, sua mãe e seus familiares, olhando para o bebê como um sujeito em constituição, além das problemáticas orgânicas que lhes acometeu.

Realizamos nesta dissertação uma investigação psicanalítica acerca das incidências do desejo materno na equipe médica e nas possibilidades do bebê prematuro ser direcionado para o restabelecimento (sobrevivência) ou para a morte; e para isso, observamos as interações dos bebês prematuros com as suas mães que os visitaram na UTI- neonatal, e com os membros da equipe médica que apareceram para cuidar deles. Por fim, analisamos a circulação do significativo do desejo na equipe médica e na possibilidade de recuperação do bebê prematuro, tomando como base o conceito da *Aufhebung* freudiana proposta por Frej (2003, 2005).

Este trabalho foi estruturado em três capítulos: fundamentação teórica, aspectos metodológicos, análise e discussão dos casos clínicos, além das considerações finais. No primeiro capítulo, trouxemos a fundamentação teórica na qual nos embasamos para tratar do tema em questão, utilizando-nos da contribuição de autores da Psicanálise como Freud e Lacan, psicanalistas contemporâneos como Bergès e Balbo, Queiroz, Crespin, Lebrun, Chemama, Mathelin bem como alguns autores da área médica, como Brant, Jácomo,

Medeiros Filho, Holanda e Silva, Klaus e Klaus, e Bortoletto- Dunker e Lordelo. Para isto, dividimos o capítulo em três sub-tópicos:

No primeiro sub-tópico, fizemos uma reflexão sobre o bebê prematuro nos seus aspectos orgânicos e funcionais, articulando alguns pensamentos da Medicina com a Psicanálise, e destacando a importância do alcance do desejo da mãe, e do aspecto relacional da mãe com o filho no funcionamento do corpo do bebê. Começamos falando dos aspectos orgânicos e sensoriais a partir dos pensamentos da Medicina, e ao longo do capítulo, procuramos relacionar com o que pensam alguns Psicanalistas contemporâneos como Bergès e Balbo (2002), Queiroz (2005) e Crespin (2004) acerca da função e funcionamento do orgânico do bebê a partir da relação que este estabelece com o Outro.

No segundo sub-tópico, contemplamos uma reflexão em torno do tema da maternidade e da feminilidade à luz da teoria Psicanalítica, trazendo, em breves linhas, uma explanação sobre as imagens de mãe que se tem ao longo da história (século XVIII até os dias de hoje). Demos também um enfoque, com base em Freud e outros autores da Psicanálise, no processo que constitui o caminho que pode percorrer uma menina em sua relação com a mãe até tornar-se mulher, considerando que o desejar ser mulher e o desejar ter um filho acontecem em tempos diferentes, e que estes desejos parecem seguir um percurso que considera a trajetória da história fantasmática infantil percorrida pelo sujeito ao longo de sua existência. Além disso, falamos sobre a maternidade, a castração, a função paterna e o seu declínio, e a importância da castração na mãe como operação fundamental no exercício da maternidade, a partir dos pensamentos de Freud e de Lebrun.

No terceiro e último sub-tópico do primeiro capítulo, procuramos abordar de maneira mais aprofundada o que pretende o objetivo principal da pesquisa, tratando da questão dos endereçamentos na relação mãebebê e equipe médica, destacando os efeitos na recuperação do bebê prematuro. Assim, procuramos interrogar a circulação do significativo do desejo materno na equipe médica e no bebê prematuro internado em UTI-neonatal, com base no conceito da *Aufhebung Freudiana* posto em relevo por Frej (2003) e no seminário de Lacan (1998) sobre o conto de E. A. Poe: A carta roubada. Mais particularmente, refletimos sobre as incidências desse desejo circulante na recuperação, ou não, do bebê. Abordamos também o transitivismo, o relançamento, a temática dos endereçamentos, o *Outro* e o *outro* em Lacan, e a depressão nas maternidades.

O segundo capítulo consistiu de algumas considerações acerca da metodologia escolhida que norteou o caminhar da pesquisa, que possui natureza clínica, e o terceiro capítulo tratou da análise e discussão de três casos clínicos acompanhados por nós e que

foram selecionados dentre os 28 que acompanhamos durante o mesmo período na UTI-neonatal do Hospital Universitário Lauro Wanderley, em João Pessoa, Pb. A seleção destes casos deu-se com base em critérios de relevância teórica, e a análise do material consistiu da confrontação das observações clínicas com as questões teóricas por elas suscitadas, segundo o marco teórico psicanalítico do primeiro capítulo, e com base no conceito da *Aufhebung* freudiana proposta por Frej (2005).

Para finalizar, apresentamos as considerações finais às quais essa investigação permitiu-nos chegar.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 O BEBÊ PREMATURO: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES DO PONTO DE VISTA ORGÂNICO E FISIOLÓGICO

1.1.1 Aspectos orgânicos

A Clínica Psicanalítica com recém-nascidos tem evidenciado situações da ordem do inusitado. A eficácia percebida nas intervenções feitas pela palavra parece provocar efeitos rápidos nos bebês que expressam o seu sofrimento pela linguagem dos sintomas no corpo, estes nem sempre explicáveis. Essas constatações observadas no contato com os recém-nascidos prematuros insistem em apontar para algo muitas vezes enigmático, que escapa ao âmbito da Ciência, despertando, assim, uma gama de situações observáveis existentes, mas imprevisíveis, que dizem respeito a outra ordem, esta regida pelo inconsciente, no surgimento do sujeito em constituição no bebê.

Neste capítulo, pretendemos refletir sobre o universo que constitui nossa pesquisa, isto é, os bebês prematuros ou, usando a terminologia médica, *recém-nascidos (RN) pré-termo*. Inicialmente, iremos situá-los no terreno oferecido pela Medicina, que aponta para o aspecto orgânico, para potencialidades fisiológicas e sensoriais. Falar sobre a perspectiva médica permitiu em seguida articular estes mesmos aspectos com a Psicanálise, que insere o recém-nascido em sua história e na dimensão da submissão ao desejo do Outro.

Quem é esse bebê prematuro que estamos querendo abordar? De acordo com Brant (1999, p.38), “é considerado RN (recém-nascido) pré-termo todo aquele com idade gestacional até 36 semanas e seis dias”. Para a mesma autora, alguns fatores podem estar associados ao parto prematuro, tais como: mães muito jovens, a classe socioeconômica baixa, um pequeno intervalo entre as gestações, ter tido um parto prematuro anterior, várias gestações, malformações uterinas, incompetência do canal cervical, mãe diabética, rotura prematura de membranas, infecção sistêmica materna, placenta prévia, infecção do trato urinário e isoimunização pelo fator RH.

De acordo com a Classificação Internacional das Doenças – CID-10 (2008) – o bebê recém-nascido, considerando a categoria nosográfica P05-P08 – *transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal* – pode encontrar-se nas seguintes definições:

a) Enquadrado na categoria P 07. , denominada de *outros recém-nascidos de pré-termo*, encontramos:

- ***Recém-nascido (RN) pré-termo***: criança nascida com idade gestacional de 28 semanas completas ou mais, porém, que tenha menos que 37 semanas de gestação, ou seja, com idade gestacional entre 196 e 259 dias completos.

- ***Recém-nascido muito pré-termo***: criança nascida antes de completar 32 semanas de idade gestacional, ou seja, entre 154 e 224 dias de gestação;

b) Enquadrado na categoria P 07. 2 denominada de *imaturidade extrema*, encontramos:

- ***Recém-nascido pré-termo extremo***: criança nascida antes de completar 28 semanas de idade gestacional, ou seja, entre 154 e 196 dias de gestação;

c) Na categoria P 07.1 denominada de *outros recém-nascidos de peso baixo*, encontramos os bebês com peso ao nascer de 1.000 a 2.499g, aos quais destacamos:

- ***Recém-nascidos de baixo peso ao nascer***: bebês cujo primeiro peso é inferior a 2.500g;

- ***Recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer***, que são aqueles cujo primeiro peso é inferior a 1.500g;

d) E, finalmente, enquadrados na categoria P 07.0, temos:

- ***Recém-nascido com peso muito baixo ou recém-nascido de extremo baixo peso ao nascer***: bebês cujo peso ao nascer é de 999g ou menos, ou seja, quando o primeiro peso é inferior a 1.000g;

Assim, com base nesta classificação, os bebês em questão nesta pesquisa podem corresponder a qualquer uma dessas definições, o que o faz ser considerado, portanto, um recém-nascido de risco.

Medeiros Filho (2008, p. 35), ao falar sobre a importância da classificação do RN e da avaliação da Idade Gestacional (IG) afirma:

Avaliar a idade gestacional é imprescindível à abordagem do RN, pois permite selecionar os grupos de risco e, também, classificá-los de forma adequada, com base na relação peso/idade gestacional, propiciando, assim, a assistência neonatal.

Os RN podem ser classificados quanto à idade gestacional e quanto ao peso.

a) Quanto à idade gestacional os recém-nascidos podem ser:

- ***RN pré-termo***: idade gestacional abaixo de 37 semanas;
- ***RN a termo***: idade gestacional compreendida entre 37 e 41 semanas e 6 dias
- ***RN pós-termo***: idade gestacional acima de 42 semanas

b) Quanto ao peso podem ser:

- ***Pequenos para a idade gestacional (PIG)***: quando o peso ao nascer (PN) encontra-se abaixo do percentil 10 na curva do crescimento intra-uterino (CCIU);
- ***Recém-nascidos apropriados para a idade gestacional (AIG)***: quando o peso ao nascer situa-se entre os percentis 10 e 90 na curva do crescimento intra-uterino (CCIU);
- ***Recém-nascidos grandes para a idade gestacional (GIG)***: quando o peso ao nascer encontra-se superior ao percentil 90 na curva do crescimento intra-uterino (CCIU) (MEDEIROS FILHO, 2008).

Holanda e Silva (2004, p.12), ao fazer uma revisão de literatura com foco na saúde do recém-nascido de risco, caracterizam este bebê como:

aquele que passou por intercorrências na gestação, no período próximo ao parto ou no pós-natal, capazes de lesar estruturas do sistema nervoso central, ainda não totalmente desenvolvidas do ponto de vista orgânico e funcional.

Sendo assim, os bebês de risco encontram-se expostos a situações adversas que, além de possibilitar um comprometimento no sistema nervoso dos mesmos, pode repercutir em alterações no desenvolvimento. Diante disso, com base nas pesquisas bibliográficas observadas por Holanda e Silva (2004), supomos necessário, neste momento, o conhecimento acerca dos fatores de risco que podem afetar a qualidade de vida dos bebês que sobrevivem à UTI-neonatal. Dentre os vários fatores existentes, podemos citar alguns, tais como: os fatores sócio-demográficos, como por exemplo, a renda familiar, grau de instrução materna, estado civil, idade materna, assistência pré-natal, as condições ao nascer, como o sexo, o peso ao nascer, a idade gestacional, a permanência da criança na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal e as doenças que surgirem neste período, bem como a morbidade pós-alta.

Um ponto importante que vale destacar diz respeito à relação existente entre bebês nascidos com baixo peso e a prematuridade. Estes últimos, de acordo com o CID- 10 (2008) são considerados um dos determinantes do nascimento de baixo peso, e a *Organização Mundial de Saúde* destaca este perfil de recém-nascido como o fator isolado mais importante na determinação da sobrevivência infantil. De acordo com pesquisas realizadas acerca dos RN nascidos de baixo peso:

[...] estas crianças apresentam [...] um risco 40 vezes maior de morrer ou adoecer no 1º ano de vida, ou apresentar impedimentos no seu desenvolvimento, podendo representar o início de uma série de problemas clínicos, emocionais e de alto custo, para o bebê, família e sociedade (BEHRMAN; SHIONO; 2002 *apud* HOLANDA; SILVA, 2004, p. 12).

As pesquisas revisadas pelos autores citados evidenciam que o nascimento com baixo peso constitui um dos determinantes da mortalidade infantil e da morbidade no desenvolvimento neurológico e psicomotor da criança, e com, relação à prematuridade, salientam que esta, apesar de pouco compreendida e de muitos de seus partos estarem associados a outras naturezas de patologias e afecções gestacionais, 50% são de causas não explicáveis pela Medicina.

Apesar dos avanços tecnológicos que atualmente conquistaram os serviços de Obstetria e Neonatologia e que vêm permitindo uma sobrevivência cada vez maior de bebês considerados prematuros extremos, a incidência dos nascimentos prematuros continua alta e as graves conseqüências da prematuridade apresentam-se como um dos problemas principais de saúde pública, principalmente para a população socialmente desfavorecida. Poderíamos identificar nesta evidência uma abertura para se pensar as questões da subjetividade que parecem aqui emergir e que podem estar relacionadas à mãe e ao bebê? É provável que as pesquisas psicanalíticas podem contribuir nesse sentido de possibilitar perspectivas de se pensarem nas questões subjetivas que subjazem aos processos da saúde e da doença.

Diante de tudo que foi exposto, percebemos que as políticas de saúde vêm em busca de estratégias e mudanças que garantam uma atenção adequada à gestante. Assim, pretende possibilitar uma boa assistência ao bebê de risco durante a internação em UTI-neonatal e, após a alta hospitalar, garantir uma assistência e sobrevivência com qualidade de vida. No entanto, podemos levantar algumas questões a serem discutidas posteriormente: qual a natureza dessas assistências? A elevação da qualidade visaria a qual aspecto da vida do recém-nascido? O que se tem pensado acerca do prognóstico de um bebê prematuro? Qual a repercussão sobre o bebê considerado em risco de vida, das expectativas médicas?

No que diz respeito ao prognóstico do RN pré-termo, pode-se dizer que, para a Medicina, quanto menor for a idade gestacional, maiores são as possibilidades de seqüelas na criança. Segundo Jácomo (1999), avalia-se essa idade gestacional pela data da última menstruação e pode-se avaliar a maturidade do recém-nascido a partir dos métodos de exame físico como, por exemplo, o Dubowitz, Capurro, e Ballard. Com relação a esses métodos e avaliação da idade gestacional acima descritos, Medeiros Filho (2008) destaca os mais utilizados em serviços de UTIs-neonatal, como o método de Capurro e o New Ballard. O primeiro método geralmente é usado para bebês com mais de 30 semanas, e o segundo, é utilizado para recém-nascidos prematuros extremos. Sobre o método New Ballard, esclarece Medeiros (2008, p.38):

É um método modificado da avaliação da idade gestacional do RN que permite estimá-la a partir de 20 semanas. Utiliza seis parâmetros neurológicos (postura, ângulo de flexão do punho, retração do braço, ângulo poplíteo, sinal do xale, calcanhar e orelha) e seis parâmetros físicos (pele, lanugo, superfície plantar, glândula mamária, olhos/orelhas, genital masculino, genital feminino), aos quais atribuem pontos cuja somatória determinará a IG do RN. Pode ser realizado em RNs patológicos e com até 96 horas de vida.

No que se refere à incidência de nascimentos, estima-se que nos países desenvolvidos, um terço dos bebês nascidos com baixo peso são considerados *pequenos para a idade gestacional (PIG)* e os dois terços restantes são de *bebês pré-termos*. Já nos países em desenvolvimento, essa realidade é bem maior de nascidos com baixo peso em proporção com os *recém-nascidos pré-termo*. No que diz respeito ao desenvolvimento mental, bebês recém-nascidos de baixo peso considerado *pequeno para a idade gestacional (PIG)* correm o risco de apresentar déficit no quociente intelectual, principalmente se estes estiverem em meio sócio-econômico desfavorável. Vale salientar que, nestes casos, além de *PIG*, este bebê pode apresentar problemas a citar: asfixia, hipoglicemia, infecção intra-uterina, que também são fatores contribuintes para o retardo do desenvolvimento e outras patologias encefálicas (JÁCOMO, 1999). Com relação à qualidade de vida destas crianças e aos aspectos fisiológicos e sensoriais, algumas questões são colocadas pelas pesquisas acerca do papel da idade gestacional desempenhado na maturidade dos diversos sistemas dos bebês nascidos prematuros.

De acordo com Holanda e Silva (2004, p.14), estudos realizados nos últimos dez anos apontaram que mesmo os bebês *pré-termos extremos* possuem uma capacidade anatômico-funcional para a percepção dolorosa. Isto quer dizer que

[...] neonatos expostos a freqüentes e regulares procedimentos médicos e estímulos nocivos, entre 28 e 32 semanas pós-concepção, estão aptos a sentirem dor. Esta pode ter repercussões orgânicas e emocionais com efeitos em longo prazo, mostrando respostas comportamentais diferentes para a dor se comparados com neonatos de idade semelhante que não passaram por tal experiência, além de apresentarem respostas afetivas e de comportamento exagerados durante eventos dolorosos subsequentes.

Levando em conta esses aspectos acima mencionados, podemos pensar a respeito do ambiente da UTI-neonatal que, com os barulhos das máquinas, luzes e os vários procedimentos realizados no recém-nascido, podem exercer influência direta sobre a saturação de oxigênio do mesmo, bem como o desenvolvimento de patologias respiratórias. Deste modo, o excesso de estímulo sensorial vem influenciar o funcionamento do Sistema Nervoso Central e favorecer o comportamento mórbido (HOLANDA; SILVA, 2004).

Os estudos feitos sobre os bebês ao longo do tempo parecem apontar, nos dias atuais, para algumas mudanças na visão que se tem acerca deles. Segundo Bortoletto-Dunker e Lordelo (1993), até a década de 50, os profissionais de saúde acreditavam que o recém-nascido não possuía habilidades, nem capacidades: seriam organismos incompetentes, incompletos, inadequados; não conseguiam ver, ouvir, nem se comunicar, com movimentos tidos como reflexos desorganizados, e com um aparato sensorio-perceptivo primitivos. Portanto, eram vistos como tábulas rasas, no que diz respeito às emoções, temperamento e interações com os outros. Por não levar em consideração a memória, as experiências pelas quais passassem, não interfeririam na vida futura. No entanto, observaram-se, nos últimos 30 anos, uma mudança na maneira de ver o bebê, de forma que, quando a sociedade de nossa época pensa em infância e em bebês — o público-alvo de nossa atenção — pensa com uma visão humanizada acerca dos mesmos, que aponta uma preocupação e respeito à criança como ser humano em formação, deslocando o foco das atenções para o bebê em si. A Etologia, ciência que estuda o comportamento dos animais, foi uma das responsáveis por esse deslocamento, visto que “propôs a infância como um período de vida suficientemente importante para justificar adaptações específicas que maximizassem as chances de sobrevivência do indivíduo”, o que resultou em implicações na maneira de se compreender os fenômenos infantis (BORTOLETTO DUNKER; LORDELO, 1993, p. 11).

Assim, o que se tem constatado, através dos avanços das pesquisas, colaborou para se entender melhor o bebê, particularmente os recém-nascidos. Estas descobertas surgem como importantes para apresentar uma visão do bebê que possui competências e habilidades ainda não pensadas em três, quatro décadas anteriores, o que será visto de maneira sucinta de alguns pontos que destacaremos no tópico seguinte:

1.1.2 Aspectos sensoriais: recorrendo a algumas pesquisas experimentais

Bortoletto-Dunker e Lordelo (1993), para falar em competências dos recém-nascidos, abordaram duas grandes áreas de estudo: as habilidades sensoriais e as habilidades interativas. Com relação ao aspecto visual, estes autores, citando Field e outros (1984) e Klaus e Klaus (1989) afirmam que o recém-nascido, com poucas horas de nascimento, consegue enxergar e demonstra preferências por objetos a uma certa distância como, por exemplo, elementos da face humana: os traços dos olhos, nariz, boca, preferência por contornos acentuados, com fortes detalhes e contrastes claro- escuro. Observamos que essa distância corresponde quando a mãe leva o bebê ao seio. A atenção visual do recém-nascido é primeiramente orientada para

contornos da figura e depois para os detalhes, e é capaz de guardar padrões visuais por um certo período de tempo, o que sugere uma capacidade de memorização (BORTOLETTO-DUNKER; LORDELO, 1993). O recém-nascido pode ter um melhor desempenho visual de um foco de aproximadamente 20 cm, que corresponde à distância do rosto da mãe. Podemos dizer que os momentos da amamentação e dos contatos diretos com a mãe são importantes oportunidades para o estabelecimento de trocas e formação de vínculos entre a mãe e o filho, os quais são fundamentais para aumentar as chances de sobrevivência da criança. A capacidade de respostas do recém-nascido nos primeiros minutos, horas e dias de vida, encontra-se evidente na capacidade de ver. As respostas visuais que as mães tanto comentavam e que antes eram questionadas pelos médicos, agora se percebem claramente nas relações mãe-filho (KLAUS; KLAUS, 1989).

Uma primeira pesquisa comprovou essa capacidade que os recém-nascidos têm de ver, que foi através do método do Dr. Robert Fantz de documentar a visão em animais como aves e macacos, adaptado para os bebês humanos. Através dos estudos de fixação visual, os psicólogos e médicos aceitaram a idéia de que o bebê podia ver já no nascimento. No método do Dr. Fantz, uma figura que estava sendo olhada era refletida na córnea do olho sobre a pupila. Quando o reflexo da figura se encontrava sobre a superfície da pupila, a figura alinhava-se de forma que se enquadrava no centro da retina, e um registro liberava a imagem visual para o cérebro. O pesquisador apresentava duas figuras e havia um olho mágico onde este podia perceber facilmente para qual figura o bebê dirigia o seu olhar. As figuras eram alternadas a cada dez segundos e o pesquisador podia verificar o interesse do bebê pela figura que se refletia na pupila. Esta experiência, segundo Klaus e Klaus (1989, p.38), demonstra que “o bebê mostra preferências mesmo entre padrões abstratos e é especialmente atraído para contornos pontudos, bem como pelo contraste claro-escuro [...]”. Após estudos com centenas de bebês, este médico citado comprovou que os bebês olhavam mais demoradamente para figuras (círculos e faixas) decoradas sobre as superfícies lisas. Em prosseguimento, eles preferiam padrões complexos, com mais elementos, a padrões mais simples e com poucos detalhes, e preferiam padrões curvos a retos (KLAUS; KLAUS, 1989).

Essas pesquisas sobre preferências visuais dos recém-nascidos abrem perspectivas para se pensar sobre a preferência adaptativa dos bebês pela face humana: será que reconhecem a face humana ou são atraídos pelo contraste das feições (olhos, cabelos, face) como plano de fundo?

No que se refere à audição, as pesquisas revisadas por esses mesmos autores evidenciaram que, desde o período intra-uterino, a criança consegue distinguir os vários atributos do som, como

Intensidade, altura, familiaridade, direção. Ao nascer, o bebê prefere sons agudos, especialmente nas frequências da fala humana, priorizando as vozes femininas e da sua própria mãe. Mais tarde, preferirá a voz do seu próprio pai à de um estranho. O bebê não só tem preferências para determinados sons como também apresenta comportamentos que produzam esses sons [...] (BORTOLETTO DUNKER; LORDELO, 1993, p.12).

Antes mesmo de nascer, a capacidade de ouvir já é bem desenvolvida no bebê. Ao ouvir um som inanimado, desde os primeiros momentos após o nascimento, eles posicionam-se para esse som virando os olhos e a cabeça em direção ao mesmo, de forma a melhor recebê-lo. Esta capacidade pode ser uma tentativa do bebê de receber melhor o som, bem como essa resposta visual-auditiva pode ser uma das várias ligações entre dois ou mais sentidos, assegurando ao bebê um experimentar o ambiente onde vive (KLAUS; KLAUS, 1989). Os bebês não apenas são capazes de associar sons e outros sentidos como também podem aprender a dar respostas diferentes ao mesmo estímulo sonoro, e exercer alguma forma de escolha entre os tipos de som que querem ouvir.

Os recém-nascidos, portanto, possuem uma variedade de maneiras de perceber o mundo. Dentre estas formas, podemos citar a capacidade de exercer um certo controle sobre o ambiente. Pesquisa realizada pelo Dr. Anthony DeCasper, da Universidade de Carolina do Norte, apontou que os bebês apresentam controle inato do movimento da boca e lábios, e são capazes de indicar preferências por certos tipos de sons alterando o ritmo da sucção. No seu trabalho de pesquisa, colocou chupetas na boca dos bebês e fones nos seus ouvidos e, toda vez que vozes femininas eram ouvidas, os bebês sugavam mais rápido do que quando as vozes masculinas eram audíveis, e, quando estavam sugando devagar e a gravação da voz feminina voltava a ser ouvida, eles voltavam a sugar rápido (KLAUS; KLAUS, 1989).

Outra pesquisa realizada pelo Dr. DeCasper e outros colegas apontava a possibilidade dos bebês possuírem alguma memória do que ouvem no útero: Dezesseis mães fizeram gravações de suas vozes lendo algumas histórias infantis, como O Gato de Chapéu, o poema O Rei, os Ratos e o Queijo. No período das últimas seis semanas e meia de gravidez, elas foram solicitadas a escolher uma dessas histórias e lê-las para o seu feto duas vezes ao dia. Assim, cada feto teve o equivalente a 5 horas de escuta da mesma história lida até o nascimento. Aos três dias de nascido, foram colocados nesses bebês fones de ouvidos e a gravação das duas histórias foram rodadas para eles, de maneira que os bebês ouviam uma

história sugando rapidamente e a outra vagorosamente. No resultado, quinze dos dezesseis recém-nascidos sugavam rapidamente ao escutar a história que tinham ouvido suas mães lerem repetidamente quando ainda eram fetos (KLAUS; KLAUS, 1989).

O recém-nascido também tem presente os sentidos do tato, olfato e paladar. Quanto ao tato, o bebê é sensível aos contatos físicos, responde a diferenças de temperatura, pressão, umidade, texturas, bem como estímulos dolorosos, consegue discriminar pequenas alterações nas substâncias químicas e demonstra preferência por sabores e odores, respondendo com expressões faciais de prazer e desprazer (BORTOLETTO- DUNKER; LORDELO, 1993).

O sentido do tato é ativado nos bebês desde cedo, pois desde o período fetal eles “[...] estão cercados e são acariciados por tecidos e líquidos mornos [...]” no ventre da mãe (KLAUS; KLAUS, 1986, p.60). Os bebês gostam de ser acalentados, acariciados, tocados, abraçados pelos seus pais, e geralmente se acomodarão e se aninharão aos seus corpos. O tato pode ser visto como algo facilitador para a relação entre pais e filhos, pois estes se encontram preparados para viverem essas experiências de interação, e o tato apresenta-se como uma forma importante para os bebês iniciarem os contatos com o outro e explorarem o mundo em que vivem.

O sentido do paladar também é presente e bastante desenvolvido na vida do bebê. Observações realizadas com recém-nascidos apontaram que os eles possuem uma preferência por sugar e que são capazes de fazerem distinções precisas de sabores e a responderem a pequenas diferenças químicas dos alimentos colocados na língua (KLAUS; KLAUS, 1986).

Quanto ao olfato, os bebês conseguem diferenciar e reconhecer diferentes odores, e após responder de início a um tipo novo de odor, eles são capazes de adaptar-se rapidamente assim que o cheiro que experimentam se torne familiar. Apresentam interesse por novos odores movendo a cabeça e, aos seis dias de nascido, podem reconhecer e conseguem responder ao cheiro especial das suas próprias mães.

O pesquisador Aidan Macfarlane de Oxford, Inglaterra, realizou uma pesquisa que comprovou essas habilidades do bebê e da mãe quanto aos odores. Utilizou almofadas de gaze, aquelas que as mães quando amamentam costumam usar para absorver o leite que extravasa do seio, e investigou se os bebês reconheceriam virando na direção da gaze pertencente às suas mães ou se iriam demonstrar preferência pela da outra mãe. Os bebês de dois dias de nascido não apresentaram aparente interesse por nenhuma das gazes, mas aos seis dias viravam-se com muito mais frequência na direção da gaze de sua mãe do que para as gazes limpas ou de outras mães. Mesmo quando as gazes eram mudadas de posição para

atestar de fato que se tratava de uma preferência dos bebês, os mesmos continuavam a virar-se para as gazes do seio das suas mães (KLAUS; KLAUS, 1986).

Os bebês não são os únicos que conseguem distinguir os indivíduos pelo cheiro, pois as mães também, mesmo se tiverem de olhos vendados e se diferentes bebês lhes forem apresentados próximo de seus rostos, elas podem identificar os seus filhos. Assim, podemos dizer que o olfato é outro sentido que colabora para que mãe e bebê aprendam um sobre o outro (KLAUS; KLAUS, 1986).

Diferente do que se pensava antes, os cientistas que se interessaram por estudar os complexos movimentos dos recém-nascidos vêm obtendo descobertas surpreendentes, no sentido de constatar que a maioria dos gestos e ações motoras que os bebês executam não são sem significado ou aleatórios. Pode ser que esses movimentos sejam uma forma de a natureza colaborar na relação deste bebê com o outro que cuida dele, uma espécie de convite ao adulto para brincar e corresponder.

Uma das observações mais excitantes sobre o comportamento dos recém-nascidos é o movimento dos seus corpos em sincronia com a fala do adulto. Quase imperceptivelmente, o corpo de um bebê recém-nascido move-se ao ritmo da voz de sua mãe, executando um tipo de dança conforme a mãe continua falando. Os movimentos dessa dança [...] poderiam consistir no leve movimento de elevação de uma sobrancelha, na extensão de um pé, ou no levantar de um braço. [...] As partes motoras do corpo do bebê são coordenadas com os elementos da fala desta mulher-incluindo mesmo as pausas ou alterações nos padrões de som (KLAUS; KLAUS, 1986, p.71).

Dessa maneira, pode-se dizer que os bebês são responsivos e têm preferência pela fala humana, assim, gostam de estar em relação com o outro. No entanto, existem muitas outras respostas do recém-nascido que são reflexos e que segundo os estudiosos, consistem em uma forma adaptativa evolucionária de ajuste ao ambiente. Também possuem reflexos que parecem com os dos adultos; e, quando sentem medo ou em mudanças emocionais, o coração acelera, tosse quando se engasgam, por exemplo.

Quanto às habilidades interativas, os bebês apresentam comportamentos que possibilitam trocas sociais com o meio. Conseguem diferenciar expressões faciais de alegria, tristeza e surpresa vindas do outro, e, aos três meses, já conhece de forma mais complexa essas expressões, além de reproduzi-las. Essas habilidades, segundo os autores, aparentam estar a serviço de funções comunicativas que podem estabelecer relação com o outro (BORTOLETTO-DUNKER; LORDELO, 1993).

Segundo Medeiros (2007), o conhecimento dos aspectos sensório-motores precoces é importante, pois pode ajudar no entendimento do desenvolvimento e do nível de organização individual do bebê (ontogênese), bem como alguns comportamentos específicos da espécie

humana (filogênese). A autora, em sua pesquisa, defendeu a idéia de que há uma integração sensório-motora precoce, a partir da influência de estímulos oro-gustativos, “na frequência e na duração de contatos das mãos com as regiões oral e perioral em recém-nascidos de até 36 horas de vida, nos diferentes estados comportamentais” (MEDEIROS 2007, p.12). Várias disciplinas com diferentes perspectivas teóricas vêm abordando o comportamento humano e evidenciando suas capacidades desde momentos precoces da vida.

As capacidades iniciais do recém-nascido é algo que remete à vida intra-uterina, porquanto, ele não estaria iniciando o seu desenvolvimento com o nascimento, mas continuando aquele já iniciado ainda na barriga da mãe (MEDEIROS, 2007).

Algumas pesquisas mostraram exemplos dos comportamentos desenvolvidos no período fetal a partir da nona semana de gestação, articulando com a idade gestacional, descritos a seguir:

- Por volta da nona semana gestacional: movimentos de abertura e fechamento da boca;
- 11ª semana: movimentos iniciais de deglutição;
- 12ª /13ª: surgimento dos primeiros reflexos orais e movimentos labiais;
- 17ª à 20ª semana gestacional: coordenação de movimentação da mão a face;
- 17ª a 24ª semana gestacional: movimentos iniciais de sucção;
- 24ª semana gestacional: respostas de sucção e deglutição aperfeiçoadas, no entanto, ainda não há uma coordenação dessas funções;
- 25ª a 27ª: aparecimento dos movimentos respiratórios;
- 28ª a 31ª semana gestacional: movimentos complexos de sucção dos dedos;
- 34ª a 35ª semana: sucção coordenada com a deglutição e a respiração (MEDEIROS, 2007).

A existência dessa integração sensório-motora precoce no recém-nascido pode ser observada no comportamento de levar as mãos até a boca, presente desde o seu período enquanto feto. Este comportamento caracteriza-se como algo importante no desenvolvimento da criança, ao permitir que esta venha a adquirir formas de fala e alimentação adequadas, bem como ajuda no reconhecimento do próprio corpo (MEDEIROS, 2007).

Outros estudos acerca do desenvolvimento do bebê constataram que este, nos dois primeiros meses de vida, apresenta reflexos de sucção, e, no terceiro mês, já existe uma coordenação entre sucção, deglutição e respiração. Aos quatro meses, o reflexo de sucção

torna-se volitivo, fazendo com que, aos cinco ou seis meses existam os movimentos da mandíbula na mordida, e permitam o surgimento dos dentes.

Ao descrevermos esses estudos, percebemos que os mesmos consideram o desenvolvimento do sistema oral do bebê sob o ponto de vista das ações reflexas, no entanto, alguns autores já se opõem a esta perspectiva, afirmando serem estas atividades orais de levar a mão à boca como não reflexa, tal como propõe os estudos de Rochat e Senders (1991 *apud* MEDEIROS, 2007).

Medeiros (2007), afirma que “o comportamento mão-boca, observado na vida pós-natal, resulta do desejo do recém-nascido de reviver uma experiência prazerosa, aprendida na vida intra-uterina” (p.16). Assim, dentre os comportamentos específicos do recém-nascido, é possível citar alguns como: levar a mão à boca, a sucção das mãos, os espirros, os soluços, a expressões faciais e, embora relacionados aos comportamentos do recém-nascido, podem surgir a partir de diversos fatores externos e/ou internos (MEDEIROS, 2007). Seriam esses comportamentos específicos apenas reflexos? Autores como Brazelton (1981 *apud* MEDEIROS, 2007) salientam que os reflexos são a base dos comportamentos complexos da criança. Já Rochat e Senders (1991, *apud* MEDEIROS, 2007), preferem identificar estes comportamentos funcionais da criança como sistemas de ações ao invés de respostas ou reflexos.

Os reflexos do recém-nascido constituem-se como um dos elementos básicos importantes na sua avaliação neurológica. Medeiros Filho (2008) define os reflexos primitivos ou arcaicos como próprios dos recém-nascidos que tendem a desaparecer com o passar do tempo, persistindo em situações patológicas ou vindo a tornar-se uma atividade voluntária. A seguir, como se caracterizam esses reflexos, ou como são avaliados:

O reflexo de Moro é pesquisado quando se deixa cair bruscamente a cabeça do bebê com relação ao tronco, ou quando se provoca um estímulo brusco como bater palmas, por exemplo. A sua forma completa consta de três componentes: a abdução dos braços, a extensão dos braços sobre os antebraços, e abertura das mãos, choro. Esse reflexo normalmente desaparece entre 4 e 6 meses. Quanto ao reflexo de sucção, o RN normalmente suga como resposta reflexa a qualquer objeto que lhe toque os lábios. O reflexo de Magnus-Kleijin ou tônico cervical caracteriza-se por resposta assimétrica dos membros ao lateralizar a cabeça. Quanto à preensão palmo-plantar, obtém-se através de estimulação da palma das mãos, ou da planta dos pés com algum objeto, ou com o próprio dedo. Sobre a marcha reflexa, esta é desencadeada quando se estimula o dorso do pé na borda da mesa de exame, e, finalmente, na extensão cruzada, quando se mantém um membro inferior em extensão forçada, ao se

estimular a planta do pé, o RN realizará a abdução, seguida de extensão, e abdução do membro contralateral (MEDEIROS FILHO, op. cit.).

Até o momento, as referências acima citadas estão com base em algumas ressalvas do que a Medicina nos traz do ponto de vista do orgânico acerca do corpo do bebê. A partir disto, abrem-se possibilidades para se pensar em algumas questões as quais trabalharemos no próximo sub-tópico: o que faz funcionar o corpo de um bebê em sua integridade de sistemas, além de todo o aparato que o potencializa ao desempenho de seu papel? Seria esse corpo orgânico, dotado de sistemas e órgãos, necessário e suficiente para que haja um pleno desenvolvimento da criança?

