

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

MADALENA GONZAGA DE OLIVEIRA

**FUNÇÃO MATERNA E A CONSTITUIÇÃO SUBJETIVA
NA CONDIÇÃO DE PREMATURIDADE**

Belém
2011

MADALENA GONZAGA DE OLIVEIRA

**FUNÇÃO MATERNA E A CONSTITUIÇÃO SUBJETIVA
NA CONDIÇÃO DE PREMATURIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Roseane Freitas Nicolau.

Belém
2011

MADALENA GONZAGA DE OLIVEIRA

**FUNÇÃO MATERNA E A CONSTITUIÇÃO SUBJETIVA
NA CONDIÇÃO DE PREMATURIDADE**

Dissertação apresentada para a obtenção do título de
Mestre em Psicologia.

Data da defesa: 14/10/2011

Banca Examinadora:

Prof^a Dr^a. Roseane Freitas Nicolau – UFPA
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Angela Maria Resende Vorcaro – UFMG

Prof. Dr. Maurício Rodrigues de Souza – UFPA

Prof. Dr. Ernani Pinheiro Chaves – UFPA
Membro-Suplente

A minha família pelo incentivo constante.

Para Alvino, Andrea, Camila, Bianca e Luiz Henrique pela compreensão e paciência e por terem suportado minha ausência e meu silêncio durante o processo de elaboração deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Roseane Freitas Nicolau, pelo rigor na realização da pesquisa, por ter acreditado em meu trabalho e me auxiliado nos momentos de dúvida e apreensão, por sua persistência ao nos ensinar que sempre haverá algo a aprender com a clínica e por acreditar na possibilidade do diálogo entre Psicanálise e Medicina.

Aos integrantes da Banca de Qualificação e, agora, da Banca Examinadora Prof^a. Dra. Angela Vorcaro e Prof. Dr. Mauricio Rodrigues pelas valiosas observações e contribuições durante o exame de Qualificação e pelos questionamentos.

A todos os colegas do Grupo de Pesquisa, pelo trabalho conjunto, por compartilhar a clínica e pelos debates e questionamentos que contribuíram para muitas das idéias aqui apresentadas.

À equipe do Ambulatório do Prematuro, pelo apoio e compreensão.

Aos pequeninos bebês prematuros e suas mães que se disponibilizaram a colaborar com seus relatos, sua dor, seu sofrimento e suas alegrias.

Ao Decionei, ou melhor, ao “Nei”, sempre solícito no atendimento aos mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Psicologia-PPGP.

As exigências de amor de uma criança são ilimitadas; exigem exclusividade e não toleram partilha.

A Feminilidade (FREUD, 1976f:152).

[...] o que acontece se o agente simbólico, o termo essencial da relação da criança com o objeto real, a mãe como tal, não responde mais? Se, ao apelo do sujeito, ela não responde mais?

Vamos dar a resposta a nós mesmos. Ela decai.

A Relação de Objeto (LACAN, 1995:68)

Como sentir-se mãe desse bebê que não dá sinal, que não mama, que não olha, que, não sendo em momento algum tranquilizante, não fabrica “mãe”?

O Sorriso da Gioconda (MATHELIN, 1999:67)

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca de Pós-Graduação do IFCH/UFPA, Belém-PA)

Oliveira, Madalena Gonzaga de

Função materna e a constituição subjetiva na condição de prematuridade / Madalena Gonzaga de Oliveira ; orientadora, Roseane Freitas Nicolau. - 2011.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2011.

1. Prematuros. 2. Prematuros - Cuidados e tratamento. 3. Mãe e lactente. 4. Lactentes - Crescimento. I. Título.

CDD - 22. ed. 618.92011

RESUMO

OLIVEIRA, M. G. **Função materna e a constituição subjetiva na condição de prematuridade.** 2011 – 103 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Pará – Belém-PA.

Estudos sobre a relação mãe-bebê revelam que o laço que envolve essa dupla, no caso de nascimento prematuro, apresenta especificidades, sendo necessário investigar o efeito da prematuridade nesta relação, uma vez que pesquisas em diversas áreas mostram que os efeitos desse laço primordial repercutem no desenvolvimento posterior da criança. Nesta perspectiva, esta dissertação trata de uma investigação acerca do exercício da função materna em uma situação crítica que é o nascimento prematuro. Uma das questões específicas da prematuridade encontradas no trabalho com a mãe é a dificuldade de investimento libidinal em uma criança pequena, magra e frágil, devido a sua condição orgânica, que em nada se assemelha ao filho imaginário. A questão é analisada numa perspectiva que articula teoria psicanalítica e prática clínica, colocando em cena as influências recíprocas entre prematuridade, perturbação do laço mãe-bebê, função materna, psicopatologia do bebê e constituição subjetiva. O material clínico constitui-se de fragmentos de estudos de casos articulados ao material teórico, a escuta das mães e observação (leitura) de bebês. Os fragmentos permitem a cada leitor fazer sua própria construção ainda que seja para contestar a autora, pois, como diz Derrida (2002), é necessário desconstruir um conhecimento para haver novas construções, o que corrobora Lacan (1993) ao referir que o saber é sempre não-todo. O interesse em investigar o tema está na possibilidade de reflexões que possam ser úteis ao trabalho de outros profissionais envolvidos com a saúde e o desenvolvimento de bebês e crianças.

PALAVRAS-CHAVE: prematuridade; função materna; sintoma; constituição subjetiva.

ABSTRACT

OLIVEIRA, M. G. **Maternal function and the subjective constitution in the condition of prematurity**. 2011 – 103 p. Dissertation (Master's Degree) – Program of Post graduate of the Federal University of Para – Belem-PA.

Studies about the relation mother-baby reveal that the tie that involve this pair, in the case of a premature birth, presents specificities, being necessary to investigate the effect of the prematurity in this relationship, once that the researches in several areas show that the effects of that primordial tie reflects in the posterior development of the child. In this perspective, this dissertation is about an investigation of the exercise of the maternal function in one critical situation that is the premature birth. One of the specific issues of the prematurity found in this work with the mother is the difficulty of a libidinal investment in a little child, thin and fragile, due to her organic condition, that nothing resembles the imaginary son. The question is analyzed in a perspective that articulates psychoanalytic theory and clinical practice, showing the reciprocal influences, between prematurity, disturbances of the tie mother-baby, maternal function, psychopathology of the baby and subjective constitution. The clinical material constitutes of fragments of studies of articulated cases to the theoretical material, the listening of the mothers and the observation (readout) of the babies. The fragments allows to each reader to do his own construction even if it is to controvert the author, for as Derrida says, it is necessary deconstruct a knowledge to have new constructions, what corroborates Lacan referring that the knowledge is always a not-all. The interest in investigating the theme is in the possibility of reflections that may be useful to the work of other professionals involved with the health and the developments of babies and children.

KEY-WORDS: prematurity; maternal function; symptom; subjective constitution.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. O ESTUDO SOBRE BEBÊS: UMA REVISÃO.	24
2. DO EU CORPORAL AO SUJEITO: DA EXPERIÊNCIA DE SATISFAÇÃO ÀS OPERAÇÕES LÓGICAS DA CONSTITUIÇÃO SUBJETIVA.	35
3. PREMATURIDADE E FUNÇÃO MATERNA: SUA MAJESTADE COM O TRONO EM RISCO.	51
3.1 MÃES ENVOLTAS COM UM ESTRANHO: SERÁ ELE UM REI?	60
4. FUNÇÃO MATERNA, PREMATURIDADE E SINTOMA: QUANDO BEBÊ REVELA O MAL-ESTAR DOS PAIS.....	69
5. DO QUE SE ESCUTA NA CLÍNICA DA PREMATURIDADE.	80
5.1. SARA – A MÃE “FANTASMA”.	80
5.2. FÁTIMA E A VACA QUE NÃO QUERIA PRODUZIR LEITE.	82
5.3. REGINA – A MÃE “BEBÊ”.	82
5.4. ANA – A MÃE QUE NÃO PERCEBEU A FICHA (FILHO) CAIR.	84
5.5. GRAÇA E SEU PEQUENO REI.	85
5.6. VERÔNICA: DANDO O QUE NÃO TEM – SOBRE O AMOR MATERNO.....	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
REFERÊNCIAS	94
ANEXOS	102

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Introdução

Há muito mais continuidade entre a vida uterina e a primeira infância do que a impressionante cesura do ato do nascimento nos permite saber.

Essa afirmação de Freud (1926/1976d), contida no artigo *Inibições, sintomas e ansiedade*, demonstra que em um período em que as pesquisas sobre a primeira infância eram raras, já se preocupava com as vicissitudes dessa fase inicial da vida e, parece, nos convida a decifrar os enigmas que envolvem os bebês e as crianças pequenas em seus primeiros tempos de vida, um tempo que se sucede do útero até os anos primeiros, um tempo em que, nas palavras de Freud (*ibidem*), o jovem humano está à mercê do fator biológico, em condições de desamparo¹ e dependência.

Freud sequer imaginava a possibilidade dessas pesquisas chegarem a uma tecnologia tão avançada, capaz de salvar seres tão frágeis como um bebê de vinte e seis semanas com peso entre seiscentos e setecentos gramas. Se naqueles tempos o autor já considerava o bebê humano um ser desamparado ao nascer, o que ele pensaria desses pequeninos que são mantidos vivos por máquinas, medicamentos e procedimentos tão invasivos? Freud fala em continuidade entre vida uterina e primeira infância. Que podemos pensar do início de uma vida que sofre a brusca descontinuidade da prematuridade? Estas preocupações acompanham meu trabalho desde o seu início no Ambulatório de Seguimento² do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará e me despertaram o desejo de compreender melhor as manifestações envolvidas neste acontecimento. O referido hospital realiza acompanhamento de pré-natal de alto-risco, atendendo à dupla mãe-bebê da gravidez ao parto e, após o nascimento, até o quarto ano de vida do bebê. É no ambulatório que se passa a perceber os efeitos da prematuridade, especialmente no que diz respeito à posição do cuidador primordial frente a este prematuro. São esses efeitos que se tornaram objeto desta pesquisa.

¹ Segundo Laplanche, J. & Pontalis, J-B. estado do latente que, dependendo inteiramente de outrem para a satisfação das suas necessidades se torna impotente para realização da ação específica que dará fim à tensão interna.

² O ambulatório de seguimento é o setor que garante a continuidade da assistência prestada ao recém-nascido egresso da Clínica de Neonatologia e à sua família após a alta hospitalar, até os quatro anos de idade da criança.

Adotando como pressuposto a concepção do corpo do *infans* como uma superfície marcada pelo discurso e olhar materno, tomamos por base o investimento narcísico da mãe em relação ao bebê a partir da constituição de uma imagem corporal. O objetivo principal é discutir a condição de prematuridade como fator que pode causar perturbação no laço mãe-bebê, implicando o comprometimento do exercício da função materna tendo diversos deslizamentos, entre eles, sintomas no bebê.

As principais questões que norteiam esta discussão são: a condição de prematuridade afetaria o exercício da função materna? Se assim for, que efeitos pode haver quando o laço entre o bebê e o Outro primordial³ nesta condição é perturbado? Em que medida os sintomas apresentados por esses bebês estão relacionados com alguma falha na função materna?

Para responder a essas e outras questões, partimos das concepções teóricas de Freud, Lacan e outros pós-lacanianos, propondo uma discussão acerca do processo de constituição subjetiva, ao levantarmos a hipótese de que a condição de prematuridade pode vir a perturbar o laço mãe-bebê e dificultar a operação da função materna, elaborando articulações entre o cruzamento função materna, manifestações corporais e psicopatologias do bebê.

Vejamos como se constitui o contexto de nosso trabalho na instituição. Na área maternoinfantil, o hospital possui como sistema de atendimento o Método Canguru⁴. Este método segue norma do Ministério da Saúde e é desenvolvido em três etapas. A primeira etapa é o período após o nascimento do bebê que, impossibilitado de ir para o Alojamento Conjunto⁵, necessita de internação na unidade neonatal. O tempo de internação é imprevisível, variando de alguns dias a meses. Na segunda etapa, o recém-nascido encontra-se estabilizado e poderá ficar em acompanhamento contínuo com a

³ Para Lacan (1956-57/1995) elemento singular, fundamental para que o *infans* possa surgir no registro do simbólico. Elemento que possibilita a estruturação do sujeito do desejo.

⁴ Tipo de assistência neonatal que implica contato pele a pele precoce, entre a mãe e o recém-nascido de baixo-peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo dessa forma uma participação maior dos pais no cuidado ao seu recém-nascido.