1.1.3 Reflexões psicanalíticas sobre a função e o funcionamento do orgânico do bebê a partir da relação com o outro

A clínica psicanalítica vem procurando, a partir de sua própria teoria, pensar nestas questões acerca do corpo, e, fazendo uma articulação com as contribuições da Medicina, vem tentando refletir acerca dos assuntos a respeito do sujeito e dos sintomas que ele apresenta. Segundo os psicanalistas franceses Bergès e Balbo (1997) ao falar sobre corpo, é necessário situá-lo sob dois pontos de vista: enquanto imagem do corpo e enquanto o corpo que funciona. Sobre isto dizem: “em certo sentido, o corpo encontra-se todo ao lado do imaginário; no campo escópico, o corpo depende do desejo da mãe: a criança dá-se a ver a ela para responder ao seu desejo” (BERGÈS; BALBO 1997, p.14). Assim, para esses autores, sendo o corpo engajado numa imagem, também se encontra engajado na função e no funcionamento, e mãe ocupa um lugar de função dos funcionamentos do corpo da criança. Isto quer dizer que, esta mãe, para ocupar esse lugar, precisa deixar-se transbordar pelo funcionamento que a criança produz em seu corpo. Este funcionamento seria, pois, algo que está relacionado ao equipamento sensorial do recém-nascido que desde o nascimento é competente para funcionar. No entanto, para que haja funcionamento do corpo é preciso deste outro que cuida do bebê, que, enquanto função, dirige-se, através da palavra, ao corpo da criança, inscrevendo- lhe os significantes, e dirige-se também ao funcionamento e às funções, fazendo uma ligação entre os dois, e produzindo, nesse processo, uma desarmonia. É nessa desarmonia onde está a coerência do corpo que é adquirida pelos significantes que a mãe vem nele inscrever, “significantes não apenas relativo à imagem, mas, sobretudo às suas próprias funções, tomadas por seu apelo no simbólico” (BERGÈS; BALBO, 1997, p.15). Assim, o corpo encontra-se ligado ao funcionamento das funções e também da palavra. No caso do

bebê, com suas emissões sonoras, choro, grito, solicita o outro que cuida dele a suprir suas necessidades fisiológicas. Essas manifestações sonoras da criança só serão tidas como apelo na medida em que é respondido por esse outro, e desde que essas respostas venham por uma palavra, um olhar, ou gesto, esse apelo será transformado em demanda. Esta é respondida por remeter-se à ordem de um dom, dom que se refere ao amor, e não ao objeto da necessidade (BERGÈS; BALBO, 1997).

Queiroz (2005), em seu livro *Do desmame ao sujeito*, ao abordar essa questão sobre o funcionamento do corpo do bebê, afirma que, para que a função entre em funcionamento, este precisa estar submetido às leis fisiológicas que, por conseguinte, são submetidas à lei do significante.

A autora citada, ao tratar dos movimentos e da sensorialidade do bebê, destaca a idéia da existência do desejo nos comportamentos dos bebês e nas suas interações precoces com o outro e com o meio. Segundo a mesma, os comportamentos do recém-nascido são considerados expressões da atividade mental e o desejo estaria implicado nestas. Daí, diante dessa perspectiva, poder-se-ia identificar os sinais de sofrimento e as dificuldades relacionais. Assim, ao falar dos comportamentos do feto e do recém-nascido sob a perspectiva dos sentidos, Queiroz (2005) enfatiza a dimensão do desejo e do sujeito em constituição. Diante disso, o desejo estaria implicado tanto na percepção como na ação muscular, o que permite ao sujeito ser relacionado com o desejo, este tendo algo a ver com o significante. As atividades seriam constituídas como significantes, pois, compreendidas como manifestações subjetivas, e expressões do desejo, apresentam relação com o desejo da mãe desde uma idade precoce. Esta colocação faz base com Lacan (1998) quando este diz ser o desejo o desejo do Outro.

Em seus estudos sobre os bebês, Queiroz (2005) enfatiza a importância que tem a relação precoce, tanto do feto — na vida intra-uterina — quanto do bebê — no nascimento, — estabelecida com o *Outro* no desenvolvimento das capacidades perceptivas e sensoriais. Segundo a autora, essas capacidades podem ser verificadas através dos ritmos que apresentam e, dessa maneira, faz relação entre esses ritmos e os comportamentos subjetivos. Com base nessa perspectiva, podemos pensar na existência de uma continuidade entre o feto e o recém-nascido, no entanto, algumas experiências sensoriais vividas pela criança na vida intra-uterina são recortadas de maneira rítmica, ou seja, podem não mais ser vivenciadas após o nascimento. Queiroz (2005), então, traça um percurso onde se destaca essa continuidade e descontinuidade dos ritmos, trazendo algumas das experiências sensoriais do feto e do recém-nascido:

Aos dois meses de gestação, o feto reage quando é tocado, através dos movimentos que a mãe faz e pelo líquido amniótico. Com relação ao paladar, o feto sempre tem o gosto do líquido amniótico na boca. Quanto ao olfato, só sente o odor depois do nascimento com a entrada da respiração. A partir do terceiro mês, ou até mesmo antes, o feto já é sensível aos estímulos sonoros, e quanto mais jovens tem mais sensibilidade de ouvir os sons mais graves. No nascimento, então, a criança, vê-se submetida a experiências sensoriais ainda não conhecidas e diferentes das vivenciadas na tranquilidade da vida intra-uterina. O bebê, neste momento, agora se encontra submetido à lei da gravidade, e vivencia algo semelhante a uma angústia de queda devido a sua dependência exclusiva do *Outro*. Sua pele sente frio e a mãe vem acalotá-lo com o seu corpo para equilibrar a temperatura e cuida do bebê de forma que vem a restaurar o que havia sido perdido dentro da barriga. O aleitamento também vem para acalmar a angústia do bebê, fazendo-o reencontrar com o calor da mãe e as sensações vividas na vida fetal. No recém-nascido modificam-se, também, as experiências olfativas. Com a respiração advinda pelo grito sonoro do bebê durante o nascimento, e o ar que substitui o sangue da placenta que lhe oxigenava e o alimentava, a criança assumirá a sua própria respiração e dependerá da intervenção do outro para ser alimentado. Poderá reconhecer sua mãe e seu pai pelo odor e pela voz, e, quanto à audição, não ouvirá mais o batimento duplo do coração da mãe, pois agora as vozes serão ouvidas de forma mais clara. Aos três dias de vida, o recém-nascido já consegue distinguir a voz da mãe de outra voz feminina, e parece diferenciar também as emoções maternas. Prefere a voz e a língua materna, e esta voz estimula o filho a sugar, a mamar, e à atividade motora em geral. Ao ouvir a voz enquanto mama, o bebê tem a sensação de que aquela vem dele mesmo, e quando sua mãe está falando de longe traz a sua presença. Quando está sozinho, o recém-nascido — que na vida intra-uterina estava acostumado com os permanentes ritmos e movimentações dos órgãos internos de sua mãe e também dos movimentos de suas atividades rotineiras — estranha a imobilidade do exterior. E acontece nele uma sensação semelhante a solidão e um mal-estar diante do vazio que o circunda. Essas sensações são amenizadas quando a criança encontra-se com o corpo da mãe. A amamentação e as canções de ninar vêm aqui como que tentar restaurar a continuidade da vida pré-natal e pós-natal (QUEIROZ, 2005).

Com relação à visão, os bebês desde o nascimento conseguem ver os objetos e acompanhá-los com todo o seu corpo. Já os recém-nascidos a termo ou os prematuros demonstram ter uma grande atração pelo rosto da mãe. A criança poderá ter uma atividade visual maior ou menor desde a primeira semana de vida, em função do valor que a mãe venha dar a essa atividade, o que nos faz pensar aqui na importância do desejo materno. Com um a

dois meses, o contato olho a olho atinge seu máximo, passando da fase da fixação da mãe e bebê, importante para o estabelecimento das interações precoces.

A sensação de continuidade pode ser vivida através do balanço do corpo da mãe quando a criança ainda está na barriga e depois nos braços, balançando na rede e com a canção de ninar. Diante disso, Crespim (2004), em suas reflexões acerca dos bebês, afirma que o corpo do bebê é tomado na relação com o Outro. A autora fala que, havendo suspeitas de déficits sensoriais do primeiro ano que não tenham explicações médicas, deixa-se margem para se pensar, portanto, em um déficit de comunicação. Assim, sintomas dessa natureza não seriam vistos apenas da ordem do equipamento sensorial, nem do funcionamento, mas seria compreendido através do entendimento da importância que tem a aparelhagem significativa nos funcionamentos do corpo. A percepção humana, para a autora citada, seria a combinação entre o funcionamento do órgão e um aparelho significativo. Dessa maneira, Crespim (2004) remete a Freud e a Lacan para exemplificar o que se trata acerca da importância desse outro como fundamental na relação primordial mãebebê: o *outro* e o *Outro*. Assim, quando se pensa em relação com o *Outro*, articula-se o outro com o *Outro*, ou seja, esse outro em Freud seria o *próximo prestativo*, que irá cuidar das necessidades do bebê, e que garante a sua sobrevivência fisiológica. Tendo em vista a prematuridade do ser humano, “essa prematuridade que caracteriza o estado dito de sofrimento primordial está na origem do fato de que a sobrevivência nos humanos não se garante sem a ajuda exterior” (CRESPIN 2004, p.18). Isto quer dizer que mesmo os bebês dispostos de competências e um ótimo estado no nascimento, como vimos nas pesquisas acima relatadas, eles não possuem possibilidades de sobrevivência sem *ajuda exterior*. A partir daí, justifica-se a articulação ao *Outro*, que, baseado em Lacan (1985), diz respeito a uma instância, e não pessoa física, e que pode ser pensado como no conjunto dos elementos que fazem parte do universo simbólico em que o indivíduo humano está inserido. O *Outro*, portanto, é o que antecede cada indivíduo antes mesmo de nascer, e podemos dizer que o bebê, dessa forma, encontra-se preso ao universo simbólico de seus pais, no que diz respeito ao aspecto individual, social e cultural. É do *Outro* que a mãe toma como referência elementos significantes com os quais ela irá orientar seus cuidados em relação ao seu filho, e que já a remete ao *Outro* que a antecede, vindo de seus pais. Sendo assim, a mãe, inconscientemente transmite ao seu bebê especificidades do *Outro* que a determina, mas de forma revisada pela sua subjetividade pessoal, ou seja, pela sua história de vida (CRESPIN, 2004).

Este primeiro tópico dar-nos-á subsídios para pensarmos o terceiro tópico sobre os endereçamentos mãebebê e o seu retorno sobre a equipe médica. A seguir, trataremos do tópico sobre a maternidade e a feminilidade.

1.2 MATERNIDADE E FEMINILIDADE

Como sabemos, a maternidade e a feminilidade são temas que marcam interesse na Psicanálise e na sociedade de maneira permanente e insistente devido à amplitude de questões suscitadas por elas. Algumas teorias psicanalíticas relacionam esses dois temas como se o ser mãe fosse uma prerrogativa do ser uma mulher. Até que ponto o ser uma mãe responde ao enigma do feminino?

Da época de Rousseau à dos médicos higienistas do século XIX, e no início do século XX, foi desenvolvido um discurso no qual a feminilidade era definida pela maternidade. Mesmo assim, este discurso por si mesmo não conseguiu superar a distância entre o ser mãe e o ser uma mulher, pois não é possível à maternidade responder por completo ao enigma da feminilidade (BROUSSE, 1993 *apud* FARIAS e LIMA, 2004).

Badinter (1995), ao tratar sobre a questão do amor materno, fez uma revisão histórica acerca das imagens de mãe e apontou que, até o século XVIII, a criança era vista com indiferença, frieza e desinteresse, e pensava-se que esse tipo de comportamento materno seria uma provável proteção às possíveis perdas do filho, visto que havia um índice elevado de mortalidade infantil. No entanto, concluiu-se que a alta incidência de morte nas crianças acontecia por conta desse desinteresse dos pais e por questões econômicas e demográficas. No final do século XVIII, ocorreu uma modificação nas mentalidades: a partir de várias publicações surgidas, foram transformadas a imagem e a função maternas, e foi imposta à mulher a obrigação de ser mãe. Nesse tempo, surgiu o mito do amor materno e os cuidados da mãe como algo fundamental para a sobrevivência e desenvolvimento do filho, e, desde então, observamos em nossa sociedade essa maneira de conceber este papel atribuído à mulher (BADINTER, 1995). Ao longo dos tempos e dos debates suscitados por outros estudiosos, a autora citada procurou explicar as suas reflexões de maneira mais específica acerca da maternidade e apontou o amor materno como algo da ordem de um sentimento humano, que, como todo sentimento, possui algo de incerto, de frágil e de imperfeito, não estando, por isso, tão enraizado como se pensava na natureza feminina (BADINTER, 1985). Aplicando as reflexões da autora no que diz respeito aos cuidados maternos, podemos pensar com base no

que a mesma refere, que “quando faltam as oportunidades para expressar o próprio amor e quando são poucas as manifestações do interesse que se tem pelo outro, corre-se o risco de vê-lo morrer”. (BADINTER, 1985, p.15). O que há de instintivo e natural na maternidade? Existe algo que responda à questão de ser uma boa mãe ou ser uma mulher?

A maternidade e a feminilidade, além de serem compreendidas no que possuem em seus aspectos biológicos, precisam ser olhadas na sua submissão ao social e cultural. Ao se pensar em atitudes maternas e femininas, muito se tem a dizer no que está subjacente no social. O ser mãe e o ser mulher nos dias de hoje é bem diferente do que se era no século passado, por exemplo. Diante disso, percebemos que, com as transformações sociais, mudam-se os valores, e que estes exercem um peso sobre os nossos desejos, e, assim, ações consideradas da relação mãe e filho, como, por exemplo, a amamentação e os gritos de um recém-nascido, nunca provocam as mesmas reações nas mães, nem nos bebês.

Através da história, as pessoas têm debatido sobre o enigma da natureza do feminino. Freud (1933, 1932), em seu artigo sobre a feminilidade, faz uma exposição acerca da dificuldade em torno das questões sobre a mulher. Primeiramente, ele expõe que o assunto que se refere ao gênero masculino e feminino parece ir além da certeza que prega o discurso científico e que o ser mãe e o ser mulher dizem respeito a posições subjetivas. O autor citado conclui que aquilo que constitui a masculinidade ou a feminilidade é uma característica desconhecida que foge do alcance da anatomia, e, dessa maneira, aponta para algo além do discurso científico, regido pela certeza da distinção do ser homem e do ser mulher a partir do ponto de vista da ciência anatômica. Sobre isso ele afirma: “Quando encontram um ser humano, a primeira distinção que fazem é ‘homem ou mulher?’ e os senhores estão habituados a fazer essa distinção com certeza total. A ciência anatômica compartilha dessa certeza dos senhores num ponto, não mais que isto” (Freud, 1933, 1932)².

O desejar ser mãe e desejar ter um filho acontecem em tempos diferentes. Estes desejos parecem seguir um trajeto inaugurado no cerne da problemática edipiana e acompanhar a história do sujeito ao longo de sua existência. Dessa forma, podemos acompanhar esse percurso já na fase pré-edipiana, por exemplo, quando a menina já aponta um desejo de ter um filho, através das brincadeiras e de suas vivências cotidianas, desenvolvendo uma identificação com a mãe- período esse que antecede à castração (FREUD, 1933, 1932).

² As obras de Freud como foram consultadas na versão de CD-ROM, não apresentam número definidos de páginas, portanto, as mesmas não foram colocadas nas referidas citações.

A entrada da menina no complexo de Édipo, vai se dar a partir da castração portanto, constitui-se como uma fase em que a menina constrói o desejo de ter um filho. Neste momento, a menina encontra-se na condição de faltante, visto que ao fazer a descoberta da diferença anatômica entre os sexos, constata que algo lhe falta, algo do que o menino é provido: o pênis. Sob efeito da castração, predomina nela a hostilidade em relação à sua mãe, afastando-se desta e indo buscar no pai o objeto que lhe falta. Assim, criaria uma fantasia que está na origem do desejo de ter um filho do pai. O filho, nesta perspectiva, assumiria o lugar que estava vazio, no entanto, outros vazios também podem ser responsáveis por fazer com que a mulher deseje um filho, vazios estes marcados por perdas ao longo da vida, reatualizações da castração (FREUD, 1924). Assim, percebemos que o momento do Édipo e da castração são considerados por Freud (1924) como importantes para a inscrição da sexualidade, e, com base nesses dois momentos, podemos seguir um caminho para se pensar a relação mãebebê e esses dois temas ligados à mulher. Inicialmente, o objeto de amor é o mesmo para o menino e para a menina, no entanto, chega um período em que os destinos desse amor pela mãe tendem a seguir caminhos diferentes em ambos. O eixo em torno do qual gira a diferença dos caminhos é a falta representada pela castração.

Neste capítulo, demos um enfoque no processo que constitui o caminho que pode percorrer uma menina em sua relação com a mãe até tornar-se uma mulher. Farias e Lima (2004, p.13), ao analisarem o estatuto da relação mãe-criança na teoria psicanalítica afirmam que, “no menino, a mãe continua sendo esse objeto amoroso, e à medida que ele vai percebendo a natureza das relações entre o pai e a mãe, elege o pai como seu rival. Na menina, há um desligamento da mãe e um deslizamento em direção ao pai”. No caso da menina, este deslizamento que ocorre em direção ao pai trará repercussões em suas futuras escolhas, nas suas relações com o pai, com o futuro marido ou parceiro.

A clínica vem legitimando o percurso apontado por Freud no tornar-se mulher. Segundo Assoun (1993), Freud utilizou como ponto de partida a relação pré- edipiana da menina com a mãe para entender o feminino. O sofrimento dessa ligação precoce com a mãe e a paixão primitiva dela resultante marcam, pela vida inteira, a trajetória da menina. É o momento da mudança do objeto, pela escolha do pai, que aponta que o outro amor, o amor pela mãe, seria sem saída se não houvesse a intervenção de um terceiro. Assoun (1993) acompanha Freud ao considerar a mudança de objeto materno para o investimento paterno como o principal momento no tornar-se uma mulher (ASSOUN, 1993). O desejo da menina por um filho implica, portanto, um corte e no acesso, através do amor por um homem, a algo que vai mais-além, direcionado pelo anseio fálico. Assim, é por ter perdido a esperança da

restituição fálica através da mãe que a menina dirige seus anseios ao pai. Através do pai, a filha sai da pré-história ligada à mãe e entra na sua própria história. É por intermédio da referência que ela faz desse pai que ela desliga-se da mãe. A intervenção do pai caracteriza-se por ser uma inscrição que corta e que separa a criança da mãe. Esse corte dá a possibilidade da constituição do olhar entre a mãe e a criança, que decorre da separação que cria lugares psíquicos (ASSOUN, 1993).

Longe de uma passividade, a mulher encontra-se condenada a uma atividade intensa e, durante todo o seu percurso, ela se vê numa situação de decisões de ruptura, na qual a ligação precedente se rompe para se ligar a outra situação, e assim por diante. E sobre essas decisões refere Assoun (1993):

São decisões de ruptura, que vêm romper categoricamente uma ligação precedente: ser infinitamente apegada à mãe, depois ter que decidir “abandoná-la”, ou melhor, fazer-se abandonar por ela; em seguida, decidir-se ligar-se ao pai, com um entusiasmo tal que, ocasionalmente, ela dá a impressão de “excitar-se ao amá-lo” [...] depois vem a decisão de romper com o desejo incestuoso para construir o desejo pelo homem, com uma determinação que, mais uma vez, pode despertar a impressão de que ela quer ‘fisgá-lo’. É que ela precisa do amor pelo homem (e, portanto, do homem em quem finalmente escora um amor que tenha encontrado seu destinatário). [...] Em suma, o querer na mulher é um destino (ASSOUN, 1993, p. XII).

Assim, podemos perceber que há na maternidade processos psíquicos implicados. Freud, em *O Ego e o Id* (1923), explica sobre a implicação do abandono do objeto no movimento que constitui a formação do ego. Segundo ele, quando acontece o abandono do objeto sexual, segue-se uma alteração que se caracteriza pela instalação do objeto no ego. Assim, uma catexia do objeto foi substituída por uma identificação e, por meio das introjeções, o ego pode tornar possível ao objeto ser abandonado. Tornando-se semelhante ao objeto abandonado, o ego faz-se presente ao id como objeto, compensando o id pela perda do objeto de amor. Para explicar essas primeiras identificações, ele aponta para uma dificuldade implícita e as explica detalhadamente, com base em dois grandes problemas: a questão do Édipo e a da bissexualidade constitucional do ser humano. Segundo ele, “Isso aparentemente não é, em primeira instância, a consequência ou resultado de uma catexia do objeto; trata-se de uma identificação direta e imediata, e se efetua mais primitivamente do que qualquer catexia do objeto” (FREUD, 1923). Em outras palavras, o que acontece na identificação primária com o pai não é do mesmo registro daquilo que acontece com as catexias objetais citadas anteriormente pelo autor, pois, aqui, a identificação é direta. Freud (1923) também aponta a bissexualidade na criança como um fator complicador em suas escolhas objetais e nas identificações. Portanto, na dissolução do complexo de Édipo exemplificado no menino, o autor diz que a criança se vê diante de duas possibilidades que não se excluem

reciprocamente, que seria uma identificação com a mãe e uma intensificação de sua identificação com o pai. Se levarmos em conta a *Aufhebung* Freudiana, veremos que uma posição contém o seu contrário, e que esse contrário pode não estar prevalecendo, mas sustenta a posição oposta. Assim, considerando a possibilidade da posição de intensificação da identificação com o pai, a dissolução do complexo de Édipo consolidaria a masculinidade no seu caráter, e, de maneira semelhante, o desfecho da fase edípica na menininha pode ser ou um aumento de sua identificação com a mãe ou a instalação desta identificação pela primeira vez, resultado este que fixará o caráter feminino da criança. O fato de Freud exemplificar tomando por base o menino, não o isenta de identificar-se, também, com a mãe. Esta identificação preserva o investimento de objeto no pai.

Ao analisar a relação da menina com a sua mãe, Freud (1933, 1932) aponta a existência de uma desarmonia, que está na origem do abandono, pela menina, da mãe como objeto de amor e que não se dá apenas por conta das frustrações que esta vivencia, mas que se trata de um momento que é acompanhado de hostilidade e de um vínculo à mãe que culmina com o ódio. Ódio devido ao fato da mãe não lhe ter dado o pênis. Assim, no trajeto do Édipo, conduzindo à sexualização, Freud (1931) afirma que é a frustração o ponto central que marca a relação da mãe com a menina, frustração esta que acontece ao longo da vida, primeiramente nas situações de interdição que vem como algo que barra a demanda de amor ilimitado da criança, que não se satisfaz com menos que tudo. Como resultado dessa frustração, dessa demanda de amor ilimitado, impossível a ser correspondido, surge a hostilidade para com a mãe. Freud começa a apontar a questão do duelo nessa hostilidade da filha com a mãe como algo que marca essa mudança de objeto da menina.

Esse passo no desenvolvimento não envolve apenas uma simples troca de objeto. O afastar-se da mãe, na menina, é um passo que se acompanha de hostilidade; a vinculação à mãe termina em ódio. Um ódio dessa espécie pode tornar-se muito influente e durar toda a vida; pode ser muito cuidadosamente supercompensado, posteriormente; geralmente, uma parte dele é superada, ao passo que a parte restante persiste (FREUD, 1933, 1932).

Freud (1933, 1932) mostra alguns momentos que remontam a uma fase precoce da relação da mãe e da filha onde esta última faz censuras à mãe de que esta não lhe deu leite suficiente. Diante disto, pensamos nessa primeira castração como algo que está na origem dessas acusações e da hostilidade à mãe. A procura ávida da criança pelo primeiro alimento é completamente insaciável, e desta maneira, percebemos que a mesma parece nunca superar o sofrimento de perder o seio materno. Outro aspecto precoce desse duelo está no temor que a filha tem de ser envenenada, e que provavelmente também está relacionado ao desmame. A

segunda acusação da filha à mãe vai acontecer a partir do nascimento de um outro bebê. A hostilidade e o endereçamento da mãe ao outro — que é o irmãozinho — não são perdoados pela filha, que o percebe como um intruso não apenas no que diz respeito à alimentação, mas também a outros aspectos que envolvem os cuidados maternos.

Sobre isto, Freud (1933, 1932) diz que a criança,

Sente que foi destronada, espoliada, prejudicada em seus direitos; nutre um ódio ciumento em relação ao novo bebê e desenvolve ressentimento contra a mãe infiel, o que muitas vezes se expressa em desagradável mudança na conduta. Torna-se 'arteira', talvez, irritável e desobediente, e sofre um retrocesso nos progressos que havia feito quanto ao controle das excreções.

A força dos impulsos hostis e o ciúme da criança são sempre reforçados e atualizados nos anos seguintes da infância, e, a cada nascimento de um novo irmão ou irmã, o abalo se repete. Mesmo que a criança permaneça sendo a preferida da mãe, sua demanda de amor permanece ilimitada, e, por isso, ela exige exclusividade e não tolera partilha com mais alguém.

Portanto, Freud (1933, 1932) interroga se os motivos citados acima constituem razões fortes para que a criança se afaste da mãe. Daí, ele mesmo afirma que “[...] se assim for, seria de julgar que a desavença decorra inevitavelmente da natureza da sexualidade infantil, do caráter ilimitado de suas exigências de amor e da impossibilidade de realizar seus desejos sexuais”.

Em *O Mundo sem Limite*, o psicanalista belga, Jean-Pierre Lebrun (2004), retomando a fase pré-edípica enfatizada por Freud, destaca que nesta ocorre uma relação de engodo da criança com a mãe, ou seja, a mãe ilude-se deixando a criança acreditar que é tudo para ela, e a criança também se ilude ao acreditar que ela mesma é a oitava maravilha do mundo. Podemos dizer, de acordo com o autor citado, que essa fase indispensável no desenvolvimento emocional da criança seria o equivalente a uma situação de um paraíso imaginário, onde prevalece o transitivismo que a relação mãe e bebê vêm trazer de satisfação mútua. No entanto, um descolamento produz-se-á neste momento pondo um fim a esse estado de “lua-de-mel” da unidade mãebê, descolamento este que, do lado da mãe, já estava lá, mas que, do lado da criança só irá acontecer quando a mesma se der conta de que não é tudo para a sua mãe. Quando a criança se dá conta de que não é tudo para a mãe, ela perde as referências outrora constituídas ao sustentar-se como engodo para a sua mãe, e isto acarreta uma angústia de não saber mais quem ela é. E é só quando ela consegue atravessar esta angústia que poderá ser livre do engolfamento no desejo materno, a saída dá-se pelo complexo de castração e a intervenção do pai real. Para Lebrun (2006, p.39), “é preciso, quanto a isso, que intervenha

um pai real que dê a última cartada necessária à criança para que ela possa liberar-se de seu engajamento com a mãe, engajamento tanto mais sem saída porquanto a crença de engodo terá sido, de ambas as partes, mantida”. Com a intervenção paterna real, a ordem simbólica prevalecerá em relação à ordem imaginária que organizava a relação da mãe com a criança. Essa operação permite que seja instalada a castração como solução para esse transativismo da relação mãe-criança, e tira desta a esperança de qualquer possibilidade de ser regida pelo imaginário. Vale salientar que as premissas do simbólico já se encontravam colocadas, em virtude do fato de haver o *pai na mãe*, e que, agora com o pai real, instala-se de maneira definitiva (LEBRUN, 2006).

A castração é encarada pela menina, como algo que parece se antecipar em relação à castração no menino, visto que este passa pela ameaça de castração. A constatação de que não é dotada de um pênis e a operação da castração faz com que a menina atribua isso como uma falha por parte da mãe. Na maioria das vezes, mulheres em análise não conseguem explicações para a hostilidade que vivenciam com suas mães. Para Freud (1924), esta se dá porque num primeiro momento, a mãe é tida como a culpada por este “defeito”. Diferentemente do menino, é através do complexo de castração que a menina entra no Édipo. É a partir da inveja do pênis que a menina irá mudar de objeto, bem como de zona erógena, e entra no Édipo. Sobre a duração deste momento, Freud (op.cit. p.29) afirma que “as meninas permanecem nele por tempo indeterminado, destróem-no tardiamente e, ainda assim, de modo incompleto”. De acordo com Assoun (1993), a menina parece posicionar-se diferentemente do menino diante da escolha do objeto, visto que o menino dispõe de um referencial simbólico que marca de forma precisa aquela que não deve ser a sua mulher, ou seja, o índice paterno, que aponta a mãe como proibida. No caso da menina não, essa escolha é da ordem de uma intimação colocada por parte do pai. A menina faz do pai a sua preferência por ter que renunciar aquela que não escolheu, que é a sua mãe, e aquela não dispõe de nenhum referencial imperativo de renúncia simbolizável fora dela. Diante disso, a filha vê-se numa encruzilhada que de certa maneira põe em jogo toda arbitrariedade de uma escolha.

Como se vê, a castração caracteriza-se como uma operação decisiva no processo de sexuação de uma menina, e Freud (1917, 1919) toma esse momento como ponto de partida para se traçar três respostas, opções possíveis que a menina pode seguir: a inibição de sua sexualidade, a masculinidade e a feminilidade normal. A feminilidade vem consolidar-se quando o desejo de possuir um pênis tem a possibilidade de ser substituído pelo desejo de ter um bebê. Ao longo da vida, a menina estará demandando por algo que lhe faltou originariamente e que estará sempre em busca para preencher essa falta sofrida. Dessa forma,

o desejo de ter um filho vem tentar reparar a falta do pênis, que, segundo Freud (op.cit.), seria correspondente ao deslizamento, na equação simbólica que conduz do pênis ao bebê (FREUD, 1917, 1919). A menina, para tolerar a renúncia ao pênis, realiza um deslizamento simbólico do pênis para um bebê como forma de compensação. O Édipo culminaria em um desejo, que é mantido por muito tempo, de receber como presente do pai um bebê e dar-lhe um filho. Como esse desejo jamais se realiza, a impressão que se tem é de que o complexo de Édipo nunca é superado totalmente. O desejo de possuir um pênis, e o seu substituto, o de ter um filho, permanece fortemente catexizado no inconsciente e colaboram para preparar a menina para tornar-se mãe (FREUD, 1924). Assoun (1993) refere que o Complexo de Édipo na menina culmina no desejo de ter um filho do seu pai, e, à medida que o tempo passa e vê suas expectativas frustradas, a menina faz-se abandonar pelo objeto para querer abandoná-lo, o que seria como uma escansão do tempo do desejo em que se forma o tornar-se mulher (ASSOUN, 1993).

Dissemos que o fato do desejo edípiano jamais acontecer deixa a impressão de que o Complexo de Édipo nunca é superado. Esta idéia encontra suporte no movimento da *Aufhebung* freudiana operando de modo pontual, conforme Frej (2007) apresenta e demonstra em sua tese de doutorado. Sobre isso, a autora coloca em relevo a distinção, na obra de Freud, entre *Verdrangung* e *Aufhebung*. Ela afirma que:

É o próprio Freud (1924) quem escreve, a respeito do desfecho do complexo de Édipo: “Não vejo razão para negar o nome de [‘recalque’] (*Verdrangung*) ao afastamento do ego diante do complexo de Édipo, embora repressões posteriores ocorram pela maior parte com a participação do superego que, nesse caso, está apenas sendo formado. O processo que descrevemos é, porém, mais que uma [recalque]. Equivale, se for idealmente levado a cabo, a uma destruição e abolição (*Aufhebung*) do complexo. Plausivelmente podemos supor que chegamos aqui à linha fronteira — nunca bem nitidamente traçada — entre o normal e o patológico.” (FREJ, 2007, p.8).

No que concerne ao afastamento, verificamos então que aquilo que é negado é conservado naquilo que o substitui. Assim, o desejo inaugurado pela falta fálica reenvia ao desejo por outro objeto que substitui o primeiro. Este, perdido, subsiste em sua perda e em seu substituto.

O Complexo de Édipo é para Freud (1924) o fenômeno central da sexualidade da primeira infância. Seriam as experiências de desapontamentos penosos na vida do sujeito as responsáveis pela dissolução do Complexo, e seu término levaria tanto o menino quanto a menina a confrontação com a impossibilidade de possuir o seu objeto de amor e, pela falta de sucesso, voltam as costas ao seu anseio sem esperança. Para a Psicanálise, o Édipo e a castração seriam as experiências que todas as crianças vivenciam e que, segundo se presume,

preparam-nas para a perda de partes valorizadas do corpo. Algumas experiências precoces que podemos citar são, por exemplo, o desmame do seio materno — a princípio de modo intermitente, e mais tarde, definitivamente — e a exigência cotidiana que os pais geralmente fazem para que criança solte os conteúdos do intestino.

No artigo sobre a *Dissolução do Complexo de Édipo*, Freud (1924) procura descrever algo já dito por ele em o *Ego e o Id* (1923) acerca dos mecanismos subjacentes a esse afastamento da criança diante do Édipo. Nas palavras do autor podemos compreender melhor este processo:

As catexias de objeto são abandonadas e substituídas por identificações. A autoridade do pai ou dos pais é introjetada no ego e aí forma o núcleo do superego, que assume a severidade do pai e perpetua a proibição deste contra o incesto, defendendo assim o ego do retorno da catexia libidinal. As tendências libidinais pertencentes ao complexo de Édipo são em parte dessexualizadas e sublimadas (FREUD, 1924).

Freud (1917, 1919), no seu artigo sobre *o Erotismo Anal*, destaca a importância dos impulsos instintuais do erotismo anal na elaboração da vida sexual e da vida mental. Esses impulsos caracterizados por ele como *erotismo anal* podem ser encontrados de maneira transformada em algumas manifestações, que remetem ao interesse psíquico do sujeito, como, por exemplo, o interesse psíquico do dinheiro, que encontra sua forma original no interesse pelas fezes. Assim, no decorrer do artigo, na medida em que analisava o caso de uma neurose obsessiva, Freud foi explicando acerca do valor simbólico atribuído às fezes, ao dinheiro, e a equação simbólica no qual o sujeito faz um deslizamento pênis, fezes, bebê.

As fezes são a primeira *dádiva* da criança, o primeiro sacrifício em nome da sua afeição, uma parte do seu próprio corpo que está pronta a partilhar, mas apenas com alguém a quem ama. Usar as fezes como uma expressão de desafio, como o nosso paciente fez contra a governanta, aos três anos e meio, é simplesmente inverter esse significado anterior, de *dádiva*, ao seu negativo. O ‘*grumus merdae*’ [monte de fezes] deixado pelos criminosos na cena do delito parece possuir ambos os significados: o de ofensa, e uma expressão regressiva de correção. Sempre é possível, quando foi atingido um estágio mais alto, fazer uso ainda do mais baixo, no seu sentido aviltado e negativo. A contrariedade é uma manifestação de repressão (FREUD, 1917-1919).

Neste artigo, Freud discute o caso de um paciente que sofria de problemas intestinais. Percebemos que o autor, ao analisar esse caso no momento em que o sujeito em questão é acometido de pensamentos obsessivos que relacionam Deus aos excrementos, concluiu que essa relação surgida nas idéias obsessivas estavam na ordem de produtos conciliativos autênticos, nos quais desempenhavam um papel de afeição, e, ao mesmo tempo, de hostilidade e de abuso. Diante disso, as expressões ditas pelo paciente de Freud, ‘Cagar em

Deus’ (*‘auf Gott scheissen’*) ou ‘cagar algo para Deus’ (*‘Gott etwas scheissen’*) também significaria o mesmo que dar-lhe um bebê ou conseguir que ele dê um bebê a alguém. Aqui apareceria então o velho significado de ‘dádiva’, na sua forma negativa, e o significado de ‘bebê’, que se desenvolveu depois, a partir daquele, e combinam-se um com o outro na frase. Parece-nos que, no decorrer da análise deste paciente, Freud vai percebendo que, por trás destes sintomas intestinais que a criança apresentava, encontrava presentes elementos que o ajudaram a concluir que havia uma identificação destes sintomas com os de sua mãe. Esta que, em determinado tempo de sua vida, encontrou-se sofrendo de uma moléstia abdominal, apresentava-se nervosa consigo mesma e com seus filhos. O que muito provavelmente, além de seu próprio nervosismo, se fundamentasse numa identificação com a mãe. Esta identificação do paciente com as mulheres parece ter acontecido lado a lado com o medo da castração, pois, ao analisar um sonho da criança no qual perdia um dedo, o menino compreendeu que as mulheres são castradas e que, no lugar do órgão masculino, elas têm uma “fenda” que serve para ter relações sexuais e que a castração é condição necessária para a feminilidade. A ameaça dessa perda levou-o a reprimir sua atitude feminina em relação aos homens.

Freud (1917, 1919) desenvolve no decorrer da análise deste caso uma articulação entre o erotismo anal e a castração, apontando o movimento da conflitiva edipiana vivenciada pelo menino, cuja perturbação intestinal se colocara a serviço da corrente homossexual que encontrou sua expressão na atitude feminina em relação a seu pai. Sobre isto, diz ele:

O ato de ceder as fezes em favor (pelo amor) de alguém, torna-se um protótipo de castração, é a primeira ocasião na qual um indivíduo partilha um pedaço do seu próprio corpo com a finalidade de ganhar os favores de qualquer outra pessoa a quem ame. De modo que o amor de uma pessoa pelo próprio pênis, que é em outros aspectos narcísico, não deixa de ter um elemento de *erotismo anal*. ‘Fezes’, ‘bebê’ e ‘pênis’ formam, assim, uma unidade, um conceito inconsciente (*sit venia verbo*) — a saber, o conceito de um ‘pequeno’ que se separa do corpo de alguém. Ao longo dessas trilhas de associação, a catexia libidinal pode tornar-se deslocada ou intensificada, por vias que são patologicamente importantes e que são reveladas pela análise (FREUD, 1917-1919).

Freud, ao falar sobre a mulher, associa a maternidade à castração. É a partir da decepção pelo fato de não ter um pênis, que ela desliza para o desejo de ter um filho. Assim, o desejo de se ter um filho está sempre relacionado à falta e à castração. Segundo Farias e Lima (2004, p.19), “longe de ser uma relação de completude, a maternidade, na acepção freudiana é um dos nomes da castração, [...] é uma via de substituição, para a menina, do desejo de ter o pênis”.

Lebrun (2006), ao abordar a função paterna, fala sobre a importância da castração na mãe como operação fundamental no exercício da maternidade. Em um determinado momento, essa castração em operação barrará a mãe de “devorar” a sua criança com o seu desejo materno. É a intervenção paterna, portanto, que vem aí barrar esse possível engolfamento na mãe, e também de permitir uma relativização na confrontação dela com o vazio, de fazer possível a convivência com a sua existência. A intervenção paterna na relação mãebebê permite atestar que à mãe falta algum significante que diga ou que dê conta de quem é o sujeito. Dessa forma, abandona-se a perspectiva da certeza, que é sempre enganosa e remete a um saber preciso de quem é o filho, e estabelece a incerteza, que funda a chance deste se sustentar como sujeito.

O desejo humano é tido como um processo simbólico, a partir de dois desejos assimetricamente posicionados: o da mãe, como *primeiro outro do sujeito* e o do pai como *outro que a mãe* – que faz oposição à mãe, cuja intervenção introduz a alteridade – e não é tanto o resultado de uma saída de um conflito edipiano imaginário com figuras de pai e mãe simetricamente estabelecidas. Isto quer dizer que a inscrição da realidade psíquica do sujeito se organiza a partir da confrontação com a assimetria da configuração familiar (LEBRUN, 2006).

Há os perigos dessa castração não operar na mãe, o que faz dela uma devoradora. É o que podemos entender na afirmativa de Lacan (1998):

O papel da mãe é o desejo da mãe. É capital. O desejo da mãe não é algo que se possa agüentar assim, que lhes seja indiferente. Isso acarreta todos os estragos. Um grande crocodilo em cuja boca vocês estão- é isso a mãe. Não se sabe o que lhe pode acontecer, num golpe ele pode fechar a boca. É isso o desejo da mãe [...] há um rolo, de pedra, certamente, que está em potência no nível da boca, isso detém [...] é o que chamamos o Falo. É o rolo que os protege se, num golpe, ela se fechar (LACAN, 1998, p.129).

A intervenção paterna seria o que Lacan, nesse trecho, explica acerca da metáfora paterna. Esta seria o substituto do significante do desejo materno, e dá sustentação a falta do significante no Outro, para produzir o significante da falta do Outro, ou seja, o Falo, e assim, permite que se faça o luto da completude, e, o falo vem simbolizar a totalidade que se tornou impossível pelo fato de que somos falantes.

Lebrun (2006) discorre sobre o tema do Édipo, fazendo uma relação deste com a interdição do incesto e com a linguagem que, em conjunto, apontam para a potencialidade de distanciamento e renúncia à imediatez. Como o autor mesmo refere, interdizer o incesto quer dizer um descolamento do universo das coisas, metaforizado no corpo a corpo com a mãe,

para entrar no campo das palavras, que é metaforizado na relação com o pai. É por intermédio do significante do *Nome-do-Pai* que vem significar à mãe “não tudo na coisa!”, ou seja, no corpo a corpo com a criança, que vem demonstrar a impossibilidade de uma congruência entre o mundo das coisas e o mundo das palavras. Mas, se o *Nome-do-Pai* produz e instala a significação fálica, ameaça dar brecha para um possível e enganoso “tudo nas palavras!”. No entanto, a certeza que foi perdida no mundo das coisas não pode ser recuperada pelo mundo das palavras, porque não se pode dizer tudo e, ser tudo, nas palavras. A certeza é abalada ou perdida pela entrada no mundo da palavra que não coincide com a coisa. Assim, os objetos mais diversos e imprecisos são colocados no lugar em que o hiato entre a palavra e a coisa se instala. O “tudo nas palavras” precisa ser barrado por um “não tudo nas palavras!” Para que isto aconteça, é na castração primária que o pai vem dizer à mãe a impossibilidade de ser tudo nas coisas. E esta mãe enquanto mulher vem significar a este pai, o não tudo, nas palavras, e enquanto homem interessado nesta mulher, ele vem aceitar o “não tudo nas palavras!” (LEBRUN, 2006).

Podemos dizer que aqui se encontram em operação duas formas que mostram a impossibilidade da completude que é apontada pela castração e por meio do qual o sujeito advém: a castração primária e a castração secundária.

Com efeito, é preciso que notemos que a castração primária é essencialmente instalada pela mãe, na medida em que é por se referir a um outro que ela, que o *Nome-do-Pai* pode ser reconhecido em seu lugar. O reconhecimento que ela tem da presença de um terceiro dá base suficiente para que se instale a castração para o sujeito. É suficiente, pois, a esse respeito, que haja “pai na mãe”, que haja função paterna assumida pela mãe (LEBRUN, 2006, p.37).

Em outras palavras, na castração primária é preciso que haja a função paterna operando na mãe, ou seja, *o pai na mãe*, para que o *Nome-do-Pai* seja reconhecido no seu estatuto. E, quando a mãe assume sua parte de função paterna, é que ela introduz o pai. Neste sentido, a mãe está na posição de mãe simbólica e, dessa maneira, aponta para a criança que não é completa nem onipotente, mas a introduz na falta, através da alternância de sua presença e ausência (LEBRUN, 2006). Na castração secundária, a autoridade de um pai real é recebida da mulher, e para isso, torna-se importante a palavra da mulher para que sustente o lugar do pai, sendo esta uma das condições do exercício da função paterna. Diante disso, Lebrun conclui que o trabalho do pai dá-se em ser um *outro que a mãe*, e, é sendo outro para ela, aquele a quem ela se refere pelo fato mesmo do desejo, que ele lhe dirige e em que ela consente (LEBRUN, 2006).

Aqui podemos situar essa mãe nos tempos do Édipo segundo a perspectiva de Lacan (1995). No primeiro tempo, a mãe operaria como uma lei sem controles e onipotente, que sabe tudo da criança e faz tudo pela criança, articulado ao *Nome-do-Pai*. Ao mesmo tempo, a mãe é a mediadora da simbolização primordial, ou seja, neste momento a criança identifica-se com o objeto do desejo materno, desejo este que de um lado está fora da lei do pai, pois concerne ao que é próprio da maternidade, e, do outro, está sob a ação da castração da mãe, que é algo que antecede à maternidade. Lacan (op.cit.) enfatiza a necessidade de a mãe dar lugar ao *Nome-do-Pai*, e a importância dela considerar a autoridade e a palavra do pai. No segundo tempo do Édipo, o pai exerce uma privação dupla, ao instaurar a interdição do incesto para a criança, e interditando também à mãe de um engolfamento da criança. Para isto, é necessário que a mãe consinta ser privada pelo pai de sua criança, e que esta subjetive essa privação. E, no terceiro tempo, o pai vem sustentar a promessa fálica, a fim de que a criança possa assumir a sua escolha sexuada. Aqui, a intervenção paterna, ou seja, a metáfora do *Nome-do-Pai* produz a significação fálica, ao qual é atribuído o significado do desejo materno e que o substitui. Além disso, o pai vem dar a sustentação à falta do significante no *Outro* ao produzir o significante da falta do *Outro*.

Percebemos, nos tempos de hoje, como a questão do declínio da função paterna encontra-se repercutindo na clínica contemporânea. Lebrun (2006), quando fez suas reflexões em torno do pai, apontou algumas razões que dificultam essa operação da função paterna na atualidade, e desencadeando os sintomas que hoje observamos. Estaria a falha no pai simbólico, no pai real ou no pai imaginário? E, acrescenta dizendo:

[...] para que essa tarefa seja assumível por um pai, não é suficiente que a mãe nele encontre uma referência; é preciso ainda uma outra característica, que é um traço fundamental: é que essa função do pai — e não somente aquele que a ocupa, ou o dito genitor —, seja ratificada pelo social (LEBRUN, 2006, p.42).

A afirmação de Lebrun leva-nos a pensar sobre a importância que este social tem de precisar sustentar e confirmar a pertinência da função paterna para que esta possa realmente operar no sujeito. Caso contrário, não haveria possibilidade de uma operação efetiva. Diante disso, ao observar o cotidiano, percebemos o quanto o pai se encontra numa posição de não ratificado pelo social, o que vem dando margem ao aparecimento da mãe como referência. O perigo da posição exclusivamente materna implica uma devastação e apresenta implicações profundas e que podem ser verificadas na clínica contemporânea.

As idéias que se têm acerca do ser mãe e acerca da natureza da mulher encontram-se atreladas às transformações sociais, à moral, aos valores sociais e aos religiosos e podem

também constituir incitadores tão poderosos quanto o desejo de mãe. De acordo com Assoun (1993), esta contribuição da Psicanálise parece romper com a diferenciação individual e social, estabelecendo um discurso que liga esses dois pontos apontando a dinamicidade destes, e, assim, a mulher é vista tanto como uma sede de sintomas como também o sintoma da *kultur*. Com base nessa perspectiva, ele aponta a importância da mulher ser compreendida não apenas em sua falta, mas, em sua realidade na qual a falta acontece. Sobre a maneira de fazer a leitura desse assunto em Freud, refere o autor: “O próprio discurso de Freud tem que mudar de tom: trata-se de tomar uma posição no tocante ao lugar da mulher na sociedade e na civilização, ou mesmo de se comprometer no que tange a seu destino” (ASSOUN, 1993, p.147).

Muitas coisas se têm a dizer sobre a feminilidade e maternidade, e a Psicanálise pode contribuir de maneira significativa com esta temática, ao fazer a articulação ao social utilizando-se de alguns conceitos importantes como o da noção de *Outro*, bem como de outros que sugerem a dinâmica que acontece entre indivíduo e sociedade e apontam as direções do sujeito e do inconsciente. No capítulo a seguir, estaremos trabalhando essas idéias sobre a noção do *Outro* tomando como base os endereçamentos mãe-bebê e equipe médica.

1.3 OS ENDEREÇAMENTOS MÃEBEBÊ EQUIPE MÉDICA: EFEITOS NA RECUPERAÇÃO DO BEBÊ PREMATURO

O presente capítulo pretende refletir sobre a circulação do significante do desejo materno na equipe médica e no bebê prematuro interno em UTI - neonatal, e será tomado como base o conceito da *Aufhebung* freudiana posto em relevo por Frej (2003) e o seminário de Lacan (1998) sobre o conto de E. A. Poe, intitulado: *A carta roubada*. Mais particularmente, pretende refletir sobre as incidências desse significante circulante na recuperação, ou não, do bebê.

O que seria então a *Aufhebung* freudiana? E em que esta conceituação se relaciona com a UTI- neonatal?

Começaremos pela noção de massa, presente na obra de Freud, apontada por Frej (2003) e por ela desenvolvida (2005, 2007). A partir da obra do fundador da Psicanálise, a autora citada apresenta 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). A autora afirma que, na obra de Freud, o termo *massa* aparece de maneira que recobre uma gama variada de situações e, se são diversas as situações recobertas por este termo, seu uso parece apontar para algo que não é ainda diferenciado. Frej (2003, 2005) destaca na obra de Freud o momento em que ele escreve que o mundo externo, fonte de intensas quantidades de energia, constitui-se como *massa em movimento (bewegten Massen)*. A massa em movimento transmite as quantidades de energia provenientes do mundo externo, produzindo no organismo uma *massa de sensações (Empfindungsmasse)* da qual o ego deve se destacar, distinguindo-se assim do mundo exterior.

O valor da indiferenciação manifestada nos pontos que antecedem o entalhe que distingue o ego do mundo externo é confirmado pela recorrência ao termo *Masse*. O termo retorna em referência aos indivíduos que compõem os grupos nos quais os traços distintivos individuais tendem a ser apagados, e onde há tendência à realização imediata de suas (do grupo) intenções, indicando uma regressão a uma vida mental primitiva (FREJ, 2005, p.3).

Do ponto de vista de Frej (op.cit.), esse momento indiferenciado reenvia ao momento ficcional que antecede aquele que, para Freud (1950, 1895), constitui o da experiência de satisfação, e que dá suporte ao surgimento do ser humano. Essa experiência é correlativa ao surgimento de um corte, no estado da massa, constituindo uma primeira fronteira entre aquilo que constitui o organismo e o que institui o ser humano. A inscrição dessa primeira fronteira é marcada por uma *Aufhebung* dos estímulos endógenos. Atingido pelos estímulos que o alcançam a partir do interior do corpo, que não podem ser suprassumidos por uma função fisiológica (*eine physiologische Funktion aufgehoben*), o bebê põe em ação suas potencialidades reflexas através de gritos e de descarga motora. O organismo humano é incapaz de executar a *ação específica* que o reconduz ao estabelecimento de seu equilíbrio. É quando a pessoa atenta ao estado do bebê realiza a *ação específica*, pelo aporte de uma *ajuda estrangeira (fremde Hilfe)*. A via de descarga, então, passa a ter a função secundária de reciprocidade.

Momento certamente lógico, no qual o organismo é metamorfoseado em ser humano. Essa metamorfose parece acontecer a partir do momento em que o que teria sido uma via de descarga das quantidades de excitação, passaria a ter a função secundária de compreensão mútua (FREJ, 2005, p. 2)

A ação específica realizada pelo adulto permite “que o bebê coloque em ação suas possibilidades reflexas de realizar imediatamente, no interior de seu corpo, a descarga que suprime o estímulo” (FREJ, 2005, p.1).

Uma outra vertente da mesma *massa* é a que concerne à mãe. Em seus trabalhos, Frej (2003, 2005) aponta que a mãe realiza, em parte, nos cuidados dedicados à criança, as

acomodações ocorridas em seu ventre no sentido de satisfazer as necessidades do feto. Em seu psiquismo, ela substitui para a criança a situação da vida intra-uterina. Nessa ocasião, a mãe não se constituía como objeto e, para o bebê não havia nem mesmo objeto. Lembremos que quando a mãe realiza a *ação específica* na tentativa de satisfazer o bebê em suas necessidades, este realiza, no interior de seu corpo, através da ação reflexa, a *suprassunção dos estímulos endógenos (endogenen Reizaufhebung)*. A atividade reflexa continua a *ação específica* que a pessoa atenta ao bebê realiza em seu lugar, e, a esta conjunção da mãe com o bebê, instituída antes do surgimento do objeto, Frej (2003), em sua tese de doutorado deu o nome de *mèrenfant*. Temos aí o núcleo de onde parte o movimento da *Aufhebung* na obra de Freud, movimento que se estende ao longo de toda a história do desenvolvimento do ser humano. No entanto, para nosso objetivo, restringiremos nosso trabalho a este núcleo.

A *Aufhebung* é um termo da língua alemã, encontrado por Frej (2003), ao longo de toda obra de Freud, demonstrada em sua tese de doutorado e refere-se a momentos nos quais são delimitadas fronteiras e lugares na vida humana. Trata-se de um termo que permite apreender a dimensão do movimento da energia que atravessa o psiquismo e de sua passagem no organismo, considerado desde o momento em que prevalece o inorgânico que será suprassumido (*aufgehoben*), desdobrando-se em órgão, organismo, corpo, situados na sociedade e na cultura, inscrevendo o aparelho psíquico. As instâncias referidas constituem lugares com fronteiras não nitidamente delimitadas, e coexistem em seu funcionamento simultâneo. Assim, nós trabalharemos o que há de mais primitivo, o núcleo onde as instâncias ainda não são diferenciadas, a partir dos casos clínicos que analisaremos no terceiro capítulo desta dissertação.

A respeito deste núcleo indiferenciado, podemos tomar as observações de Crespin (2004, p.70), que afirma: “todo o corpo do bebê é tomado na relação com o Outro, constituindo um bom indicador da qualidade do laço”. Podemos, neste ponto, pensar na situação de risco psíquico que se encontra um bebê prematuro internado em UTI- neonatal como o momento em que pela urgência vital do organismo, aquilo que o corpo da criança não realizava, as máquinas na UTI e os cuidados médicos realizavam por ele. A palavra, enquanto ajuda estrangeira (*fremde Hilfe*) e tranqüilizadora pode ser ou não viabilizada pela intervenção do profissional de saúde, produzindo ou não respostas tranqüilizadoras, por parte do bebê. Diante do fato da internação e separação precoce mãebebê, como ficaria esse núcleo *mèrenfant*?

Com base nessas questões que emergem da clínica com bebês prematuros, percebe-se que a vantagem de entendermos o termo *Aufhebung* está no fato de que ele toma relevo na obra de

Freud por ser escrito em momentos bastante demarcados, o que o torna uma chave de leitura para a teoria e clínica psicanalíticas, bem como um modelo de evolução e funcionamento do aparelho psíquico (FREJ, 2005).

Para entendermos a aplicabilidade da *Aufhebung* na clínica psicanalítica com bebês, é preciso, obviamente, remetermos às origens do sujeito humano, e quem melhor do que o bebê para identificar esse movimento incidindo na constituição do psiquismo?

Diante disso, alguns pontos podem ser discutidos, ou seja, como a noção da *Aufhebung* freudiana opera na criação dos lugares abrangendo a dimensão do significante do desejo materno em circulação, referindo-o na passagem do social – este compreendido como o meio hospitalar e médico expresso pelas intervenções médicas e políticas de saúde – incidindo sobre o aspecto orgânico do bebê e a passagem do orgânico à constituição do sujeito. Temos aqui um ponto muito tênue onde fica difícil a distinção entre o social e o orgânico. Talvez, mesmo a situação no hospital seja exemplar como lugar no qual se pode demonstrar o lugar onde organismo e sociedade se distinguem na própria convergência de suas incidências. Do mesmo modo que no caso da mãe, quando assistimos à equipe médica tentando realizar pelo bebê aquilo que seu organismo não é capaz de realizar. O corpo médico tenta, junto ao bebê, a simulação do ambiente uterino, o que evoca a posição *mèrenfant* – mãebêbê – proposta por Frej (2003, 2005), ou seja, mãe e bebê como uma unidade indissociável no início.

Ao falar sobre UTI - neonatal, bebês prematuros e equipe médica, não se têm como não pensar nos efeitos do contexto social em que os mesmos estão inseridos, que abrange o social que contém o hospital e o meio médico.

Nossa hipótese acerca da circulação do significante do desejo materno em circulação na equipe médica e bebê encontra suporte no trabalho Laznik-Penot (1989) que, considerando a criança psicótica, percebeu que, apesar dos vínculos estabelecidos entre a equipe médica e a criança psicótica serem diferentes, circulava na equipe e no bebê fenômenos de uma repetição cujos efeitos eram determinados no contato com a criança. Este dado, a autora citada articulou ao que Lacan (1998) no Seminário sobre *a Carta Roubada* diz a respeito do determinismo da cadeia significante. Perguntamo-nos, então, se podemos dizer que esses fenômenos de repetição e a insistência de certos enunciados também ocorrem no contexto da UTI - neonatal, com relação ao bebê prematuro, mãe e equipe médica? O que deste bebê, ou de sua mãe, pode determinar nos cuidados que lhe são dados, que implicam ou não a sua recuperação?

Existe um esquema repetitivo que se reapresenta em determinado contexto (instituição, maternidade) com o mesmo texto, papéis semelhantes, que, no entanto pode ser tomado por diferentes atores, caracterizando a mudança de posição com relação à criança, o

que implica uma mudança de papel por determinado ator, permanecendo fixos o cenário e os personagens (LAZNIK-PENOT, 1989).

Ao pensar a criança psicótica de forma análoga ao significante e ao considerar a criança como *carta roubada* percebemos o que Laznik- Penot (1989) referiu anteriormente, através de Lacan, quando este fala no *Seminário II - O Eu na Teoria de Freud e na Técnica da Psicanálise*: “Trata-se do símbolo a deslocar-se em estado puro, no qual não se pode tocar sem se ficar imediatamente preso em seu jogo” (LACAN, 1985, p. 247). Em outras palavras, no contexto do bebê prematuro em internação, alguns significantes relacionados a sua história irá circular por entre equipe médica – os personagens que cuidam dele – fazendo com que estes de maneira inconsciente encontrem-se presos ou arrastados nesse jogo de significantes em circulação, o que pode determinar aspectos peculiares nos cuidados com essa criança.

Através da análise dos casos que apresentaremos no terceiro capítulo, poderemos observar como se dá a ação ou não da *Aufhebung* freudiana e dessa circulação do significante do desejo materno com base no que Laznik-Penot (1989) nos aponta.

Neste momento, vale lembrar o que já refletimos sobre o determinismo do significante apontado pela autora citada, tomando como base a analogia que a mesma fez com a *Carta Roubada* no Seminário de Lacan, quando aborda essa questão apontando a existência em contextos como o do hospital, de certos fenômenos que ocorrem entre os protagonistas, chamados de automatismo de repetição, a respeito dos quais, diz Lacan (1998):

O automatismo de repetição (*Wiederholungszwang*) tem seu princípio no que chamamos de a insistência da cadeia dos significantes. Essa mesma noção, isolamos-na como correlativa da ex-sistência (ou seja: do lugar do excêntrico) onde nos é preciso situar o sujeito do inconsciente, se devemos levar a sério a descoberta de Freud (p.17-18).

À citação de Lacan (1998) acrescentamos a hipótese de que o bebê prematuro poderia ter aqui, nesse contexto, ocupado um lugar determinante em relação aos protagonistas que cuidam dele na UTI- neonatal. Com base neste lugar do excêntrico posto em relevo pelo autor, podemos observar a repetição ocorrendo nos personagens, bebê e equipe, por exemplo, na circulação de significantes relacionados a esta criança. Tomando como base o que Frej (2005) nos traz sobre a *Aufhebung* freudiana, poderíamos pensar que, até o momento, neste caso, a *ajuda estrangeira*, operadora do corte que condiciona a *Aufhebung* precisaria de um tempo necessário para a criação de espaços, visto que a criança no início, antes da operação da *Aufhebung*, constitui-se continuidade da mãe, não se distinguindo do mundo externo. Sobre isso, diz Frej (2003, p.3):

[...] um outro incentivo para o desengajamento do ego com relação à massa geral de sensações – isto é– para o reconhecimento de um ‘exterior’, de um mundo externo,

é proporcionado pelas freqüentes, múltiplas e inevitáveis sensações de sofrimento e desprazer, cujo afastamento (*aufheben*) e fuga são impostos pelo princípio de prazer, no exercício do seu irrestrito domínio.

Diante disso, podemos interrogar acerca de como o início dessa diferenciação pode acontecer ocorrendo em um bebê, diante dos cuidados da mãe e da equipe médica, por exemplo, quando se toca na criança, e quando esta adormece, ou se tranqüiliza, ou chora porque será mais uma vez furada pelos soros. Percebemos aqui que algo da ordem da representação desse toque poderá ser modificado, se pensarmos ser resultado da intervenção pela palavra. De acordo com Frej (2005), o aporte das palavras na criança, por parte de quem cuida dela, constitui como gerador de espaços, e é o momento que confere à criança um lugar na sociedade e na cultura. Sobre a importância da palavra a autora citada acrescenta, ao abordar a questão da *Aufhebung* no Complexo de Édipo:

Vemos, então, que a ajuda que é trazida ao ser prematuro não se restringe a alimento e proteção, mas comporta também o aporte da palavra, através da qual essa massa de sensações, cuja proveniência a prematuridade humana impede de distinguir, toma forma e ancora em sentidos que lhe são trazidos por quem cuida da criança [...] a palavra que vai impulsionar esse movimento representado pela *Aufhebung* freudiana. Ora, essa palavra, que abre a possibilidade de passagem do registro do organismo ao de um corpo que ocupa um lugar no espaço, é aquela que interdita o acesso da criança à mãe, que, por trazer os auxílios acima referidos, se constitui como o primeiro objeto de amor para a criança (FREJ, 2005, p.3).

Percebemos em bebês em situação de internação em UTI- neonatal que geralmente a doença parece estar sempre presente de maneira insistente na história precoce dos mesmos. Frej (2003,2005), ao falar sobre o organismo na perspectiva Freudiana, identificou a operação da *Aufhebung* na experiência de satisfação. Ela diz que os estímulos que incidem sobre o organismo humano são suprassumidos [*aufgehoben*] e que esta operação leva a uma relação com o *outro semelhante*, que

[...] toma como ponto de partida os gritos e as agitações motoras do bebê quando é atingido por uma estimulação intensa. Esses movimentos do bebê são traduzidos pela pessoa que dele cuida como sendo um pedido de ajuda. Essa tradução [...] permite que aquele registre os sons que escuta da pessoa que lhes oferece cuidados, [...] também que ele se aproprie desses sons. Assim fazendo, ele pode evocá-los quando a pessoa que o socorre se ausenta. A resposta do bebê a essa ação específica é a realização, em seu próprio corpo, da supressão dos estímulos endógenos [*endogeneizaufheben*] (FREJ, 2005, p.5).

O bebê, antes mesmo do seu nascimento, possui uma história, relacionada à da sua família, nos quais os ditos e dos não ditos lhe oferecem um lugar. Assim, podemos dizer que, dessa maneira, a criança ao ser inserida simbolicamente, é antecipada no desejo, na imaginação e nas falas dos seus pais (MOTTA, 2003). O bebê, ao nascer, já traz consigo mais um corte, e apresenta-se à mãe como uma presença real, convocando-a ao processo da

maternidade. A partir dos endereçamentos que se estabelecerão entre mãe e criança, articulada ao apelo desta última inferido pela mãe e ao corte veiculado por esta, o filho estará dando o ponto de partida em direção ao tornar-se sujeito. Nesse sentido, podemos pensar na *Aufhebung* em operação no tornar-se mãe, visto que a mulher conserva traços da maternagem recebida em sua linhagem, nega o fato de ser uma filha, sem deixar de sê-lo, para ser uma mãe, no entanto, esses elementos todos são preservados e transformados no movimento do percurso da maternidade.

É a partir dos cuidados da mãe realizados com a criança que podemos pensar nas intervenções da equipe médica, que, na medida em que cuidam dos bebês no momento dos procedimentos médicos e da enfermagem, fazem circular elementos subjetivos nessa relação que estabelecem com esses recém-nascidos através do toque, quando lhes dirigem a palavra, na hora da alimentação e nas expressões verbais e não-verbais que os acompanham.

De acordo com Dolto (1988), as intervenções clínicas pela palavra visam minorar o sofrimento da criança, fazendo desaparecer os sintomas, visto que pretende elevar ao nível simbólico tudo o que acontece com ela. Uma vez que percebemos algo de uma transformação que acontece, transformação de algo que desde a origem é conservado, mas também negado, ultrapassado e modificado, concluímos perguntando se estas intervenções não estariam concernidas à *Aufhebung*. Observaremos, através dos exemplos clínicos a seguir, que após as intervenções alguns movimentos foram modificados no sentido de uma recuperação do bebê, o que nos leva a pensar, tal como sugere Frej (2003), em utilizar a noção da *Aufhebung* freudiana para pensar a clínica psicanalítica e os cuidados que são dispensados aos bebês internados no hospital.

Podemos pensar também sobre os endereçamentos na relação mãebebê a partir do que Bergès e Balbo (2002) apontam acerca do transitivismo. O endereçar-se ao outro estaria, portanto, relacionado a um processo que envolve a relação com o *outro*. Segundo os autores, o transitivismo pode ser entendido como um vetor de mão dupla, que se endereça da mãe para o bebê e deste para a mãe, no entanto, pode acontecer como no caso das psicoses e outras patologias, deste vetor apontar para apenas um só sentido.

Assim, ao falar sobre transitivismo, podemos pensar na perspectiva de um movimento que caracteriza estes endereçamentos de um sujeito para o outro. Do lado da mãe, por exemplo, poder-se-ia observar a origem deste movimento transativista nos cuidados daquela com o seu bebê, a partir das hipóteses que por ela são feitas quando se dirige ao filho. Desta forma, é suposto neste um saber, cujo apelo irá circular e retornar para a mãe como uma

forma de demanda, demanda esta que pode ser entendida como uma identificação do filho ao discurso da mãe que lhe foi dirigido.

Para exemplificar melhor sobre o transativismo, Bergès e Balbo (2002) referem o caso do filho que cai se machuca sem demonstrar dor, e é a mãe quem sofre:

O masoquismo através do qual experiencio a dor – mesmo se, além do mais, não a sinto, enquanto que o sadismo supõe que a dor é experienciada – lembra-me inconscientemente o modo natural como se constituiu meu masoquismo. Eis o que poderia explicar por que vou transativar por um signo qualquer, para aquele que experimentou verdadeiramente uma pancada da qual ele não se queixa. Desse modo, transativo não a dor experienciada, mas o masoquismo, meu masoquismo: transativismo que, a partir de então, tem por meta limitar o masoquismo do outro, e não a sua dor. Através desse masoquismo transativado para o outro, transativo – isso é essencial – a satisfação masoquista correspondente. (BERGÈS; BALBO, 2002, p.8).

Assim, a mãe quando vê seu filho cair e machucar-se, por exemplo, mostra-se afetada por este tombo sem apresentar reação alguma e demonstra na fala. Ela experiencia e comunica pela fala, e, dessa maneira, ela sustenta seu afeto no real, e por isso, seu filho lhe dá razão a partir do que ela diz. Essa circulação tem relação com o acesso ao simbólico.

Pelo transativismo e pelos endereçamentos na relação da criança com o *outro*, podemos entender também como se ativa o mecanismo da dor. Sabemos que a dor é uma reação ao estímulo que é natural no indivíduo e, a partir do que Bergès e Balbo (2002) dizem, para que esse mecanismo seja posto em ativação, é preciso estar em estreita ligação com o transativismo, visto que, primeiramente aconteceria a satisfação masoquista do outro (exemplo mãe), e depois que haveria a dor em quem vivenciou a experiência dolorosa (exemplo criança). Uma seria a nomeação secundária da outra. As nossas dores são produtos do masoquismo do outro. É pelo fato de termos uma satisfação a compartilhar que o outro fala sobre ela, expressa-a e leva-a em consideração. Essa é umas das razões pelas quais depois da experiência de dor vivenciada pela mãe ao ver seu filho sendo machucado ou furado, ele passa a sentir a dor.

De acordo com Bergès e Balbo (2002), o transativismo pode ser compreendido como um *golpe de força**1 tanto da mãe para a criança como o transativismo em geral. O *golpe de força* que os autores apontam seriam no sentido de que a mãe cria uma “forçagem” no filho para ter acesso ao simbólico. A criança, diante dessa força, é levada a considerar os afetos que são nomeados pela mãe para designar as experiências dele em relação às delas próprias. Assim, ela o constrange a avaliar as suas vivências com base no masoquismo dela. Essa “forçagem”, para os autores, também é responsável por fazer a criança entrar no campo da

fala, da linguagem e também na escrita. É através desse golpe de força do transitivismo a nível do real, que se tem o acesso ao simbólico e ao enodamento dos três registros.

O *golpe de força* o qual Bergès e Balbo (2002) mencionam, diferentemente de ser algo traumático, envolve, por parte da mãe e da criança, uma elaboração discursiva, e supõe uma antecipação, uma hipótese que o transitivismo instaura pelo saber que por ele é suposto na criança e que ele solicita. É através da aquisição dessa experiência que se tem acesso ao simbólico. No caso do traumatismo, podemos dizer que este é da ordem do real impensável, e o sujeito encontra-se sob o efeito de um golpe inesperado, que ultrapassa os limites suportáveis da dor. Já no transitivismo, essa dor é o objeto de uma elaboração simbólica, devido ao caráter da dupla negação do transitivismo, quando a criança leva um golpe sem reagir e um outro quem se queixa sem tê-lo sofrido. No transitivismo considerado do lado da criança, poderíamos dizer que esta também colabora no sentido de demandar à mãe a ser realizado este *golpe de força*. Diante disso, a mãe, ao fazer a hipótese de uma demanda no filho, acredita que este irá articular essa demanda ao desejo dela. Quando isso não acontece, pode-se pensar que ela não suporia desejo por ela mesma e não poderia fazer a hipótese de demanda na criança (BERGÈS; BALBO, 2002).

O que a mãe espera de uma demanda do filho é que este afague seu desejo de mãe. Para ela, a demanda suposta no filho é o relançamento esperado de seu próprio desejo de mãe. [...] Isto não se fecha, isso se relança, é dialético (BERGÈS; BALBO, op.cit., p.33).

Assim, a motricidade da criança, por exemplo, estaria articulada também ao desejo da mãe. Os movimentos e as posturas executadas pela criança podem levar a uma novidade perceptiva, endereçando a uma excitação nova para a mãe; novidades que ela relança, pela sua própria postura, pelo seu discurso, pela sua fala, de maneira a entreter a atividade motora de seu filho.

Um exemplo de relançamento materno que produz excesso leva a benefícios secundários para a criança. Quando ocorre uma ausência desse relançamento, podemos pensar em uma inatividade, ou excesso de movimento na criança. Desta maneira, esta ficaria privada de uma exploração perceptiva, pois a mãe faz tudo por ela. Podemos articular o que se pensa sobre endereçamentos mãe e filho de acordo com Frej (2003, 2005) – apontando o movimento da *Aufhebung* – com o que Bergès e Balbo (2002) trazem sobre relançamento, que, por parte da mãe e do filho, circula uma demanda, que dimensiona e mobiliza a relação.

Estes autores afirmam que esse movimento dos endereçamentos na relação mãe-filho pode ser compreendido no que Lacan (1998) fala sobre a necessidade, a demanda e o desejo. Observamos, por exemplo, que a demanda que a mãe supõe ao filho solicita-a em seu desejo.

No entanto, uma demanda jamais pode responder de forma completa ao desejo. Mesmo suprimindo as demandas no filho, a mãe uma hora irá falhar, e o filho se perguntará o que ela quer? Quando endereça esse *Che voi?* – que queres? – à sua mãe, faz da mesma um *Outro*, representante representativo dessa suposição de saber, para onde transfere o saber do sujeito, tal como refere Lacan.

Em casos onde a mãe apresenta dificuldades em transitar, percebemos que ela não deixa aparecer a demanda, e o produto do saber da criança em vez de ser a demanda seria então o equivalente a seu falo imaginário, e o filho assumiria o lugar de funcionamento de uma mãe que é inteira função para ele. O *objeto a* produzido pelo saber do filho seria o equivalente do falo imaginário, e tal objeto teria a única função de satisfazer ao desejo da mãe (BERGÈS; BALBO, 2002).

O que poderíamos pensar sobre dificuldades ou falhas desses endereçamentos? Uma mãe que acha saber tudo sobre o filho, por exemplo, não estaria supondo um saber nele e não faria hipótese. Quando acontece essa ausência de relançamento, a mãe estaria reduzindo a criança a um *objeto a*, situando-a na posição de dejetivo do saber, e a criança nessa posição não poderá ter acesso ao saber porque este é exclusividade de sua mãe. Dessa maneira, a criança não vai poder enodar os três registros – Real, Simbólico e Imaginário – através de um saber devido a isso. Estas reflexões podem nos levar a observar também como se dão os endereçamentos mãebebê prematuro e equipe médica, e que efeitos os significantes que sustentam os endereçamentos da mãe podem desencadear na equipe médica, enquanto pessoas que auxiliam nos cuidados do bebê prematuro, e, além disso, que retorno, que relançamento essa equipe faz sobre o bebê que se encontra sob seus cuidados.