⁵ Modalidade de acomodação do recém-nascido normal em berço contíguo ao leito da mãe.

mãe. Mãe e criança permanecerão em enfermaria conjunta onde a posição canguru⁶ será realizada até o bebê atingir o peso adequado (1.800 kg). Essa enfermaria funciona como um "estágio" pré-alta hospitalar da mãe e seu filho. A terceira etapa acontece após a alta e dará continuidade à assistência ao recém-nascido prematuro. O acompanhamento mínimo na terceira etapa deve ser até o bebê completar 2500g. Após a alta do programa será encaminhado para o ambulatório de seguimento de risco, onde será realizado o acompanhamento do seu desenvolvimento.

São atribuições do ambulatório de seguimento, segundo norma do Ministério da Saúde: garantir a continuidade da assistência ao bebê e à sua família pós-alta hospitalar; avaliar, incentivar e apoiar a manutenção do aleitamento materno; realizar exame físico do bebê; avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre o bebê e sua família; detectar e intervir em situações de risco; observar a administração dos medicamentos prescritos; orientar e acompanhar tratamentos especializados; orientar esquema adequado de imunização; avaliar o desenvolvimento neuromotor.

Os recém-nascidos atendidos no ambulatório apresentam as seguintes problemáticas orgânicas ao nascerem: baixo peso; asfixia perinatal; problemas neurológicos; hiperbilirrubinemia⁷; policitemia sintomática⁸; hipoglicemia sintomática; uso de ventilação mecânica; infecções congênitas; malformações congênitas, e; síndromes genéticas. A equipe do ambulatório é multidisciplinar e composta por: pediatra, enfermeira, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, neurologista, cirurgião pediátrico, oftalmologista e otorrinolaringologista. Excetuando-se as situações administrativas como férias, licenças e outras, a equipe se mantém dentro deste parâmetro.

Entre as atividades desenvolvidas pelo psicólogo no ambulatório, denominadas de protocolo pela instituição, temos: a entrevista psicológica (anamnese) que consiste na

⁶ Consiste em manter o recém-nascido de baixo peso ligeiramente vestido, na posição vertical, contra o peito do adulto. Dessa forma, o recém-nascido pré-termo fica em contato pele-a-pele prolongado e contínuo com sua mãe, recebendo leite materno, carinho e calor.

⁷ Hiperbilirrubina neonatal, ou icterícia acentuada, em geral benigna, reversível e caracterizada por uma alta concentração de um pigmento produzido pela degradação das hemácias do bebê, a bilirrubina. Em casos extremos, a hiperbilirrubina pode ocasionar problemas sérios no sistema nervoso central, como a doença Kernicterus, que pode inclusive levar à morte.

⁸ Aumento no número de hemácias (o mesmo que eritrócitos ou glóbulos vermelhos) no sangue.

coleta inicial de informações referente ao bebê e sua família; a avaliação global do desenvolvimento; a intervenção clínica precoce⁹ com pais/bebês na qual se leva em conta os aspectos psicomotores e psíquicos de seu desenvolvimento, auxiliando os pais no exercício das funções parentais; o atendimento individualizado aos pais/cuidadores dando ênfase ao exercício das funções parentais; a interconsulta, realizada através de consulta conjunta (psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e fisioterapeuta) e discussões de caso com outros profissionais (pediatra, enfermeiro, nutricionista, assistente social, neuropediatra), com objetivo de integrar e promover o diálogo, articulação e a troca de saberes das diferentes especialidades do ambulatório. Esta última atividade ocorre de forma constante, não havendo dificuldade na troca de saberes, com exceção da neuropediatria, que atende uma vez na semana.

Numa perspectiva psicanalítica, o ambulatório se propõe a acompanhar o desenvolvimento de bebês prematuros, propiciando um espaço de escuta aos pais e/ou cuidadores que, devido à situação de prematuridade e hospitalização, encontram-se angustiados. Acreditamos que a escuta da angústia dos pais poderá auxiliar na estruturação psíquica desses bebês.

O contato com a dupla mãe-bebê ocorre no parto, durante os plantões na Maternidade e, posteriormente, na Unidade Neonatal e Enfermaria Canguru e, principalmente, no Ambulatório do Prematuro. Os atendimentos são realizados diariamente conforme a agenda do ambulatório. Esta se caracteriza pelo seguinte: bebês no primeiro atendimento são considerados casos novos e, portanto, passam por entrevista inicial com pediatra, assistente social e psicólogo para posteriores encaminhamentos, conforme as necessidades do bebê; atendimentos posteriores são realizados em interconsulta com psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional para avaliação e acompanhamento do desenvolvimento. Dependendo de cada caso, são realizados atendimentos com pais-bebês.

Sabe-se que o bebê humano, mesmo nascido a termo (quarenta semanas), é totalmente dependente, inacabado do ponto de vista fisiológico, necessitando dos

⁹ São atos clínicos pontuais, singulares, construídos caso a caso, que visam facilitar o estabelecimento de um laço constituinte com os outros que rodeiam o bebê.

cuidados de terceiros para sobreviver, para ter suas demandas fisiológicas satisfeitas. Também nasce imerso num desamparo psíquico, (FREUD, 1895/1990a) com o fluxo vital desorganizado e um excesso de estímulos sem vias organizadas de descarga. Os cuidados oferecidos pelos pais vão além da puericultura, pois não se limitam apenas a dar comidinha ou a banhar seus bebês. Esses atos são acompanhados por uma carga libidinal, um investimento que vai envolvendo, contornando e dando sentido aos apelos corporais do *infans*. Para Freud (*ibidem*), os cuidados da maternagem (dar colo, carinho, aconchego) vão sexualizando e pervertendo a ordem orgânica e assim, por exemplo, a boca vai deixando de servir apenas para comer, passando a sugar e a beijar. O bebê, recebendo mais do que seu organismo pede, irá demandar mais investimentos pulsionais. Sendo erogeneizado, recebe as marcas da pulsão e significantes simbólicos que irão lhe permitir a entrada no mundo da cultura. Mas, para entrar no simbólico, a criança há que passar pela lei, sair da alienação, da completude materna. Quem vai proporcionar esse corte é o agente materno no exercício de sua função. É a partir da relação com a mãe ou cuidador que a criança se subjetiva. O cuidador, o adulto encarregado de zelar pela criança (geralmente a mãe), está em função de agente do Outro e, nessa função, ele representa para a criança o Outro que irá, através de seu olhar, gestos e palavras, desenhar o mapa libidinal que recobre o corpo do bebê (KUPFER, 2000).

Enfatizamos o termo função e não pessoa, pois a função materna, sendo uma operação fundamental na constituição do sujeito, por algum tempo foi um tema envolto em muitos equívocos, em decorrência, provavelmente, de interpretações errôneas dos escritos freudianos. Passou-se a confundir o ato de ser mãe com a função materna e, a partir desse erro interpretativo, a figura materna foi responsabilizada por toda criança que apresentasse problemas psíquicos ou de desenvolvimento. Isto custou caro à clínica psicanalítica, pois teve que desfazer esse engano a um significativo esforço teórico.

Conforme Kamers (2004), para que a função materna produza uma inscrição significativa, é necessário uma particularização dos cuidados na relação do outro com a criança. Isto implicará a diferença entre o que é da ordem do universal – a maternagem – e o que é da ordem singular – a função materna. Porém estes cuidados particularizados, não exigem a presença da mãe biológica, pois o fato dela estar presente

não garante o exercício daquela, ou seja, o exercício dessa função pode ser realizada por outra figura (substituto parental), desde que haja investimento libidinal na criança.

Nesta pesquisa tomamos o termo função materna tal como Lacan concebe. Para ele, antes de seu nascimento, a criança já existe a partir das identificações vindas do Outro, atrelada que está ao desejo dos pais. Esse Outro é o portador de um tesouro de significantes, instância feita de palavras. A esse respeito Bernardino & Kupfer (2008:672) esclarecem:

Por função materna Lacan define o que faz uma mulher quando transmite ao seu bebê o significante, através das letras que imprime no seu corpo como marcas de desejo (operação que ele chamou de alienação) e que o insere na linguagem; quando olha seu bebê e reconhece-o como filho, dotando-o de uma imagem (operação que ele chamou de Estádio do Espelho); quando não é toda presença nem toda ausência, mas se alterna simbolicamente para que seu filho perceba-a faltante (operação de introdução no Nome-do-Pai, aqui representada pelo discurso materno e denominada por Lacan de Separação).

Portanto, pensamos a função materna enquanto estruturante e para que seja assim, supõe-se uma mãe, sujeito dividido, barrado pela própria castração. E nesta sua condição de faltante, toma o bebê como objeto privilegiado de seu desejo. Essa mãe, enquanto Outro primordial do bebê, participará diretamente da armação da estrutura psíquica dele, ocupando a função materna e, num movimento de antecipação, irá, a partir de sinais que o corpo do bebê lhe envia, interpretar o organismo do *infans*, dando-lhe sentido e intenções. Ao antecipar-se ao bebê, supõe neste um sujeito, organizando seu gozo (Mota, 2009).

Mas, e se essa função falhar? Mota (2009:34) fala de disfuncionamentos, inibição ou psicopatologias decorrentes da não-instalação da função materna. Vejamos o que ela diz a respeito destas disfunções: “A mais grave delas, a privação da função materna desejante, em período muito precoce, de extrema dependência do Outro primordial, acarreta para o bebê dificuldades para estabelecer a continuidade de existir”.

Que circunstâncias poderiam estar ligadas a uma privação da função materna? O nascimento prematuro poderia ser uma delas? Diante do cenário de dificuldades descrito

pela autora, nos parece que um parto prematuro pode vir a colocar em risco não apenas a vida física do bebê, mas também as primeiras marcas que deve receber através do investimento afetivo do Outro primordial, pois o recém-nascido pré-termo, logo ao nascer, é separado de sua mãe para receber os cuidados que a urgência de um nascimento prematuro requer. Os cuidados dos primeiros dias e, em alguns casos, dos primeiros meses, não serão realizados por ela. Os primeiros contatos entre ela e o filho serão intermediados pela equipe de saúde, um momento crítico para a relação mãe-bebê, na avaliação de René Spitz (2004), que chama a atenção para a importância da presença do afeto nos cuidados maternos nesta fase de desenvolvimento.

Spitz direcionou seus estudos observando a participação fundamental da mãe ao oferecer um clima emocional favorável ao desenvolvimento do filho em todos os aspectos. As trocas afetivas entre mãe e filho, segundo o autor, proporcionam uma extensa gama de experiências ao bebê que irá favorecer sua constituição psíquica.

Entretanto, em casos de prematuridade e devido à imaturidade e instabilidade do recém-nascido, mãe e filho sofrem uma série de restrições que dificultam o contato inicial entre a dupla. Isso nos faz pensar em como essa mãe, muitas vezes paralisada pela angústia da separação abrupta de seu bebê ao nascer, pelas condições imaturas de seu filho que não pode responder a seus apelos de contato, pela possibilidade de uma perda real, investe narcisicamente em seu filho. Como lida com esse bebê real¹⁰ que não corresponde ao filho imaginário sonhado por ela? Como o bebê enfrenta o desafio dos primeiros eventos aos quais é obrigado a passar na condição de prematuridade? Como esse bebê incompleto, orgânica e psiquicamente, poderá agir e causar efeitos em sua mãe para que esta possa fazer de seus apelos uma demanda direcionada a ela? São questionamentos com os quais nos deparamos no dia-a-dia da clínica junto a pais e bebês prematuros.

¹⁰Dentre os vários bebês que povoam o imaginário parental, o psicanalista francês Lebovici (1987) propõe a existência de três: *imaginário, fantasmático e real*. **O bebê imaginário** é criado, imaginado em sonhos, pensamentos e percepções maternas e paternas, por meio da vivência que o bebê intraútero determina no período gestacional. Este bebê permanece apenas na vida interna dos pais, sem tornar-se consciente; **o bebê fantasmático** é um bebê arcaico, interior, que acompanha os pais na fantasia, desde sua infância. Impregnado e criado pelas vivências iniciais da vida dos pais, é responsável por formas de cuidado e por representações desse novo bebê, sem que os pais se deem conta desse fenômeno; **o bebê real** é o que nasce e recebe todo investimento materno e paterno para seu cuidado e desenvolvimento. Em geral é muito diferente daquele fantasmático e do imaginário. Começa a surgir no pensamento materno e paterno no final da gestação, facilitando a aproximação que ocorrerá quando de seu nascimento.

Questões como estas, que dizem respeito à constituição do sujeito e suas origens, se tornaram fundamentais no meu trabalho, especialmente no ambulatório de seguimento. Os bebês, estando nos primórdios da constituição psíquica, têm que se haver com o real¹¹, pois ainda não dispõem do simbólico para se manifestar. Temos observado como bebês, seres ainda não constituídos psiquicamente, manifestam “sua insuficiência na tensão orgânica” (Vorcaro, 2004:71) tensão que se precipita no corpo, como nos lembra Suassuna:

A expressão somática é uma via privilegiada pela criança pequena para significar um estado de sofrimento psicológico que se inscreve em uma patologia das interações entre o bebê e seus parceiros adultos, em primeiro lugar, seus pais ou substitutos parentais. (SUASSUNA, 2011:99).