Chemama (2007), em seu livro *Depressão: a grande neurose contemporânea* aborda, em uma de suas cartas, aquilo que ele chamou de *A Carência de Endereçamento*. Segundo o autor, o endereçamento em si implica a formulação de uma demanda e que se encontra à espera de um sentido do que o sujeito diz, e, no caso da depressão, parece haver uma falha deste processo, visto que o sujeito deprimido encontra-se em uma situação de não conseguir sustentar o seu desejo da forma que convém, desencadeando nele uma perda narcisista significativa.

Diante disto, percebemos que a temática dos endereçamentos ajuda a refletir em algumas questões clínicas. Identificamos, por exemplo, no caso da depressão, essa carência de endereçamento que Chemama (2007) retrata, e que, segundo ele, parece paralisar o sujeito, interferindo em qualquer esperança de mudança. É muito comum observarmos questões relacionadas a depressão nas maternidades, em mães de bebês nascidos a termo, e também de

bebês nascidos prematuros, talvez até de maneira intensificada diante das diversas dificuldades que o contexto da prematuridade impõe a elas e seus filhos.

Como pode uma mãe deprimida, por exemplo, formular uma demanda? A carência de endereçamento que este estado apresenta pode ser um dos grandes obstáculos que se impõem a esta mulher de poder resgatar o seu desejo da maternidade e passar a pensar em mudanças acerca da recuperação de seu filho. Um dos aspectos que o autor, citado acima, caracteriza na depressão e que talvez possa acontecer de maneira mais intensa em mães de prematuros é que os sujeitos deprimidos parecem ter uma história sem sujeito e ser um sujeito sem história. Esta situação pode constituir um risco ao estabelecimento de uma relação da mãe com o seu bebê, e prejudicar o processo de constituição subjetiva da criança, que depende desse *Outro* para se tornar um sujeito. Chemama (2007) apresenta algumas características da depressão que remetem a uma falha ou carência nos endereçamentos e que podemos identificar na mãe e também no bebê em situação de internação. No caso da mãe, a questão do tempo pode ficar perturbada, e o tempo subjetivo pode até nem existir diante de uma forte depressão. O discurso também pode ser desinvestido, e a mãe pode apresentar dificuldades de subjetivar os acontecimentos, acontecendo do sujeito não se implicar na sua história e o acontecimento ser estranho a ele e a sua história.

Outras situações podem ser tidas como agravantes como o caso de um mal-estar generalizado vivido pela mãe, bebê e equipe, uma falta de vontade de viver por parte da mãe e de uma impossibilidade de desejar e de agir. Esses significantes podem circular em torno da equipe e do bebê e criar impasses diante de sua recuperação, pois este também pode se encontrar em um estado de inércia e paralisação diante da doença. Essa inércia, que impede o desejo de surgir, pode ser muito prejudicial nesse processo de internação e de constituição subjetiva.

Através da prática clínica junto aos bebês na maternidade, a Psicanalista Graciela Crespin (2004) retoma a questão dos endereçamentos ao destacar a importância da dimensão relacional da mãe com o bebê como um ponto de partida para se pensar muitas causas de patologias que os mesmos apresentam, bem como o sofrimento psíquico nos primeiros anos de vida da criança. Diante disso, a autora propõe uma escuta atenta e uma leitura desses sintomas corporais e psíquicos, para que as intervenções dirigidas aos bebês venham a ajudá-los no sentido de recolocá-los na condição de desejante e em um relacionamento harmonioso com os cuidadores. Para isso, a autora busca um percurso que destaca o lugar do *Outro* e a constituição subjetiva fazendo um paralelo entre os homens e os animais. Sabemos que o que une animais de mesma espécie é a questão dos instintos que lhes são inatos. Conhecemos

outros animais, por exemplo, que também nascem prematuros e nos quais os mais velhos cuidam dos filhotes. *Para* fazer os ajustes ao real, esses animais utilizam sistemas de signos, o que não permite uma elaboração de pensamento. Já no caso do ser humano não observamos a presença dos instintos, e a diferença dá-se pelo fato de que os homens constroem laços e são nesses laços que o sujeito se constitui.

Lacan (1994) pensa a respeito dos instintos como um dos modos de conhecimento que o ser vivo precisa utilizar para satisfazer as suas necessidades. O instinto animal, para ele, seria então um conhecimento que não pode ser um saber, pois este é algo que concerne apenas ao sujeito, e que este traz inscrito em si no discurso. Assim, diferente dos animais, são os significantes fornecidos pelo *Outro* que organizam as relações humanas e que as modelam.

Dessa maneira, percebemos que a ordem de funcionamento que permite aos homens ajustar-se ao ambiente é diferente da dos animais, pois nós recorremos a um sistema signifiante que nos orienta em relação às circunstâncias externas. Poderíamos então dizer que nossas relações estariam determinadas e presas à natureza desses significantes que nos são oferecidos como suporte, tal como afirma Lacan (op.cit.).

O bebê ao nascer encontra-se numa situação de extremo desamparo: as percepções do mundo exterior são tidas nesse primeiro momento como algo traumático para ele, e, além disso, algo que o diferencia dos animais dá-se no fato de ser completamente dependente do outro para a sua sobrevivência. Estudos revisados por Crespín (2004) demonstraram que um bebê sem nenhum cuidado consegue sobreviver no máximo três horas na ausência de outro ser humano. O caso dos meninos-lobo apontou que uma criança pode até sobreviver, mas na ausência de outro ser humano fica privada do processo de humanização, que só se estabelece na relação com o *Outro* que tenha um desejo de sobrevivência por parte da criança.

Outra situação que nos exemplifica a importância do *Outro* no processo de humanização do indivíduo encontramos em Lebrun (2008), que, em *O futuro do ódio* conta de um rei que, queria saber qual a língua original falada pelos humanos. Mandou encerrar uns bebês em algum lugar onde eles recebessem os cuidados alimentares e higiênicos necessários, no entanto, nenhuma manifestação afetiva humana lhes podiam ser endereçadas. Como resultado, todos os bebês morreram, o que nos mostra a importância que o *Outro* tem no desenvolvimento humano.

O *outro* é chamado em Freud de *semelhante* ou *próximo prestativo*, aquele que é responsável pelos cuidados ao bebê e que possui o desejo de sobrevivência por ele. Já Lacan (1994), distingue dois tipos de outro: o *Outro* e o *outro*. Encontramos em Chemama (2007) a

referência sobre essa dupla localização do *Outro*, comportando um ternário e um binário, quando este autor aborda a questão dos endereçamentos na depressão.

Este autor citado destaca a mutação histórica como a responsável por produzir influências nas patologias subjetivas no coletivo. Assim, ele faz uma relação dessa mutação com a transformação do lugar do pai, bem como à do *Outro*. Segundo ele, o *Outro*, “como determinante do sujeito é composto pelos discursos coletivos a partir dos quais se constitui sua fala singular, e também é composto pelas mutações desses discursos que agem em última análise para modificar as subjetividades” (CHEMAMA, 2007, p.102).

A dimensão cultural do *Outro*, para Chemama (op.cit.) seria o primeiro critério para operação da lei. E este *Outro* como lugar da lei aparece na fala da mãe que faz referência a esse terceiro que pode constituir lei. A questão do pai é que remete a essa mutação do *Outro*. A importância desse *Outro* segundo a visão deste autor dar-se-á, portanto, na referência simbólica do sujeito proveniente de uma dimensão que está incluída na linguagem e nos discursos sociais, e é aquela que deve permitir o acesso ao desejo e separar a criança da mãe.

O *Outro* pode ser compreendido como uma instância, um lugar que preexiste a cada indivíduo. Seria o conjunto de elementos que constituem o universo simbólico no qual o indivíduo encontra-se inserido. Pode ser entendido também como o lugar da cultura e do social que nos antecede e nos determina enquanto sujeitos. O recém-nascido, diante disso, seria preso no mundo simbólico dos seus pais, tanto no que diz respeito ao individual, ao cultural e ao social aos quais os mesmos pertencem. O *outro*, em Lacan, refere a cada indivíduo em sua singularidade, e que, de maneira única torna-se representante do *Outro* ao qual pertence. Seria o mesmo que o termo *semelhante* ou *próximo prestativo* em Freud. A mãe, então, assumiria o lugar de um *outro* servindo de *Outro* para seu bebê, pois é ela quem “transmite ao bebê de quem cuida uma gama de particularidades do *Outro* que a determina, porém revisadas e corrigidas, se assim posso dizer, pelo prisma da subjetividade pessoal” (CRESPIN, 2004, p.23).

Entender o *Outro* torna-se necessário para se entender como se dão os endereçamentos nas relações entre a mãe, o bebê e a equipe médica, visto que o *Outro* está sempre implicado cada ação e cada manifestação subjetiva dos indivíduos. É por intermédio do *Outro* que recebemos a significância. Podemos identificar a participação do *Outro* nos cuidados da mãe com o recém-nascido. O grito e a agitação motora da criança por si só não são suficientes para ajudá-lo a acalmar as tensões internas que sente e do mundo exterior. Assim, a mãe, interpretará os gritos do seu bebê como um apelo e acolherá essa necessidade como uma demanda de satisfação. Dessa forma, a mãe pode ser entendida como o *outro* servindo de

Outro, pois é pelo *Outro* que a necessidade receberá uma resposta aliviando as tensões fisiológicas e psíquicas através da palavra. A mãe entende como demanda o que ela deseja satisfazer, o que o bebê expressa como necessidade, do mesmo modo que fizeram com ela. Relaciona-se a registros primitivos de como foi cuidada pelo *Outro* quando era bebê. Cuidamos do bebê, portanto, num movimento identificatório. E dessa maneira vai se fazendo o funcionamento do psiquismo humano: as necessidades são entendidas como demandas que veiculam desejo de satisfação. Assim, o bebê torna-se ser de desejo (CRESPIN, 2004).

Em outras palavras, Lacan citado por Crespin (2004) ilustrou esses endereçamentos através do grafo do desejo: percebemos que há nesse grafo uma linha ascendente que vai ao encontro do *Outro*, representado por *A*, em Francês *Autre*, representado pela mãe. Essa subida da necessidade – no grafo – irá encontrar aquele que acolhe com uma resposta humana, ou seja, o *Outro*. É nesse momento mais precoce da relação que pode se estabelecer, ou não esse encontro primordial entre a mãe e o bebê. É por intermédio desse encontro, no qual a mãe irá responder com um “estou aqui” aos apelos da criança, que o bebê será promovido a sujeito falante e estará no caminho da sua constituição subjetiva.

Em seu artigo *A subversão do sujeito e a dialética do desejo*, Lacan (1998) aponta que ali onde está o sujeito, situa-se o desejo a ele relacionado e que se articula com o significante. Assim, o *Outro*, como localidade prévia do sujeito do significante, ocupa uma posição de dominação, antes mesmo de ter acesso à existência. O *Outro*, segundo Lacan (1998), caracteriza-se pelo lugar da fala, que só ocorre quando se é feita a passagem à ordem do significante. E este precisa do lugar do *Outro* para que a fala possa se sustentar, e “é do *Outro* que o sujeito recebe a mensagem que emite” (p.821). E é pela mensagem que o sujeito se constitui.

Analisaremos – após o capítulo sobre as considerações metodológicas desta pesquisa – com base nas perspectivas teóricas já apresentadas nessa parte, os endereçamentos mãe-bebê prematuro e equipe médica, a partir de três casos clínicos de mães e de bebês prematuros na UTI – neonatal.

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo pretendemos, em breves linhas, situar o percurso metodológico que adotamos para a execução da pesquisa bem como a análise dos casos que serão apresentados no terceiro capítulo.

2.1 PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa bebês nascidos prematuros internados na UTI – neonatal (ambos os sexos), em interação com as suas mães, quando presentes, e com os membros da equipe médica da UTI - neonatal do Hospital Universitário Lauro Wanderley, na cidade de João Pessoa, PB.

Selecionamos, dentre os casos clínicos acompanhados na UTI – neonatal três que estiveram relacionados significativamente com o tema em foco. Adotamos o método psicanalítico de pesquisa que, de acordo com Mezan (1993), investiga os processos psíquicos propriamente ditos.

Sabemos que a Psicanálise constitui tanto uma forma de tratamento como um método de investigação do psiquismo humano, e a pesquisa em Psicanálise caracteriza-se por apresentar um permanente diálogo entre teoria e clínica. Safra (1993), ao referir sobre a produção do saber psicanalítico e do pesquisador psicanalítico, diz:

Não há em Psicanálise um saber que possa ser aplicado a todos os indivíduos. Cada pessoa, apesar de compartilhar de angústias semelhantes com outros seres humanos, tem o seu psiquismo estruturado de forma original. A cada análise, o psicanalista precisa despojar-se do que já conhece teoricamente sobre o psiquismo humano, para poder perceber o original e novo que o seu paciente lhe apresenta [...] a apreensão de novos elementos que podem levar a um enriquecimento dos modelos em Psicanálise e a uma expansão do conhecimento psicanalítico (SAFRA, 1993, p.126-127).

Diante disto, podemos pensar que um pesquisador em Psicanálise irá partir de algo do seu interesse para apreender alguns dos vários fenômenos que acontecem em uma situação clínica. O analista-pesquisador está implicado no processo de investigação. Assim, não se pode falar dentro do modelo de pesquisa psicanalítica que estuda o fenômeno psíquico sem considerar também o psiquismo do pesquisador, pois os objetos de investigação psicanalítica também têm relação com a vida psíquica de quem os investiga.

Portanto, quanto à utilização do material clínico resultante da investigação clínica, é importante considerar que se trata de recortes, limitados por um determinado ponto de vista. É o reconhecimento deste limite que mantém a objetividade do pesquisador na realização da pesquisa (SAFRA, 1993).

2.2 INSTRUMENTO

Utilizamos o método de observação de bebês segundo Esther Bick (1992), que se trata de um método de observação criado em 1945, pela Psicanalista inglesa Esther Bick, na Clínica Tavistok, em Londres. Consiste em observações livres, assistemáticas, relatos minuciosamente detalhados dos comportamentos verbais e não verbais da criança e da mãe, dedicando atenção especial aos processos de desenvolvimento emocional, da comunicação e de relações precoces.

Os observadores que utilizam esse método não fazem intervenções clínicas durante as observações, e segundo Bick (1992), conseguem abandonar as idéias rígidas e passam a compreender que cada bebê desenvolve seu ritmo próprio e desenvolve sua própria relação com a mãe.

Quanto às adaptações deste método de observação, acrescentamos a realização de intervenções clínicas. No que concerne à análise dos casos observados, selecionamos alguns elementos das interações mãebebê e bebês-membro da equipe que tomaram relevo, visto que, acompanhamos Freud quando diz que “a patologia sempre nos serviu para tornar perceptíveis, ao isolar e exagerar, aquelas situações que permaneceriam ocultas em um estado normal” (FREUD, (1933[1932]), p.150). Vale ressaltar que a equipe médica refere-se a todos os profissionais da UTI - neonatal envolvidos no cuidado com o bebê: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e fonoaudiólogos.

2.3 PROCEDIMENTO DE ACOMPANHAMENTO E OBSERVAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS

Antes de iniciar o acompanhamento dos casos clínicos, cada participante recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver apêndice). Após a leitura e assinatura do mesmo pelos pais ou responsáveis pelos bebês, realizamos as observações.

As observações clínicas foram feitas no período de seis meses (duração, em média, da pesquisa de campo), época em que os bebês foram acompanhados, e levamos em consideração a singularidade e o ritmo que cada um deles estabeleceu na interação com as suas mães e/ou membros da equipe médica, conforme cada situação (BICK, 1992). Cada caso foi acompanhado do momento da internação até a alta médica, três vezes por semana, com duração de meia hora. Iniciávamos o acompanhamento na UTI- neonatal, depois, quando o bebê melhorava de condições de saúde, continuávamos a observá-lo no berçário, e, finalmente, quando estava prestes a receber a alta médica, o observávamos no quarto da mãe.

2.4 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS CASOS CLÍNICOS

A análise do material consistiu da confrontação das observações clínicas com as questões teóricas, segundo o marco teórico psicanalítico.

Diante disso, destacamos para a análise e discussão dos resultados, alguns elementos relevantes que emergiram das situações clínicas nas interações mãe e/ou membro da equipe médica com o bebê que, baseando-se no método de Esther Bick (op.cit.), e outros estudiosos da clínica precoce, lançamos, com base nesses elementos, um olhar clínico sobre os aspectos do sofrimento psíquico nas relações entre os participantes, de acordo com os objetivos da pesquisa.

Neste procedimento, portanto, adotamos uma atitude clínica ao fazer as inferências acerca dos dados construídos a partir dessas observações, que, segundo Turato (2005), consiste em “uma aproximação própria de quem já trabalha na ajuda terapêutica; e a escuta e a valorização dos aspectos psicodinâmicos mobilizados, sobretudo, na relação afetiva e direta com os sujeitos sob estudo” (TURATO, 2005, p.510).

Um ponto importante a considerar na pesquisa em Psicanálise refere-se ao aspecto transferencial presente entre os participantes e pesquisador-analista. Segundo Assad (1999), quando se fala de pesquisa em Psicanálise é importante, de início, situá-la no campo da experiência analítica e incluir e reconhecer a transferência na metodologia como condição estrutural, acompanhando Freud, quando afirma que, na execução da Psicanálise, investigação e tratamento coincidem.

Assad (1999) complementa sua visão acerca da pesquisa psicanalítica aproximando-se de Lacan, que demonstrou ser a Psicanálise um saber não integrante do campo científico e

resultante de uma operação de subversão deste campo ao levar em conta o sujeito. Sobre isto, refere:

A Psicanálise, ao retomar uma *démarche* científica, vai subverter o sujeito suposto e excluído, a um só tempo, pela ciência, e trabalhar a partir da inclusão do sujeito no campo de sua experiência, inclusão que curiosamente se faz, não por acaso ou contingência, pela via do *inconsciente*: retirado da condição de excluído, condição própria ao *sujeito da ciência*, o sujeito da psicanálise só pode ser incluído como *sujeito do inconsciente* (ASSAD, 1999, p. 4)

Wickert (2006), ao falar sobre a escrita dos casos clínicos na pesquisa, aponta a importância que a construção dos mesmos tem em proporcionar consistência à experiência clínica. Segundo a autora citada, quando se escreve um caso clínico, abre-se um espaço importante para se pensar a clínica. Com relação à análise de casos na pesquisa psicanalítica, considera inapropriada a utilização do termo estudo de caso, e sobre isto, concorda com Rickes quando esta afirma que “não existe estudo de caso, mas escrita, construção do caso, e nesta construção, produção de um lugar psíquico que objetiva ser capaz de sustentar a transferência” (RICKES, 2003, p.125 *apud* WICKERT, 2006, p.3).

Outro aspecto que vale destacar sobre a escrita psicanalítica diz respeito ao escritor-pesquisador, que, no ato de escrever e analisar os fenômenos que se apresentam, depara-se com o inenarrável, com aquilo que escapa ao saber, e defronta-se enquanto aquele que escreve com a castração, com o limite imposto pela linguagem e pelo outro (WICKERT, 2006).

Por estes motivos, a autora ressalta a necessidade de se conservar o espírito científico da Psicanálise no dia a dia do pesquisador-analista, ou seja, uma postura analítica, uma postura de trabalho que permita a visualização de outros sentidos na e para a Psicanálise, visto que o principal legado de Freud é o olhar atento aos tropeços da linguagem, ao que não está teorizado e que precisa de espaço para existir, de forma que a produção do saber Psicanalítico possa se construir.

Portanto, o que está em jogo na produção e análise de um texto psicanalítico “é a vivência da transferência transformada em produção social, a construção de um saber decorrente de uma ou várias análises e de seus impasses” (WICKERT, 2006, p.6).

3 ANÁLISE DOS CASOS

3.1 CASO CLÍNICO DE TIAGO³

Tiago, filho de Maria – de 24 anos– é um bebê do sexo masculino, nascido de 28 semanas de idade gestacional, medindo 38,5 cm, 1130g, de parto cesáreo. Foi internado na UTI - neonatal do HULW, pois apresentou desconforto respiratório no nascimento, de acordo com o que consta nas anotações médicas no prontuário desse bebê. Como podemos perceber, pela idade gestacional de 28 semanas e o peso de 1130g trata-se de um recém-nascido pré-termo de muito baixo peso ao nascer, conforme o CID-10 (2008).

Houve uma permuta de leitos e a mãe foi transferida da obstetrícia para a clínica médica do hospital. Conversamos com Maria, que nos perguntou pelo menino e se já tínhamos ido observá-lo. Perguntou se “ele ainda estava no ar” (referindo-se ao aparelho de oxigênio), porém a questão era para saber se ele estava respirando, pois era algo que a deixou muito preocupada. No entanto, essa formulação parece interessante no sentido de abrir-nos possibilidades de começar a pensar na questão da filiação e da nomeação de Tiago: se o bebê “estava no ar”, dá a impressão de algo impessoal, como em rádio e televisão que entram e saem do ar.

O bebê até este dia ainda não tinha nome. A mãe havia nos falado que estavam para decidir, pois quem tinha ficado responsável por dar-lhe um nome e registrá-lo era o pai. Neste dia, o telefone tocou enquanto conversávamos e ela falou sobre que nome dar ao filho, com alguém da família. Ele seria registrado no dia seguinte. Talvez ao ter sido registrado, tenha “entrado no ar”.

3.1.1 O período pré-natal

A história de Maria antes do nascimento de Tiago foi marcada por uma doença degenerativa auto-imune chamada Lúpus e por muitas internações que sofrera devido às complicações da doença. Além disso, a mãe sofrera a perda de uma filha nascida prematura e da qual ainda não elaborou o luto.

³ Utilizamos nomes fictícios a fim de preservar a identidade das pessoas envolvidas.

Naquele momento, estava passando por mais uma situação traumática, o nascimento de seu bebê prematuro. A mãe contou-nos um pouco sobre sua história de vida antes de falar sobre seu filho. No decorrer de seu relato, observamos que as histórias anteriores pareciam se confundir com a de Tiago. A mãe relatou que tinha uma filha de sete anos, e que na época em que estava grávida de dois meses desta menina, começou a sentir os sintomas do lúpus: falta de apetite, queda de cabelo, e dor nas articulações. Depois que a menina nasceu, Maria foi a um reumatologista e submeteu-se a exames que acusaram poliartrite aguda juvenil, que, de acordo com a explicação do médico, trata-se de uma doença rara que, não sendo tratada, atrofiaria as juntas do corpo, podendo levá-la a óbito. Maria, quando explicava as doenças e suas internações, parecia dominar bem os termos médicos e os significados das doenças. No tratamento, tomou corticóides por um ano que não surtiram efeito. Internou-se em 2002 e descobriu o lúpus, pois tinha duas manchas perto do pulmão. Daí em diante, passou a se tratar, pois a doença havia atacado os seus rins, teve hipertensão, que ainda vinha persistindo após a gestação. Internou-se novamente por causa da hipertensão e ficou ali até a criança nascer.

No ano de 2006, engravidou novamente, mas perdeu a criança, que nasceu aos seis meses e uma semana de idade gestacional. A mãe passou 14 dias na UTI interna, e a criança foi para a UTI - neonatal, onde permaneceu internada de quatro a cinco dias. A mãe voltou para casa “com dores, pressão abalada e psicológico abalado” (sic!). Repetia muito estes termos. Pouco tempo depois da perda de sua filha, engravidou novamente, mas não sabia que estava grávida. Percebemos até esse momento que alguns elementos da história da mãe parecem abrir caminhos para se pensar o que se passa com ela e com seu bebê. A doença da mãe e a perda da filha parecem ser elementos fortes que nos ajudam a pensar na possibilidade de serem elementos paralisadores na mãe de condições de oferecer um lugar psíquico ao seu novo filho. Este, diante das dificuldades vivenciadas pela genitora anteriormente, ainda não tinha recebido um nome. Este dado sinaliza para o fato de que o bebê, por não ter estabelecido o reconhecimento primordial com a sua mãe, pôde estar em risco psíquico. Crespim (2005) afirma que o reconhecimento primordial é importante neste período para produzir o encontro entre o bebê imaginário e o real e, desta maneira, a mãe poder atribuir seus desejos ao bebê. Desde o nascimento ocorre o encontro, e, nesse reconhecimento primordial, o RN seria reconhecido como familiar através das semelhanças, e, por um ato de projeção, a mãe identifica-se com a criança. No início, podemos supor que a mãe de Tiago encontrou dificuldades neste reconhecimento, talvez porque outras questões de sua história ainda não haviam sido elaboradas, como, por exemplo, o luto em relação à perda do bebê anterior.

Vale considerar a confusão que surge no relato da mãe e o percurso que esta faz a partir dos sintomas, pois são estes lugares e esta confusão que vem à tona e que vão dizer o que ela atribui como o resultado da gravidez, culminando na história de Tiago. Até esse ponto do seu relato, podemos verificar que Maria não chegou a atribuir a sua gravidez aos sintomas que gestantes em início de gravidez relatam sentir, como enjoos, náuseas e desejos de grávida. A história da doença na sua vida e a perda da filha pareciam bloquear a representação dessa criança no psiquismo da mãe, não permitindo, até o momento, ter sido construído o seu lugar.

De acordo com Maria, às vezes a menstruação atrasava dois, três meses, fato que pode estar relacionado ao lúpus. Sentia algo na barriga como se estivesse mexendo. Percebemos aqui o desconhecimento da gravidez podendo interrogar se na representação psíquica da mãe a gravidez foi confundida e foi misturada com a doença do lúpus e seus sintomas.

Maria veio a saber da gravidez de Tiago aos 4 meses: fez exames em uma maternidade da cidade de João Pessoa, pois estava “descompensada do lúpus” (outra palavra que ela falava muito... que era descompensada). Os sintomas desencadeados pela doença a deixavam mais tempo no hospital do que em casa: muitos vômitos, dor de cabeça e pressão alta. Percebemos que a história da gravidez parecia se confundir com a doença de Maria e podemos supor que esta confusão do discurso evidencia a implicação do desejo da mãe. Torna-se importante, portanto, resgatar a história da doença materna e do filho, cuja trajetória, em alguns momentos, foi confundida pela de sua filha morta que vinha sempre à tona no discurso da mãe.

No dia 26/12/2007, havia feito um ano que Maria tinha se internado. Na noite do dia 08 de janeiro, aconteceu o parto de sua filha, nascida com seis meses e uma semana. A criança foi para incubadora e ficou internada em UTI-neonatal, pois teve infecção, sopro no coração e três enfartes, passou 31 dias internada. O pai, nessa época, internou-se também na clínica médica para acompanhar mais de perto a sua filha. Ele e sua esposa iam à UTI para levar o leite, e a família ligava para saber como ela estava, mas, infelizmente, um mês depois, a criança não resistiu e foi a óbito. A mãe, com muito leite no seio, febre, calafrio, disse que ficou com o “psicológico abalado” e muito deprimida, pois queria muito essa filha que perdeu. Disse-nos que até este dia em que relatava sua história, lembrava muito dessa filha que morreu e chorava por ela. Havia se internado no quarto ao lado em que atualmente estava. O nome da menina era Júlia. Este é um dado importante para se pensar na direção que o desejo dessa mãe tomou em relação ao seu filho Tiago. Nos primeiros dias que seu filho se encontrava interno na UTI - neonatal, o luto da filha morta não tinha sido elaborado pela mãe, que se via em dificuldades de estabelecer os primeiros contatos com ele, fundamentais para o

advento do sujeito. Podemos articular estes impasses vividos por Maria com o que Frej (2003; 2005) assinala a propósito do movimento da *Aufhebung* no sentido do que da experiência de ser mãe da filha que morreu pôde ter ocasionado uma paralisação em torno da maternidade de Tiago, o que supomos uma não operação da *Aufhebung*, que permite um movimento que cria espaços psíquicos. Pensamos que um dos motivos desse empecilho tenha sido o fato de que o investimento psíquico da mãe foi todo direcionado para a filha que também nasceu prematura. Além do mais, a menina foi tão desejada pelos pais, ao ponto do pai ter se internado para melhor acompanhá-la.

A questão da problemática da maternidade de Maria para com seu filho parece se esclarecer melhor quando ela afirma que não tinha “o pensamento de ter outro filho, nem nada”, e que todo enxoval que comprou para a menina foi doado. Sabemos que o bebê, antes mesmo do seu nascimento, já tem uma história prévia através dos ditos e dos não ditos que lhe oferecem um lugar. Assim, podemos dizer que, primeiramente, a criança pode inserida simbolicamente, antecipada no desejo, nas falas de seus pais (MOTTA, 2003). Parece que estes acontecimentos psíquicos aos quais a autora se refere, com relação a Maria e ao seu bebê ainda não se processaram, e, no decorrer do acompanhamento do caso, achamos importante considerar o movimento em direção a relação mãe e filho.

O momento do nascimento traz consigo um corte e o bebê apresenta-se como uma presença real, convocadora da mãe no processo de construção da maternidade. As dificuldades de Maria nessa direção levam-nos a compreender que o movimento dos endereçamentos encontra-se ausente ou carente, tal como afirma Chemama (2007). O estado depressivo que a mãe viveu pode ser uma explicação provável para este problema. Segundo o autor supracitado, o endereçamento em si implica a formulação de uma demanda e que se encontra à espera de um sentido do que o sujeito diz. No caso da depressão esse processo não aconteceu, visto que o sujeito deprimido encontra-se em situação de não conseguir sustentar o seu desejo da forma conveniente, desencadeando em si uma perda narcísica significativa.

Podemos pensar em questões clínicas importantes através da noção de endereçamento. Identificamos, por exemplo, no caso da depressão dessa mãe, essa carência de endereçamento que Chemama (2007) retrata, e que parece paralisar o sujeito, interferindo em qualquer esperança de mudança. É muito comum observarmos questões relacionadas à depressão nas maternidades, tanto em mães de bebês nascidos a termo, quanto nos bebês nascidos prematuros. Nesses casos, de maneira intensificada, diante das diversas dificuldades que o contexto da prematuridade impõe a elas e seus filhos.

Sabemos que seria a partir dos endereçamentos estabelecidos entre mãe e criança, articulados ao que esta infere como apelos do bebê e, também, junto ao corte veiculado por ela, que o filho estará dando o ponto de partida em direção ao processo de tornar-se sujeito. Podemos pensar na *Aufhebung* operando nos acontecimentos que fazem uma mulher tornar-se mãe, visto que esse processo implica a conservação dos traços da maternagem recebidos pela mulher em sua linhagem que, ao mesmo tempo em que opera um corte na posição de filha, não deixa de sê-lo, para prevalecer o lugar de mãe. Todos esses elementos são mantidos e transformados no movimento do percurso da maternidade.

Dando continuidade ao relato do caso, é importante dizer que Maria fez pré-natal, parou a medicação do lúpus para segurar a gravidez. Quando soube que estava grávida, as pessoas lhe diziam que ela e o bebê iam morrer, o que lhe deixava muito magoada, pois se sentia sem apoio. “São mortais igual a mim, são pessoas que eu queria escutar coisas diferentes, que ia dar tudo certo”.

Entregou tudo a Deus para que desse certo. Observamos algo digno de nota: aqui é a mãe que faz referência a Deus. Com a descoberta da gravidez, há um movimento do desejo da mãe pela criança e por conta dos problemas vividos, entrega a Deus, como *Fremde Hilfe*, ou seja, a ajuda estrangeira que vai socorrê-la naquilo que não estava conseguindo resolver sozinha. Há um ponto onde o *fremde* é referido como um suporte de dificuldade.

Contou-nos que antes da doença era uma pessoa ativa, fazia esportes, capoeira, mas se sentia só porque os pais se separaram quando ela tinha 10 anos. O pai de Maria foi morar com sua avó e ela se sentiu responsável por cuidar das irmãs mais novas. Disse-nos que ela e os irmãos ficaram no “meio do fogo cruzado” da separação. O pai tinha problemas de cálculo renal há muitos anos e sentia muitas dores, expelia pedra pela uretra. Ficava com pena da situação dele e, por conta disso, fora viver com ele em vez de com a mãe. Pensamos que no Lúpus de Maria existe algum tipo de identificação com o sintoma do problema dos rins do pai. Hoje, ela também faz tratamento renal, pois perde proteínas pela urina. Também é preciso levar em conta a importância deste momento da separação em relação à maternidade. Em meio “ao fogo cruzado” da separação, a mãe de Tiago escolhe ficar com o pai e não com a mãe. O pai tendo ficado com a própria mãe poderia ter sido suprido com os cuidados maternos. Contudo, quem assume esse lugar é a própria filha. Segundo Maria, é ela quem cuida das filhas do pai, ou seja, coloca-se em posição materna em relação às irmãs mais novas. Assim, podemos supor que a maternidade pôde ter sido experimentada com culpa em função de uma representação incestuosa. Neste ponto, podemos observar que essa história fornece-nos ricos elementos para se pensar nas questões da maternidade e da feminilidade. É

importante considerar o caminho percorrido por Maria como filha de sua mãe e do seu pai para se pensar na mãe que ela se tornou.

Encontramos alguns aspectos que se destacam na história de Maria que merecem um olhar atento, e podemos através deles fazer articulações com o que Freud (1933, 1932) fala sobre a mudança de objeto e sobre a rivalidade pré-edipiana entre mãe e filha, proporcionando o deslizamento em direção ao pai. Primeiramente, com relação à fase pré-edipiana, sabe-se em Freud da importância que este período tem no processo de tornar-se mulher. Sobre esse momento, poderíamos pensar como o sofrimento que a ligação precoce com a mãe e a paixão primitiva dela resultante, marca, pela vida inteira, a trajetória da menina. Ao analisar a relação da menina com a sua mãe, a autor aponta a existência de uma desarmonia, que está na origem do abandono, pela menina, da mãe como objeto de amor e que não se dá apenas por conta das frustrações que esta vivencia, mas que se trata de um momento que é acompanhado de hostilidade e de um vínculo à mãe que culmina com o ódio. Ódio derivado daquilo que, para a menina, a mãe não lhe deu. O que Freud (1933, 1932) nos aponta neste trecho, vem confirmar este percurso que Maria fez na mudança de objeto da mãe para o pai, mudança esta que, pode estar em sua origem a perda da esperança pela restituição fálica através da sua mãe, fazendo com que ela dirigisse seus anseios ao pai. No entanto, percebemos que o fato de Maria ter escolhido ficar com o pai e cuidar dele em sua enfermidade aponta para elementos que nos abrem caminhos para se pensar em como se deu o seu processo de castração. De acordo com Assoun (1993), é através do pai, que a filha sai da pré-história ligada à mãe e entra na sua própria história. É por intermédio da referência que ela faz desse pai que ela se desliga da mãe. No entanto, que referência Maria fez do seu pai?

Sabemos em Freud que o Édipo e a castração são considerados como importantes para a inscrição da sexualidade. Diferentemente do menino, é através do complexo de castração que a menina entra no Édipo. É a partir da inveja do pênis que a menina irá mudar de objeto, bem como de zona erógena, e entra no Édipo, permanece nele por tempo indeterminado, mais tardiamente que nos meninos e, ainda assim, de modo incompleto, o que sinaliza a complexidade que esse fenômeno se apresenta para a menina, e, posteriormente, a mulher. No caso de Maria, observamos que a sua conflitiva edipiana vem repercutindo na sua vida adulta e a experiência psíquica da castração, talvez, possa ser um motivo principal neste prolongamento de tempo na não resolução do Édipo (FREUD, 1933, 1932).

Outro aspecto que vale considerar na análise deste caso concerne à castração primária, o que Lebrun (2006) denominou de *o pai na mãe*. Em outras palavras, na castração primária, é preciso que haja a função paterna operando na mãe, ou seja, *o pai na mãe*, para que o *Nome-*

do-Pai seja reconhecido no seu estatuto. E, quando a mãe assume sua parte de função paterna, é que ela introduz o pai. A história de Maria enquanto filha nos leva a considerar a hipótese de que talvez a sua mãe não tivesse em si a operação do *pai na mãe*, que é dada por intermédio do *Nome-do-Pai*. Parece que a mãe de Maria não chegou a se encontrar nesta posição de mãe simbólica, e, por isso, não conseguiu apontar para a sua criança que não era completa nem onipotente, o que pode ter levado a mãe de Tiago apresentar suas dificuldades de lidar com a falta, e, principalmente, com o fato de não ter o seu pai para ela, levando em conta, neste aspecto, a sua conflitiva edipiana (LEBRUN, 2006). Este fato acima relatado nos conduz a pensar também na operação da castração secundária. Na castração secundária, a autoridade de um pai real é recebida da mulher, e para isso, torna-se importante a palavra da mulher para que sustente o lugar do pai, sendo esta uma das condições do exercício da função paterna. Diante disso, Lebrun conclui que o trabalho do pai dá-se em ser um *outro que a mãe*, e, é sendo outro para ela, aquele a quem ela se refere pelo fato mesmo do desejo, que ele lhe dirige e em que ela consente (LEBRUN, 2006). Continuamos a levantar a hipótese de que não observamos uma referência materna que proporcionasse uma abertura para o pai real. No entanto, essa hipótese, talvez, seja concernente ao pai, cuja função encontra-se problematizada. Percebemos que através das linhagens familiares, na qual se situa uma criança, existe um movimento onde a castração primária e secundária podem ou não estar em operação, e isto nos leva a compreender as razões de relações pais filhos onde subjaz uma culpa incestuosa em virtude da fraqueza da operação do pai.