No Ambulatório de Seguimento observamos cuidadores hipervigilantes a qualquer reação incomum na criança, ou, como diz Lacan (1995), que “entopem” o bebê de papinhas e comidinhas num transbordamento que a criança responde com refluxos e regurgitamentos incessantes sem qualquer causa orgânica. Na clínica escutamos algumas falas como: “... eu dou peito pra ela toda vez que ela chora ou quando está acordada”, me diz uma mãe que referia ter dificuldades em reconhecer os sinais da filha; também constatamos em alguns bebês um atraso motor sem nenhuma alteração somática. “... eu não coloco ele no chão, ...tenho muito medo que ele se machuque” ou “... ele pode pegar um resfriado ou uma pneumonia na lajota fria”. Num caso interessante em que uma criança de três anos iniciava uma encoprese, escutei de uma mãe: “... quando ela tinha seis meses eu já colocava ela no peniquinho, a senhora precisava ver... essa menina desde cedo conseguia fazer as necessidades no banheiro, nunca me deu trabalho neste ponto”. Seriam esses sintomas ainda efeitos da turbulência psíquica sofrida pelos pais durante a internação de seu filho ao nascer?

É comum ouvir dos pais: “... eu tenho medo que ele volte pro hospital e faço de tudo pra evitar qualquer problema... eu não quero passar por aquilo de novo”. Para algumas mães é difícil se desligar da condição de prematuro de seus filhos, mesmo

¹¹ Partindo dos três registros (real, simbólico, imaginário), trata-se do campo do impossível, do que estaria fora da linguagem, campo de gozo, constitui o irrepresentável, o intangível.

quando estes estão saudáveis aos três ou quatro anos: “... a senhora sabe, eu não posso descuidar, **ele é prematuro**”. O significante prematuro parece se colar à história do sujeito. Apesar de já terem passado pelas complicações orgânicas do tempo do nascimento, estariam os pais ainda movidos pelo temor da perda iminente de seu filho e, a partir desses temores, influenciando a constituição subjetiva da criança? Estes fantasmas familiares estariam contribuindo para o sofrimento precoce de bebês e crianças?

Estes sintomas (regurgitamentos incessantes, atraso psicomotor, encoprese, ansiedade de separação, dificuldades na fala e outros), vistos com certo estranhamento, são um verdadeiro enigma para a equipe, pois não se identificam as causas nos exames realizados e resistem ao uso de medicamentos. Entretanto, se levarmos em conta que não devem ser reduzidos apenas a problemas somáticos, mas podem dizer respeito à constituição psíquica e à maneira como esta constituição está implicada com a função materna, temos um olhar diferenciado sobre o mesmo, um olhar psicanalítico, em que o corpo é afetado pela linguagem, corpo de trocas, que se movimenta em várias economias, em torno do qual se contam as histórias.

Sabemos que a formação médica em geral e, no presente caso, do pediatra, dá ênfase à avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, não incluindo uma investigação dos aspectos psíquicos envolvidos neste desenvolvimento. O pediatra, assim como os outros profissionais da equipe, avalia o que é visível no corpo, são treinados para observar sinais objetivos de saúde ou doença ou sinais que denunciam algum atraso neuropsicomotor, como por exemplo, quando um bebê de quatro meses não possui sustentação tronco-cefálica ou aos sete, não senta sem apoio. O corpo é considerado enquanto organismo biológico, anatômico, lugar da objetividade. Para a psicanálise estes sinais (sintomas) são passíveis de leitura, trata-se de uma escrita a ser lida nas possibilidades vindas da criança, denunciadas pelo seu corpo, no espaço dado pela equipe em suas inquietações em torno da evolução do bebê ou da dinâmica familiar.

Enfim, há uma urgência subjetiva clamando por escuta na clínica com bebês prematuros que, para se comunicar, só podem utilizar o corpo e assim se expressam de

forma somática ou psíquica. É seu corpo que traduz seus estados de tensão advindos das primeiras manifestações dos imperativos orgânicos. Quando o corpo se manifesta, ele sinaliza para o outro que cuida que deve aliviar sua tensão, e este deve entender o que está sentindo. Assim, quando o bebê chora não se pode dizer que há uma intencionalidade. Cabe ao outro interpretar o que o choro representa. Seu desconforto só terá um sentido se alguém lhe atribuir. Este sentido, fundamental para o bebê, é dado por aquele que cuida, geralmente a mãe, e é o que irá apontar para a função materna. Como diz Ferreira (2001:99): “Os sinais do *infans* recebem da mãe um sentido, atribuído pela interpretação materna, que, por sua própria realização, converte em mensagem aquilo que poderia não ser mais que uma mera reação orgânica”.

Portanto, sustentamos com Lacan que o sujeito se constitui a partir do que lê como sendo o desejo do outro, e, para muitos autores, tais como Bernardino, (2004); Camarotti, (2001); Crespín, (2004); Dolto, (2007); Rohenkohl, (2000); Spitz, (2004); Szejer, (1999); Teperman, (2005), os sintomas dos bebês podem ser efeito de uma perturbação do laço que os une ao seu cuidador primordial. Esses sinais podem ser vistos nas manifestações de apelo do bebê ao desejo do Outro primordial. Em algumas situações, essa tentativa de fisgar o desejo e o gozo do outro fracassa e, apesar de se sustentarem no inconsciente materno, os sintomas parecem se precipitar no corpo dos bebês e crianças pequenas. A condição de prematuridade é uma dessas situações, pois, quando um filho nasce prematuro, as condições de subjetivação mudam e as primeiras inscrições psíquicas serão realizadas em um ambiente em que pais e bebês são submetidos a uma série de restrições que naturalmente irão afetar as relações familiares.

A questão é analisada numa perspectiva que articula teoria psicanalítica e prática clínica. Assim, a metodologia se estrutura em diversas etapas que se interligam: pesquisa bibliográfica, estudo teórico, escuta dos pais em atendimento e observação de bebês. Considerando as limitações clínicas e teóricas da técnica de observação de bebês para a psicanálise, preferimos trabalhar com a noção de *leitura de bebês*, conforme descrita por Jerusalinsky (2008). Para a autora, o sofrimento causado pelo sintoma do bebê é “dado a ver” no modo como o *infans* se organiza corporalmente, ou seja, a partir das suas manifestações corporais (movimentos, tónus, produção rítmico-temporal, etc.). Na clínica com o *infans*, é de fundamental importância o cruzamento do dado a ver no

corpo e da produção do bebê com a escuta do discurso parental e a maneira como esse discurso se coloca em ato nos cuidados do bebê, que dará lugar a uma operação não só de escuta, mas de leitura na clínica, pois, como diz Jerusalinsky (2002:180): “[...] não basta escutar o que se tem a dizer acerca do bebê, é fundamental poder ler nas produções do bebê como o discurso do Outro se precipita como letra, como está se inscrevendo nele”.

Assim, concomitante à pesquisa teórica, utilizamos o material oriundo da escuta de pais, leitura de bebês e discussão dos fragmentos de casos clínicos. A escuta e a leitura de bebês produziram material importante para a compreensão do tema em questão. Os atendimentos foram tomados como fonte de dados que sustentaram a pesquisa. Todos os atendimentos foram registrados em prontuário sob forma de evolução e transcritos para posterior análise dos dados. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética do Hospital e os participantes (pais, mães e cuidadores substitutos) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para sustentar o trabalho utilizamos o marco teórico da clínica psicanalítica de bebês (JERUSALINSKY, 2002). Uma intervenção precoce na relação do bebê com aqueles que se ocupam dele, na qual a estrutura psíquica dos pais, o lugar do bebê no discurso familiar e as realizações do bebê diante do outro são aspectos importantes a serem considerados, uma vez que se trata de uma intervenção que ocorre em um momento da vida em que a criança depende do outro para se estruturar psiquicamente. Esta clínica realiza uma interlocução entre a psicanálise e outras áreas de saber, sendo o bebê atravessado pela pediatria, a psicanálise, a neurologia, a fonoaudiologia, a psicologia, a psicomotricidade, a fisioterapia, a psicopedagogia, a estimulação precoce, entre outros.

Com este estudo esperamos contribuir para uma melhor compreensão da proposta psicanalítica a respeito da constituição do psiquismo sustentada no campo simbólico, onde as bases do crescimento e do desenvolvimento se estabelecem a partir da linguagem. O trabalho também se propõe a colaborar com as intervenções pela palavra nas equipes multidisciplinares que realizam os primeiros cuidados à dupla mãe-bebê prematuro, dando uma maior sustentação teórica ao trabalho em campos

específicos como hospitais, unidades básicas, ambulatórios e outras instituições de saúde, fundamentando o trabalho interdisciplinar de profissionais que se ocupam do acolhimento, diagnóstico e tratamento de bebês e crianças com problemas relacionados ao desenvolvimento e constituição psíquica, o que poderá possibilitar novos endereçamentos que possam inscrever estes bebês no mundo simbólico e ampliar as perspectivas de discussão e conhecimento dos aspectos subjetivos dessa ruptura do continuar a ser que é o nascimento precoce.

Espera-se ainda com essa pesquisa contribuir para a construção de novas considerações no âmbito da subjetividade e da psicopatologia do bebê, para a compreensão do percurso que se inicia com o nascimento físico até a constituição do sujeito humano, refletindo sobre a passagem do corpo biológico para o corpo erógeno e pulsional, para que o corpo do bebê não seja tomado apenas como um organismo biológico, centro de processos metabólicos e funções fisiológicas, mas um corpo que necessita de um banho de palavras investidas de desejo para se constituir subjetivamente e isso só será possível a partir do investimento do cuidador primordial, a “pessoa experiente” da qual Freud (1895/1990a) nos fala.

Para desenvolver estas articulações propomos as seguintes discussões: no capítulo um, *O estudo sobre bebês: uma revisão*, apresentaremos os referenciais sobre a constituição psíquica na obra de Freud, Lacan e outros pós-freudianos. No capítulo dois, *Do Eu-corporal ao sujeito: da experiência de satisfação às operações lógicas da constituição subjetiva*, discutiremos o estado de desamparo do bebê diante do real orgânico e a ação específica necessária para a realização da primeira experiência de satisfação, além de discorrer sobre os diversos momentos lógicos implicados na constituição subjetiva. No capítulo três, *Prematuridade e função materna: sua majestade com o trono em risco*, trataremos da especificidade dos bebês prematuros, situando-os no plano do discurso médico, que aponta para o puro organismo. Isso permitirá articular tais aspectos com o discurso psicanalítico, inserindo o recém-nascido em sua história e na dimensão do desejo do Outro. Além disso, esclareceremos sobre a função materna como aspecto fundamental para a constituição psíquica do infante, abrindo uma discussão sobre o estranhamento inicial na relação mãe-bebê, recorrendo a Freud (1919/1976b) para discutir sobre o investimento narcísico da mãe em relação ao

bebê a partir da constituição de uma imagem corporal. No quarto capítulo, *Função materna, prematuridade e sintoma: quando o bebê revela o mal-estar dos pais*, partimos de observações lacanianas e de outros autores para abordar o cruzamento entre função materna, prematuridade e sintoma, na tentativa de compreender a singularidade dessa condição. No capítulo cinco, *Do que se escuta na clínica da prematuridade*, trataremos, a partir de alguns recortes clínicos, da fala das mães, de situar sua angústia produzida por esse nascimento diferente. Por fim, as *Considerações finais*.

1. O estudo sobre bebês: uma revisão.

O trabalho com pais e bebês requer o conhecimento e o aprofundamento teórico dos processos envolvidos na constituição do sujeito e seu entrecruzamento com o desenvolvimento. Freud (1909/2009a) estudou tais processos, mas ele mesmo reconhecia que havia muito a se investigar sobre a infância e convocou seus sucessores a fazê-lo. Seu pedido não foi em vão e vários estudiosos se debruçaram sobre o psiquismo de bebês e crianças e, embora ainda haja muito a se pesquisar, o conhecimento sobre o infantil deve muito a Klein (1997), Spitz (2004), Dolto (1996), Winnicott (1999) e outros psicanalistas. Porém é Lacan que realiza um retorno aos textos de Freud, renovando a psicanálise, trazendo novos pressupostos teóricos que proporcionaram também um avanço nas investigações sobre a constituição do sujeito do desejo, mas daremos um tratamento mais específico a este autor no próximo capítulo. Por enquanto, consideramos importante apontarmos alguns conceitos importantes dos autores citados, uma vez que em algum momento na sua obra o próprio Lacan (1995) recorreu aos mesmos para realizar novas elaborações teóricas.

Como já dissemos acima, a pesquisa psicanalítica sobre a constituição subjetiva humana inicia-se com os primeiros trabalhos de Freud. É no *Projeto para uma psicologia científica*, que Freud (1895/1990a) nos diz que o bebê humano nasce em estado de desamparo e dependência e que necessitará de ajuda alheia para sair deste estado em que nasce. E essa ajuda se dará por meio de uma “pessoa experiente” – o agente materno – que garante a satisfação de suas necessidades através de uma ação específica fazendo cessar a tensão interna. Nas palavras de Freud (1895/1990a:431):

Quando a pessoa que ajuda executa o trabalho da ação específica no mundo externo para o desamparado, este último fica em posição, por meio de dispositivos reflexos, de executar imediatamente no interior de seu corpo a atividade necessária para remover o estímulo endógeno.

Quando, em seu *Projeto*, Freud se refere ao visível estado do desamparo (*Hilflosigkeit*) do recém-nascido, aponta as condições precárias em que o bebê humano nasce e a sua dependência radical de cuidados para sobreviver. No texto do *Projeto*, o desamparo é apresentado como um estado objetivo de impotência psicomotora do

recém-nascido em face de suas necessidades. O estado de desamparo original coloca o bebê em total dependência do agente materno, uma vez que é ele que garante a satisfação de suas necessidades através de uma ação específica, fazendo cessar a tensão interna que sente. Para Freud (1895/1990a:431):

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

A ação específica realizada pela mãe permite ao pequeno *infans*, por intermédio de dispositivos reflexos, organizar o caos pulsional no qual está imerso. Aliviando a tensão, há uma inscrição de satisfação pelo bebê, pois o estímulo que provocava o desconforto cessou. Esse encontro entre a satisfação e o objeto que satisfaz deixa um registro no aparelho psíquico. Conforme Freud (*ibidem*:431): “ A totalidade do evento constitui então a experiência de satisfação, que tem as conseqüências mais radicais no desenvolvimento das funções do indivíduo.”

Para que a experiência de satisfação ocorra é necessário a existência de um dispositivo que Freud denomina de aparelho psíquico ou, como denominou na época, aparelho de memória. Inicialmente é na sua *Carta 52 a Fliess* (1896/1990b) que irá explicar como este aparelho é formado. Para ele, a memória está sujeita a reordenamentos a partir de uma sucessão de inscrições e transcrições. É através dos traços mnêmicos que os acontecimentos são gravados na memória e o grito é o que dá acesso do sujeito ao Outro, e sua primeira inscrição se dá através da experiência de satisfação. Quando a mãe toma o grito do filho como apelo dirigido a ela e, em conseqüência, realiza a experiência de satisfação, estará inscrevendo o organismo no campo da linguagem, pois o bebê irá relacionar o grito, o objeto trazido pelo Outro materno e a satisfação. A partir daí, toda vez que houver aumento de tensão, o bebê reinvestirá no objeto que o satisfaz, mas de forma alucinada.

Os momentos de alívio/satisfação têm então um valor de mensagem, da mãe para o bebê e do bebê para a mãe e assim, entre erros e acertos, a mãe vai reinvestindo

em seus cuidados com gestos e palavras e a criança, toda vez que tiver uma necessidade a ser satisfeita, poderá reevocar os traços mnêmicos da experiência de satisfação. É dessa demanda inicial que o bebê será capaz de demandar algo dela. A criança sempre se movimentará na busca desta satisfação original. Quando a mãe atende apenas à necessidade, isto é, somente alimenta, ela permanece no real e falha como objeto de amor. O narcisismo do bebê então é afetado, pois a mãe não projetou nele seu próprio narcisismo. É o prazer no contato corporal com seu filho que despertará seu investimento libidinal na criança. Contudo, na condição de prematuridade, o bebê real não corresponde ao que ela idealizou, e, na maioria das vezes, essa mãe não tem a oportunidade de tocá-lo, envolvê-lo em seus braços, pois, ao nascer o bebê, lhe é arrancado, privando-a do contato. O que alimentou seu narcisismo falta-lhe.

Como Freud (1914/2004b) nos refere, todo nascimento traz consigo certo grau de angústia e que durante o processo de gestação todo casal passa pela vivência de idealização do filho: que será saudável, perfeito, realizará sonhos que eles não puderam concretizar. Freud (*ibidem*) considera a atitude afetuosa dos pais para com os filhos uma revivescência e reprodução do próprio narcisismo. Este narcisismo (amor de si mesmo) é projetado e transformado em amor objetal pelo filho, no qual (re) conhecem, se identificam, introjetando esse objeto libidinal (o filho) no ego. Ao instituir o filho como objeto de amor, os pais também colocam nele o que gostariam de ser, projetando seu ideal do ego com o qual se identificam, fazendo deste seu próprio ideal. Nas palavras de Freud (1914/2004b:108):

A criança concretizará os sonhos dourados que os pais jamais realizaram - o menino se tornará um grande homem e um herói em lugar do pai, e a menina se casará com um príncipe como compensação para sua mãe. No ponto mais sensível do sistema narcisista, a imortalidade do ego, tão oprimida pela realidade, a segurança é alcançada por meio do refúgio na criança. O amor dos pais tão comovedor e no fundo tão infantil, nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido, o qual, transformado em amor objetal, inequivocamente revela sua natureza interior.

Na compreensão freudiana, o que o pai e/ou a mãe projeta diante de si como seu ideal é o substituto do próprio narcisismo perdido da infância e esse ideal não diz respeito apenas ao aspecto individual, mas também social, uma vez que constitui ideal

de uma família. Os pais projetam seu ideal do ego no filho que por sua vez, quando adulto projetará, o seu ideal do ego no próprio filho, criando um mecanismo em que esse ideal será transmitido de uma geração para outra.

Após Freud, Melanie Klein (1997), a partir de observações diretas com bebês, em seu artigo *Sobre a observação do comportamento de bebês*, estabelece que é da relação mãe-bebê que se desenvolve a primeira relação objetal do recém-nascido. Enquanto Freud (1895/1990a) nos diz que a criança é um ser desamparado que necessita de ajuda alheia no engendramento das primeiras formações psíquicas, Klein (1997) nos remete a um psiquismo presente desde o nascimento com uma organização sofisticada em seus estágios iniciais, momento em que se constituem precocemente as fantasias.

Em seus trabalhos Klein (*ibidem*) refere que existe um mundo interno, formado a partir de percepções do mundo externo. O seio materno é o primeiro objeto de relação do bebê com o mundo externo. Esse objeto é percebido como bom, quando amamenta, sendo denominado por isso de “seio bom”. Quando não alimenta na hora em que o bebê deseja é percebido como “seio mau”. Uma vez que não é possível satisfazer a todos os desejos da criança, ela possui os dois registros desse seio, um bom e um mau. Klein (*op.cit.*) nos diz que os bebês, logo ao nascerem, sentem dois sentimentos básicos: amor e ódio. A criança ama o “seio bom” e odeia o “seio mau”. Porém, na fantasia da criança, o “seio mau” irá se vingar dela pelo ódio e destruição direcionados a ele. A esse medo de aniquilamento Klein (*op.cit.*) chama de ansiedade persecutória e ao conjunto de ansiedade persecutória e suas defesas, denomina de “posição esquizoparanóide”. A posição esquizoparanóide está presente nos quatro primeiros meses da vida, caracteriza-se por um objeto vivido como parcial e dividido em “bom” (gratificador) e “mau” (frustrador). A angústia surge em decorrência do temor de que o objeto ou os objetos persecutórios penetrem no Eu, aniquilando o objeto ideal e o self. Como são objetos perseguidores e destruidores do objeto bom, são projetados para fora. Faz parte dessa fase uma angústia persecutória e o objetivo da criança é possuir o objeto bom e introjetá-lo e projetar o objeto mau para fora evitando os impulsos destrutivos.

O bebê, ao desenvolver-se, irá percebendo que o objeto que odeia (seio mau) é o mesmo que ama (seio bom). Percebe que os dois objetos fazem parte de uma mesma

pessoa e teme perder o seio bom, pois seus ataques de ódio e voracidade podem lhe causar danos ou matá-lo. Esse medo de perder o objeto bom é chamado por Klein (1997) de “ansiedade depressiva”. O conjunto de ansiedade depressiva e suas defesas Klein (ibidem) nomeia de “posição depressiva” que se caracteriza pela apreensão, por parte do bebê, da mãe como objeto total. Desse modo, a clivagem entre "bom" e "mau" objeto diminui, uma vez que as pulsões libidinais e hostis se dirigem ao objeto na sua totalidade. A angústia, chamada depressiva, reside no risco fantasmático de destruir e perder a mãe por causa do sadismo do sujeito e é combatida através de mecanismos de reparação, sendo superada quando o objeto amado é introjetado de modo estável e tranquilo. Na posição depressiva, o bebê torna-se capaz de amar e respeitar os "objetos" como diferenciados e separados dele. A posição paranoide-esquizóide e a posição depressiva ocorrem na primeira e segunda metade, respectivamente, do primeiro ano de vida e podem ocorrer também em diversos momentos da vida como defesas.

A teoria kleiniana também preconiza um Complexo de Édipo precoce que surge por volta dos seis meses de vida e coincide com a posição depressiva. Seu começo é semelhante em ambos os sexos, sendo o seio materno o marco primeiro para a situação edípica. O amor aos pais nas fases de evolução oral e anal geraria o Édipo precoce e o desejo de preservá-los juntos produz a renúncia edípica e o controle dos sentimentos agressivos.

A formação do superego para Klein (*op.cit*) se dá no início da vida, pela introjeção de dois objetos contraditórios: um objeto de qualidades protetoras e benevolentes e outro objeto de características punitivas. Este superego deve sofrer um processo de integração, transformando-se num objeto interno, resultado da elaboração das angústias depressivas e da união dos objetos internos em um objeto total. Existindo desde a primeira introjeção do objeto, o superego vai influenciar todas as relações objetais, incluindo o Complexo de Édipo precoce. As teorizações de Melanie Klein em torno desse conceito possibilitaram a Lacan (1995) a formulação da dimensão imaginária, porém indo além desta ao abordar também a dimensão simbólica. Ao interpretar os significantes presentes nas fantasias imaginárias da criança, Lacan (ibidem) eleva-as ao campo do simbólico.

Melanie Klein (1997) vem nos mostrar através de seus estudos que o bebê possui uma vida emocional intensa, permeada por fantasias arcaicas inconscientes, marcadas por angústias primitivas. Embora Lacan (1995) tenha suas críticas aos teóricos pós-freudianos, entre eles, Melanie Klein (*ibidem*), deu particular importância à noção de Édipo precoce, isto é, à incidência do falo na relação ao objeto pré-genital. Klein (*ibidem*) inclui o pênis paterno entre os conteúdos do corpo materno como uma das fantasias mais precoces da criança, além de outros objetos parciais que a criança fantasia em sua primeira relação com o Outro. Na sua definição de objeto, a autora aponta duas posições fundamentais do desenvolvimento psíquico em função do objeto em causa na relação do sujeito com outro: na posição esquizoparanóide predominam os objetos parciais (seio, fezes, pênis, bom e mau no corpo materno, etc); na posição depressiva temos a constituição do objeto total (pai e mãe bons ou maus, etc). Lacan (1995), a partir da construção da metáfora paterna, relê as teorizações de Klein (*op.cit.*) sobre as relações de objeto e introduz o falo como operador da falta. Desse modo, o desejo do pai e sua transmissão de forma não anônima ao filho passam a ter um lugar essencial na subjetividade da criança.

René Spitz (2004), outro autor importante no estudo sobre a primeira infância, demonstra os efeitos prejudiciais para a vida mental determinados pela internação de crianças em instituições nas quais os cuidados são dispensados sem investimento afetivo, ou seja, quando a função materna encontra-se ausente. Para ele, a reciprocidade entre mãe e filho constitui um fator importante para a construção da imagem do mundo para o bebê. O autor pensa que as relações insatisfatórias são patogênicas e podem ser divididas em duas categorias: relações inadequadas entre mãe e filho e relações insuficientes. Esses tipos de relações conduzem a uma série de distúrbios na criança, que vão desde o acometimento por doenças psicossomáticas (cólicas, eczemas) até a depressão anaclítica¹² e ao hospitalismo¹³, que são patologias que incidem no desenvolvimento social, afetivo e motor das crianças, que passam a responder cada vez menos ao ambiente devido à privação emocional, parcial ou total, da figura materna. A esse respeito, Lacan (1998e:686) posteriormente diz: “... os cuidados prestados aos

¹² Depressão infantil precoce que representa um prejuízo no desenvolvimento físico e psíquico de crianças vítimas de abandono.

¹³ Conjunto de perturbações que o bebê pode sofrer devido à ausência materna ou de seus entes mais próximos, que pode afetar seu desenvolvimento.

bebês não conseguem revelar outra carência senão o anonimato em que eles se distribuem”. Tais cuidados desprovidos de investimento libidinal, meramente mecânicos, são realizados por pessoas não ligadas afetivamente aos bebês e nestas condições o efeito não será o mesmo do que quando há investimento.