Diante do que observamos no caso em análise, talvez a função paterna não tenha estado em operação de maneira a estabelecer os limites necessários para que ela enquanto sujeito entendesse que não podia possuir a mãe para si nem ser tudo para a sua mãe. E mais à frente, não demarcou o limite que aponta o impedimento de possuir o pai por este ser o marido de sua mãe. (LEBRUN, 2006).

A história que antecede o nascimento do bebê contém elementos que marcam o contexto de seus primeiros dias de vida e a sua relação com a mãe. A seguir, estaremos avançando nas reflexões que visam compreender como se estabeleceram os endereçamentos entre Maria e Tiago.

3.1.2 Período neonatal

Quando perguntamos sobre o nascimento prematuro de Tiago, a mãe entendeu que estávamos nos referindo à menina que ela perdeu. Supomos que a mãe estava fixada no

nascimento da filha anteriormente morta e apresentava dificuldades de falar de seu bebê atual, que provavelmente estaria neste momento assumindo o lugar da sua irmã morta. A notícia da gravidez de seu filho Tiago foi um choque para Maria, descoberta só aos quatro meses. Uma mãe que perde seu filho pode ficar psicologicamente ligada, impregnada dele como se os outros que vieram antes ou que virão depois ficassem esquecidos. Podem identificar problemáticas que cercam a mãe e a criança: a mãe tem uma doença séria que a limita e a impede de engravidar, mas mesmo assim engravidou, perdeu o bebê que desejava tanto, e depois de um tempo surpreendeu-se com uma nova gravidez. Contudo, por conta do bebê perdido, sente dificuldades de experimentá-la. A vivência traumática e não elaborada da perda do bebê paira sobre todos os demais que vierem. É o trabalho do luto não realizado. Acrescentamos a isso outra hipótese: o sentimento de culpa que poderá estar fundamentado na separação dos pais. Os filhos ficavam sob um “fogo cruzado”. Além do mais, tendo Maria ido morar com o pai, cuidou dos seus irmãos. Diante disso, que direito terá ela de exercer a maternidade de seus próprios filhos? Talvez, exista nessa mãe um sentimento de culpa que ela relaciona ao lúpus, mas que inconscientemente pode estar relacionada à sua trajetória edípica, e isso pode ter prejudicado inconscientemente a sua maternidade. Elaboramos a hipótese da culpa pelo lúpus, no entanto, a questão incestuosa assim como a doença também concerne ao jogo de vida e morte, e, assim, deparamo-nos neste ponto com a conjunção do que ocorre no organismo, o seu enraizamento e desdobramento no campo edípico. No caso de Tiago, a falta de apoio que sua mãe relatou dá a entender que a mesma vinha enfrentando as dificuldades sozinhas, o que lhe dá um certo heroísmo, pois a menina antes de Tiago morreu, mas ele não.

Finalmente, Maria fala sobre o nascimento de Tiago. A médica disse-lhe que ela não podia engravidar e na gravidez dele disse: “nós vamos cuidar de vocês para que tudo corra bem”. À medida que a mãe vai contando a história do filho, podemos perceber como a questão da morte e da doença se associam à criança. Além do mais, existe a dificuldade do bebê de encontrar um lugar no desejo da mãe. Segundo ela, o médico tinha um tom de voz negativo ao falar do bebê, e na hora em que a criança nasceu, ela ficou muito abalada porque queria segurar mais a gravidez, mas o médico lhe disse que foi preciso antecipar o parto, pois ela poderia ter riscos de problemas nos pulmões, AVC, além de problemas que poderiam acontecer ao bebê. Tiago nasceu, foi para a incubadora, estava bem, e não foi para o berçário por causa da apnéia. Parece que o momento do nascimento da criança impulsionou a mãe no sentido de sair de uma paralisação em relação a ser mãe de Tiago a um movimento de criação de um lugar psíquico que permitiu pensar sua criança. Atribuímos isto a uma possível atuação da *Aufhebung* como este movimento que impulsiona a criação de lugares e participa nessa

modificação da dinâmica psíquica do sujeito, o que caracteriza um progresso no acompanhamento clínico da mãe e do bebê (FREJ, 2003; 2007).

No que diz respeito ao nascimento, podem ser destacados alguns elementos importantes:

- A relação mãebebê, no momento do nascimento pode ser entendida, de acordo com Crespim (2004), como um encontro, um reconhecimento primordial, no qual o recém-nascido por um ato de projeção e identificação da mãe é reconhecido como familiar na sua linhagem através das semelhanças.

- Conhecer o filho antes de encontrá-lo no nascimento é um ato de identificação, e isso normalmente ocorre tanto em pais biológicos como em adoções bem-sucedidas. Observamos que isto não aconteceu com Maria. Este movimento parece ter emergido a partir do parto.

- Além da doença da mãe, da morte da filha um ano antes do nascimento de Tiago, teve o anúncio da doença ou má formação que poderia ter ocasionado uma catástrofe subjetiva, um desinvestimento no bebê real, e uma dificuldade de fazer o luto pelo bebê esperado. Um superinvestimento poderia ter acontecido também, e este com o mesmo efeito, visto que a deficiência que se encontra superinvestida em detrimento do objeto de cuidados, não tocara, assim, no bebê imaginário.

- Outro aspecto que vale ressaltar diz respeito à continuidade existente entre vida intra-uterina e meio extra-uterino. Queiroz (2005) refere que as primeiras experiências intra-uterinas e extra-uterinas se inscrevem no primeiro nível de registro chamado de sinais de percepção, organizados segundo as associações por simultaneidade. E estas são caracterizadas por um trilhamento por repetição, no entanto, essas sensações só terão sentido com a divisão do sujeito e sua entrada na linguagem. A afirmação da autora fortalece a perspectiva de Frej (2003; 2005) a respeito da operação da *Aufhebung* freudiana no movimento da energia que atravessa o psiquismo e de sua passagem no organismo, considerado desde o momento em que prevalece o inorgânico que será suprassumido (*aufgehoben*), desdobrando-se em órgão, organismo, corpo, situados na sociedade e na cultura, inscrevendo o aparelho psíquico. Assim, neste caso e nos demais, consideramos o que há de mais primitivo, o que Frej (2003; 2005) denominou de *Mèrenfant*, mãe e bebê como uma unidade indissociável.

3.1.3 A observação da criança e sua interação com a mãe e equipe

Encontramos o bebê de Maria assim que ele nasceu. Neste dia, estávamos na UTI-neonatal e ainda não tínhamos conhecido sua mãe. Tiago veio no dia em que estávamos acompanhando outro bebê na UTI. A médica plantonista e a equipe o receberam muito bem e todos ficaram encantados com a beleza do menininho. Observamos, no primeiro reconhecimento da equipe, que a beleza da criança foi um dos elementos que mobilizaram as identificações deles com o menino. Podemos supor que os endereçamentos entre a equipe e a criança foram marcados por uma recepção afetuosa que indica um investimento inicial delas no menino. Um outro fator pode ser acrescentado ao caso e que também concerne à beleza. Pela prematuridade, pela doença, geralmente, partes do corpo são o foco. Será que o significativo beleza teria dado uma unidade à criança? Observemos que foi destacada a beleza da criança – e não se precisou dizer que é prematura, pois a beleza ultrapassou esses aspectos ligados ao funcionamento – foi um dos elementos que mobilizou identificação da equipe.

Ao chegarmos à UTI - neonatal, o bebê estava deitado de bruços, os olhos um pouco abertos, com uma sonda no nariz –“o arzinho” segundo expressão da mãe– e com uma sonda na boca. Revelava expressão de nervoso, insatisfeito. Desde que nasceu demonstrou ser “brabo”, como diziam as enfermeiras, pois reclamava, chorando quando não gostava de alguma coisa.

Em outro dia que o observamos, Tiago estava dormindo deitado de bruços. Encolhia-se todo, franzia a testa e as costinhas. De bruços, parecia com carinha de abusado.

Uma enfermeira, ao falar com a médica sobre um bebê, disse que este estava entregue ao respirador, e a mãe estava entrando na UTI nesta hora para ver o filho e se assustou ao escutar a conversa, pois disse que pensava ser o seu filho. A enfermeira se desculpou e disse que era o de outro leito.

Maria foi até a incubadora e falou com o seu bebê com voz de criança, o “manhês”. Ele estava deitado de bruços, fazendo careta quando as máquinas fizeram barulho. A mãe conversou com ele:

“Como é que está o bebê de mainha?” “Tou achando tão baixo isso pra ele”, referindo-se ao travesseirinho. Nesse momento de Maria com Tiago, podemos identificar que estava se dando o início do estabelecimento de endereçamentos entre a mãe e a criança. Percebemos, através da fala e dos cuidados maternos, que o desejo dela pelo filho estava desabrochando, o que sinaliza um movimento em direção a um progresso, visto que anteriormente, a mãe se encontrava em dificuldades de pensar sobre o seu filho. A mãe chamou a enfermeira para

acomodá-lo melhor e ela disse que o tinha ajustado, mas ele, esperto, mudou de posição. A máquina fez barulho de novo, a mãe olhou assustada, e a enfermeira explicou que, quando o bebê mexia o pezinho, o sensor apitava.

A mãe 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 gostosão?” 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?”

Algumas considerações podem ser feitas a partir do momento especial de interação entre a mãe e o filho. Ao mesmo tempo em que libidiza, Maria narcisa seu filho, ela o faz situando a criança na referência paterna. Além de acrescentar o jogo, o faz de conta, as “bobagens” das mães: “fosse pra praia foi?” Jogo que não vem de receita, nem de orientação técnica. Jogo que vai para além da imediatez das dificuldades cravadas no corpo. A mãe instala um convívio e um endereçamento que reenvia para além da imediatez do corpo.

Aos poucos, a dificuldade que Maria tinha de interagir ou falar com Tiago sobre as coisas dele parecia ir diminuindo. Diante do que observamos até esse ponto, torna-se importante compreender qual o sentido que a relação alimentar vai tomando na interação da mãe e do filho. Através da análise da pulsão oral – enquanto um dos registros no qual se opera a mudança da necessidade para o desejo na relação do recém-nascido com o Outro primordial–, podemos ir na direção daquilo que implica o desejo inconsciente da mãe e o que ela atribui como desejo ao seu bebê, visto que estamos observando como se dão as trocas. Percebemos que Maria estava se dirigindo de forma atenciosa e carinhosa ao seu bebê nos momentos da alimentação, e que aquela atribuía desejos à criança, quando dizia que ele estava com fome, que era para ele tomar o leite todo. Crespin (2004, p.33), afirma que “essa é a questão da metáfora de amor que a troca alimentar suporta”. Percebemos através das interações, que a mãe e o bebê começaram a estabelecer um laço afetivo que inicialmente estava em situação de risco. Considerando Frej (2003, 2005) no tocante à *Aufhebung* freudiana, podemos pensar que na relação de Maria e Tiago aconteceu um salto qualitativo na direção de mudanças no psiquismo materno. No entanto, as representações da história materna encontravam-se conservadas, mas pode ter acontecido um movimento na dinâmica psíquica desta mãe que antes não conseguia pensar seu filho e que agora está desenvolvendo uma relação com ele. De acordo com a tradução do termo *Aufhebung*, pode ser que na

dinâmica psíquica materna, algo teria sido negado, conservado, mas que foi transformado contendo essa negação, e desta forma, foi criado um lugar psíquico para seu filho e este pôde ser pensado e representado por ela.

Podemos pensar a condição de uma prematuridade que coloca o corpo da criança em falha com relação às aquisições de uma criança nascida a termo. O olhar da mãe sobre este filho não se encerra nas dificuldades orgânicas, estas permanecem, de modo que a criança continua recebendo os cuidados necessários. No entanto, isto é próprio do movimento da *Aufhebung* em Freud, e a imediatez do organismo permanece ao mesmo tempo em que é ultrapassada; ou seja, negada. Permanece enquanto ultrapassada para dar um lugar Outro ao bebê. O lugar de sujeito com quem se joga, usa-se da linguagem para além de uma concepção instrumental. Produz-se o sujeito para além da exatidão necessária aos termos técnicos. “Eu sou sério igual a meu papai... ele tá despelandando...fosse pra praia foi?”. É aí que se dá o endereçamento concebido no campo simbólico: é no campo da linguagem que as coisas vão se passar.

Outro aspecto que vale salientar diz respeito à transformação que houve da *carência do endereçamento*, interferindo em qualquer esperança de mudança – que Chemama (2007) caracterizou na depressão e que observamos inicialmente na história da mãe de Tiago que parecia paralisá-la e a impedia de subjetivar os acontecimentos – ao estabelecimento do endereçamento. Poderíamos pensar aqui na atuação da *Aufhebung*, tanto no seu sentido conceitual – conforme a tradução do padre Paulo Menezes –, como também no que refere à criação de espaços psíquicos. Percebemos aqui que, em relação ao próprio bebê, que não estando mais sob a sombra da irmã que parecia pairar sobre ele, parece ter seu próprio espaço, criado e submetido a um outro espaço, o simbólico, bem demonstrado no jogo da mãe. Parece que houve a passagem de organismo a ser humano, e também o lugar no desejo da mãe, que no seu discurso inicial apontava para um investimento na filha que havia falecido e um discurso desinvestido no seu novo bebê. A importância da equipe que investiu nessa criança talvez possa ter despertado a mãe no seu desejo pelo filho. O investimento tocou no aspecto narcísico, a beleza do bebê com a qual todos se identificaram. “Tou com fome, tia, tou chupando a minha língua”, falava a mãe observando seu bebê. “Vixe Maria que coisa linda”, falava com ele, carinhosa.

Em outro momento disse para a médica: “daqui a pouco eu volto, viu, doutora, pra conversar com a senhora sobre ele”. É evidente o interesse e o investimento que foi sendo despertado na mãe nesse momento, Tiago estava dormindo.

Dois dias depois, quando chegamos para a visita de rotina, encontramos no leito onde estava Tiago um bebê gêmeo. Fomos comunicados que Tiago tinha saído da UTI e ido para o berçário, pois haviam melhorado as suas condições de saúde. Como a mãe estava de alta, ainda não tínhamos nos encontrado no hospital, mas ela continuava vindo visitá-lo.

Quando encontramos o bebê, ele estava dormindo, e estava mais gordinho. “Oi, Tiago, estás tão grande!”, dirigimos a ele, que abriu um olho e fechou. A enfermeira disse que ele se mexia tanto que estava “escorregando que nem sabão”, referindo-se à posição dele.

Na semana seguinte, encontramos Maria na sala tirando leite com as técnicas de enfermagem. Ficamos esperando ela tirar o leite. A mãe veio ver o filho com o marido. Tocou na cabeça do bebê e ele esticou os braços. Ela o virou de bruços, falando: “calma”, usou essa expressão quando ele se inquietou. Maria nos contou que as coisas estavam bem e que Tiago estava ótimo. “Mamãe já vai, viu, bebê, amanhã mainha vem, tá escutando?” conversava enquanto segurava na mãozinha dele. Disse para o pai que ele gostava de dormir mais assim, de bruços. Alisou a cabeça e se despediu dele: “Deus te abençoe, viu?”. Ele estava dormindo. Interessante essa cena de apresentação do filho ao pai.

Maria disse que viria no outro dia à tarde e perguntou se estaríamos também e se conversaríamos mais. Esta foi nossa última conversa em que ela demonstrou abertura para conversar. A partir daqui fomos observando que Maria vinha demandando menos do acompanhamento que iniciamos e que vinha assumindo os cuidados de seu filho.

Em outro dia, encontramos com a mãe assim que chegamos ao hospital. Ela ia tirar o leite com as puericulturas e depois ver seu filho. Não estava muito disponível para conversar. No berçário perguntamos como estavam e ela disse que estavam ótimos e comentamos que ele já estava no braço, que isso era algo muito bom. Encontrava-se segurando-o no colo, dando-lhe beijos.

O bebê ficou interno por mais algum tempo no berçário e assim que ganhou peso e melhorou das condições, recebeu alta médica. Da saída da UTI para o berçário, apenas fazia as observações de Tiago, como foi referido, a mãe foi demandando menos dos acompanhamentos, dando sinais de que as dificuldades iniciais da relação foram superadas.

3.2 CASO CLÍNICO DE LUCAS

Lucas, filho de Joana — de 24 anos —, é um bebê do sexo masculino, nascido de 26 semanas de idade gestacional de parto cesáreo, pesando 900g. Foi internado na UTI - neonatal

do HULW, pois apresentou prematuridade extrema no nascimento. De acordo com as anotações médicas do prontuário, a mãe possuía incompetência istmo-cervical, que se caracteriza por uma incapacidade do colo uterino de manter uma gravidez, isto devido a defeitos anatômicos ou funcionais, pois o útero era incompetente para reter o feto.

Após o nascimento, Lucas foi entubado na UTI-neonatal, visto que apresentou desconforto respiratório importante, e foi-lhe dado o diagnóstico de hipóxia neonatal moderada – definida como pouca oxigenação nas células do recém-nascido, justificada pela prematuridade e imaturidade pulmonar – e risco de DM-deficiência mental. Como podemos perceber, até o momento, este caso clínico diz respeito a um recém-nascido pré-termo extremo e de muito baixo peso ao nascer, conforme o CID-10 (2008).

No primeiro dia de nascido, seu estado geral foi considerado grave no exame físico, com sucção ausente, hipoatividade, e ele começou a apresentar perdas de peso, de forma que dez dias depois estava com 740g, o que preocupou os médicos, que, quase que diariamente, destacavam no prontuário a desnutrição grave do bebê. Estava no respirador e foi feito no nascimento um cateterismo umbilical. Um dos pontos que chamou-nos a atenção no caso desse bebê foi que ele não evacuava, e, quando o fazia, em raras ocasiões, era em quantidade desconsiderável. Inicialmente, foi identificado um edema na parede abdominal, e, no fim do seu primeiro mês, ele foi submetido à drenagem torácica. Com o passar dos dias, o abdome de Lucas passou a chamar a atenção da mãe e dos médicos, pois possuía uma aparência de inchaço, escuro e de musculatura tensa, porém, quando palpada, parecia não causar dor. A cada dia, observávamos que o abdome dele aumentava de volume e que persistiam suas dificuldades de evacuar.

Aos 37 dias de nascido, Lucas tinha conseguido aumentar apenas 80g do seu peso inicial, ou seja, estava com 980g. Neste dia, o cirurgião solicitou um raio-x e ultrassonografia para verificar a persistência desse sintoma, no entanto, não obteve resultados esclarecedores, porém, três dias depois, após novas avaliações, ele foi diagnosticado megacólon congênito com distensão de delgado – que constitui uma anomalia congênita grave, e consiste na ausência de inervação intrínseca na parede intestinal do aparelho digestivo, tendo como sintoma principal a falta da eliminação de fezes, distensão abdominal, e no recém-nascido, retardo na eliminação do mecônio –, e que, diante disso, tornou-se necessário um procedimento cirúrgico (FIGUEIRA; FERREIRA; ALVES; MAGGI, 1992). O bebê precisou esperar alguns dias para poder estar em condições para a realização de uma cirurgia, visto que estava com anemia. A mãe, durante esse tempo, tinha muita dificuldade de receber essas notícias. A seguir, estaremos descrevendo as observações realizadas com eles dois.

Enfim, este caso refere-se a um bebê de estado grave e com sua saúde em risco. Suas dificuldades já podem ser situadas desde o seu período pré-natal, uma vez que, sua mãe possuía dificuldades para engravidar devido à incompetência istmo-cervical. Os seus primeiros dias de nascido também foram marcados por muito sofrimento e sintomas que persistiram durante boa parte de sua internação, que a cada dia pioravam nesse início de sua vida, apontando para discussões que faremos mais à frente. Do lado da mãe, notamos os primeiros sinais que prenunciam as suas dificuldades de relação com esta criança, talvez devido ao sofrimento de encontrar seu filho doente. De acordo com Crespim (2004), um bebê nessas condições encontra-se em situação de risco psíquico, e apresenta alguns sintomas no seu corpo que à luz da Psicanálise também podem ser lidos e discutidos à medida que avançarmos na apresentação da sua história de Lucas.

3.2.1 O período pré-natal

Conversamos pela primeira vez com a mãe de Lucas, e ela nos contou um pouco da sua história e do seu filho: casada há sete anos, há quatro vinha tentando engravidar, e quando conseguiu, seu filho nasceu aos seis meses de gestação. Disse que não sentiu raiva da situação. Poderíamos pensar nesta frase da mãe na possibilidade de uma denegação? Corrêa (2003, p.109), ao explicar os diferentes tipos de negação, destaca que na *Negativa* de Freud — *verneinung* — em outras palavras, Freud quis dizer, em seu curto artigo, que na denegação “o ser se manifesta sob a forma do não ser. E o não ser se manifesta sob a forma do ser”. A médica havia lhe aconselhado a procurar assistência médica do Hospital Universitário assim que conseguisse engravidar, por causa do diagnóstico de incompetência istmo-cervical. Este é um dado que não podemos perder de vista na tentativa de compreender a dinâmica da relação desta mãe com seu filho, visto que essa dificuldade de segurar o bebê que os diagnósticos médicos apontaram, fez vir à tona dificuldades também de segurar psiquicamente este bebê que se encontrava em situação de extrema fragilidade. Essa reflexão abre a possibilidade de pensar até que ponto a equipe médica pôde exercer essa atribuição materna no momento da dificuldade da mãe de lidar com o impacto do nascimento prematuro do filho que foi tão esperado. Como articular este momento em que o bebê se encontrava interno na UTI com o desamparo no nascimento que nos pontua Freud? Será que durante o período de internação haverá personagem ou personagens que venham a assumir a função de um outro que cuida e que ameniza as angústias precoces de uma criança ao nascer? É possível que os elementos que vem surgindo na história pré-natal da criança apontem para algumas reflexões.

Durante a época em que tentava engravidar, Joana havia feito vários exames, que “não deram nada”; o marido também tinha feito o espermograma e a porcentagem de espermatozóide deu um pouco menor que o normal, porém não havia nenhum problema do ponto de vista médico. O casal não estava mais esperando ter um bebê, quando em agosto a menstruação faltou. Ao suspeitar da gravidez, Joana fez o exame, porém sentiu-se insegura diante de um resultado negativo, pois se tivesse dado negativo não teria dito ao marido para este não ficar desapontado. Assim, o relato da mãe acerca destas dificuldades nos leva a pensar na hipótese de que talvez a história da concepção de Lucas tenha surgido em meio a um estado de desânimo por parte dos pais, que, apesar de desejarem uma criança, pareciam não mais acreditar na possibilidade de serem pais, por causa da longa espera permeada por frustrações. Este dado é importante pelo que pode ser atribuído ao bebê em relação à responsabilidade de produzir os pais. Percebemos no decorrer da descrição deste caso clínico a dificuldade que a maternidade apresentava a essa mãe. É provável que o diagnóstico de incompetência que foi dado à Joana tenha surtido um efeito sobre alguma dificuldade já presente nela no tocante a posição materna, o que lhe gerou um significante de impedimento ou interdição. Estes elementos significantes que incidiram na história que antecedeu e sucedeu a gravidez da mãe de Lucas insistiram em seu discurso, durante o período que foi escutada por ocasião do internamento de seu filho na UTI. Este dado aparenta, desde esse início, sinalizar alguma relação com uma possível ausência ou dificuldade de desejo pela criança, e remete ao que Freud (1933, 1932) postulou sobre o caminho percorrido na maternidade e feminilidade. Além disso, esses dados esclarecem melhor os outros que aparecerão ao longo do caso deste bebê e de sua mãe.

Ao pensar no momento em que ela, o marido e a criança estavam vivendo, Joana disse estar sofrendo muito pelo seu bebê e supôs que Lucas estava sofrendo, também, na UTI-neonatal.

Sobre a história familiar, a mãe contou que ao todo eram três filhos e que ela era a filha do meio. Disse ter uma relação boa com seus pais, que sempre a visitavam no hospital. Ao falar de sua história, a mãe contou que mamou até o terceiro mês porque não queria mais leite. Assim, comentamos que esta era uma parte de sua história que se aproximava da de seu filho Lucas. Mas, talvez, seria importante dizer-lhe que não precisava fazer igual a ela, que chegou a tomar o leite, o que ele ainda não tinha feito. Ela sorriu quando se deu conta da semelhança.

O intestino do bebê, segundo ela, estava funcionando pouco e ele estava fazendo pouco cocô, e pensou que, por isso, Lucas não estava comendo direito. Ela perguntava pelo

peso dele todos os dias. Vemos aqui neste fragmento que a questão alimentar começa a surgir neste caso. Como estão se dando as relações nas trocas alimentares da mãe com este bebê? Segundo Crespín, torna-se importante fazer uma leitura sobre qual o sentido que toma a relação alimentar, visto que envolve o desejo inconsciente da mãe e o que ela atribui como desejo ao filho (CRESPIN, 2004). Outro aspecto que vale ressaltar concerne ao bebê Lucas real, que, possivelmente não correspondia na realidade ao bebê Lucas imaginário que Joana idealizava como seu filho. Esse confronto com o bebê real que, além de prematuro estava com problemas graves de saúde, pode ter acontecido com muita dificuldade por esta mãe, e talvez essa situação da prematuridade do filho pode ter reforçado ainda mais as suas dificuldades em torno da maternidade .

3.2.2 O período neonatal

Joana falou sobre a experiência do parto normal, que não sentiu dores para ter seu bebê, sentiu apenas quando lhe tiraram a placenta. Segundo o seu relato, quando o seu filho nasceu, a médica segurou a criança e disse: “aqui só Deus mesmo!”. A profissional, aqui neste momento do parto, parece exclamar a impotência médica apelando diante de um ser (Deus) ou de um saber outro, ao constatar a situação grave da criança. Joana disse que não viu o rosto do filho quando ele nasceu, só o viu de lado e contou que ao vê-lo não demonstrou nenhuma ação, não chorou, nem se emocionou, porque não esperava que ele fosse nascer tão cedo. Este relato da mãe é rico de sentidos a serem interrogados. O choro e a emoção teriam hora marcada? Não teria sido algo da ordem de um bloqueio, de um choque, o que teria paralisado alguma manifestação afetiva? Existiria algum significante em circulação em outras situações da internação de Lucas relacionado ao diagnóstico clínico? Como podemos observar, o nascimento prematuro da criança implica fazer da mãe prematura também, e diante dessa situação, uma mãe prematura não tem o tempo considerado normal de gestação a seu favor, que permite a elaboração e a construção do bebê imaginário, tal como acontecem com mães de bebês nascidos a termo. Além disso, a prematuridade da criança, na realidade, fere narcisicamente estas mães, que, na maioria das vezes, sentem-se em dificuldades de investir em um bebê com poucas condições de vida. Mais adiante falaremos mais acerca das dificuldades que surgem na prematuridade.

Um aspecto que nos leva a pensar questões diz respeito à reação da mãe frente ao nascimento do filho. A sua apatia diante do nascimento da criança pode ser atribuída ao impacto que do nascimento do filho ocorrer de modo diferente do que ela esperava. Sabemos

que o nascimento, por si só, já contém em si o aspecto traumático tanto para o bebê, que viverá sensações diferentes daquelas do meio intra-uterino, e na mãe, que se depara com a revivescência de seu próprio nascimento e suas próprias questões na história da sua vida, tal como Freud (1914, 1915) afirmou em *Sobre o narcisismo: uma introdução*.

Os cuidados primários com o bebê seriam, portanto, memórias inconscientes da maternagem recebida, ou seja, como a mãe cuida do seu bebê remete à maneira como ela fora cuidada, podendo-se dizer, assim, que a maternidade é uma construção psíquica. Contudo, para haver investimento libidinal no filho e para que se organize a relação da unidade mãebebê, é necessário que a função paterna opere, o que é denominado por Lebrun (2006) de *o pai na mãe*. É muito importante que o bebê receba nos cuidados a ele endereçados essa inscrição do corte do pai que já existe na sua mãe, visto que na ausência ou falha desta castração primária, dão-se origem aos sintomas precoces no recém-nascido e dificuldades no que concerne à suposição de um sujeito neste bebê. Diante disso, vale analisar se esta operação pai na mãe que refere Lebrun aconteceu com Joana.

A maternidade, — mesmo que implique uma negação da mulher em ser prioritariamente uma filha para ser uma mãe — parece ser construída a partir de gerações anteriores dos personagens maternantes. Segundo Motta (2003), para que haja um autorizar-se mãe, esta é preciso estar marcada por uma impossibilidade de prolongamento com a sua mãe, abrir mão da prioridade de ser filha, ser amparada por função de terceiro que já deve se encontrar inscrito, e pelo saber inconsciente que lhe será ou não transmitido na sua linhagem materna. No tocante a esses aspectos da maternidade, a *Aufhebung* freudiana pode vir como uma chave de leitura para esse fenômeno clínico que surge neste caso.

Podemos articular o momento do nascimento com a noção de massa, presente na obra de Freud, desenvolvida por tese de doutorado. A partir da obra do fundador da Psicanálise, Frej (2003, 2005, 2007) apresenta uma vertente da massa — o *mèrenfant* —, um ponto ficcional o qual a autora denominou de uma massa indiferenciada, composta do que poderá tornar-se mãe e do que poderá tornar-se filho. A condição para o surgimento diferenciado da mãe e do bebê acontece pelo aporte de uma *ajuda estrangeira (fremde Hilfe)*. Diante disso, podemos acompanhar como se deram os endereçamentos entre a mãe e o bebê Lucas. Será que poderíamos pensar no nascimento prematuro como um corte traumático que veio paralisar ou deixar esta mãe em estado de choque ao ponto de não conseguir expressar suas emoções pela criança? Talvez o aporte das palavras vindo por parte da equipe que cuidou do bebê e apoiou a mãe, tenha impulsionado de certa maneira a operação do movimento da *Aufhebung* no sentido de criação de espaços psíquicos. Além disso, observamos neste caso que mãe e bebê

constituem aqui ainda esse estado de massa indiferenciada. Podemos falar em surgimento de um corte fazendo a diferenciação entre eles por intermédio da ajuda estrangeira (*fremde Hilfe*)? Talvez não, pelo fato de que o que pudemos observar foram rupturas traumáticas através da doença do filho que se separou bruscamente de sua mãe durante a internação na UTI- neonatal que vieram aqui fragilizar o par.

Outro agravante diz respeito à questão do contato corpo a corpo que não pôde acontecer durante um grande período de tempo: a mãe não podia amamentá-lo e este, por apresentar patologias em um órgão do aparelho digestivo, não conseguia nem se alimentar do leite dela nem conseguia expelir os excrementos. Apesar de todas estas dificuldades, a mãe conseguia pensar e atribuir a dor e o sofrimento do bebê e senti-los como se fosse dela também, o que evoca a questão da massa, o *mèrenfant*. A mãe deste bebê se via em uma situação de não poder realizar nos cuidados com a criança, a ação específica, na tentativa de satisfazer o bebê em suas necessidades. Diante disso, será que este bebê conseguiu realizar, no interior de seu corpo, através da ação reflexa, a *suprassunção dos estímulos endógenos* (*endogenen Reizaufhebung*), que concerne ao movimento da *Aufhebung*? No entanto, no decorrer das observações, principalmente as da equipe médica, em momento de dor, o bebê sugava a chupetinha de luva de borracha. Será que isto consiste apenas um reflexo ou deu-se pelo fato de alguém ter realizado a ação específica que a mãe não pôde realizar por causa das limitações impostas pelo quadro clínico do bebê?

A mãe continuou a falar sobre a experiência do nascimento de Lucas e disse que não era de esperar que ele nascesse assim, prematuro. Quando ele nasceu, ela pensou que ele não iria sobreviver. Talvez haja algo das fantasias maternas acerca da morte e a frase da médica circulando na história da mãe e do bebê e também podemos pensar no que falamos anteriormente sobre o fato dela não ter se emocionado, porque não esperava que ele fosse nascer tão cedo. Mas depois disse: “ele ta lá lutando... eu estou sofrendo, mas ele ta lá sofrendo mais do que eu”. Quando se pensa que a dor é maior no bebê do que na mãe, parece ressoar como algo pior para uma mãe vivenciar ao considerar a fragilidade da criança. Poderíamos pensar na possibilidade, também, de estar implícito nessa fala da mãe algo do negar a própria dor diante da prematuridade do filho. Isso talvez venha a evocar aquilo que diz respeito à tradução do termo da *Aufhebung* e seu funcionamento, implicando uma negação, transformação que contém a negação e permanece, enquanto o mesmo e enquanto outro. Podemos também pensar sobre estas dificuldades pelas quais Joana e seu bebê passaram, retomando a importância que Freud (1917, 1919) confere a castração e ao Édipo como importantes para inscrição da sexualidade, e com base nesses dois momentos, é possível

seguir um caminho para se pensar a relação mãe-criança e esses dois temas ligados à mulher. No caso de Joana, achamos interessante refletir sobre o caminho que ela percorreu em relação ao feminino e a maternidade a partir de Freud. Joana, ao falar em suas diversas tentativas de ser mãe, apontou essa vontade de ter um filho, porém o diagnóstico pode ter constituído um obstáculo. O signo do diagnóstico conflui para algo que assinala e gera um significante que tem efeito de interdição/paralisação da maternidade.

Acerca das expectativas de Joana, um novo aspecto que emerge remete-nos a pensar sobre a questão do bebê real e do bebê por ela idealizado. Como vem se estabelecer, neste caso da prematuridade, o reconhecimento primordial do qual nos fala Crespim (2004), reconhecimento este que se caracteriza como um ato de projeção, no qual a mãe identifica-se com a criança? No primeiro momento da mãe com sua criança prematura não lhe foi possível atribuir características que vinculassem o filho a ela, tal como acontecem em nascimentos de bebês a termo, o que sinalizou risco psíquico devido a uma dificuldade no reconhecimento primordial, cuja operação é tida como fundamental para a constituição subjetiva.

Segundo a mãe, ela se retirava da UTI quando acontecia algo que a assustava, talvez pela sua dificuldade de lidar com a situação do sofrimento de estar com o filho doente interno em uma UTI. Na primeira vez que tinha presenciado esse fato – do filho ficar roxo – ficou muito nervosa e não saiu da UTI, mas nas outras ocasiões começou a sair. Neste período em que a mãe vê sua criança ficar roxa, é a dificuldade da prematuridade e da saúde da criança que parece aparecer mais do que outras características que os bebês apresentam e que as mães prestam atenção. Diante disto, o nascimento prematuro pode sinalizar riscos de um não estabelecimento do reconhecimento primordial que sela o laço da mãe com a criança, o que torna necessária uma leitura e uma escuta atenta destes fenômenos. Crespim (2004) destaca a importância do reconhecimento primordial quando diz que “produz-se um encontro entre o bebê imaginário e o real, e assim a mãe poderá atribuir seus desejos ao bebê. Constitui-se, assim, no olhar que a mãe tem sobre ele, uma imagem composta do real do corpo do bebê e das atribuições do desejo materno”. (CRESPIN, 2004, p.36). Até esse momento neste caso, a mãe encontra-se em dificuldades de viver esse encontro com o seu bebê, no sentido de poder lhe atribuir os seus desejos, talvez pelo confronto que a prematuridade possa desencadear entre o bebê idealizado e o bebê da realidade. Sobre este confronto, quando o bebê prematuro não corresponde às expectativas da mãe, o anúncio da doença ou má formação pode ocasionar uma catástrofe subjetiva, um desinvestimento no bebê real e uma dificuldade de fazer o luto pelo bebê esperado. Ou pode ocorrer um superinvestimento dessa mãe apenas na deficiência do bebê, tornando-se aquela o objeto de cuidados e, dessa forma, não se toca no bebê

imaginário. Assim, podemos pensar nas dificuldades das mães de prematuros por este aspecto, e a análise de como ocorreu o reconhecimento primordial entre mãe e filho pode permitir abordar as questões ligadas à filiação e ao parentesco, bem como os fatores de risco ligados a deficiências e mal-formações em torno do nascimento, que podem aumentar o espaço entre o bebê imaginário e real, o que pode tornar esse processo impossível para a elaboração do luto.