Os trabalhos de Spitz (2004) apontam para a importância da presença do agente materno durante os primeiros anos de vida da criança, descrevendo, portanto, o resultado da ausência dos pais e do afeto como fator determinante no desenvolvimento. Esses estudos nos auxiliam também na compreensão e manejo dos estados depressivos que acometem algumas mães nesta fase. Essas mães, presentes fisicamente, encontram-se psiquicamente ausentes, passando a se relacionar de forma mecânica com o bebê. As trocas são pobres, sem expressão de afeto, o “manhês”¹⁴ (linguagem materna) fica comprometido e a comunicação com o filho afetada. A mãe nestes estados deixa de funcionar como organizador psíquico e os bebês lançados à mercê de suas angústias (Camarotti, 2001).

Outro autor que se debruçou sobre o desenvolvimento das crianças foi Winnicott (1999). Este considera que o ser humano possui um potencial inato para se desenvolver e se integrar. Mas, para ele, isto não é uma garantia de que tudo ocorrerá bem. O desenvolvimento humano dependerá de um ambiente facilitador que proporcione os cuidados de que precisa. Esse ambiente é representado pela mãe suficientemente boa. Esses cuidados, ressalta o autor, dependerá da necessidade de cada bebê, uma vez que cada ser humano responderá ao ambiente de forma individualizada, com condições, potencialidades e dificuldades diferentes. Para Winnicott (*ibidem*), a mãe suficientemente boa (não necessariamente a mãe biológica) é quem realiza uma adaptação ativa às necessidades do bebê. Esta adaptação diminuirá gradativamente, pois depende da capacidade da criança em lidar com o fracasso da adaptação e em tolerar as consequências da frustração. Portanto, para Winnicott (*op.cit.*), amadurecer é alcançar um desenvolvimento peculiar a cada indivíduo. Caso haja dificuldades da mãe em olhar para o filho como um ser diferente dela, capaz de alcançar alguma autonomia, o ambiente pode não se tornar suficientemente bom, pois não basta que a mãe olhe para o

¹⁴ Modo particular de comunicação existente entre a mãe e o bebê.

seu filho com a finalidade de realizar atos mecânicos que satisfaçam suas necessidades. É importante que ela consiga perceber como pode satisfazê-lo, reconhecendo suas singularidades.

Em sua obra, Winnicott (*op.cit.*) relata um estado psicológico especial, uma característica comum às mulheres no final da gestação e nas semanas seguintes ao parto que denominou de "mãe dedicada comum", quando a mãe se volta espontaneamente para o exercício da maternidade, ficando durante certo tempo alheia a outras funções. Trata-se de uma condição psíquica singular na qual a mulher tem sua sensibilidade aumentada, o que Winnicott (*op.cit.*) compara a uma doença, uma dissociação, considerada normal durante esse período, a 'loucura materna'. Winnicott (*op.cit.*) afirma também que nessa fase, há um movimento regressivo da mãe voltado para suas próprias experiências enquanto bebê e memórias acumuladas ao longo da vida. Se as condições forem favoráveis, o que envolve a manutenção da saúde física, uma amamentação tranquila e pouca interferência externa, o estado de "preocupação materna primária" deve desaparecer.

Após uma fase inicial de adaptação às necessidades do recém-nascido, este se encontra apto a suportar as falhas maternas. A mãe suficientemente boa deve compreender esse movimento do bebê em direção a uma dependência relativa e a ele corresponder, permitindo-se falhas que possibilitarão espaço ao desenvolvimento, pois o bebê naturalmente passará da "dependência absoluta" para a "dependência relativa", o que é fundamental para o seu amadurecimento. Winnicott (1999) refere que uma mãe capaz de se identificar com seu filho permite satisfazer uma função denominada por ele de *holding*. Essa função é a base para que o bebê possa, com o decorrer do tempo, se transformar em um ser que experimenta a si mesmo. O *holding* tem como função fornecer apoio egóico, especialmente na fase de dependência absoluta e consiste no segurar fisicamente o bebê. Contudo este segurar se amplia para as condições ambientais em que o bebê está inserido. Para ele:

[...] é o ato físico de segurar a estrutura física do bebê que vai resultar em circunstâncias satisfatórias ou desfavoráveis em termos psicológicos. Segurar e manipular bem uma criança facilita os processos de maturação, e segurá-la mal significa uma incessante

interrupção destes processos, devido às reações do bebê às quebras de adaptação. (WINNICOTT, 1999:54).

O holding, além do ato físico de segurar, também leva em consideração a sensibilidade epidérmica da criança (tato, temperatura – sensibilidade auditiva, sensibilidade visual, sensibilidade às quedas e inclui toda a rotina de cuidados ao longo do dia e da noite. A sustentação compreende, em especial, o fato físico de sustentar a criança nos braços, mas também constitui uma forma de amar.

Winnicott (2000) fala de uma fase em que o bebê se percebe “isolado” do mundo, ou seja, que ele e a mãe não constituem uma unidade, mas que são corpos separados. É um período angustiante, de medo e sensação de desamparo. Para aliviar esse desconforto, a criança escolhe e adota um objeto transicional (um cobertor, travesseiro ou brinquedo – um objeto externo a seu próprio corpo). A função deste objeto, que é a primeira possessão do bebê e ponte entre a criança e o mundo externo, é ajudá-lo a suportar a angústia do distanciamento entre ele e a mãe. O objeto transicional causa sensação de segurança e de controle para a criança, pois ela o possui e pode levá-lo para onde quiser. Acreditando na ilusão de seu objeto, a criança se sente segura para interferir no mundo externo, passando então a tentar executar mais suas fantasias, baseadas em outras ilusões provenientes de seus impulsos e sonhos.

Lacan (1995) dá especial atenção à concepção de objeto de Winnicott (*ibidem*), afirmando que todos os objetos dos jogos da criança são transicionais, uma vez que são construídos como objetos imaginários no intervalo simbólico entre mãe e criança. Ao propor a noção de objeto transicional, Winnicott (*op.cit.*) também permite a Lacan (1995) apresentar a distinção entre os registros imaginário, simbólico e real em relação aos conceitos de desejo, demanda e necessidade, possibilitando a construção de um conceito próprio de objeto – o objeto *a*¹⁵.

¹⁵ De acordo com Roudinesco (1998), termo introduzido por Lacan para designar o objeto desejado pelo sujeito e que se furta a ele a ponto de ser não representável, ou de se tornar um “resto” não simbolizável. Nessas condições, ele aparece apenas como uma “falha-a-ser”, ou então de forma fragmentada, através de quatro objetos parciais desligados do corpo: o seio, objeto da sucção; as fezes, objeto da excreção; e a voz e o olhar, objetos do próprio desejo.

Lacan (1998e:829), situa a noção de causa do desejo no lugar ocupado pelo objeto transicional:

[...] em outras palavras, o pedaço de pano e o caco querido que não abandonam mais o lábio nem a mão.

Isso, há que dizê-lo, é apenas emblema; o representante da representação, na condição absoluta, está em seu lugar no inconsciente, onde causa o desejo.

O objeto *a*, através da angústia, revela a falta de significante no Outro e no sujeito. Assim, para Lacan (1995), o lugar ocupado pelo objeto transicional é o lugar da falta e consiste numa vitória sobre a angústia provocada no sujeito pelo desejo do outro.

Os estudos de Françoise Dolto (2007) também foram importantes no cenário da psicanálise infantil, difundindo um modo singular de analisar crianças. Tomando para si a defesa da criança e do adolescente, inspirou a causa dos bebês situando o *infans* como um ser de linguagem e de comunicação, contribuindo para a fundamentação teórica de questões constitucionais e relacionais dos primórdios da infância. Dolto (1996) fala da necessidade no trabalho analítico com crianças de conversar em sua língua, traduzindo seus pensamentos e sentimentos. Decidida a dar à criança um lugar de sujeito de seu desejo, ressaltava que o trabalho do psicanalista precisava encontrar palavras para alcançar a imagem inconsciente de corpo, que, para ela, é a base do narcisismo infantil. Dolto (*ibidem*) considerava a fala com bebês uma parte fundamental no trabalho analítico.

Para Dolto (*ibidem*) a palavra dirigida a um recém-nascido que ainda não fala pode ter efeitos terapêuticos. Por isso, sempre sugeriu aos pais que falassem com a criança tudo o que lhes dissesse respeito, de "falar a verdade", desde o seu nascimento. Falar aos bebês é uma das grandes lições transmitidas por Dolto (*op.cit.*), que insistia em mostrar a importância e a necessidade das palavras ditas às crianças e, diante delas, o que podemos constatar diariamente na clínica junto a pais e bebês.

Dolto (*op.cit.*) nos ensina também que freqüentemente é no corpo e por meio dele que a criança expressa o que, às vezes, não consegue dizer de outra maneira, o que confirma nossas observações a respeito da criança que se utiliza do corpo para "dizer"

sobre o que sente, pois não sabe ainda traduzir em palavras. O trabalho psicanalítico, ao dirigir as palavras diretamente ao bebê, nomeando-o como sujeito e dando-lhe a possibilidade de habitar seu corpo, permite contar-lhes a origem da ruptura, pôr em palavras o que ele está vivenciando e que não é verbalizado e que provoca uma falha no processo de simbolização expressada, (num primeiro momento), através do sintoma. Para Dolto (1996), não se trata de consolar ou reparar, mas de simbolizar o sofrimento possibilitando um reordenamento da sua história, permitindo a criança que sua identidade seja assegurada levando em conta sua origem e assim possa assumir suas prerrogativas de sujeito.

Apesar da polêmica em torno do efeito da palavra, outros autores,¹⁶ a partir de suas observações, relatos clínicos e estudos com bebês, corroboram a afirmação de Dolto (*ibidem*). Mathelin (1999), em sua experiência com bebês prematuros, dá ênfase ao poder da “fala verdadeira” no corpo do bebê, afirmando que o ser humano para viver necessita ser inscrito numa fala.

Neste capítulo apresentamos as referências da constituição subjetiva na obra de Freud (1895/1990a; 1911/2004a; 1914/2004b; 1915/2004c; 1923/2004d) e posterior contribuição de importantes pós-freudianos como Spitz (2004), Klein (1997), Winnicott (1999; 2000) e Dolto (1996; 1999; 2007). Esses autores acrescentaram conceitos que apontam para uma nova compreensão do que vem a ser o sujeito, contribuindo para mudanças significativas na direção do tratamento psicanalítico com bebês e crianças.

Lacan (1995), privilegiando a linguagem, foi mais adiante na discussão sobre a relação arcaica com a mãe, indagando sobre o lugar do pai, da mãe e da criança no campo simbólico, dando importância à falta na constituição do sujeito. Na perspectiva lacaniana temos um sujeito interpretado a partir de sua estruturação, de sua relação com o outro enquanto semelhante e em termos de representação no discurso social. O autor considera que a criança está inserida na estrutura, é afetada pela família e pelo desejo do Outro. Ao dizer que o desejo inconsciente é o desejo do Outro, afirma não haver possibilidade de alguém ser engendrado a partir de si mesmo. Falaremos disso a seguir.

¹⁶ Eliacheff (1993); Szejer (1994); Busnel (1997).

2. Do Eu corporal ao sujeito: da experiência de satisfação às operações lógicas da constituição subjetiva.

Sendo uma das preocupações deste trabalho compreender como o corpo pulsional se eleva a posição de Eu e posterior condição de Sujeito, consideramos pertinente traçar, pelo menos em linhas gerais, as elaborações de Freud (1895/1990a; 1911/2004a; 1914/2004b; 1915/2004c; 1923/2004d) e Lacan (1995; 1998a; 1998e; 1998g) implicadas com as operações constitutivas do sujeito psíquico, iniciando pelo referencial freudiano, para depois articularmos com a releitura realizada por Lacan sobre as operações lógicas de causação do sujeito. Abordaremos a constituição do sujeito em relação ao Outro. Para tal, os momentos lógicos de causação do psiquismo desde Freud (*ibidem*) (autoerotismo, narcisismo e formação do Eu) serão contemplados. A teoria das pulsões será retomada no que diz respeito à subjetivação. Trataremos sobre as operações lógicas fundamentais para a constituição do psiquismo e veremos que o exercício da função materna é fundamental para que a criança possa se constituir enquanto sujeito, pois necessitará desse primeiro grande Outro para inicialmente aliená-lo e, posteriormente, promover a separação necessária para que venha se tornar um sujeito de desejo.

Desde o *Projeto*, Freud (1895/1990a) demonstra que o aparelho psíquico tem como propósito converter o caos pulsional numa ordem psíquica. O bebê ao nascer encontra-se em um estado de necessidades e, a princípio, não tem controle sobre a tensão que advém de suas necessidades a não ser por meio de descarga motora. Se um outro humano não interferir junto ao bebê poderá haver uma descarga total da tensão, por isso Freud (*ibidem*) fala da figura do “*próximo assegurador*” que irá intervir interpretando essa necessidade e executando a ação específica necessária ao seu apaziguamento. Este “*próximo assegurador*”, geralmente a mãe, irá interpretar o aumento de tensão como fome, sede, dor ou desconforto, oferecendo um objeto substituto ao bebê.

Dessa forma Freud (*ibidem*) descreve como o filho do homem sai de um registro biológico insuficiente e dá entrada em um registro de outra ordem. Essa passagem é o que irá assegurar a manutenção da vida, uma vez que essa experiência de satisfação dará

lugar a um registro fundamental, dando origem a uma representação que se reproduzirá toda vez que ocorrer o estado de tensão.

No entanto, essa primeira vez que a mãe comparece nunca mais será vivida da mesma maneira pelo bebê, as experiências de satisfação serão realizadas de forma diferente, não se repetindo mais, uma vez que não há maneira de reencontrar seu instante inaugural, pois se encontra perdido. O objeto deixa como marca apenas uma representação. Não havendo outro modo do bebê humano adentrar no simbólico, é lançado na eterna busca deste objeto inaugural sem encontrá-lo. Este tempo mítico do qual Freud (1895/1990a) nos fala é fundamental para entendermos que essa primeira representação marca a falta constitutiva humana e com ela a instalação do desejo.

Ainda pensando em como se dá a construção do aparelho psíquico, Freud (1923/2004d:38) desenvolve a noção de Eu corporal. Para ele, o corpo próprio possui um papel essencial, especialmente no que se refere à sua superfície: “o Eu é sobretudo um Eu corporal, mas ele não é somente um ente de superfície: é também, ele mesmo, a projeção de uma superfície.” Freud (*ibidem*) concebe o eu-corporal como projeção mental da superfície corporal derivada de sensações endógenas e exógenas, com uma memória que registra e conserva as inscrições das sensações. Corpo e Eu então são instâncias inseparáveis, desenvolvem-se juntos, um apoiado ao outro, não sendo possível pensar um Eu sem antes ter havido uma noção corporal.

Continuando suas investigações, Freud (1911/2004a) nos fala de dois princípios que regem os processos psíquicos primários e secundários do psiquismo humano, o princípio do prazer e o princípio de realidade, e distribui esses dois grupos pulsionais conforme o trabalho do aparelho psíquico. Assim, temos as pulsões sexuais que estão sob o domínio do princípio do prazer e as pulsões do Eu (autoconservação) que estão a serviço do princípio da realidade. Freud (*ibidem*) assinala que, inicialmente, temos uma fase auto-erótica que é vivida nos momentos mais primitivos do desenvolvimento, predominando nesse período a existência do Eu-prazer, que, tomado pelas pulsões, visa apenas a satisfação de suas necessidades, e um Eu-real, que obedece às exigências do mundo externo. Em um segundo momento, com o decorrer do tempo, ocorrerá a conversão do Eu-prazer em Eu-realidade, com o Eu-prazer buscando a gratificação e

fugindo do desprazer e o Eu-realidade buscando benefícios, evitando danos. Para Freud (*op.cit.*), a substituição do Eu-prazer pelo Eu-realidade não consiste em seu desaparecimento, mas garante sua continuidade e assim, um prazer momentâneo pode ser adiado para mais tarde ser garantido. Como ocorre com bebês que, apesar da necessidade (estar com fome), esperam mais algum tempo pelo seio materno, chupando os dedos ou chupeta, sendo capazes de adiar sua satisfação. Podemos extrair disso que o princípio de realidade está de certa forma, submetido ao princípio do prazer, pois trabalha em prol de um prazer posterior ou evita um desprazer eventual.

Freud (1915/2004c) acrescenta que o Eu é autoerótico não necessita do mundo externo, mas, em virtude da atuação das pulsões de autoconservação, o Eu termina aceitando objetos externos. O Eu também passa a perceber que não pode evitar o desprazer em alguns movimentos pulsionais. Dominado pelo princípio do prazer, terá que lidar com nova mudança, passa a recolher os objetos externos, fontes de prazer, introjetando-os, e a expelir o que internamente lhe causa desprazer. Desse modo, do Eu-real inicial, capaz de distinguir o interno do externo, origina-se o Eu-prazer purificado, que valoriza o prazer acima de qualquer coisa.

Assim, neste momento estrutural da criança predomina o funcionamento denominado de autoerotismo, em que a satisfação das pulsões se dá de modo não organizado. As atividades das partes do corpo são ligadas às respectivas satisfações e, para Freud (*ibidem*), o processo de subjetivação tem início a partir dessa atividade autoerótica, em que o bebê obtém prazer sem recorrer a um objeto exterior, se satisfazendo com seu próprio corpo e sem qualquer relação com uma imagem corporal unificada, ou seja, nessa fase, a criança não se reconhece como um eu diferenciado nem reconhece o outro como objeto exterior a ela.

Freud (1914/2004b) constata então que o Eu não está presente desde o início da vida do indivíduo – terá que se constituir – mas as pulsões autoeróticas estão, sendo necessário uma “nova ação psíquica” para que se estruture. Que operação psíquica poderia ser? Freud (*ibidem*), toma o narcisismo como elemento inerente ao desenvolvimento libidinal, que faz parte da pulsão de autopreservação. Desse modo, o narcisismo surge como um primeiro movimento de organização pulsional, a partir do momento em que as pulsões sexuais se satisfaziam de forma não organizada, sem ter

ligação uma com as outras. Nessa ação psíquica o próprio eu é tomado como objeto de amor, em torno de uma imagem integrada, coincidindo com o aparecimento do eu como unidade psíquica e de representação de corpo.

Contudo, para que haja a instauração do narcisismo é necessário investimento externo, e isso ocorre nas primeiras relações parentais, especialmente com a figura materna, que deve investir pulsionalmente nas zonas parciais, no corpo erógeno e pelo investimento narcísico, em direção ao eu da criança, futuro sujeito. Seguindo os ensinamentos de Freud (1914/2004b), o investimento no eu do bebê e no seu corpo erógeno deve ser concomitante ao investimento realizado pelos pais.

Freud (*ibidem*) denomina de narcisismo primário a fase autoerótica, a primeira forma de satisfação da libido, quando as pulsões buscam satisfação no próprio corpo. Nesse período ainda não existe uma unidade do eu nem uma diferenciação com o mundo. O narcisismo primário é parte da herança do desejo parental, marca de investimento preparada pelo desejo e pelo ideal dos pais, é constitutivo do sujeito e formador de um eu, pois é uma operação que se organiza em torno dele e possibilita a primeira unificação das pulsões sexuais em torno do eu.

Quando Freud (*op.cit.*) reporta-se ao narcisismo secundário diz que há um primeiro momento em que o investimento é dirigido aos objetos, depois esse investimento retorna para o Eu. No momento em que o bebê se torna capaz de diferenciar o próprio corpo do mundo externo, ele identifica suas necessidades e quem ou o quê as satisfaz. O sujeito então concentra em um objeto suas pulsões sexuais parciais, havendo um investimento objetal, que em geral é dirigido para a mãe e ao seio como objeto parcial.

A criança, com o passar do tempo, irá perceber que não é o único desejo da mãe, que não é tudo para ela, e, assim, “sua majestade, o bebê” começa a perder seu trono. Impõe-se aí uma ferida ao narcisismo primário da criança. A partir daí, o objetivo do sujeito será o de fazer-se amar pelo outro, agradá-lo para reconquistar o seu amor. Contudo, isso só poderá ser realizado através da satisfação de certas exigências do ideal do Eu. Daí em diante, só será possível experimentar-se através do outro.

É possível relacionar a passagem do autoerotismo ao narcisismo com o que Lacan (1998a) denomina estágio do espelho. Tal qual Freud, Lacan (*ibidem*) também enfatiza que o investimento da mãe, quando ela relaciona seu olhar à imagem do filho que deseja ter, antecipa um sujeito que está por se constituir. O sujeito que irá advir foi pensado anteriormente, pois o bebê não nasce com o Eu, não se conhece, ele assume esta imagem antecipada, se identificando a ela, em um movimento que Lacan chama de suposição de sujeito. Assim, a presença do outro é fundamental para Lacan, uma vez que é o adulto quem corrobora essa imagem como semelhante à dos outros.

É no esquema conceitual do estágio do espelho apresentado na Comunicação feita ao XVI Congresso Internacional de Psicanálise que Lacan (1998a) afirma a importância da imagem do próprio corpo na formação do eu. Diz o autor:

A assunção jubilatória de sua imagem especular por esse ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação que é o filhote do homem neste estágio de infans parecer-nos-á pois manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universo, sua função de sujeito. (LACAN, 1998a:97).

Lacan lança a idéia de que o eu se constitui em primeiro lugar a partir do outro, a partir da imagem que lhe é devolvida pelo semelhante. Um momento em que, partindo de sua imagem corporal, o bebê passa a estabelecer diferença entre seu corpo e o mundo externo. Em um trabalho árduo em que o bebê, elevando-se à posição de sujeito, aos dezoito meses de idade frente ao espelho, tentando vencer a si mesmo querendo diferenciar-se de outros animais, se põe de pé. Continuando com Lacan:

[...] ante o espetáculo cativante de um bebê que, diante do espelho, ainda sem ter o controle da marcha ou sequer da postura ereta, mas totalmente estreitado por algum suporte humano ou artificial (...), supera, numa azáfama jubilatória, os entraves desse apoio, para sustentar sua postura numa posição mais ou menos inclinada e resgatar, para fixá-lo, um aspecto instantâneo da imagem. (LACAN, 1998a:97).

Diante do espelho, o bebê se questiona sobre a imagem que vê, buscando o olhar do adulto para que este identifique aquela imagem como sendo a sua. Neste instante de

reconhecimento de sua própria imagem no espelho, ocorre a precipitação do eu na forma primordial que será a base de futuras identificações. Embora o estágio do espelho seja um momento de perda – do corpo despedaçado – há também um ganho – um corpo unificado. Ante a contemplação do outro, o estágio do espelho representa ainda a formação de uma imagem de indivíduo integral, o que, como diz Lacan, demonstra um salto da insuficiência para a antecipação.

O estágio do espelho nos aponta ainda a divisão entre o imaginário, partindo da imagem formadora e o simbólico, a partir da nomeação da criança. Ante o espelho, especialmente quando a criança volta a cabeça em direção à mãe e olha de volta para o espelho, solicita que a mãe comprove sua descoberta e diga-lhe: “Sim, é você, Marquinho, o filhinho lindo da mamãe!”. É quando confirma e dá nomeação materna à criança. Desse modo, o estágio do espelho pode ser compreendido como uma identificação, pois quando a mãe diz ao seu bebê no espelho “é você” converter-se-á em um “sou eu”. O bebê se vê através do olhar do outro para tomar posse dessa imagem e interiorizá-la, um momento em que há necessidade que haja um lugar no Outro, que no caso é encarnado pela mãe. É o olhar da mãe, juntamente com sua voz, que o nomeia, lhe promove um lugar na história familiar, na vida social e no campo do simbólico. É sobre o olhar de um outro, a mãe, no cumprimento de sua função, que sucede a unidade corporal, ainda que o sujeito esteja tomado pela prematuridade. Esse outro, que Lacan (1995) denomina de grande Outro Primordial, de tesouro dos significantes, é de onde partem todas as significações.

Portanto, é a partir do narcisismo e do estágio do espelho que se compreende a incidência do corpo na constituição do eu, que é realizada pela via da ficção, da ilusão e do engano. O eu é estruturado em um movimento entre identidade e alteridade que passa necessariamente pela relação com o outro e pela necessidade de ser reconhecido, mas, como os fenômenos de despersonalização demonstram, o momento de estruturação do eu não dá garantias. Serão necessários novos investimentos no decorrer da vida, que se dão quando a libido é reinvestida no Eu e quando se busca o reconhecimento do outro, pois, como Freud (1915/2004c) e Lacan (1998g) nos ensinam, a satisfação da pulsão é parcial, pois ela possui uma força constante, é incessante, nenhum objeto pode satisfazê-la, para ela não há tempo, nem dia, nem noite, nem subida, nem descida.

O aparelho psíquico, de acordo com Lacan (*ibidem*), é regido fundamentalmente pelo que é da ordem do pulsional. Sendo a pulsão um conceito fundamental da psicanálise, é incluída no aparelho psíquico como a instância que marcará todo seu funcionamento. Desse modo, a constituição do psiquismo não pode ser estudada sem considerá-la.