O bebê não estava tomando o leite da mãe, estava com muita secreção no nariz e na garganta e não estava defecando, o que vinha deixando a mãe bastante preocupada. Sobre o pai da criança, Joana disse que este visitava o filho aos domingos, que em sua primeira visita ao bebê “olhou rapidinho e saiu”.

3.2.3 A observação da criança e sua interação com a mãe e equipe

A trajetória de internação da mãe e desse bebê foi caracterizada de ânimos e desânimos. Nos momentos em que percebia as dificuldades e as tensões geradas pelos retrocessos da recuperação, ela recuava e se afastava do local. Nessas vezes, Joana dizia que o bebê estava mal, e, dessa forma, estava sendo ruim com ela, punindo-a. As trocas nas relações alimentares passaram a ser vivenciadas de forma tensa: do lado da mãe, esta se via afrontada diante da recusa/impossibilidade da criança – portadora de uma doença de ordem digestiva – em se alimentar e defecar como normalmente ocorre nos processos fisiológicos normais. O que o bebê diz a mãe quando se recusa a se alimentar? Qual é a leitura que essa mãe faz deste evento? Cada vez que o bebê se recusava a se alimentar era para a sua mãe como se este estivesse lhe punindo ou então reforçando a impotência materna diante desta situação. Falaremos em páginas mais à frente sobre este elemento da incompetência materna que surge nesta história.

Como fica o desejo dessa mãe diante dessa recusa ao alimento da criança? Ao dizer que o filho a confronta e a pune ao recusar se alimentar interrogamos se aí não existe algo que pode ter sido revivido pela mãe através de seu filho. O que foi vivido pela mãe retorna através do que é atribuído ao filho. Podemos fazer aqui relação com o transitivismo de acordo com Bergès e Balbo (2002), que, ao falar sobre esse assunto, leva-nos a pensar na perspectiva de um movimento que caracteriza estes endereçamentos de um sujeito para o outro. Do lado da mãe, por exemplo, poder-se-ia observar a origem deste movimento transativista nos cuidados dela com o seu bebê, a partir das hipóteses que por ela são feitas quando se dirige ao filho e que remetem a sua própria história enquanto filha. Os seus desejos de ser mãe seguiram um percurso em sua história que talvez dê alguns elementos importantes para se pensar no caráter

que a mãe atribui ao bebê de punição. Portanto, na relação com o filho, a mãe supõe nele um saber, cujo apelo irá circular e retornar para a ela como uma forma de demanda, esta que pode ser entendida como uma identificação do filho ao discurso da mãe que lhe foi dirigido.

A questão da recusa também nos leva a refletir sobre as duas vertentes do laço primordial mãebebê, que foi estudada por diversos autores: Lebrun (2006) tratou sobre elas ao falar sobre a importância da castração materna — *o pai na mãe* —, que põe limite ao exercer os cuidados do filho de forma onipotente, levando-a a considerar os desejos da criança. Lacan trouxe essas modalidades ao falar da função paterna e função materna, que são observadas nas duas operações de causação subjetiva teorizadas pelo autor: alienação e separação. As trocas com o bebê seriam o resultado, portanto, da articulação dialética entre essas duas funções. Queiroz (2005) explana sobre essas duas operações ao falar dos endereçamentos do EU ao outro caracterizado pelo movimento pulsional, que, em Lacan é entendido como um curso circular caracterizado por dois movimentos, que seriam essas duas operações. Sobre a alienação e separação, acrescenta Queiroz (2005, p.104-105):

O primeiro movimento é a operação de alienação. O sujeito só advém porque existem significantes no mundo que devem ser decifrados. É a prioridade do significante sobre o sujeito. Nesse primeiro momento, a criança se engaja numa dinâmica de desejo alienada ao desejo da mãe, uma vez que se identifica ao seu falo. O sujeito só pode aparecer numa divisão que procede do jogo dos significantes: por um lado ele aparece como sentido, e por outro como afânise [...] o segundo movimento é a operação de separação, que conclui a circularidade da relação do sujeito com o outro. Na separação, o sujeito se libera do efeito de afânise, operação que se dá pela descoberta da falta no outro [...] uma falta é encontrada no Outro pelo sujeito, na intimação mesma que lhe faz o Outro por seu discurso. Nos intervalos do discurso do Outro, surge na vivência da criança a questão: mas o que ele quer?

Diante disso, a alienação e a separação seriam, portanto, os correspondentes das funções materna e paterna. No entanto, a mãe ou o pai podem portar essas duas vertentes de maneira desigual. A vertente paterna é entendida como o operador da separação, que introduz o corte e regula a onipotência primordial da mãe, por exemplo, permite que a mãe perceba que seu filho é diferente dela e que não é tão previsível nem totalmente subordinado ao seu poder como lhe parece, pois a função paterna vem pôr o limite ao gozo materno e à sua onipotência. Assim, com a introdução da dimensão da alteridade, o psiquismo da criança terá espaço para se desenvolver.

A compreensão das modalidades de laço da função materna e paterna nos aponta a necessidade de um terceiro investido pela mãe, que lhe chame a atenção e que ela tem dificuldade de perceber sozinha. A partir disto, levantamos algumas questões: será que esse lugar do terceiro poderia ser pensado como o correlativo de todas as pessoas que estiveram ao redor cuidando do bebê? Neste caso, poderíamos destacar a figura do médico e da equipe que

pode ser tida com um poder que limita o materno? Interrogamos esses aspectos, pois se sabe que alguém pode se constituir como um terceiro quando investido libidinalmente pela mãe. Este parece não ser o caso do investimento da mãe na equipe médica. No entanto, podemos encontrar uma saída para isso. Podemos pensar na hipótese de que a equipe não esteja investida libidinalmente pela mãe, entretanto, se levarmos em consideração que a impotência materna faz a mãe ceder o investimento de suas energias em nível de idealização e de submissão à equipe em questão aqui entraria o elemento da *Aufhebung* que permite que seja conservado tudo aquilo que é ultrapassado. Assim, com base no que diz Frej (2003, 2005) a conceituação do termo *Aufhebung*, poderíamos pensar se essa conservação acima apontada permite a regressão a um tipo de investimento mais arcaico? Talvez permita algo ligado a conservação do indivíduo. Quando uma mãe está na posição exclusivamente materna poderá ter problemas para reconhecer o que há com o seu filho.

A vertente materna caracteriza-se pelas atribuições e o transativismo da mãe e encontra-se no registro do que Lacan denominou de alienação. Sobre isto, explica Crespín (2005):

[...] durante a gestação e o aleitamento, em que o corpo do bebê se constitui a partir do corpo materno, a mãe continua a ocupar, após o nascimento, no momento em que se iniciam as trocas, um lugar atributivo. Quer seja o conteúdo dos seus pensamentos, conscientes ou inconscientes, ou os enunciados de seu discurso [...] a mãe pensa seu bebê, ela lhe atribui conteúdos psíquicos. O que constitui manifestadamente uma efração simbólica, no sentido de uma *forçagem*, mas é assim que a mãe sabe pelo seu bebê, ela sabe por ele mesmo e sabe por ela mesma: é a dimensão transativista da função materna. E essa forçagem, no entanto, é inevitável e constitutiva do sujeito, dado que isso comporta sua ascensão ao universo simbólico. (CRESPIN, 2005, p.29)

Em determinados momentos, no decorrer do caso que estamos analisando, foi possível perceber a mãe parece assumir ou a modalidade da função materna ou paterna. Podemos pensar que a recusa do bebê em alimentar-se vem aí, operar essa função paterna limitante da onipotência da mãe, que em muitos momentos, sentia-se impotente em relação ao que o filho estava passando (CRESPIN, 2005). No entanto, pode ter tido esse efeito sem haver intenção. Em outras ocasiões, quando o pai visitava a criança, ela dizia que ele não sabia o que o filho estava vivendo, mas que ela sabia, pois estava com a criança a maior parte do tempo, e quando esta não estava bem, ela fazia hipóteses de que o bebê estava lhe punindo. Assim, a primeira hipótese que apresentamos diz respeito a da punição do bebê sobre a mãe. Muito embora outra questão se apresenta: a mãe que está sendo punida pelo bebê? Percebemos que estas considerações são importantes por nos conduzir a formular duas possibilidades de situações: ou a) os fantasmas arcaicos da mãe estão sendo reativados; b) ela se acusa e é

punida por sua impotência diante do filho. Sobre a questão dos endereçamentos veremos mais à frente no decorrer da análise do caso.

Outro ponto a se considerar diz respeito ao limite ou continuidade do orgânico com o subjetivo. É sabido que o bebê, no caso em questão, apresenta uma patologia orgânica que afeta o seu funcionamento fisiológico. Não obstante, Queiroz (2005) coloca a dimensão do simbólico e a submissão do organismo à lei do significante para se pensar no funcionamento fisiológico dos sistemas orgânicos. Assim, a autora explica que os órgãos e sistemas perceptivos dependem de estruturas geneticamente determinadas, mas a maturação dos mesmos depende da interação com o meio. O funcionamento dos órgãos e sistemas está submetido às leis fisiológicas que, por conseguinte, encontram-se submetidas à lei do significante. A atividade e o funcionamento do corpo dependem também da relação da mãe com o bebê, e nesta fase precoce é um período crítico para que as funções corporais entrem em funcionamento (QUEIROZ, 2005).

Com relação a este caso, existe a patologia, mas como pensar nesta dimensão do significante? Que significantes do desejo materno estariam aqui circulando no contexto da internação de Lucas? Talvez o que estamos percebendo ao longo do caso esteja apontando para a doença que o mesmo apresenta na barriga, que pode estar insistindo em manter-se de forma fixada na história do bebê, como se não possibilitasse aberturas para algo além da doença. A mãe, até o momento, só consegue ver a barriga inchada e os problemas da alimentação, pois essas lhe são necessidades básicas que não estão conseguindo ser satisfeitas, o que pode ter gerado sentimentos de impotência e desapontamento por não poder suprir as necessidades de seu bebê. Talvez a equipe em alguns momentos também se identifique com esta postura diante da doença. Torna-se interessante prosseguir a análise do caso para observar se aconteceu algum salto qualitativo, alguma mudança diante do quadro clínico apresentado pela criança. Com relação à equipe médica, este foi um bebê que mobilizou todos seus membros diante da fragilidade que apresentava, e, mesmo quando ele não estava mais na UTI- neonatal, estava na lembrança de alguns profissionais que, às vezes, trocava o nome dos bebês que estavam no mesmo leito, pelo nome dele.

Em determinado dia, a mãe se achou mais animada, uma vez que dois dias antes o bebê havia perdido peso, mas neste dia lhe pediram o leite e ela ficou muito feliz, e isso amenizou sua preocupação, já que como vínhamos dizendo, o bebê antes não estava aceitando o leite. No entanto, ao tentar darem o leite, ele rejeitou e ela voltou a ficar triste e a se preocupar. Assim, percebemos uma dinâmica de altos e baixos nos endereçamentos da mãe e do bebê, o que sinaliza um movimento que parece avançar e depois regredir no que concerne à recuperação e a relação da mãe e do bebê. Retomemos novamente o que Frej (2003, 2005)

fala acerca do *Mèrenfant*. A partir da obra de Freud, a autora apresenta um ponto ficcional constituído como uma massa indiferenciada composta do que poderá tornar-se mãe e do que poderá tornar-se filho e que a condição do surgimento diferenciado da mãe e do bebê é o aporte de uma *ajuda estrangeira (fremde Hilfe)*. No ponto de vista de Frej (op.cit.), esse momento indiferenciado reenvia ao momento ficcional que antecede àquele que, — em Freud—, constitui o da experiência de satisfação, e que dá suporte ao surgimento do ser humano. Essa experiência é correlativa ao surgimento de um corte, no estado da massa, constituindo uma primeira fronteira entre aquilo que constitui o organismo e o que institui o ser humano. A inscrição dessa primeira fronteira é marcada por uma *Aufhebung* dos estímulos endógenos. Atingido pelos estímulos que o alcançam a partir do interior do corpo, que não podem ser suprassumidos por uma função fisiológica (*eine physiologische Funktion aufgehoben*), o bebê põe em ação suas potencialidades reflexas através de gritos e de descarga motora. O organismo humano é incapaz de executar a *ação específica* que o reconduz ao estabelecimento de seu equilíbrio. É quando a pessoa atenta ao estado do bebê realiza a *ação específica*, pelo aporte de uma *ajuda estrangeira (fremde Hilfe)*. A via de descarga passa a ter a função secundária de reciprocidade.

Momento certamente lógico, no qual o organismo é metamorfoseado em ser humano. Essa metamorfose parece acontecer a partir do momento em que o que teria sido uma via de descarga das quantidades de excitação, passaria a ter a função secundária de compreensão mútua (FREJ, 2005, p. 2)

Podemos observar que, no caso de Lucas e de sua mãe, parece que as sensações e vivências do filho são uma extensão de sua mãe, havendo aqui uma indiferenciação própria da massa que, em um tempo mítico, tem necessidade da ajuda estrangeira que venha fazer o corte necessário para a metamorfose do organismo em sujeito. Percebemos também que existe uma dificuldade ainda presente de comunicação entre a mãe e Lucas. Talvez, a intervenção da equipe médica faça a função fundamental de operar a ajuda estrangeira, neste momento precoce no qual prevalece o estado nomeado de *mérenfant*, vindo a se criar os lugares psíquicos para que haja alguma modificação nessa dinâmica relacional que parece se encontrar na inércia diante da doença do bebê.

O processo de hospitalização de Lucas foi marcado por estas dificuldades alimentares, evidenciadas pelo problema na barriga, o megacólon congênito e pela preocupação da mãe com o fato de seu filho não aceitar o leite e não conseguir defecar. Em momentos em que a situação piorava, quando ele estava perdendo peso e apresentando desnutrição, a mãe dizia que ele estava lhe punindo, e esta punição pode ser um significante que surge da mãe. Este fato torna-se interessante para entendermos a natureza da relação que a mãe e o filho

apresentavam, e evoca o que Frej (2003, 2005) trouxe acerca do *mèrenfant*, quando o filho é tido como uma continuidade da mãe. Um filho que, na representação da mãe, em momentos de dificuldade lhe remetia algo da ordem de uma ameaça ao seu bem-estar.

Como acontecer um salto qualitativo de mudança e de movimento que tiraria a relação da mãe e do bebê desta paralisação diante da doença que se apresenta? A noção de *Aufhebung* freudiana pode vir aqui a ajudar na compreensão destes fenômenos que surgem. Conforme identificada pela autora ao longo de toda obra de Freud, e demonstrada em sua tese de doutorado, trata-se de movimento que, em determinados e precisos momentos, delimitam fronteiras e lugares na vida humana. A leitura da dinâmica da relação entre Lucas e sua mãe pode ser feita à luz da *Aufhebung* freudiana, pois este termo permite apreender a dimensão do movimento da energia que atravessa o psiquismo, e de sua passagem no organismo, considerado desde o momento em que prevalece o inorgânico que será suprasumido (*aufgehoben*), desdobrando-se em órgão, organismo, corpo, situados na sociedade e na cultura, inscrevendo o aparelho psíquico. Supomos que algo na dinâmica relacional de Joana com seu filho Lucas até este momento parece estar encontrando dificuldades, no sentido de uma paralisação que põe obstáculo a um possível movimento psíquico que venha a impulsionar a mudanças que melhorem a relação da mãe com o seu bebê. Isto significa dizer que a *Aufhebung* ainda não estaria em operação. Frej (2003, 2005), ao explicar sobre a criação dos lugares psíquicos que são criados a partir da operação da *Aufhebung* afirma que as instâncias acima referidas – inorgânico, orgânico, órgão, organismo, corpo, sociedade, cultura – constituem lugares com fronteiras não nitidamente delimitadas e coexistem em seu funcionamento simultâneo. Considerando o presente caso, essa passagem da energia que atravessa o psiquismo e cria lugares parece estar encontrando dificuldades para se movimentar, visto que parece que este bebê encontra-se em um estado de inércia, ou paralisação em torno da doença, que faz com que ele seja colocado no lugar fixo de organismo, ou quando acontece um movimento, este vinha em direção ao inorgânico, a não recuperação, à morte. Um dos fatores que podemos perceber aqui e que até o momento parece não ter acontecido é o que Frej (2005, p.3) denominou de aporte da palavra enquanto a ajuda estrangeira, no sentido de impulsionar o movimento da *Aufhebung* freudiana e que os novos lugares psíquicos sejam criados. A seguir, poderemos verificar o aporte das palavras através da equipe médica.

Assim, de acordo com Frej (op.cit.), o aporte das palavras na criança, por parte de quem cuida dela, constitui como gerador de espaços, e é o momento que confere à criança um

lugar na sociedade e na cultura. Podemos pensar no aporte das palavras como uma intervenção produzida no sentido de produzir a saída da inércia.

3.2.4 O episódio das furadas

Neste momento, segue o fragmento de alguns destes momentos tensos vivenciados pelo bebê e pela sua mãe, que repercutia também na equipe da UTI - neonatal.

Certo dia, chegamos à UTI - neonatal e Lucas estava dormindo de bruços. Parecia estar sugando devagar a sonda da boca. A do nariz parecia gerar desconforto e exercer pressão sobre seu rosto. Ele estava dormindo e fazendo caretas, com a mão direita fechada. As expressões e ações desse bebê pareciam sinalizar seu desconforto diante do aparato que se precisava utilizar para sua recuperação. Do mesmo modo que à mãe, assistimos a equipe médica tentando realizar pelo bebê aquilo que seu organismo não era capaz de realizar, colocando-se na posição materna típica do momento no qual prevalece a unidade ficcional (FREJ, op. cit). A autora nomeia de unidade *mèrenfant* aquela posição na qual a mãe tenta recuperar com seu bebê uma situação similar àquela de quando ele estava no útero.

Diante disso, alguns pontos podem ser destacados, ou seja, como a noção da *Aufhebung* freudiana, enquanto um movimento deflagrado pelo aporte de uma ajuda que, sendo esta estrangeira (*Fremde*) opera no sentido da criação dos lugares, abrangendo a dimensão do significante do desejo materno em circulação, referindo-o na passagem do social – este incluindo o meio hospitalar e médico expresso pelas intervenções médicas e políticas de saúde – incidindo sobre o aspecto do orgânico deste bebê e a passagem do orgânico ao sujeito. Temos aqui um ponto muito tênue, onde fica difícil a distinção entre o social e o orgânico. Talvez, mesmo a situação no hospital seja exemplar como lugar onde se pode demonstrar o ponto onde organismo e sociedade se distinguem na própria convergência de suas incidências.

No dia em que realizamos esta observação, a mãe veio ver seu bebê. Ficou acariciando-o em silêncio, enquanto ele continuava dormindo. Alisou a sua cabeça e avisou à enfermeira que estava vazando o soro dele. A enfermeira respondeu preocupada: “de novo?!” e foi ajeitar.

A enfermeira conversou com a mãe sobre o calor e ajeitou o bebê. Comentou com a mãe de Lucas que este sorriu 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 da UTI, costumava conversar e endereçar as palavras ao bebê quando algo lhe dizia respeito.

Depois a enfermeira continuou a conversar com Lucas: “Tá de messário hoje, né? É o messário e não aniversário porque é do mês...”. Falou para ele e explicou para a mãe com carinho que, a cada mês, comemoram a vida do bebê. Ele estava segurando na mão da mãe e olhando para a enfermeira. É interessante atentar, neste ponto, para o tipo de relação que se estabelece entre o bebê e a equipe, que costumava comemorar cada mês de vida dos bebês, e, no caso de Lucas, este foi bem comemorado devido ao seu nível de prematuridade e porque parecia acreditar na possibilidade de vida desta criança. Alguns sinais nas ações de Lucas parecem sugerir que algum tipo de mudança vinha se dando após o momento em que começaram a lhe dirigir as palavras e a se inserir em sua história. O olhar para a mãe e os contatos com a mesma parecem ter outro sentido aqui que vem resgatar algo do laço entre os dois. Frej (2003, 2005), com base em Freud, aponta a importância da palavra que funciona como ajuda estrangeira: A palavra, enquanto ajuda estrangeira (*fremde Hilfe*) e, por conseguinte, tranquilizadora pôde ser viabilizada pela intervenção do profissional de saúde, produzindo respostas tranquilizadoras, por parte do bebê.

Comentaram do soro que tinha vazado, mas que já havia sido testado. O bebê estava com carinha abusada, com o braço esquerdo esticado e a mãe o acariciava. A enfermeira conversou com ele: “doeu foi bebê?” ele chorou. Ela o acalentava e a mãe estava do lado dele, enquanto tentavam ajeitar o soro. “Titia vai ter que procurar uma veia nova em tu, viu, menininho, porque essa não vai dar mais não...”, dizia a enfermeira enquanto ficou procurando uma veia. Bergès e Balbo (2002) fazem uma articulação do transitivismo com a dor. Pelo transitivismo e pelos endereçamentos na relação da criança com o outro, podemos entender também como se ativa o mecanismo da dor. Sabemos que a dor é uma reação ao estímulo que é natural no indivíduo e, a partir do que os autores citados dizem, para que esse mecanismo seja posto em ativação, é preciso estar em estreita ligação com o transitivismo. Para exemplificar melhor sobre o transitivismo, Bergès e Balbo (2002) se referem lembrar que quando o filho cai e se machuca, sem demonstrar dor e é a mãe quem sofre

Continuando com a descrição dos acontecimentos em torno do caso analisado, a outra enfermeira perguntou à mãe se ela não queria sentar um pouco enquanto realizavam o procedimento de procurar nova veia no bebê, e ela disse que não, pois já vinha presenciado anteriormente. Antes mesmo de puncionar a veia, Lucas chorou e a enfermeira falou: “Ô, já sabe, já sabe”. Ele chorou durante o procedimento e a sua mãe saiu nesta hora. Furaram o braço do bebê, que parou de chorar e voltou a chorar novamente. Este exemplo torna claro o

sentido do transitivismo. Para Bergès e Balbo (2002), os endereçamentos de um sujeito a outro se dão em vetores de sentidos contrários, e é a partir desse movimento que o sujeito se constitui, visto que envolve essa relação com o Outro. Aqui podemos identificar os endereçamentos por parte da enfermeira ao bebê, quando supõe um saber na criança de sua dor, e por parte da mãe quando se afasta nesse momento supondo uma dor insuportável que ela talvez atribuiu ser sentida pelo seu bebê. Por outro lado, percebemos que a mãe também parece não ser capaz de assumir o lugar de ajuda estrangeira. Devemos levar em conta que os primeiros dias do filho, geralmente a mãe encontra-se colada. O estranho neste caso é Joana achar que Lucas está lhe punindo, como se ser mãe fosse uma transgressão.

“Agora o outro braço, viu?! Que foi?” conversava a enfermeira carinhosamente com ele. “Teve vontade de vomitar, foi?” Ele parou de chorar, mas continuou com aspecto de dor. A enfermeira mudou sua posição e continuou tentando encontrar a veia. Ele estava com os olhos abertos, enquanto a enfermeira tentava no outro braço. Ele já chorava enquanto ela limpava a área, chorava fraquinho. A outra enfermeira passava a mão na cabecinha dele tentando consolá-lo. Ele parou de chorar e novamente o choro voltou. Até esse momento ainda não tinham conseguido achar uma veia. Pode ser que a carícia e a palavra vieram a se constituir como um elemento de sustentação para a dilaceração, posta em evidência pela dor.

Lucas abriu o olho e bocejou. A outra enfermeira tentou achar a veia e furou de novo, depois de duas tentativas, ele fechou o olho, chorou e depois de uns segundos parou de chorar, demonstrando cansaço. Enquanto as enfermeiras tentavam localizar a veia, durante as furadas, o bebê ficava sugando rápido como se estivesse se consolando e olhando para elas. Falamos com ele, enquanto estava segurando na mão da enfermeira com os olhos bem abertos: “Dói, neném, é chato, mas o sorinho é pra você ficar bom logo”. Em certo momento, pensaram ter conseguido encontrar a veia e ele, a cada furada, fazia expressões de dor. Elas tentaram com calma e cuidado, mas também se inquietavam com a demora em conseguir a veia: “Ô titia, não estou nem mais chorando...só chupando a porcária dessa chupeta”, falou-lhe a enfermeira. O bebê segurava a sonda com a mão direita e fazia careta: ”Pronto, bebê”, dizíamos, e a outra enfermeira acariciava a cabeça dele. A outra enfermeira estava furando o braço. Antes de furar, ele já fechava os olhos e sugava a chupetinha feita com a luva de borracha. Olhou, fechou os olhos e ficou fazendo careta. “E agora, José? (enfermeira citando parte de música... e dirigindo-se a ele). Para onde, hein, Lucas? Lucas?” “Esse bracinho dele está pra lá de Bagdá... seu braço tá cansadinho, né? Levou muita furadinha, não foi?” mudou a posição dele e soltou beijinho.

Colocaram um curativo no braço esquerdo dele, que foi furado quatro vezes. Uma terceira enfermeira veio tentar achar a veia. Procurou no pescoço, na axila, nos braços, e Lucas ficou olhando para ela. Furou o pezinho, e ele se contraiu todo de dor. Segurava com força a sonda, saiu sangue no pé, e a enfermeira se chateou com isso: “eita Jesus”... e ele sugando muito. Olhava para ela enquanto lhe tentavam furar a mão. Chorando, levantou as perninhas e continuava sugando e olhando para as enfermeiras. Sugando muito enquanto lhe davam a injeção. Ao aplicarem a injeção, ficou vermelho. A outra enfermeira estava ajudando a colocar esparadrapo para segurar o escalpo do soro, levantou o braço com a injeção ainda presa na mão. A outra enfermeira disse que momentos, assim, causam ansiedade porque são muitas crianças para cuidar. Ela conseguiu recolocar o soro, e ele a olhava. Ajeitou o bebê no leito e terminaram o procedimento.

Conversamos com ele, falamos sobre as furadas, que eram chatas para ele, que elas estavam preocupadas na demora de achar a veia, explicamos que, demorou porque a veia era muito fininha, e falamos que aquele soro mesmo dolorido era pra ele poder ficar bom. Falamos sobre a mãe dele, que tinha saído na hora do procedimento, porque era difícil para ela ver o bebezinho dela sendo furado, mas que estava torcendo para que ele ficasse bom logo.

Ele fechou os olhos e apertou-os com força. Às vezes, ele tinha esse comportamento quando lhe era dirigido a palavra, e isso chamou a atenção, pois nos levou a pensar que talvez pudesse ser uma recusa a entrar em contato com o outro. O olhinho estava apertadinho, mas aberto, e a testa franzida: “Está tão difícil abrir esse olhinho, né?!”, falamos para ele.

Conversamos com a mãe na obstetrícia após o acontecimento. Percebemos que esta havia saído da UTI- neonatal ao se deparar com a dificuldade que se apresentava a ela e o seu bebê. Contou-nos que havia saído porque não gostava de ficar olhando para não atrapalhar as enfermeiras. Comentou que o marido ia visitá-la neste dia, e pediu que anotássemos isso, quando podia, ele os visitavam durante a semana. Relatou que na manhã deste dia tinha pego o filho no braço. Respondemos que ele parecia mais esperto, que devia ser por estar feliz por ter sido carregado no colo da mãe.

Dois dias depois, chegamos à UTI e estava a mãe sentada na cadeira, ao lado da criança. Contou que seu filho estava “o ó” nesse dia, dando a entender que estava com problemas. Achamos interessante essa expressão com que a mãe se referiu ao filho, visto que no dia a dia, as pessoas a utilizam quando acham que alguém está sendo chato, ou inconveniente em alguma situação, e dando muito trabalho. Perguntamos por que ele estava

“o ó”, e ela nos respondeu que, desde o dia anterior, a dieta havia sido suspensa, e que ele tinha voltado a rejeitar o leite.

Quando conversamos com ele sobre isso, ele se mexeu. Estava com ataduras na cabeça e os olhos vendados por causa da fototerapia: “Ô, neném! por que tu não queres mais comer, hein? Tua mãe fica preocupada porque ela quer ver você tomando o leite dela pra você poder crescer, ficar bom logo e ir pra sua casa”. Explicamos a ele que agora ele estava fora da barriga de sua mãe e que o alimento não vem mais do jeito que ele estava acostumado. Neste momento, a enfermeira surge para trocar as ataduras e o bebê se incomoda, e ela conversa com ele: “Vou fazer o bem e você chora”, dizia a profissional. Ela retirou a atadura dos olhos, e ajeitou as orelhas dele, limpando-as. Lucas estava com a testa franzida e com os olhos apertados, demonstrando o seu incômodo com a situação.

Joana falou para a enfermeira, numa conversa, sobre uma mãe que teve um bebê nascido com cinco meses. A enfermeira respondeu falando das dificuldades que existem para a recuperação de um bebê tão pequeno e tão frágil. Disse que só teve um caso semelhante no Brasil em que o bebê sobreviveu, e que menos de duas semanas é considerado como aborto, e nem investem por causa da dificuldade de sobrevivência. Depois desta conversa, a enfermeira trocou a fralda dele e mostrou à mãe que ele havia defecado um pouco, como resultado da estimulação.

Retomando a conversa com a enfermeira, a mãe disse: “Eu vi quando Lucas chorou. Parecia um gato chorando. Só vi quando ele nasceu e quando tirou o tubo semana passada... aí a médica disse quando pegou ele: “só Deus aqui, mãe”. E a enfermeira, ao ouvir a história, disse à mãe: “Está vendo como Deus é bom? Ele está aqui se recuperando”. A mãe ficou acariciando o bebê, pegando na mãozinha e no bracinho. Ele, com expressão de dor.

Uma semana depois observamos o bebê que estava com a barriga muito grande. O cirurgião foi vê-lo e verificou os exames. Explicou que como o bebê tinha megacólon congênito, seria necessário uma intervenção cirúrgica. Mas ao discutir esse caso com os outros médicos que estavam presentes naquele momento na UTI, concluíram que o bebê tinha estava sem condições de sofrer a intervenção devido as baixas taxas de hemoglobina.

Neste mesmo dia, a mãe veio visitá-lo pela tarde, e ao vê-lo muito doentinho, retirou-se chorando. Normalmente, quando algo está difícil para o seu filho, ela se retira. Conversamos com ela depois de um certo tempo, estava vendo televisão sentada ao lado de outra mãe que eu também acompanhava. Assim que chegamos para conversar com ela, falou: “Você já sabe como estou, né?!”. Perguntamos como ela estava. Respondeu: “Estou muito mal, anote isso aí... ele quer me matar... se for para eu vê-lo chorar, é melhor nem ir lá na

UTI”, referindo-se aos momentos em que fizeram os procedimentos no bebê quando ela esteve presente. Esse fragmento nos leva a supor que o que a mãe atribui ao bebê, parece ser algo que concerne a seus próprios fantasmas e aos desejos de morte para com a criança.

“Acho que eu não vou hoje à noite não”, disse, num tom que demonstrava chateada, como se ele estivesse naquela situação para atingi-la. Uma outra mãe, que estava perto, disse que ela não fizesse isso, porque como sempre falávamos para elas, o bebê poderia sentir falta dela e usou o exemplo de sua filha, que também estava muito doente. Brincou um pouco para descontraír, dizendo que iriam comprar um chinélinho de chaveiro para o filhinho dela.

Neste momento, elas nos pediram que levássemos recados para os seus bebês, assim, depois de conversarmos com elas, vimos as crianças. Conversamos com Lucas. No dia seguinte, o bebê foi a óbito pela manhã, sofreu paradas cardíacas após a cirurgia.

Alguns dias depois, telefonamos para Joana e ela nos falou sobre a morte de seu bebê. Falou do choque muito grande e da decepção que sofrera, mas que naquele dia estava mais calma. No dia da cirurgia, ele tinha sofrido três paradas cardíacas. Antes do acontecido, a mãe foi avisada dos problemas, e ela disse que ficou assustada, pois sabia que era a médica lhe preparando com antecedência. No dia da morte pela manhã, ele teve mais uma parada cardíaca e não agüentou, os rins também pararam de funcionar. Mais uma vez recebeu recado da médica, chamando pra conversar e soube da notícia de que o filho não havia resistido. Disse que foi muito difícil e que ficou muito mal após a notícia. Agradeceu-nos por tê-los acompanhado nesse tempo.

No que concerne a questão do desejo, pensamos se a decepção que a mãe trouxe no seu discurso não seria Lucas que a decepcionou em torná-la mãe competente quando ele nasceu. Dois meses depois da morte de Lucas, soubemos por uma das mães que, também acompanhávamos, que Joana tinha engravidado novamente, com previsão para nascer em janeiro de 2009. Diante disso, interrogamos: quem está para nascer de novo?

3.3 CASO CLÍNICO DOS GÊMEOS ANA LARISSA E JOSÉ VÍTOR

Roberta, de 40 anos, companheira de Bruno – 24 anos – é mãe de seus primeiros filhos, os gêmeos Ana Larissa e José Vítor, nascidos com idade gestacional de 26 semanas. A menina nasceu com 690g, e o menino, com 1 kg, ambos com diagnóstico de prematuridade extrema.

3.3.1 O período pré-natal

Apresentamo-nos à mãe das crianças, que, logo, dispôs-se a conversar. Ainda estava com os pontos da cirurgia e por isso estava deitada no leito. Roberta contou que as crianças eram seus primeiros filhos, tendo sido uma gravidez não planejada, mas, segundo ela, “não que não fosse desejada”. Fazemos a hipótese que essa frase da mãe é uma denegação, e como diz Corrêa (2003, p.19) ao tratar sobre a negativa em Freud, na denegação “o ser se manifesta sob a forma do não ser. E o não ser se manifesta sob a forma do ser”.

Como tinha miomas, achava que não poderia engravidar. Teve uma gestação difícil por conta de sua idade e porque seria interrompida muito cedo. Enquanto falava da sua história e de seus filhos, chorou e disse: “Está difícil para mim... mas sabia que seria interrompida a qualquer momento, porque o médico sempre orientou e disse que não ia sustentar por muito tempo”. “Achei que iria sustentar até os sete meses, mas anteciparam... foi um susto para mim e vinha sofrendo desde o início”. Percebemos até esse ponto do relato da mãe, elementos que sinalizam que os miomas e a gravidez pareciam se confundir no seu discurso. No entanto, uma certeza por parte dessa mãe, acerca da interrupção da gravidez parece apontar para um aspecto interessante a ser melhor investigado.

Sobre o nascimento das crianças, disse ter sentido dores no “pé da barriga”, mas não sabia que eram as contrações. Já estava interna no hospital por causa dos miomas e quando foi para o banheiro urinar, o pé de um deles que tinha saído e chamou a médica. As dores no “pé da barriga” parecem apontar para a confusão que aparenta haver na representação psíquica desta mãe entre os miomas e a gravidez. Roberta estava interna fazia 16 dias porque teve sangramentos e a gravidez deveria ser interrompida a qualquer momento.

A mãe contou que, em todo tempo, tinha medo de perder os filhos e isso foi muito difícil para ela. No dia que estava conversando conosco, disse que se encontrava aceitando aos poucos a situação. O período da gestação e os primeiros dias após o parto das crianças foram vividos de forma angustiante pela mãe, por conta do nascimento e ameaça de perda dos bebês. Porém, percebemos que Roberta também vai apontando alguns elementos que nos levam a pensar em hipóteses de que além da problemática da prematuridade, seus medos poderiam também estar relacionados a alguma questão acerca da não existência de um desejo de tornar-se mãe, o que veremos melhor no andamento da apresentação desse caso. As perdas que a mãe traz em seu relato podem ser articuladas àquilo que Freud (1917, 1919) afirmou sobre a castração. Para o autor citado, a castração caracteriza-se como uma operação decisiva no processo de sexuação da menina, e Freud (op.cit.) toma como ponto de partida esse

momento para se traçar três respostas, opções possíveis que a menina pode seguir: a inibição de sua sexualidade, a masculinidade e a feminilidade normal. A feminilidade vem se consolidar quando o desejo de possuir um pênis tem a possibilidade de ser substituído pelo desejo de ter um bebê. Ao longo da vida, a menina deseja o que lhe faltou originariamente e que estará sempre em busca para preencher essa falta sofrida. Poderíamos pensar, neste ponto, de que maneira essa falta foi vivida por Roberta; talvez tenha revivido dificuldades que despontaram no nascimento das crianças. O nascimento, em Freud, relaciona-se com a perda, com a castração e torna-se importante considerar a questão da castração na vida de Roberta.