Em suas elaborações Freud (2004c) divide as pulsões em três vozes: a ativa, a passiva e a reflexiva, exemplificando a mudança da atividade para a passividade com os pares de opostos: sadismo/masoquismo e escopofilia/exibicionismo. A reversão afeta a finalidade da pulsão. A finalidade ativa (torturar/olhar) é substituída pela finalidade passiva (ser torturado/ser olhado). O retorno da pulsão em direção ao próprio Eu é o masoquismo, que na verdade é o sadismo, retornando em direção ao próprio Eu do indivíduo, e o exibicionismo compreende o olhar para o seu próprio corpo. O fundamento do processo é a mudança do objeto e a finalidade permanece imutável. Assim sendo, utilizando o exemplo do par de opostos sadismo/masoquismo, Freud (*ibidem*) fala de três momentos pulsionais: em um primeiro momento o sadismo consiste no exercício de violência ou poder sobre uma outra pessoa tomada como objeto; no segundo momento esse objeto é deixado e substituído pelo Eu do indivíduo. Com o retorno em direção ao Eu realiza-se também a troca de uma finalidade pulsional ativa para uma passiva; no terceiro e último tempo uma nova pessoa é procurada como objeto e, em consequência da mudança ocorrida na finalidade pulsional, adquire o papel de sujeito-masoquismo.

Retomando os textos de Freud (*op.cit.*), Lacan (1998g) propõe que no circuito pulsional a satisfação é o movimento circular de pulsão que, partindo da borda erógena, volta ao ponto de partida depois de contornar o objeto *a*. Assim sendo, a pulsão em Lacan reside na articulação do significante com o corpo, sendo este encarado enquanto construção imaginária, no qual o olhar exerce importante função, pois, ao fazer a articulação entre linguagem e organismo, surge a possibilidade de haver um corpo, um sujeito. Assim, a pulsão é sustentada pela função orgânica, mas o significante é quem dirige as necessidades e funções. O significante, então, é o que barra a necessidade e produz pulsão. A pulsão seria o resultado da operação do significante sobre a

necessidade e esse resultado produz um resto, alguma coisa que escapa – o desejo. Seguindo seu raciocínio, a pulsão resultaria do movimento do significante, da demanda do Outro. E o que é um significante? “... é aquilo que representa um sujeito, para quem? – não para um outro sujeito, mas para um outro significante.” (LACAN, 1998g:187) Então, quando o *infans* significa algo para alguém, quando é o “bebê da mamãe”, o “filhinho da mamãe”, passa a fazer parte da cadeia de significante. Isto nos remete a Nicolau (2008) quando diz que o corpo, enquanto sede das pulsões, sofre efeito de fala.

Por outro lado, desde sua origem a criança está mergulhada no grande Outro, lugar de linguagem e lugar do simbólico, está tomada por este Outro presente nos cuidados, na amamentação. Outro inicialmente representado pela mãe ou cuidador, de quem é totalmente dependente para sobreviver. É a demanda do Outro que orienta gradativamente a libido da criança para as zonas erógenas e a boca é a primeira delas. O corpo, bem como suas funções está subordinado à demanda do Outro e a criança só falará se for tomada pelo banho de linguagem.

Laznik (2004), partindo de Freud (1915/2004c) e Lacan (1998g), refere que o primeiro tempo da pulsão é ativo, o bebê pega o seio ou a mamadeira para tomar o leite; o segundo tempo é "autoerótico", o bebê se satisfaz com seu dedo ou com uma chupeta, é o tempo reflexivo; no terceiro tempo se completa a circulação pulsional quando bebê se oferece ao outro como objeto de desejo, provocando no outro a iniciativa de afeto, se oferecendo para ser comido: pezinhos, mãozinhas e barriguinha como objeto oral do desejo materno. O terceiro tempo é passivo. A autora irá nos dizer ainda que a constituição do sujeito está atrelada no adequado enlaçamento viabilizado pelo terceiro tempo do circuito pulsional em que o bebê se faz de objeto da mãe, ocorrendo assim a necessária alienação para emergência do sujeito. Para ela, pode ocorrer uma falha no terceiro tempo do circuito pulsional, ou seja, um fracasso no tempo da própria alienação que é anterior e necessária para que ocorra o tempo da separação. Para a autora, o fracasso nesse terceiro tempo do circuito pulsional completo poderia ocasionar autismo ou psicose na criança.

Lacan (1998g), especificando o olhar e a voz como dois operadores fundamentais da estruturação, acrescenta às pulsões orais e anais, anteriormente

propostas por Freud (1915/2004c), as pulsões escópica e invocante, sendo que o ato de ver é função do olho e o ato de olhar, objeto da pulsão escópica. Assim como ouvir é função do ouvido e a voz objeto da pulsão invocante. Ao propor a voz e o olhar como objetos da pulsão, o autor possibilita uma perspectiva estrutural questionando a abordagem desenvolvimentista de alguns neofreudianos que enfatizavam os objetos oral (associado à demanda do Outro) e anal (associado à demanda ao Outro), descritos por Freud (*ibidem*). Os objetos propostos por Lacan (*ibidem*) não estão dispostos em fases e dizem respeito ao desejo. O olhar corresponde ao desejo pelo Outro e a voz ao desejo do Outro.

Antes e após o nascimento, a voz assume um papel fundamental na construção do sujeito. É o objeto da pulsão invocante, o suporte da palavra que parte de um sujeito e se dirige para o Outro e da demanda que ele transmite. É pela voz que o sujeito é referido ao desejo do Outro exercendo uma função importante articulando a linguagem (Outro) ao corpo do bebê e, mediando a articulação entre o Simbólico e o Real, antecedendo o olhar. Para Laznik (2004), a ação invocante está presente desde antes da criança nascer e a voz se faz presente bem antes do olhar. É através da voz, compreendida como um objeto “a”, que se pode pensar que a mãe está no lugar do Outro e assim irá operar como limite ao gozo do *infans* ao utilizar o “não” como significante que interdita o transbordamento do funcionamento pulsional. A mãe que se coloca apenas no dom e não na troca não poderá diminuir o transbordamento de seu filho, uma vez que ela mesma encontra-se fora da função fálica e por conseqüência, fora de sua lei. Assim, por exemplo, a mãe pode não sentir o choro do recém-nascido como um apelo, mas apenas como expressão vocal de seu desconforto ou sofrimento e não como demanda dirigida a ela. Na leitura lacaniana é o Outro representado pela mãe que irá transformar em apelo o grito do *infans*. Entre o estado de tensão e sua descarga revelada pelo grito do bebê, existe a mãe que opera promovendo o apaziguamento.

Segundo Vorcaro (1997), o agente materno deve tomar o grito enquanto signo de uma falta de apaziguamento, que será respondida pela mãe com o conforto de sua presença e as reações vitais da quebra do equilíbrio corporal devem ser marcas a serem *lidas* como mensagem. Quando a mãe responde ao bebê inscreve seu desejo, transformando o grito em apelo. O bebê grita, a mãe interpreta a demanda acalmando

sua tensão. Assim, a mãe introduz a criança na comunicação significativa. Para o bebê, a linguagem surge a partir do investimento materno na criança, quando a mãe lhe dá o seio no momento do grito. Daí em diante a mãe irá interpretar todo som do bebê como um apelo, como demanda pra ela, significando-o. Mas a criança não se manifesta apenas com o grito (choro), mas também pelo sorriso, por algumas expressões mímicas, gorjeios e essas expressões o Outro entende como mensagens e quando o Outro fala ao bebê, este recebe de volta suas mensagens, implicando o seu reconhecimento enquanto sujeito. A relação que a voz mantém com o grito é a mesma que o olhar tem com a visão e o objeto oral (seio) tem com o alimento. O que faz o alimento passar da ordem da necessidade para a ordem do desejo é a qualidade do laço com o Outro. Esta qualidade do laço permite também a instalação do olhar como função psíquica que transcende a visão, permitindo também que a função psíquica da voz seja instalada para além da dimensão do sorriso. Quando uma mãe fala ao seu bebê, o som que chega aos seus ouvidos vão estabelecendo zonas erógenas enquanto as palavras tomam corpo, e assim as funções do corpo vão sendo cortadas pelo significante.

A criança, antes de adquirir a capacidade de falar, vê e incorpora as impressões apreendidas na relação com o Outro e para que isso ocorra, faz-se necessário que o Outro Primordial lhe dê um banho com o olhar. O olhar, antecipando a palavra, possibilita uma linguagem materna diferenciada, o “manhês”. A mãe olha o filho atribuindo-lhe um discurso: – “O bebê da mamãe tá chorando muito! O que será que ele tem?” Mãe respondendo pelo bebê: – “Ah, mãezinha, eu tô sentindo sua falta”. Mãe dando sentido ao apelo do bebê: – “Ah, o nenê quer colinho! Mamãe vai dar colinho pra ele!”

A mãe falando com e pela criança, fala por ela, imprimindo-lhe sua marca. O bebê, seguindo o olhar do outro, tenta descobrir o que este fala ou a quem. Logo, apenas o signo verbal, a palavra, não basta. O olhar, enquanto significante, imprime significações ao que é falado, e o objeto que intermedia a relação corpo-a-corpo mãe-bebê é causa de desejo, institui uma falta. Assim como a palavra deixa marcas sobre a criança, o olhar materno banha de erotismo o corpo do bebê transformando o corpo orgânico em corpo erógeno. Lacan (1998g) considera que o olhar possui uma função

antecipatória que irá contribuir para o primeiro momento de organização do Eu, o Eu alienado no outro e na sua imagem – eu especular.

É ainda no Seminário 11, *Os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise*, que Lacan (*ibidem*) nos fala das duas operações lógicas que fundamentam o sujeito: a alienação e a separação. Aponta-nos que todo indivíduo nasce inserido em um mundo de discurso que antecede seu nascimento e que prosseguirá após sua morte e que bem antes de nascer um lugar já foi tramado no universo dos pais.

A criança já vem falada desde antes do parto: discutem seu nome, a cor do seu quarto, como será sua vida no futuro. As palavras usadas para falar da criança representa o Outro da linguagem. O Outro é a linguagem que a criança aprende, os discursos, os desejos internalizados por ela. Portanto, o Outro é o campo da cadeia significante que dita o que o sujeito irá tomar como seu. Para Lacan (1998g), o homem adquire a fala dessa forma, ligado a esse Outro da linguagem. E a essa ligação ele denomina Alienação. Para Lacan (*ibidem*), o bebê se aliena quando está submetido às palavras (significantes) que o outro lhe dirige, quando se assujeita ao campo do Outro:

O efeito da linguagem está o tempo todo misturado com o fato, que é o fundo da experiência analítica, de que o sujeito só é sujeito por seu assujeitamento ao campo do Outro, o sujeito provém de seu assujeitamento sincrônico ao campo do Outro. (LACAN, 1998g:431).

Quando o sujeito se aliena às palavras do Outro o inconsciente do *infans* vai sendo marcado por essas palavras. O assujeitamento permite a inserção da criança no mundo, a sua inscrição na cadeia de significantes.

Se na alienação há uma causação do sujeito a partir do desejo do Outro, na operação de separação temos um sujeito implicado com seu desejo. O bebê irá perceber que nem sempre ocorre reciprocidade, que a satisfação não é plena, é sempre incompleta. Assim, na segunda operação, termina a circularidade da relação do sujeito ao Outro. Explica Lacan (1998g) que a separação é construída na subestrutura denominada interseção ou produto. Nessa interseção há elementos que compõem os dois conjuntos, onde vai incidir esta operação.

Para Lacan (*ibidem*), a separação se efetua no recobrimento de duas faltas, a que aparece nos intervalos dos significantes, proferida pelo Outro, metonímia e a própria falta. Seguimos Lacan:

Uma falta, é pelo sujeito, encontrada no Outro, na intimação mesma que lhe faz o Outro por seu discurso. Nos intervalos do discurso do Outro, surge na experiência da criança, o seguinte, que é radicalmente destacável – ele me diz isso, mas o que é que ele quer? (LACAN: 1998g:203).

Temos então uma falta articulada a outra num tempo anterior. Lacan (*op.cit.*) fala de uma dialética dos objetos do desejo, no que ela se faz do desejo do sujeito com o desejo do Outro. Na separação se fecha a causação do sujeito onde ocorre a separação do sujeito no campo do desejo do Outro, promovendo um espaçamento, um intervalo, fazendo instituir a falta no Outro. O sujeito se realiza por uma perda que tem efeitos de produção de significantes. Lacan (1998g) nos ensina que há uma falta para esclarecer. Entre mãe e bebê há pontos de falta, um e outro não se complementam.

O desejo do outro é apreendido pelo sujeito naquilo que não cola, nas faltas do discurso do Outro, e todos os porquês da criança testemunham menos de uma avidez da razão das coisas do que constituem uma colocação em prova do adulto, um por que será que você me diz isso? (*ibidem*: 203)

Na alienação há um sujeito constituído na linguagem que lhe é preexistente. Na separação o sujeito pode investigar, questionar sobre sua existência, uma operação que só se torna possível se ele acede ao desejo.