Sabemos que a maternidade e a feminilidade é um processo de construção psíquica a partir de gerações anteriores dos personagens maternantes. Segundo Motta (2003), para que haja um autorizar-se mãe, faz-se necessário que a menina tenha sido marcada pela impossibilidade de prolongamento com a sua mãe, e, feita mulher, possa abrir mão da prioridade de ser filha, amparada por uma função de terceiro — o corte — já inscrito nela, e pelo saber inconsciente que lhe será ou não transmitido na sua linhagem materna.

O bebê, antes mesmo do seu nascimento, é inserida simbolicamente, visto que está atravessado pela formação psíquica dos pais, antecipada no desejo e na fala deles. Na apresentação do caso, percebemos, contudo, que as crianças pareciam não ter um lugar no psiquismo da mãe. Percebemos que o processo de construção da maternidade de Roberta aconteceu com dificuldades identificadas mais claramente nos sintomas que ela apresentou com relação à amamentação, e que serão melhor vistos mais a frente.

De acordo com Roberta, nos primeiros dias, tinha dificuldades de visitar as crianças na UTI-neonatal, e dizia não estar se sentindo preparada. No primeiro dia em que viu os filhos na UTI, não agüentou ficar muito tempo com eles e foi embora para o seu quarto. Sobre sua dificuldade, disse: “sei que isso é importante e ainda não toquei nas crianças porque não estou preparada”.

No dia em que tivemos essa conversa, ela referiu estar agüentando ficar mais tempo em companhia das crianças. Talvez a situação de encontrar na realidade seus bebês que não correspondiam ao que ela desejava e esperava, a entristecia. A gravidez foi marcada pelo medo e persistiu durante os primeiros dias. O reconhecimento primordial, neste primeiro momento, entre mãe e filho que fala Crespim (2004) e que é tão importante para o estabelecimento dos laços, também estava em risco, pois ainda não havia se estabelecido. Crespim (2004) fala de como o reconhecimento primordial é importante neste período para produzir o encontro entre o bebê imaginário e o real, e desta maneira a mãe poderia atribuir seus desejos ao seu filho. Na maioria das vezes, desde o nascimento ocorre o encontro, e, por

um ato de projeção, a mãe identifica-se com a criança. No caso, percebemos que existe uma dificuldade na mãe até de ver as crianças e por um bom tempo ela expressou suas dificuldades de pegar os filhos no colo, o que aponta um risco ao estabelecimento de uma boa qualidade do laço mãe bebê.

Podemos estender essa reflexão retomando a questão entre o bebê real e o bebê imaginário. É quando o bebê nasce que surge o bebê imaginário, como uma construção psíquica inconsciente, consequência da conflitiva edipiana, não somente no desejo na mulher de ter filhos, mas também do lugar que a criança ocupa na economia libidinal inconsciente feminino, o lugar fálico. Diante disso interrogamos em que posição subjetiva se encontra a mãe dos gêmeos em relação ao Édipo? Que lugar ocupa estas crianças no seu inconsciente? Talvez a sua dinâmica relacional com o companheiro possa fornecer algumas pistas nessa direção. Conforme relatado, Roberta, de 40 anos, é uma mulher com idade já avançada para tornar-se mãe, cujo companheiro – pai dos gêmeos – é 15 anos mais jovem que ela. Assim, percebemos que podem existir outras questões relacionadas como mulher e como mãe que vem desencadeando esses medos. E qual seria a natureza desses medos?

Para Freud (1933, 1932), o desejar ser mãe e desejar ter um filho acontecem em tempos diferentes, e no caso de Roberta, através do percurso por ela percorrido em sua história fantasmática seria provável melhor tentar compreender o caminho dos seus desejos. Talvez se considerarmos a sua história pré-edipiana e edipiana no sentido de observar como se deu nela as hostilidades inconscientes com a sua mãe e a questão de mudança de objeto para o pai, podemos encontrar algumas pistas em relação ao seu desejo materno e às suas dificuldades em relação à maternidade de seus filhos. Assim, as explicações em relação aos conflitos que Roberta vinha se deparando desde a gestação dos filhos podem se situar no processo que constitui o caminho que ela percorreu quando menina em sua relação com a mãe até o tornar-se uma mulher. Farias e Lima (2004), ao analisarem o estatuto da relação mãe-criança na teoria psicanalítica afirma que, “no menino, a mãe continua sendo esse objeto amoroso, e à medida que ele vai percebendo a natureza das relações entre o pai e a mãe, elege o pai como seu rival. Na menina, há um desligamento da mãe e um deslizamento em direção ao pai” (FARIAS; LIMA, 2004, p.13).

No caso da menina, este deslizamento que ocorre em direção ao pai será algo que trará implicações nas suas futuras escolhas, nas suas relações com o pai, com o futuro marido ou parceiro.

Enquanto mulher e mãe, talvez a vinda das crianças surgiu em um momento em que Roberta e o companheiro estivessem querendo realizar outros planos, como ela mesma

referiu, de firmarem-se economicamente antes de morarem juntos. Além disso, ela comentou que apesar de passar pela sua cabeça a idéia de um filho, nunca pensou que seria mãe, e a vinda de bebês prematuros talvez tenha reforçado seus medos e conflitos, visto que como afirma Crespin (2004), o anúncio da doença – no caso em questão a prematuridade – pode ocasionar uma catástrofe subjetiva, um desinvestimento no bebê real, e uma dificuldade de fazer o luto pelo bebê esperado, e os fatores de risco ligados a deficiências e más-formações em torno do nascimento podem aumentar o espaço entre o bebê imaginário e o bebê real, o que pode tornar esse processo de reconhecimento primordial impossível.

Roberta desejava ter filhos, mas achava que isso não iria acontecer. Ao saber que estava grávida, ficou surpresa, chocada, e sentiu medo até se acostumar. Descobriu a gravidez no segundo mês de gestação. Como tinha miomas, fez exames e não acreditou de início que estaria grávida, a ultrassom mostrava dois filhos. Disse que no seu íntimo já sabia que seria interrompida a gravidez. Interessante essa certeza de Roberta na interrupção da gravidez. Isso porque restariam os miomas com os quais os filhos estavam confundidos? A notícia da gravidez deixou-a chocada. Esperava pelo mioma? Interrogamos aqui se essa certeza vem de seu desejo ou de seus medos de uma interrupção na gravidez.

A mãe, como relatou, teve uma gravidez insegura e sentia medo o tempo todo. Contou que “não curtiu a gravidez, não sentiu o prazer de exibir” e “foi mais essa agonia, não havia comprado nada do enxoval dos dois” (SIC!), apenas quando eles saíram do hospital. Diante dos elementos que a fala da mãe vai apontando, fazemos mais uma vez a hipótese acerca de medos em relação à maternidade. Notamos a existência de um medo que parece aqui ter atrapalhado ou constituído obstáculo ao desejo pelos bebês, a uma aposta pela sobrevivência deles. Um aspecto que surge neste fragmento da fala da mãe e que merece ser observado: na maioria das vezes, o que percebemos é que as mães sentem-se orgulhosas e felizes ao exibir a barriga que cresce, e de serem vistas e elogiadas pelos outros. Costumam comprar coisas para o enxoval e sentem muito prazer em viver este momento da gravidez. O que observamos no caso de Roberta é que estes sinais da alegria com o fato de se tornar mãe parecem não ter acontecido. O fato de não ter comprado o enxoval, por exemplo- pode sinalizar algo desse seu medo diante de ser mãe, e esta dinâmica pode ter atrapalhado o surgimento do investimento libidinal nos filhos. Interessante o termo *exibir* que a mãe colocou, pois coloca a gravidez em plena referência fálica. Diante disso, caberia investigar como se deu o processo de Roberta em relação a sua trajetória edípica, como ela era enquanto filha de sua mãe e de seu pai.

Sobre a notícia da gravidez disse que ficou feliz, mas “era tanta coisa misturada”. Ela havia feito uma cirurgia há cinco anos e no ano de 2007, perto da época de ficar grávida,

acusou outro mioma. Mais uma vez percebemos a confusão entre os miomas e o bebê, que, na representação psíquica desta mãe, parecem vir confundidos, como coisas misturadas.

Segundo a mãe dos gêmeos, durante a gestação não sentia enjôos, nem “desejos de grávida”. No mioma, tinha sangramentos constantes, dois anos de tratamento, e um ano sem menstruar. Podemos pensar na doença como sendo usada pela mãe como anteparo, impedindo ou atrapalhando a vivência da gravidez. Observamos no decorrer do caso que a mãe nunca chegou a falar sobre a chateação que os miomas apresentavam à gravidez, bem como nunca falou da alegria de estar grávida. A leitura que faremos acerca desse fato à luz da *Aufhebung* pode nos ajudar a verificar se, com o tempo, ocorreu o salto qualitativo no sentido de mudança na dinâmica psíquica desta mãe.

Disse que achou esquisito porque faltou a menstruação, e a barriga estava aumentando. O desconhecimento da gravidez e a estranheza diante dos sinais que esta apresenta, associados à ênfase na doença em detrimento da gravidez poderia nos levar a pensar sobre uma ausência de desejo na mãe? Quanto ao pai, disse que no início este estava assustado, pois não era de se esperar. Roberta dizia: “Mesmo eu dizendo assim, achava que nunca seria mãe”. As frases da mãe parecem ir na direção de nossa hipótese acerca da problematização do desejo de ser mãe. No entanto, torna-se interessante observar as possíveis mudanças na dinâmica relacional do caso. Lembremos que, no início da apresentação do caso, esta mãe havia referido sobre a notícia da gravidez das crianças: “não que não fosse desejada”. A afirmação que ela faz através do símbolo da negação seria mais um indício de ausência do desejo em Roberta pela maternidade.

3.3.2 O período neonatal

A mãe, como já foi dito anteriormente, encontrava-se internada dias antes do parto e quase que um de seus filhos nascera antes da realização da cesárea. O pai das crianças esteve presente no dia do nascimento, e segundo Roberta, ficou meio chocado ao ver os bebês.

Roberta comentou que, no dia do nascimento de seus filhos, foi para a sala de parto com medo de perdê-los. Sobre o nascimento prematuro, disse: “Hoje estou me conformando... não foi algo alegre eles terem nascido, aquela expectativa, ansiedade... eu vi assim que eles nasceram, mas estavam tão sujinhos... mas os médicos levaram logo para a incubadora até hoje”. Mais uma vez a questão da não expectativa da maternidade surge no discurso da mãe. Diante do que vai relatando, podemos interrogar se havia aqui neste caso uma não expectativa de Roberta diante da maternidade. Será que, após o nascimento vai dar lugar ao aparecimento

do desejo? À luz da *Aufhebung freudiana* podemos pensar nesta questão, visto que quando em operação poderá abrir possibilidades de criação de espaços psíquicos para o despontar da maternidade e do desejo na mãe pelos seus filhos. A importância da palavra pode impulsionar a operação da *Aufhebung* em direção a mudanças na dinâmica psíquica (FREJ, 2003, 2005).

Podemos pensar aqui se os possíveis conflitos em Roberta como mulher poderiam estar colocando dificuldades em relação à aceitação da maternidade. Sobre isso, a Psicanálise vem desenvolvendo um largo debate em torno do feminino. A clínica vem legitimando o percurso apontado por Freud no tornar-se mulher. Segundo Assoun (1993), Freud utilizou como ponto de partida a ligação da menina com a mãe para entender o feminino.

O sofrimento dessa ligação com a mãe e a paixão primitiva dela resultante marcam, pela vida inteira, a trajetória da menina. É o momento da mudança do objeto, pela escolha do pai, que aponta que o outro amor, o amor pela mãe, era sem saída. Assoun (1993) acompanha Freud ao considerar a mudança de objeto materno para o investimento paterno como o principal momento no tornar-se uma mulher (ASSOUN; 1993).

O desejo da menina por um filho implica, portanto, um corte e no acesso, através do amor por um homem, a algo que vai mais-além, direcionado pelo anseio fálico. Assim, é por ter perdido a esperança da restituição fálica através da mãe que a menina dirige seus anseios ao pai. Será que isso aconteceu depois da operação da *Aufhebung*?

Retomamos aqui a importância da intervenção do pai caracterizando-se por ser uma inscrição que corta e que separa a criança da mãe. Através desse corte que decorre da separação que cria lugares, podemos identificar a operação da *Aufhebung*, que além de trazer as transformações no sujeito, que, vem a se tornar mãe, nega o fato de ser uma filha para assumir sua nova função, sem deixar de sê-la. (FREJ, 2003, 2005). Longe de uma passividade, a mulher encontra-se durante todo o seu percurso, numa situação de decisões de ruptura, na qual a ligação precedente se rompe para se ligar a outra situação, e assim por diante, mas o que foi desligado é conservado no sujeito enquanto outra forma.

Depois de uns dias, a mãe passou a sempre visitar os bebês e estava ficando mais tempo com eles. Talvez o que estava bloqueando ou dificultando a mãe em relação ao ser mãe de seus filhos tenha sido superado com o tempo e o acompanhamento clínico na UTI. De acordo com Frej (2003, 2005) as intervenções pela palavra constituem-se importantes por impulsionar o movimento e a atuação da *Aufhebung* freudiana.

3.3.3 A observação das crianças e suas interações com a mãe e equipe

Levando em consideração a dificuldade da mãe, resolvemos realizar as primeiras observações dos bebês em sua ausência, e uma semana depois, combinamos de vê-los juntas.

Inicialmente, falaremos sobre as primeiras observações feitas do menino, que no primeiro momento, estava sendo cuidado pela enfermeira: Quando nasceu era um bebê muito pequeno e vermelhinho. À primeira vista, observamos que ele apresentava algo de diferente, mas não sabia o que, e, posteriormente, foi constatado que ele tinha nascido com hidrocefalia, que se caracteriza por um acúmulo de água na cabeça, de forma que esta com o tempo aumenta de tamanho. Neste dia, quando fomos observá-lo, a enfermeira estava verificando o pulso do bebê e falou: “vermelhinho né?”. Perguntamos a ela quantas semanas tinha o bebê e ela respondeu que era de 26 semanas: “foi apressadinho, né?”

O bebê estava com sonda na boca e um esparadrapo deixando-a aberta, pois estava no respirador. Outra enfermeira chegou para coletar sangue e falou com ele: “não sei seu nome, viu, moço, mas vou ter que fazer malvadeza aqui” referindo-se a coletar sangue dele. Interessante a fala da enfermeira que confere uma existência a esse bebê e pontua aqui a importância que ela dá ao nome para poder endereçar-se a ele, um sinal de aposta no sujeito.

Depois a enfermeira continuou a conversa: “você é um rapaz?” e ficou procurando a veia no seu bracinho. Ele ficou fazendo careta e não chorou, mas uma lágrima estava no seu olho. Ele parecia apático quando a enfermeira furou, mais uma vez, o seu bracinho. Segundo Crespin (2004), sintomas de apatia no bebê poderiam ser compreendidos como um sinal silencioso de sofrimento psíquico, no qual o bebê expressa que não está bem, mas pode passar despercebido por aquele que cuida da criança, que, se não fizer uma leitura atenta deste sintoma, pode até confundi-lo com um bebê “bonzinho”, que não dá trabalho.

A profissional de enfermagem tentou ajeitar o soro, pois achou que este podia estar obstruído. Procurou aplicá-lo em outra área do braço. As enfermeiras estavam conversando sobre a dificuldade de achar uma veia no bebê, como se a agulha estivesse obstruída. Por isso, trocaram de agulha, algumas vezes, até conseguirem uma que localizasse uma veia melhor.

“Que plantão estressante esse né?” e tentavam achar uma veia dele. “vamos fazer o seguinte: vou puncionar no pé”. No momento do procedimento, a enfermeira teve que puncionar o pezinho do bebê e com um tubinho coletou o sangue. Ele parecia indiferente aos procedimentos, o que sinalizou que algo não estava indo bem com ele. Percebemos que as pessoas que cuidavam desse bebê, normalmente, endereçavam-lhe as palavras acerca das coisas que aconteciam ao seu redor e expressavam em seus procedimentos a preocupação em

causar dor ao furar uma criança tão frágil. Porém, a indiferença do bebê parece sinalizar para um estado de inércia e que algo não estava bem com ele.

Por conta da dificuldade de se coletar o sangue de um bebê tão pequenino e por ser o novato da UTI- neonatal, a enfermeira falou para ele carinhosa: “menino, facilite as coisas... você chegou agora, tá?”, referindo ao fato dele ser novato na UTI em relação aos outros bebês. Um ponto interessante diz respeito à insistência desta equipe no sentido de continuar endereçando palavras ao bebê, como que uma tentativa de apostar em um sujeito e na sua possibilidade de recuperação. Freud (1950, 1895) fala sobre o outro, o semelhante portador do desejo de sobrevivência pelo bebê, cujo efeito pode ser fundamental para a reação do bebê em uma situação de internamento como esta. Poderíamos pensar na enfermeira que atende o menino neste caso, como o próximo prestativo ao qual denomina Freud, pois ela vem sinalizando, em seus cuidados ao bebê, uma aposta e um desejo de sobrevivência pela criança.

A noção do Outro lacaniano também se torna necessário para se entender como se dão os endereçamentos nas relações entre a mãe, o bebê e a equipe médica, visto que o Outro está sempre implicando cada ação e cada manifestação subjetiva dos indivíduos. É por intermédio do Outro que recebemos a significância.

Em outras palavras, Lacan (1998) ilustrou esses endereçamentos através do grafo do desejo: percebemos que há nesse grafo uma linha ascendente que vai ao encontro do Outro, representado por A, em francês *Autre*, representado pela mãe. Essa subida da necessidade – no grafo - irá encontrar aquele que acolhe com uma resposta humana, ou seja, o Outro. Assim, é nesse momento mais precoce da relação que pode se estabelecer ou não esse encontro primordial entre a mãe e o bebê, e por intermédio desse encontro, onde a mãe irá responder com um “estou aqui” aos apelos da criança, que o bebê será promovido a sujeito falante e estará no caminho da sua constituição subjetiva. Com base nessas proposições de Lacan (1998) acerca do desejo, podemos pensar, sobre os endereçamentos da enfermeira com a criança. Em outras palavras, a fragilidade desse bebê prematuro demonstrada em seu corpo poderia ser entendida como uma necessidade que encontrou acolhimento na enfermeira, que ao receber essa necessidade da criança, surgiu nessa cena para coletar sangue a fim de realizar os exames de sangue necessários para se cuidar melhor da criança, porém, nesse momento, também lhe endereçou palavras e transmitiu ao bebê uma gama de particularidades do Outro que a determina, revisadas e corrigidas, pela sua subjetividade pessoal. Assim, a profissional, nesta posição, estava assumindo o lugar de um outro servindo de Outro para o bebê. Observamos um ponto de dificuldade, contudo, do lado do bebê, que apenas endereçou de maneira silenciosa suas necessidades do corpo, e o outro atento a elas foi algo de fundamental

importância no sentido de não permitir o surgimento de outras dificuldades no bebê, caso não tivesse alguém para cuidar dele. José Vítor respondia aos cuidados da profissional de maneira apática, o que sinaliza um estado de inércia, como mencionamos anteriormente.

Percebemos também através da enfermeira a questão do significante do desejo materno em circulação na equipe-bebê-mãe e mãebê-equipe. Mesmo que no início não seja da mãe, de onde essa circulação parte, podemos pensar que a enfermeira veio colocar essa circulação em movimento e isto pode ter ajudado no sentido de movimentar a mãe em direção ao desejo e a criança poder ser representada em termos de significante e direcionada à recuperação, à vida.

A enfermeira comentou que ficou com pena por ele ser muito pequenininho e ter que coletar o sangue deste bebê, e ficou segurando o pé dele para estancar o sangue. Podemos pensar nestas falas da enfermeira como vem se dando os endereçamentos dela para com a criança e desta para com esta profissional: observamos uma pessoa atenta, aos cuidados e necessidades urgentes do bebê, que lhe dirige a palavra, e lhe apresenta os primeiros significantes, e por outro lado, observamos um bebê apático aos toques do outro, que está em dificuldade de reagir à dor de uma agulha, e a uma palavra carinhosa de alguém. Seria esta manifestação do bebê aqui aquilo que Chemama (2007) diz sobre a falha de endereçamento? Bergés e Balbo (2002) apontaram que, normalmente, quando se endereça, isto se faz em duas direções, de um sujeito para outro, e aqui neste caso isso parece não acontecer. No entanto, a insistência por parte da equipe pode ser um dos fatores motivadores de impulsionar o bebê em direção à vida. Podemos articular também a operação da *Aufhebung* através da palavra como impulsionadora deste movimento que cria espaços psíquicos.

No entanto, um ponto positivo que observamos nesta cena da enfermeira com o bebê, está no fato de que, mesmo diante da fragilidade do bebê e da indiferença deste, ela continua a endereçar-se a ele, com palavras, e gestos carinhosos. Segundo Frej (2003, 2005), isto é importante, pois é o aporte da palavra enquanto estrangeira ao organismo e ao corpo que se dá início ao movimento da *Aufhebung*. Talvez aqui, a partir deste suporte das palavras endereçadas desta enfermeira ao bebê, possam se constituir nele espaços psíquicos diferenciados.

Em outra observação que fizemos, o pai das crianças chegou à UTI-neonatal para vê-los. José Vítor estava deitado de bruços, segurando com os dois dedinhos a sonda na cabeça. Depois passou a se mexer. Falamos: “teu papai chegou!”. Primeiro, ficou olhando a menina Ana Larissa por um tempo, e depois olhou o menino: “bem menor que o outro, né... ele nasceu mais grande”. Torna-se interessante atentar para o reconhecimento primordial deste

pai, que neste momento que refere que um é bem menor que o outro parece não considerar a diferença entre os sexos das crianças, visto que se trata de um casal de gêmeos.

Conversamos com o pai que notou que o menino passou a se mexer em sua presença. Sobre o filho, disse: “quando ele se mexe, eu acho que ele está com alguma coisa”. Disse que não os esperavam, e que estava se acostumando com o fato de serem prematuros, pois estava acostumado em ver bebês com o tamanho normal. “Não vejo a hora deles crescerem”, disse. Apesar da dificuldade de se deparar com a realidade dos filhos prematuros, o pai das crianças parece aqui revelar sua aposta na recuperação e desenvolvimento dos bebês, de alguma maneira ele parece projetar-se no futuro e encontrar seus filhos crescidos e saudáveis.

Perguntou sobre a posição do menino de bruços: “não tem condições dele se mexer e se virar assim, né?” Falou surpreso sobre a criança, que começou a se mexer quando ele chegou perto. Dirigimo-nos para o bebê dizendo que seu pai estava o vendo ali. O menino continuou se mexendo. Parece que o pai começou aqui a perceber algo além do corpo frágil do bebê, e este reconhecimento pode ter vindo como um dos elementos que, também, puderam direcionar a criança a um lugar de sujeito. Lembremos a importância da posição psíquica que a enfermeira assume, em relação ao desejo e que se torna um dos elementos principais que podemos considerar, neste caso.

Quando estávamos olhando a menina, falamos para ela que o pai estava ali e perguntamos a ele como a chamavam, se pelos dois nomes ou o segundo nome e ele disse que a mãe tinha desistido do nome que havia colocado inicialmente na filha e que trocaria por Larissa. Estavam esperando poder tirar as digitais do pé do bebê, que ainda não podia. Olhou para a plaquinha com os dados do bebê e verificou que ainda não tinham colocado o horário de nascimento, e ele disse que “era importante para colocar no registro de nascimento”.

O pai ficou olhando a menina e, segundo ele, esta abriu um pouquinho os olhos como fez o menino. Perguntou se eles iriam precisar de transfusão e informou-se com as enfermeiras. A mãe contou, posteriormente, que eles estavam com um pouco de anemia. Em uma conversa que o pai teve com a médica, aquele disse que só iria pegar os filhos no colo quando eles estivessem com oito meses e a médica o orientou a pegar antes, afirmando que o contato com o pai era importante, e depois ela também comentou isso para o bebê. Interessante que podemos observar que este pai vem demonstrando o seu investimento e seu lugar de pai em relação aos seus filhos

Na semana seguinte, pudemos observar a interação da mãe com os bebês. Ela falou ao mesmo tempo sobre os dois filhos na conversa que tivemos. Fazia duas semanas do nascimento dos bebês e ela estava mais acostumada e mais animada com eles, o que sinalizou

um avanço. Porém, surgiram dificuldades com o leite, que estava saindo em pouca quantidade e estava ao ponto de secar, e em torno dessa questão a história pareceu circular.

No dia em que a encontramos, a mãe disse que tinha ido ver seus bebês na UTI. Um dia levava leite para eles, e no outro não. “Você viu como eles estão bem, né?” Tão gostoso pegar neles. O menino ficou mais ativo, procurando... a menina estava mais quietinha por ser prematurinha. Sensação gostosa de pegar no filho, mas tenho medo de pegar pro quadro dele não piorar. No meu íntimo, no íntimo, tenho medo... eu não estou preparada..estão sempre ali, limpinhos, e a gente aqui nessa cama, em contato com coisa suja...o pulmão da menina está mais verde, ainda não amadureceu”. Costumava visitá-los duas vezes no dia, de manhã e de tarde. Interessante que esta mãe refere sobre a questão da sujeira, desde o nascimento deles que, quando nasceram, eram duas coisas sujas, como ela disse inicialmente. Em outros momentos, ela vai apresentar outras situações relacionadas à sujeira. Interrogamos aqui o porquê dessa mãe pensar que o seu contato poderia prejudicar seus bebês e que representação tem a sujeira para ela. Sabemos com base em Freud (1933, 1932) que a maternidade pode ser compreendida em uma confirmação da sexualidade. Diante do relato da mãe, percebemos que talvez a questão da sujeira possa estar relacionada com a representação que ela tem acerca da maternidade. Nesse dia que os visitou, Roberta disse que conversou com as crianças com as portinhas da incubadora fechadas com medo de passar bactérias. Percebeu que quando conversava com eles, estes ficavam mais ativos: “olhinhos miúdos, parece um velhinho”, disse.

3.3.4 A dificuldade com a amamentação

Um dia conversamos com Roberta, que estava tirando leite para os bebês no corredor. Disse que estava dando “um bloqueio no quengo que não saía mais leite”. Ela chegou a conclusão sozinha de que algo estava gerando estado de tensão e bloqueando a saída do leite, disse que o seio estava doendo muito. Conversava conosco e massageava o seio para tentar sair o leite.

Contou que o leite estava afetando tudo. Falamos para ela que o fato de ela estar falando das coisas que lhe preocupavam talvez a ajudasse para o leite sair.

Segundo Roberta, ela “botou no subconsciente que queria secar o leite”, desistiu por causa da dor. Referia-se às dores nos seios e não conseguia que ninguém os tocasse, mas depois decidiu que alguém “ordenhasse”— tirar o leite — e sobre sua dificuldade falou: “não sei se já deu um bloqueio no quengo... estava saindo tão bem... e foi diminuindo... eu

coloquei, já fiz massagem, já aceitei a ordenha, já pedi remédio à médica... acho que botei no subconsciente que queria secar o leite”. Antes não deixava ninguém ajudá-la a tirar o leite por causa da dor, e depois não conseguiu, mas disse que pensou melhor, rezou e decidiu pelo bem dos bebês. Quando tirava o leite, este saía pouco, e ela não sabia se já tinha secado.

A amamentação segundo Queiroz (2005) tem o sentido de alimentar uma criança no seio. Seria a forma que mais se aproxima da continuidade intra-uterina e ameniza a angústia do bebê que vive seus primeiros dias de existência de maneira tão penosa. Os bebês deste caso não foram amamentados e por serem muito prematuros, ficaram muito tempo na incubadora e não podiam ser pegos no colo, nem ao menos amamentado. Quando estiveram fora de risco, não estavam sendo amamentados por causa desta dificuldade sofrida pela mãe. Diante disto, poderíamos pensar em uma interrupção nesta continuidade mãe e bebê? Que efeitos isto pode ter na constituição psíquica de uma criança nascida prematura? Talvez esta dificuldade tenha se somado a fatores que antecederiam a gestação, ou seja, poderiam estar ligados ao desejo dessa mãe que repercutiram na sua gravidez e nos primeiros meses. A prematuridade do nascimento, portanto, veio como algo que de maneira traumática causou uma ruptura no contato corpo a corpo que havia entre crianças e mãe.

A amamentação é uma das primeiras maneiras que o bebê é convocado a se tornar um sujeito, pois até mesmo o processo de lactação, é para ele que vai surgir o leite no seio da mãe. Interessante que esta mãe sozinha deduz que algo no seu psiquismo estava bloqueando esse processo natural de amamentação. O que a estaria bloqueando?

Queiroz (2005), ao explicar sobre os mecanismos fisiológicos da lactação, aponta que estes processos vão mais além do organismo, pois envolve a questão do desejo que torna o processo de amamentação ainda mais complexo. Sobre isto, refere a autora:

O estudo fisiológico do processo de lactação descreve em sua origem certo número de fenômenos ditos reflexos, quer dizer, fenômenos que se supõem mecânicos, involuntários, em resposta a certos estímulos externos. Já vimos que no ser humano, desde as origens o desejo está implicado nesses fenômenos ditos reflexos, por isso, podemos dizer que as coisas são bem mais complexas (QUEIROZ, 2005, p. 52).

Assim, diante do que a autora citada afirma, poderíamos continuar a levantar as nossas hipóteses interrogando se o bloqueio do leite de Roberta se deu em função de uma provável ausência de desejo.

Queiroz (2005) também aponta outros fatores que podem levar a uma inibição da lactação. Dentre estes, o pouco contato da mãe com o bebê ao seio e a demora em se colocar a criança ao seio. Segundo a autora (op.cit.), para que o leite desça é importante que a criança

sugue, de preferência imediatamente após o nascimento. No entanto, isto não ocorreu com esses bebês. Eles nasceram em condições muito graves e não puderam ter muito contato corpo a corpo com a mãe, pois precisaram ser internados imediatamente na UTI-neonatal. A ruptura que já ocorre no nascimento entre mãe e filho torna-se intensificada em bebês prematuros como eles, que não podem após o nascimento entrar em contato com algumas sensações conhecidas quando estavam na barriga, dentre elas o odor, que desempenha no bebê um papel importante na amamentação com a identificação do seio, e os outros sentidos também que estão envolvidos. Além do odor, a voz torna-se importante, visto que orienta o bebê em direção ao seio, e para que estes sentidos se manifestem é necessário o contato corpo a corpo com a mãe, que, nos primeiros dias dessas crianças, foi interrompido por causa da prematuridade extrema e do baixo peso ao nascer.

Queiroz (2005) ao falar da importância da amamentação no nascimento, diz:

Parece que essa primeira mamada é o momento do encontro entre um e outro que estabelece as bases da relação, e se esse momento for perdido ou perturbado, poderá comprometer não somente o funcionamento da amamentação, mas a própria relação entre o bebê e sua mãe (QUEIROZ, 2005, p.52).

Roberta falou sobre sua ansiedade quanto ao leite que não saía: “14 dias de nascimento pra esse leite secar. Não entendo... a doutora disse que podia ser ansiedade. O bloqueio era tanto antes que eu não deixava tirar, mas agora eu deixo e não sai.”. Não sabemos se essa dificuldade chega a ser um conflito por conta da realidade da dor desta mãe diante da separação ou por causa do desejo de ser mãe que parecia ausente em sua história.

Segundo a mãe, a menina mamava 5 ml e o menino 4 ml. Com o passar dos dias, estavam ganhando peso. Continuava se questionando e não entendia por que não tinha leite. Achava que este tinha secado, e os médicos lhe disseram que ela precisava estimular, pois tinha que ter leite: “sai umas gotinhas de ouro, e dá a aos bebês e eles (os médicos) dizem que são gotinhas de ouro”. Comentou que se sentia triste porque queria dar leite pra eles: “Quando eu decidi não saiu mais o leite...estou cansando de estar apertando...dói muito”. Roberta se via em um conflito entre o que estava acontecendo na realidade— a falta de leite— e a angústia de ter que ter leite para dar as crianças, e esta dificuldade a acompanhou durante boa parte da internação.

Com o passar dos dias, a mãe estava mais acostumada e mais animada com os bebês e continuou a falar sobre suas dificuldades de aleitamento. Passou a visitá- los com frequência e percebemos que neste caso, do choque inicial passou-se a uma melhora na relação.

Roberta contou que foi numa certa manhã na UTI-neonatal, pegou nos bebês e conversou com eles, principalmente com a menina, que era a mais delicada, segundo ela. Apenas tocava, mas já podia pegar no colo. O medo de pegar nos bebês continuava e ela dizia ser por causa da roupa suja de hospital. “É, por enquanto tenho que ter muita paciência”, dizia sobre a recuperação das crianças. Disse que a recuperação dos meninos estava boa, mas lenta, e que estava saindo leite. Conversamos com ela sobre o fato de que quem faz o leite descer é o contato com os bebês, eles que ajudam a sair o leite. A mãe disse que não sentia mais o seio encher: “quando tinha leite o peito ficava cheio e duro”. Queiroz (2005) fala sobre a demora do contato na amamentação como algo que pode dificultar a relação mais adiante, e talvez essa seja uma das situações que atrapalharam a amamentação das crianças e o estabelecimento da relação deles com a mãe. A demanda da criança que faz surgir o leite. Ela produz seu próprio alimento ao sugar o seio. Trata-se de um reflexo neuro-hormonal. A visão da criança, os gritos, o comportamento e a fome parecem estimular na mãe a produção da ocitocina que faz surgir o leite.

A amamentação dá uma sensação de continuidade com a vida intra-uterina, e, como diz Freud (1950, 1895), parece não haver corpo da mãe e corpo da criança, como se o corpo de um continuasse no corpo do outro, e o órgão de um fizesse funcionar o do outro e vice-versa. Isto evoca o que Frej (2003, 2005) fala sobre o *mèrenfant* e a questão da massa, ou seja, mãe e bebê como uma unidade indiferenciada.

No caso desses bebês, como pensar nos endereçamentos e nas demandas de leite? Parece que não conseguimos identificar aqui estas demandas ao longo do caso quando as coisas estavam difíceis. Porém quando algo se harmonizou na relação da mãe com eles, o leite passou a descer.

Queiroz (2005) explica que a amamentação, do ponto de vista metapsicológico, é o correspondente à experiência de satisfação da pulsão oral, estando esta, para Freud, na origem da constituição do aparelho psíquico e do pensamento da criança. O dar à criança o seio seria o constituinte da ação específica que faz parte da experiência de satisfação. Podemos articular essa temática do desmame com o que Frej (2003, 2005) refere sobre a massa e a *Aufhebung* em operação na experiência de satisfação.

No ponto de vista de Frej (2003, 2005), esse momento indiferenciado reenvia ao momento ficcional que antecede aquele que, para Freud constitui o da experiência de satisfação, e que dá suporte ao do surgimento do ser humano. Essa experiência é correlativa do surgimento de um corte, no estado da massa, constituindo uma primeira fronteira entre aquilo que constitui o organismo e o que institui o ser humano. A inscrição dessa primeira

fronteira é marcada por uma *Aufhebung* dos estímulos endógenos. Assim sendo, a autora (op.cit) encontra no texto de Freud a referência. Atingido pelos estímulos que o alcançam a partir do interior do corpo, que não podem ser suprassumidos por uma função fisiológica (*eine physiologische Funktion aufgehoben*), o bebê põe em ação suas potencialidades reflexas através de gritos e de descarga motora. O organismo humano é incapaz de executar a *ação específica* que o reconduz ao estabelecimento de seu equilíbrio. É quando a pessoa atenta ao estado do bebê realiza a *ação específica*, pelo aporte de uma *ajuda estrangeira (fremde Hilfe)* que a via de descarga passa a ter a função secundária de reciprocidade, cujo momento ocorre a passagem do organismo ao ser humano. Sobre isso, Frej afirma:

Momento certamente lógico, no qual o organismo é metamorfoseado em ser humano. Essa metamorfose parece acontecer a partir do momento em que o que teria sido uma via de descarga das quantidades de excitação, passaria a ter a função secundária de compreensão mútua (FREJ, 2005, p. 2)

A autora citada acrescenta um outro ponto que vem indicar uma vertente do que se constitui em *massa*. A ação específica realizada pelo adulto permite “que o ser impotente coloque em ação suas possibilidades reflexas de realizar imediatamente, no interior de seu corpo, a descarga que suprime o estímulo” (FREJ, 2005 p.1).

Diante disto, como uma unidade indissociável mãe e bebê, *mèrenfant*, nos primeiros momentos, não existe interno e externo, e essa indissociação o bebê faz pensar que é ele mesmo quem executa a ação específica que proporciona a experiência de satisfação, o que, segundo Queiroz (2005), não é algo distante da realidade, visto que é o próprio bebê quem produz o seu alimento. A ação específica, segundo a autora seria o motor que impulsiona o trabalho do pensamento, que se constrói a partir da introdução do Outro na psique. Outro também que é o objeto desejado, que permite ao bebê voltar a agir de forma que se interesse por viver novamente a experiência de satisfação. Este processo, para Queiroz (2005) é tido como estando na origem da possibilidade de internalização e simbolização.

Segundo Roberta, esta pegou o menino no braço certo dia pela manhã e comentou que ele ficou sorrindo: “Foi tão gostoso pegar meu filhinho no braço... peguei nele tão sem jeito.” Nesse dia, o bebê estava de olhos abertos e a enfermeira veio lhe dar a dieta. “Era pra ser um e veio um extra. A menina está mais quieta que ele”, disse ela. E sobre a menina, a enfermeira disse para a mãe: “Até agora está bem sem o soro. É bom que use o soro só nessas horas pra não acontecer essas coisas”, pois como o bebê se mexia muito, o soro tinha saído do bracinho dias antes. O menino adormeceu. Tinham raspado a cabeça dele, e a mãe falou, olhando para o filho: “vão tirar uma foto dele carequinha... era tão cabeludinho ele, né”. E a enfermeira respondeu que era “um penteado moderno, que infelizmente foi necessário. “Se fosse de nove

meses ele ia ser tão grande... olha como o meu tourinho está grande”, disse a mãe, bem-humorada.

Nesses diálogos, vamos percebendo que parece que a relação entre a mãe e seus filhos vem melhorando, o que nos indica que algum salto qualitativo em direção à cura pode ter acontecido.

3.3.5 A mudança de nome da menina

Em outro dia, conversamos com a mãe sobre os meninos e ela comentou que os estava achando mais ativos, mas quanto à menina sentiu-a meio “pra baixinho, como se tivesse descido um degrau”. A médica disse que não se preocupasse porque ela estava se recuperando. Dois dias antes, o menino estava com respiração ainda difícil e ofegante. A sua mãozinha direita estava na sonda da boca e o olho direito um pouco aberto. A mãe contou que eles estavam com anemia, mas que estavam se recuperando. Tomaram sangue havia dois dias.

“Teu nome é Cynthia? Eu fico te chamando de Lu, de Ludmila não sei por quê. Acho que você tem cara de Ludmila”. Ela disse.

Perguntamos se ela conhecia alguém com esse nome e ela disse que não. Daí, toquei no assunto do nome de sua filha, que ela havia trocado. Ela disse que havia trocado o nome porque tinha uma prima que tem o mesmo nome e poderia pensar que ela estivesse com inveja. A médica lhe disse que não era a mudança de nome que iria deixar a menina interna por mais tempo, pois ela era uma vitoriosa.

Dias depois a menina havia sofrido um sangramento por causa da aspiração. A mãe procurou saber melhor sobre isso e a enfermeira lhe disse que esse tipo de coisa acontece, até porque o bebê é muito pequenininho.

A enfermeira estava dando a dieta para a menina. Esta, de braços, fazia careta e se mexia. “Estás abusadinha, né? Desde que você chegou aqui que está assim fazendo careta insatisfeita em ficar sem tua mãe e teu irmãozinho... mas ele está aqui do teu lado, e sua mãe vai ficar sempre vindo aqui vê-la”, dissemos a ela.

A mãe conversou com a médica e disse que, às vezes, a menina “se esquece de respirar e tem que dar uma catucadinha nela, não é, mocinha?” falou Roberta para a sua filha.

“Mamãe vai botar tanto amor nessa pequena, né pequetinho?”. Depois disse pra mim: “são perfeitos, tem tudo, os dedinhos todos certinhos...como vai ser pra comprar um sapatinho pra eles?” Sorriu. Depois que a mãe saiu o bebê estava inquieto, se mexendo.

3.3.6 A cirurgia do menino e a recuperação da menina

Enquanto a menina se recuperava bem com o passar do tempo de internação, o menino precisou ficar interno durante mais tempo, visto que o mesmo nasceu com hidrocefalia, a qual precisou se submeter a cirurgias. A mãe vivenciou momentos de muita tensão e esperou muito para poder receber alta e ir para a casa com as crianças, porém, na medida em que o tempo passava, percebíamos que ela estava lidando melhor com a situação, através do seu jeito bem-humorado com a equipe, carinhoso com os bebês e otimista de que em breve estariam em casa vivendo suas vidas. Roberta era querida por todos da equipe e pelas mães internas pela sua facilidade de se relacionar com as pessoas. Era comum chegar à obstetrícia e vê-la no quarto de alguma outra mãe conversando.

Três meses depois de nascido, o menino foi para sua primeira cirurgia, e correu tudo bem. A mãe esteve atenta e cuidadosa em todo tempo, até o momento de terem alta. A menina recuperou-se mais rapidamente, e teve alta antes que ele.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo dos aspectos discutidos ao longo desta dissertação, bem como dos objetivos da nossa pesquisa, constatamos que elementos importantes surgiram da observação e intervenção clínica com os bebês prematuros e suas mães na clínica em UTI- neonatal, que nos levaram a pensar nas contribuições que estas reflexões apresentam para a pesquisa e clínica psicanalítica precoce.

Primeiramente, quanto aos objetivos de nossa pesquisa, concluímos que o andamento do nosso estudo nos permitiu alcançar as metas anteriormente estabelecidas, no sentido de elaborar reflexões sobre o que havíamos pretendido enquanto proposta de estudo. Pudemos realizar uma investigação acerca das incidências do significante do desejo materno nas intervenções da equipe médica e nas possibilidades de recuperação de um bebê prematuro. Para tanto, observamos as interações dos bebês internos em UTI- neonatal com as suas mães e com os membros da equipe médica que apareciam para cuidar deles. Analisamos a partir dessas observações e intervenções clínicas realizadas, os endereçamentos estabelecidos entre mãe bebê e equipe médica, o que nos deu a oportunidade de pensar a pertinência de nossa hipótese sustentada nesta dissertação, a propósito da existência de uma circulação do significante do desejo materno na equipe médica, na mãe e no bebê e que este significante parece surgir como um dos elementos importantes para se pensar no contexto de internação e recuperação de um bebê prematuro.

A análise de dois dos três casos discutidos anteriormente no terceiro capítulo sugere-nos que podem existir situações nas quais os significantes relacionados ao desejo materno não necessariamente devem começar a circular a partir da mãe e, que este movimento de circulação pode partir de outras pessoas, como, por exemplo, um membro da equipe. Em um dos casos, a profissional de enfermagem surgiu como um elemento importante em situações onde a mãe se encontrava em dificuldades de desejar ou até mesmo pensar o seu filho, e, a partir do endereçamento estabelecido entre a profissional e o bebê, foram evidentes as colaborações no sentido de impulsionar a mãe – ao longo do acompanhamento clínico e das intervenções clínicas – a ser tomada também por este significante, ajudando-a a sair da paralisação inicial que a impedia de desejar e que estava pondo obstáculos a criação de um lugar psíquico para a criança e também para ela. Esse estado de inércia poderia gerar dificuldades de criação desses lugares psíquicos que representassem a maternidade. As

análises empreendidas fortalecem a tese de Lacan (1998) concernente à relação existente entre os significantes e o desejo. Ora, se não observamos a circulação do significante do desejo materno a partir da mãe, por exemplo, supomos que a questão do seu desejo encontra-se em dificuldades nesse registro, talvez uma paralisação diante de conflitos psíquicos ou situações que envolvem a prematuridade da criança constituindo estes obstáculos.

Aplicando o que foi dito acerca das incidências do significante do desejo materno às questões levantadas no primeiro capítulo, por exemplo, pensamos que com este estudo podemos repensar e ampliar a concepção de assistência a saúde que se tem do recém-nascido. Na análise dos casos clínicos, pudemos mostrar a relevância de questões subjetivas que estão implicadas no processo de recuperação de um bebê prematuro e a importância de atentar para o que está além do orgânico do bebê. Nesse sentido, nossas análises corroboram as idéias de Bergés e Balbo (2002) e Queiroz (2005) no que diz respeito à existência do efeito do desejo da mãe implicados no funcionamento do corpo do bebê e submetido ao jogo dos significantes. Essas idéias apóiam nossas hipóteses de que o bebê não pode ser compreendido apenas nos seus aspectos orgânicos e funcionais, bem como que no seu processo de recuperação ou não é importante que se considere a circulação dos significantes relacionados ao desejo que estão subjacentes na história deste bebê. Este pensamento remete-nos e também ajuda-nos a responder a outra interrogação que fizemos acerca de que aspectos da vida do recém-nascido são visados ao se pensar na elevação da qualidade de vida. Muito se tem ainda a avançar em termos de representações que dêem conta do que se pretende enquanto qualidade de vida de um bebê prematuro assistido em UTI-neonatal, visto que é prática comum no contexto médico atentar para o que está mais urgente no corpo de um bebê frágil nascido prematuramente.

Não obstante, podemos pensar também com base no que foi visto nesta pesquisa acerca da circulação do significante, que a questão da emergência física também implica a emergência psíquica, visto que o corpo e seu funcionamento encontram-se envolvidos no jogo de significantes que representam o sujeito e que está relacionado ao desejo. Qual a repercussão sobre o bebê considerado em risco de vida, das expectativas médicas? Queiroz (2005) enfatiza a dimensão do desejo e do sujeito em constituição. As ações do bebê seriam constituídas como significantes, pois, compreendidas como manifestações subjetivas e expressões do desejo, apresentam relação com o desejo da mãe desde uma idade precoce. No segundo capítulo, por exemplo, interrogamos: o que há de instintivo e natural na maternidade? Existe algo que responda à questão de ser uma boa mãe ou ser uma mulher? Vimos o quanto essas questões encontram relação com as questões edípicas, o Outro e o jogo de significantes que representam e determinam o sujeito.

Retomando nossa hipótese acerca da circulação do significante do desejo materno em circulação na equipe médica e bebê, afirmamos que encontramos suporte no trabalho Laznik-Penot (1989). A autora citada articulou ao que Lacan (1998) no Seminário sobre *a Carta Roubada* diz a respeito do determinismo da cadeia significante. Perguntamos, então, se podemos dizer que esses fenômenos de repetição e a insistência de certos significantes também ocorrem no contexto da UTI-neonatal, com relação ao bebê prematuro, mãe e equipe médica? O que deste bebê, ou de sua mãe, pode determinar nos cuidados que lhe são dados, que implicam ou não na sua recuperação?

Em outras palavras, no contexto do bebê prematuro em internação, alguns significantes relacionados à sua história irá circular por entre equipe médica — os personagens que cuidam dele — fazendo com que estes de maneira inconsciente se encontrem presos ou arrastados nesse jogo de significantes em circulação, o que pode determinar aspectos peculiares nos cuidados com essa criança.

Neste momento, lembramos o que já encontramos sobre o determinismo do significante apontado pela autora citada, tomando como base a analogia que a mesma fez com *a Carta Roubada* no Seminário de Lacan, quando aborda essa questão apontando a existência em contextos como o do hospital, de certos fenômenos que ocorrem entre os protagonistas, chamados de automatismo de repetição (LACAN, 1998).

À citação de Lacan (1998) acrescentamos a hipótese de que os bebês prematuros dos casos analisados poderiam ter ocupado um lugar determinante em relação aos protagonistas que cuidam dele na UTI-neonatal. Com base neste lugar do excêntrico, posto em relevo pelo autor, pudemos observar a repetição ocorrendo nos personagens, bebê e equipe, por exemplo, na circulação de significantes. Por exemplo, poderíamos apontar alguns significantes que emergiram nas histórias dos três casos que analisamos. No caso Lucas, em relação à história de sua mãe, Joana, percebemos que às dificuldades que ela tinha de engravidar parecia circular significantes sobre a incompetência diagnóstica. O fato de após muitas tentativas de engravidar os exames “não darem em nada”, evidenciado a incompetência de dar um filho ao seu marido, o nascimento de um bebê prematuro com muitos problemas de saúde que atestavam a incompetência de Joana tornar-se mãe de um bebê saudável, as recusas alimentares do bebê, cuja leitura apontava a mãe incompetente, e o episódio da médica que, no nascimento da criança atestou a impotência médica diante da dificuldade do bebê, e diante de uma possibilidade de recuperação. Vale considerar que o signo do diagnóstico, por ser algo da ordem de uma circunstância externa, pareceu ter encontrado ressonância com as

dificuldades internas de Joana, gerando um obstáculo e fazendo do diagnóstico um significativo.

No segundo caso, o de Tiago, apesar de todo sofrimento de sua história, e de sua mãe ter tido dificuldades de pensá-lo devido ao obstáculo da não elaboração do luto pela morte da filha, a sua beleza foi um dos primeiros elementos que chamaram a atenção da equipe ao recebê-lo, assim que nasceu, na UTI neonatal. Talvez este significativo relacionado à beleza tenha circulado em seu período de internação de forma que tenha passado a questão da prematuridade e da doença para segundo e terceiro planos e tenha mobilizado as identificações dos profissionais, no sentido de um investimento na criança, que pôde ter sido uns dos elementos colaboradores na recuperação e no despertar do desejo da mãe por ele.

Outros pontos relevantes surgiram em relação às observações das interações das mães com os bebês na UTI- neonatal que merecem ser destacados como considerações.

As mães nos três casos analisados apresentavam patologias e tinham dificuldades para engravidar. Outro elemento comum às três mães em questão, diz respeito à confusão feita por elas entre os sintomas da doença e os da gravidez, levando-as nas primeiras semanas, ou meses, a algo da ordem de uma possível negação ou não reconhecimento da gravidez. No caso de Tiago, por exemplo, pudemos interrogar se na representação psíquica da mãe a gravidez de seu bebê se confundiu e se misturou com a doença do lúpus e seus sintomas. De acordo com ela, os atrasos da menstruação era atribuído ao lúpus, e não a uma gravidez, e antes do nascimento do filho contou ter sido internada novamente por causa dos sintomas do lúpus e não por conta da criança que estava para nascer. No caso dos gêmeos Ana Larissa e José Vítor percebemos algo semelhante quando a mãe, que tinha miomas, comentou que estava interna no hospital por causa dos miomas, e que na época em que estava grávida sentia dores atribuídas aos miomas. A notícia da gravidez deixou-a chocada. Esperava pelo mioma? Interrogamos aqui se essa certeza vem de seu desejo ou de seus medos de uma interrupção na gravidez. As dores no “pé da barriga” sem discernir que eram as contrações e o desconhecimento em relação aos sintomas da gravidez apontavam essa confusão que parecia haver na representação psíquica desta mãe entre os miomas e a gestação.

Outro aspecto desses casos concerne a não-expectativa de se tornarem pais diante das dificuldades. No caso Lucas, isso talvez tenha surgido em meio a um estado de desânimo por parte dos pais, que apesar de desejarem uma criança, pareciam não mais acreditar na possibilidade de os serem, por causa da longa espera repleta de frustrações. Isto é importante pelo que pode ser atribuído ao bebê no tocante à sua responsabilidade de produzir pais. No caso dos gêmeos, a mãe disse que pensava em ter filhos, mas achava que isso não nunca iria

acontecer, o que sinaliza também algo relacionado à ausência do desejo de ser mãe ou alguma dificuldade em relação ao desejo. Ao saber que estava grávida, ficou surpresa, chocada, e sentiu medo até se acostumar com a maternidade. Sobre o nascimento prematuro, disse: “Hoje estou me conformando... não foi algo alegre deles terem nascido, aquela expectativa, ansiedade [...] Eu vi assim que eles nasceram, mas estavam tão sujinhos... mas os médicos levaram logo para a incubadora até hoje”.

As análises dos casos levaram-nos a hipotetizar sobre os estados de paralisação da mãe no que tange à possibilidade de poder oferecer um lugar psíquico ao filho. Tal dado pode estar relacionado ao desejo ou dificuldades frente à prematuridade ou maternidade. No caso de Lucas, por exemplo, a mãe, ao vê-lo, não demonstrou nenhuma ação, não chorou, nem se emocionou. Sobre isso interrogamos se o choro e a emoção teriam hora marcada, no sentido de pensarmos nas dificuldades desta mãe em relação ao desejo. Pensamos nessas reações maternas como algo da ordem de um bloqueio, de um choque, que poderia ter paralisado alguma manifestação afetiva da mãe, ou a dificuldade de sustentar a gravidez pode estar relacionada com uma dificuldade que já estava em marcha sobre o lugar que a prematuridade vem a corroborar. Observamos que a apatia da mãe de Lucas diante do nascimento dele sinaliza o impacto que um nascimento diferente do que se esperava pode repercutir em uma mãe. Sabe-se que o nascimento por si só já contém em si o aspecto traumático tanto para o bebê, que viverá sensações diferentes daquelas do meio intra-uterino, e na mãe, que se depara com a revivescência de seu próprio nascimento e suas próprias questões na história da sua vida, tal como apontou Freud em *Sobre o narcisismo: uma introdução* (FREUD, 1914). No caso de Tiago, pensamos ser a doença da mãe e a perda da filha elementos fortes que, até onde sabemos do caso, estavam constituindo algo como uma paralisação na mãe de poder oferecer um lugar psíquico ao seu filho Tiago, bem como bloqueou de certa maneira a operação do reconhecimento primordial que estabelece os laços do recém-nascido com o outro. A respeito da mãe dos gêmeos, por exemplo, observamos os medos em relação à maternidade que parece ter atrapalhado ou constituído obstáculo ao desejo pelos bebês, a uma aposta pela sobrevivência deles. Podemos pensar também na doença dessa mãe, Roberta, parecendo estar sendo usada como anteparo, impedindo ou atrapalhando a vivência da gravidez.

“Hoje estou me conformando... não foi algo alegre deles terem nascido, aquela expectativa, ansiedade... eu vi assim que eles nasceram, mas estavam tão sujinhos... mas os médicos levaram logo para a incubadora até hoje”. Acrescentamos nesse aspecto da paralisação a importância da leitura do funcionamento das interações mãe e bebê e equipe

com base na *Aufhebung* freudiana. Podemos dizer que nos casos de Tiago e dos gêmeos houve atuação da *Aufhebung* freudiana no sentido de ter impulsionado a um movimento que tirou da inércia da dinâmica relacional da mãe com os bebês, levando-as em direção ao desejo, a maternidade e a melhora nas trocas alimentares, o que sinaliza a relação existente entre a recuperação dos bebês e o desejo. Destacamos aqui a importância da palavra da mãe ou profissional da equipe e das intervenções clínicas como impulsionadora da *Aufhebung* e da criação de espaços psíquicos. Após a operação da *Aufhebung* poderíamos pensar no caso da mãe de Tiago, que antes se via em um estado de paralisação diante da morte de sua filha e da doença que era acometida e, por conta da uma depressão, que lhe deixou em uma dificuldade de endereçar-se ao filho Tiago, o que Chemama (2007) chamou de carência de endereçamentos, e Tiago passou a ter um lugar na vida psíquica de sua mãe. No caso da mãe dos gêmeos, a dificuldade inicial de pensar ou até ver seus bebês por não acreditar que seria mãe foi superada e algum movimento aconteceu em direção à criação de um lugar para o desejo pelas crianças (FREJ, 2003, 2005).

Outro ponto importante que surgiu nos casos analisados refere-se à questão alimentar, em como se deram as trocas alimentares dos bebês com suas mães. No caso de Lucas, as trocas nas relações alimentares passaram a ser vivenciadas de forma tensa: a mãe se via afrontada diante da recusa/impossibilidade da criança- portadora de uma doença de ordem digestiva- em se alimentar e defecar como normalmente ocorre nos processos fisiológicos normais. E, quando aparece a questão dela em dizer que o filho a confronta e a pune ao recusar se alimentar, interrogamos aí se esta confrontação que ela sentia poderia ter sido situações de sua história revividas por ela através de seu filho.

Segundo Crespín (2004), as recusas alimentares podem ser entendidas como uma tentativa por parte do bebê em colocar limite a intrusão materna, que pode estar respondendo ao bebê, apenas, no plano da necessidade. No entanto, percebemos que Joana, apesar de ser a mãe mais comprometida das três e de existirem obstáculos que a paralisava, em alguns momentos ela conseguiu ultrapassar o plano da necessidade. Sob este viés, podemos atribuir a recusa da satisfação da necessidade também como uma forma do bebê se fazer reconhecer como sujeito de desejo.

No caso de Tiago, percebemos que após a superação das dificuldades iniciais da mãe com o bebê, aquela estava se dirigindo de forma atenciosa e carinhosa ao seu filho nos momentos da alimentação, e atribuía desejos à criança, quando dizia que ele estava com fome, que era para ele tomar o leite todo. Crespín (2004) afirma sobre esse momento que essa é a questão da metáfora de amor que a troca alimentar suporta.

No caso da mãe dos gêmeos Ana Larissa e José Vítor, existiram dificuldades com o leite, que estava saindo em pouca quantidade, o que ela atribuía a um “um bloqueio no quengo” e que estava ao ponto de secar, o que deixou essa mãe muito preocupada e em um conflito entre o que estava acontecendo na realidade- a falta de leite- e a angústia de ter que possuir leite para dar as crianças, e esta dificuldade a acompanhou durante boa parte da internação.

A amamentação, segundo Queiroz (2005), tem o sentido de alimentar uma criança no seio. Seria a forma que mais se aproxima da continuidade intra-uterina e ameniza a angústia do bebê que vive seus primeiros dias de existência de maneira tão penosa. Talvez esta dificuldade tenha se somado a fatores que antecederiam a gestação, ou seja, estavam ligados ao desejo dessa mãe que, repercutiu na sua gravidez e nos primeiros meses a prematuridade veio como algo que de maneira traumática causou uma ruptura no contato corpo a corpo que havia entre crianças e mãe. pois envolve a questão do desejo que torna o processo de amamentação ainda mais complexo.

Percebemos que a análise a partir da perspectiva da circulação do significante do desejo materno pode nos abrir caminhos novos de estudo para se pensar os fenômenos que surgem na clínica, principalmente no que diz respeito à identificação dos elementos da história do sujeito relacionados a estes significantes que os fazem paralisar e dificultar uma boa dinâmica psíquica na relação mãebebê prematuro.

A articulação com os trabalhos de Frej (2003) sobre *Aufhebung* freudiana permitiu-nos a realizar tais análises nessa pesquisa e a observar, ao longo do acompanhamento dos três casos, que aconteceram modificações significativas nas mães dos bebês. Por exemplo, no início encontravam-se em um estado de paralisação diante da prematuridade, que na maioria das vezes as levavam à dificuldade de pensar o filho e, desta inércia, passavam a um movimento em direção ao desejo. No que diz respeito aos bebês, observamos que estes também se beneficiaram quando as mães ou algum membro da equipe saíam dessa paralisação mencionada, o que nos leva a concluir que a intervenção pela palavra, tal como sustenta Frej (2003, 2005) constitui um fator muito importante na operação da *Aufhebung*.

O dado discutido acima se aproxima da psicanálise que, por ser um efeito da palavra, vivenciada diariamente na clínica as mudanças psíquicas que ocorrem nos sujeitos submetidos à análise. Assim, podemos pensar que estas razões podem fazer da concepção desse termo uma chave de leitura para os fenômenos psíquicos, bem como atesta a importância que o analista tem nas suas intervenções durante o acompanhamento de mãe e bebês prematuros dentro de uma UTI - neonatal. Outro ponto importante a esse respeito concerne à própria

relevância do papel do analista na UTI-neonatal, enquanto aquele que escuta e faz a leitura dos fenômenos que se apresentam, e por meio de intervenções pela palavra podem colaborar na desinstalação de certos sintomas que se apresentam no corpo do bebê, bem como também, ao fazer a análise dos significantes que circulam, poder realizar um trabalho de escuta também junto à equipe, colaborando com um novo olhar e um novo direcionamento desses sujeitos, que poderão construir espaços de trocas, análises e escuta de suas vivências diárias na UTI - neonatal, no sentido de proporcionar uma boa recuperação tanto física como psíquica do bebê e pode favorecer no andamento de um bom trabalho com os bebês prematuros.

Essas contribuições aplicadas ao contexto da UTI - neonatal podem abrir um espaço para que o psicanalista de bebês possa realizar um trabalho junto à equipe, no sentido de levá-los a considerar fenômenos subjetivos que aparecem na sua relação com o bebê, o que pode ter um efeito positivo na luta pela sua recuperação. Diante disso, procuramos, através da análises desses casos clínicos, compreender melhor como se constróem a relação entre as mães e bebês prematuros internos em UTI - neonatal, enfatizando a constituição de sua subjetividade e destacando o alcance do desejo materno nas intervenções da equipe médica e nas direções que o bebê prematuro venha a tomar, seja pela sua recuperação ou não. Com isto, pensamos nas possibilidades de se abrirem perspectivas para novas pesquisas psicanalíticas sobre intervenção precoce, sofrimento psíquico e clínica precoce em Psicanálise, bem como pensar sobre práticas de intervenções por parte dos profissionais de saúde que atuam em clínicas neonatal, pediátrica e ambulatorial, no sentido de que, considerando esses aspectos subjetivos, possam lidar melhor com situações que envolvam o bebê prematuro, sua mãe e seus familiares, olhando para o bebê como um sujeito em constituição, além das problemáticas orgânicas que lhes acometem.

REFERÊNCIAS

ASSAD, L. E. A transferência na pesquisa em psicanálise: lugar ou excesso? In: **Psicologia: reflexão e crítica**. v. 12, n. 3. Porto Alegre, 1999. Disponível em: <www.scielo.com.br> Acesso em: 30 de dez. 2008.

ASSOUN, Paul-Laurent. **Freud e a mulher**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Tradução Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BERGÈS, Jean; BALBO, Gabriel. **Jogo de posições da mãe e da criança**. Ensaio sobre o transitivismo. Porto Alegre: CMC, 2002.

BERGÈS, Jean; BALBO, Gabriel. **A criança e a psicanálise**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BICK, E. Notas sobre a observação de bebês na formação dos psicanalistas In: **Journal de la Psychanalyse de l'Enfant**, 1992.

BORTOLETTO-DUNKER, Ana Cristina; LORDELO, Eulina da Rocha. **Um novo bebê: interpretações sobre competências**. Psicologia: ciência e profissão, 1993.

BRANT, J.A.C. Recém-Nascido Pré-termo (premature) In: **Assistência ao Recém-Nascido: normas e rotinas**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 1998.

BRANT, J.A.C.; JÁCOMO, Antônio José Duarte; JOAQUIM, Marinice Coutinho Midlej; LISBOA, Antônio Márcio Junqueira. **Assistência ao Recém-nascido: normas e rotinas**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 1999.

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE, CID-10/2008. **Categoria nosográfica P05-P08: transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>> Acesso em: 3 de jul. 2008.

CHEMAMA, Roland. **Depressão a grande neurose contemporânea**. Porto Alegre: CMC, 2007.

CORRÊA, I. As negações In: **Da tropologia à topologia: escrituras lacanianas**. Publicação do centro de estudos freudianos. Recife, 2003.

CULERRE-CRESPIN, Graciela. **A Clínica Precoce: O nascimento do humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. (Coleção Primeira Infância)

DOLTO, Françoise. **Dificuldade de Viver: psicanálise e prevenção das neuroses**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

FARIAS, Cynthia Nunes de Freitas; LIMA, Glauceineia Gomes de. **A relação mãe-criança: esboço de um percurso na teoria psicanalítica**. Estilos da clinica. v. IX, n. 16. Instituto de Psicologia USP, 2004 (dossiê).

FIGUEIRA, Fernando; FERREIRA, Otelo Schwambach ; ALVES, João Guilherme bezerra, MAGGI, Ruben Schindler. **Diagnóstico e tratamento em pediatria**. Instituto materno-infantil de Pernambuco. Rio de Janeiro: Medsi, 1992.

FREJ, N. Z. **Le don du nom et son empêchement: au sujet des enfants de rue au Brésil**. Tese (Doutorado). Universidade Paris XIII. Paris, 2003.

FREJ, N. Z. **Ao longo do caminho tem uma pedra**. Trabalho apresentado na Reunião Lacano-Americana de Psicanálise. Florianópolis: 2005.

FREJ, N. Z. Com um grande X. In: COSTA, A.; RINALDI, D. (org.) **Escrita e Psicanálise**. Rio de Janeiro: companhia de Freud, 2007. (ENCONTRO NORDESTINO EM AQUISIÇÃO DE LINGUAGEM, ENEAL, 2005. Universidade Católica de Pernambuco).

FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas**. 3 ed. 24 v. Imago Editora, Rio de Janeiro: Imago 1990.

FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução. (1914, 1915) In: **Obras completas de Sigmund Freud**. v. XIV Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição eletrônica CD- ROM).

FREUD, S. Psicologia de Grupo e análise do Ego. (1921) In: **Obras completas de Sigmund Freud**. v. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição eletrônica CD-ROM).

FREUD, S. O Ego e o Id. (1923). In: **Obras completas de Sigmund Freud**. v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição eletrônica CD- ROM)

FREUD, S. Sexualidade feminina (1931). In: **Obras completas de Sigmund Freud**. v. XXI Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição eletrônica CD- ROM).

FREUD, S. O erotismo anal e o complexo de castração (1917, 1919) In: **Obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição eletrônica CD- Rom).

FREUD, S. A dissolução do complexo de Édipo (1924). In: **Obras completas de Sigmund Freud**. v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição eletrônica CD- Rom).

FREUD, S.. Projeto para Uma Psicologia Científica (1950, 1895) In: **Obras Psicológicas Completas**. v. I Edição Standart Brasileira (Edição eletrônica CD- Rom).

FREUD, S. Feminilidade (1933, 1932) In: **Novas conferências introdutórias sobre a feminilidade**. v. XXII, ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro: Imago, 1980.

GOMES, A.L.H. **A Relação Mãe-Bebê na Situação de Prematuridade Extrema: possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional**. Psicologia Hospitalar, v.2, nº 2, São Paulo, Dez. 2004.

HANS, L. **Dicionário comentado do Alemão de Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

HOLANDA, Ana Célia de Oliveira Silva; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. **O recém-nascido de risco: uma revisão de literatura**. Revista de Pediatria do Ceará, jul./dez. 2004.

JÁCOMO, Antônio José Duarte. Recém- nascido pequeno para a idade gestacional In: **Assistência ao Recém-nascido: normas e rotinas**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 1999.

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

LACAN, Jaques. **O seminário**. A relação de objeto. v. 4. Rio de Janeiro: Jorge zahar Editor, 1995.

LACAN, Jaques. **O seminário**. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. v. 11. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

LACAN, Jaques. **O Seminário**, livro 20: mais, ainda. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

LACAN, Jaques. **O seminário**. O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise. v. 2. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985

LACAN, Jaques. O seminário sobre “A carta roubada” In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, Jaques. Subversão do sujeito e a dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACROIX, Marie-Blanche; MONMAYRANT, Maguy (org.). **A observação de bebês: Os laços do encantamento**. Porto Alegre: Artes médicas, 1997.

LAZNIK-PENOT, M. C. Seria a Criança Psicótica “Carta Roubada”? In: SOUZA, A. M. **Psicanálise de Crianças**. v. 1. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

LEBRUN, Jean - Pierre. **Um mundo sem limite: ensaio para uma clínica do social**. Tradução Sandra Regina Felgeuiras. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

LEBRUN, Jean - Pierre. **O futuro do ódio**. Porto Alegre: CMC, 2008.

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

MATHELIN, C. **O sorriso da Gioconda: Clínica psicanalítica com os bebês prematuros**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2005.

MEDEIROS, Andrew Monteiro Correia. **A existência de “Sistema Sensório-Motor Integrado” em Recém-nascidos Humanos**. Psicologia USP. 2007. p.11-33.

MEDEIROS FILHO, João Gonçalves de. **Neonatologia: guia prático**. João Pessoa: Ideia, 2008.

MEZAN, R. Que significa “pesquisa” em psicanálise? In: SILVA, M.E.L (org.). **Investigação e psicanálise**. São Paulo: Papyrus, 1993.

MOTTA, S.P.P. **Sinais de risco psíquico na clínica da pré-história do sujeito.** (2003) Trabalho apresentado no II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e VIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental. Belém/Pará, 2006.

PEDROSA, L.D.C. O; SARINHO, S.W; ORDONHA, M.A. **Óbitos Neonatais:** por que e como informar? Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil. v.5, n.4, Recife, Out/Dez. 2005.

QUEIROZ, T.C.N. **Do desmame ao sujeito.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. (Coleção Primeira Infância)

SAFRA, G. O uso de material clínico na pesquisa psicanalítica In: SILVA, M.E.L(org.). **Investigação e psicanálise.** São Paulo: Papyrus, 1993.

SZEJER, M. **Palavras para Nascer:** a escuta psicanalítica na maternidade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

TURATO, E. R.. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-qualitativa.** São Paulo: Vozes, 2007.

VIDAL, S.A.; FRIAS, P.G.; BARRETO, F.M.; VANDERLEI, C.M.; FELISBERTO, E. Óbitos infantis evitáveis em hospital de referência estadual do nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil.** v.3, n.3, Recife, jul./set. 2003.

WICKERT, L. F. **A escrita da clínica psicanalítica.** Trabalho apresentado na Jornada acadêmica da Faculdade de Psicologia da PUCRS, 2006. Disponível em:<www.lucianawickert.com.br> Acesso em: 30 de dez. 2008.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Termo de Consentimento livre e Esclarecimento - TCLE

- 1 Você está sendo convidado para participar da pesquisa: Incidências do Desejo Materno nas Intervenções da Equipe Médica e nas Possibilidades de Recuperação do Bebê Prematuro.
- 2 Você foi selecionado de forma aleatória e sua participação não é obrigatória.
- 3 A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
- 4 Sua recusa na participação desta pesquisa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição (Hospital Universitário Lauro Wanderley).
- 5 O objetivo geral deste estudo é: realizar um estudo sobre os sentimentos da mãe diante da equipe médica e das possibilidades de recuperação do bebê prematuro. E os objetivos específicos são: Observar as interações entre mães, bebês prematuros e a equipe médica na UTI – neonatal;
- 6 Sua participação nesta pesquisa consistirá em consentir a presença e observação do pesquisador na Uti - neonatal no momento em que você e a equipe médica estiverem com seu bebê, e também, apenas junto a este último com ou sem a presença da equipe que o acompanha.
- 7 Não existem riscos relacionados com sua participação.
- 8 Os benefícios relacionados com a sua participação são: tentar facilitar sua interação com o seu filho como também a sua inserção na cultura e na sociedade.
- 9 As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e garantimos o sigilo sobre sua participação.
- 10 Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação (serão feitas apenas as anotações das observações, de acordo com o método de observação de bebês que utilizaremos na pesquisa, assim o pesquisador protegerá e assegurará a privacidade).
- 11 Você receberá uma cópia deste termo onde existe o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

DADOS DO PESQUISADOR PRINCIPAL (ORIENTADOR)

Nanette Zmeri Frej

Nome

Assinatura

Rua Mizaél Montenegro, apt. 201. Parnamirim - Recife /PE CEP. 52060-130

Endereço completo**Telefone**

DADOS DA PESQUISADORA (ORIENTANDA)

Cynthia Marden Torres

Nome

Assinatura

Rua: João Batista de Menezes, apt. 703. Bessa - João Pessoa/ PB CEP. 58036-113

Endereço completo**Telefone**

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley que funciona no Campus I- Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco- João Pessoa, Pb, CEP: 58059-900, Fone: (83) 3216-7302, Fone/Fax: (83) 3216-7522

João Pessoa, _____ de _____ de 200__

Sujeito da pesquisa *

Pai / Mãe ou Responsável Legal *

OBSERVAÇÃO:

Incluir informação sobre patrocinador (se pertinente); incluir informação sobre destino e guarda de materiais (se pertinente); incluir informação sobre estudo multicêntrico (se pertinente); utilizar linguagem compreensível para população alvo. No caso de pesquisas relacionadas com ações terapêuticas ou diagnósticas, explicitar os métodos alternativos, os riscos e benefícios de não utilizá-los.

* Quando o sujeito da pesquisa for criança, adolescente, ou pessoa com discernimento prejudicado pegar também a assinatura do Pai / Mãe ou responsável legal.