No processo de constituição do sujeito há duas operações que, apesar de serem disjuntas, estão articuladas, isto é, uma não pode ocorrer sem a outra. A alienação transforma o *infans* em um ser falante, obrigado a deslizar na cadeia significante em lugar indefinido entre um significante e outro. Na separação há significante, mas um resto que não pode ser apreendido pela linguagem – o objeto *a*. É a separação que proporciona a condição para a emergência do desejo, pois a separação ocorre de uma falta no Outro e da falta relativa à própria perda ocorrida na alienação. A criança vai percebendo no Outro os pontos de falta e o desejo da mãe se torna confuso e indefinido.

Está diante do enigma do desejo do Outro. Como diz Vorcaro (1999:25): “O sujeito encontra uma falta no Outro, na intimação que o Outro, por seu discurso, lhe faz”. A separação advém desse defeito central, dessa falta real e é nesse espaço que se constitui o desejo da criança, permitindo o surgimento da fala e o aparecimento do sujeito dividido. Assim, defrontar-se com a falta no Outro é se deparar com o desejo, o que permite equilíbrio ao sujeito. O que realiza a operação da separação é a função paterna e caso haja falha nesta função o sujeito retorna ao ponto de partida, entregando-se novamente à alienação.

A passagem do *infans* à condição de sujeito desejante implica em formas distintas de posicionamentos em relação ao Outro. Ainda no seminário sobre os quatro conceitos fundamentais da psicanálise, Lacan aponta uma particularidade na relação do sujeito com o Outro: a holófrase. Segundo Vorcaro (1999), o termo holófrase, no seminário em questão, toma valor como termo de estrutura significante e estaria ligado a situações limites em que o sujeito está suspenso numa relação imaginária ao outro.

A holófrase está presente na entrada da criança na língua materna, nos balbucios, nos primeiros ba-ba-ba e da-da-da. Mas o que acontece na holófrase? Para Lacan (1998f) não há substituição de significante e, em consequência, não há metáfora.

Ao invadir o sujeito, o significante passa a representá-lo para um outro significante. É o que ensina Lacan (*ibidem*), o significante só representa o sujeito para um outro significante. Constituindo-se em cadeias, esses significantes serão a base da existência do indivíduo sendo que, como nos explica Lacan (*ibidem*), o sujeito só emergirá no intervalo entre dois significantes concomitante à queda do objeto *a*. Caso não ocorra este intervalo, nada acontecerá. Isso pode decorrer caso haja uma falha na função paterna, o que dificulta a operação de separação entre a criança e sua mãe. Sucede, então, o congelamento do significante ou a massificação de dois significantes, que se interpenetram, não havendo deslizamento nem intervalo entre eles para o surgimento do sujeito. O objeto *a* não cai. A psicanálise trabalha com a concepção de que se a função paterna falha, ou acontece alguma perda significativa na vida do sujeito, essa holófrase poderá aparecer e um de seus efeitos pode ser a lesão psicossomática (Nicolau, 2008a).

Com a holófrase da primeira dupla significativa S1 e S2 as operações de alienação e separação não se instauram. Não há intervalo entre S1 e S2, ocorrendo uma gelificação desses significantes primordiais, não havendo o deslizamento dos significantes. Nicolau (*ibidem*) nos explica que Lacan (*op.cit.*) entende a holófrase:

[...] como emassamento, gelificação, cristalização, colagem, que implica dizer que o significante materno ou mestre (S1) não é substituído pelo significante da metáfora paterna (S2), permanecendo ambos colados, aderidos. (NICOLAU, 2008a:971).

Desse modo, o par fundamental da estrutura significativa a metonímia, que enlaça um significante a outro, e a metáfora, que substitui um significante por outro, produzindo sentido, passa a não existir e o objeto *a* não se exterioriza. Temos então uma retenção de gozo no corpo. Por não haver representação, essa gelificação produz uma marca no corpo, como assinatura. É a fixação de um gozo específico, pois no ponto de holófrase não há inscrição do sujeito, o que equivale a uma fixação de gozo do Outro.

No seu quarto seminário, Lacan (1995) apresenta a constituição do sujeito a partir de sua relação com o objeto. Entretanto, sua abordagem é específica, pois o que trata como relação de objeto é, na verdade, a relação com a falta do objeto. E é o próprio Lacan quem nos indica a presença dessa ideia na obra de Freud.

No texto do *Projeto* citado acima, Freud (1895/1990a) nos esclarece que a ação específica iniciada pelo agente materno só terá sucesso se for seguida de uma vivência de satisfação que elimine o estímulo interno e, desse modo, faça marca no aparelho, conservando um traço do percebido. Na próxima vez em que a necessidade colocar o bebê em estado de tensão, ele poderá recorrer a essa marca mnêmica para tentar restabelecer a tranquilidade referente à satisfação. Tal satisfação se produz como referência, uma vez que se relaciona ao registro da experiência, mas aquilo que se apresentou como objeto para tal satisfação não será mais encontrado, estará para sempre perdido.

Lacan (1995), partindo da noção de primeira perda de objeto freudiano, irá distinguir três formas de falta de objeto, ou seja, três registros diferentes da falta, que se articulam para engendrar o sujeito. São eles: a privação, a frustração e a castração. Estes três tempos lógicos são diversos e cada tempo engloba o anterior, possibilitando novas formas discursivas do sujeito.

Na privação – o primeiro momento – temos o grito do bebê diante da necessidade, o que gera uma tensão orgânica causada pela fome. A mãe entende o grito como apelo, sentindo-se convocada pela criança a satisfazê-la e responde, oferecendo o objeto alimento, no presente caso, o seio materno, objeto da satisfação da necessidade, porém tal ato está associado a um componente desejante.

É importante apontar que para a mãe poder compreender o chamado da criança, é necessário que ela se perceba como não-toda, isto é, nem sempre estará no momento exato em que o filho a chamar. Assim, a mãe comparece como uma matriz simbólica para o bebê, alternando-se entre presença e ausência.

A incidência da falta no registro da privação atua de maneiras distintas no filho e na mãe. Como representante do objeto de seu desejo, a mãe se vê privada da criança. A criança, enquanto objeto real da satisfação de sua necessidade, é privada da mãe. O agente da privação é o pai imaginário, metaforizado em qualquer movimento que possa se interpor e desfazer com o transitivismo próprio desta primeira relação entre a mãe e o bebê.

No segundo tempo – da frustração – o pai aparece interferindo na relação mãe-criança. O pai é um outro na relação que toma o estatuto de objeto fálico, com o qual a criança vai se rivalizar junto à mãe. A partir desta rivalidade imaginária há possibilidade da criança encontrar a lei do pai, pois ele surge privando a ambos – a criança do objeto de seu desejo e a mãe do objeto fálico e para Lacan este é o eixo deste momento, o pai se faz pressentir enquanto proibidor. Importante assinalar que o que está em jogo é a privação da mãe, assim, o pai será aquele que a impedirá de colocar a criança como o objeto de seu desejo, seu falo, o pau na boca do jacaré, como ele aponta e o faz mediado

pelo discurso da mãe sendo necessário que a mãe estabeleça-o como mediador daquilo que está para além da lei dela e de seu capricho.

A castração é o tempo que se sucede à privação ou à castração que porta a mãe. O pai, possuindo o falo, aparece como ideal do eu no sujeito, operando a lei que irá regulamentar as trocas humanas daí por diante: a interdição do incesto. Nesse momento a incompletude é instalada, a castração é transmitida apaziguando o sujeito. A falta se instala enquanto motor psíquico. O falo, elevado a estatuto de objeto simbólico, pode ser buscado por ambos os sexos.

Sendo um momento decisivo da estruturação do sujeito, a castração irá reordenar o modo do sujeito se relacionar com a falta e o falo, perdendo o estatuto de objeto imaginário, assume sua condição simbólica de significante da falta, determinando as diversas posições que o sujeito assumirá desse momento em diante. A criança sai da completude materna e entra no mundo da cultura, aumentando suas possibilidades de trocas sociais.

Portanto, para se constituir subjetivamente é imprescindível a transmissão da falta, pois a pulsão, sendo parcial, jamais será satisfeita, ou seja, o objeto nunca será encontrado e assim o jovem humano pode vir a se tornar neurótico sendo mobilizado pelo motor do desejo.

Este capítulo tratou dos momentos lógicos fundamentais para que um sujeito possa alcançar sua subjetividade. Passaremos agora a articular essas operações com o exercício da função materna considerando a prematuridade, isto é, abriremos uma discussão sobre os entraves que pode encontrar a mãe ou outro próximo, na condição do nascer prematuro.

3. Prematuridade e função materna: sua majestade com o trono em risco

No capítulo anterior vimos que para se constituir enquanto sujeito, o indivíduo passa por diversas operações e que a participação da mãe ou cuidador, no exercício da função materna é primordial para que tais operações sejam realizadas. Neste capítulo abordaremos as peculiaridades dos bebês prematuros e suas implicações no exercício da função materna, situando-os no terreno da medicina, marcado pelo biológico. Dessa forma, tomando o orgânico como ponto de partida, nos permitirá articular o somático com a psicanálise, que introduz o bebê na sua história e na dimensão do desejo, para, posteriormente, analisarmos como se processa o investimento narcísico da mãe em relação a esse bebê e a construção da operação da função materna na prematuridade.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2009) em todo o mundo nascem anualmente 20 milhões de bebês pré-termo e de baixo peso. Destes, um terço morre antes de completar um ano de vida. Diante deste quadro, a política de atenção à saúde materno-infantil vem concebendo estratégias de ações que acompanhem mãe e filho desde o pré-natal, buscando evitar “condutas intempestivas e agressivas” para o bebê. Segundo o Ministério (2009:10):

A atenção ao recém-nascido deve caracterizar-se pela segurança técnica da atuação profissional e por condições hospitalares adequadas, aliadas à suavidade no toque durante a execução de todos os cuidados prestados. **Especial enfoque deve ser dado ao conhecimento do psiquismo do bebê, seja em sua vida intra como extra-uterina, da mãe, do pai e de toda a família** (grifo nosso).

A norma ministerial prevê que uma equipe multiprofissional seja responsável pela assistência ao recém-nascido, ou seja, o método não pode prescindir de um psicólogo na equipe (MS-Port. nº 1.683, de 12/07/2007). Estudando a norma e o manual do método, percebemos que a teoria psicanalítica é tomada como referência no tocante ao psiquismo materno-infantil. Isto nos faz pensar que os resultados das pesquisas psicanalíticas sobre bebês estão tendo um efeito no tratamento destes pequenos e que, apesar de já ter algumas décadas, esses estudos demonstram a necessidade cada vez maior de um aprofundamento nas questões que surgem no dia a dia desta clínica, entre elas, a intervenção junto à dupla mãe-bebê.

A prematuridade ainda não é totalmente explicada pela ciência. Entre as possíveis causas que desencadeiam um parto prematuro temos: as causas e doenças maternas ligadas ou não à gravidez (hipertensão materna, alterações útero-placentárias, doenças infecciosas, cardiopatias, diabetes, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, antecedentes de partos prematuros ou abortos de repetição, idade da mãe (menor de 18 anos e maior de 35 anos), infecções urinárias, insuficiência cervical (fraqueza do colo do útero, etc.); as causas fetais (sofrimento fetal, asfixia fetal, etc.); doenças genéticas (malformações do feto), gemelaridade, etc.; as causas desconhecidas, quando não se reconhece a causa exata da prematuridade, o que ocorre em boa parte dos casos de bebês pré-termo. Neste caso é inevitável a questão: será que apenas o saber da ciência é suficiente para responder ou dar conta desse fenômeno? Freud (1976c) refere que existiria uma tendência da vida à regressar ao estado inorgânico, uma tendência da vida em direção à morte. A pulsão de morte agiria no interior do organismo, conduzindo-o para o estado inanimado e inorgânico: um estado de esvaziamento total de excitações, de a-tensão total. Zen & Mota (2008:102) citando Freud, falam que “a energia que nos faz viver é uma só”, mas as forças da vida nunca andam sozinhas, há outras forças imperiosas, de desagregação, a pulsão de morte. As autoras referem estudos que supõem a prematuridade como resultado de um conflito psíquico na mãe. Conflito entre desejar muito o bebê e angústia fóbica da criança associados aos temores maternos.

Para muitos autores¹⁷ a prematuridade pode ocasionar alguns sintomas observados na primeira infância e idade escolar como: disfunções sociais, isolamento e baixa auto-estima; problemas comportamentais, como imaturidade, irritabilidade, impulsividade; problemas “sensoriais”, como aversão a certos gostos e texturas de alimentos e reações anormais a dor; problemas de sono; de motricidade fina ou grosseira; de fala, como discurso lento ou inaudível; de crescimento e ganho de peso; alimentares; de aprendizagem; neurológicos, e; mentais, como autismo e psicose infantil. Estes autores consideram que tais sintomas podem ser tratados ou amenizados se estes bebês, após alta hospitalar, receberem acompanhamento diferenciado em seguimento ambulatorial. Porém uma questão nos chama a atenção: seria apenas a

¹⁷ Brazelton, T. B., 1994; Kennell, J. H. & Klaus, M. H., 1993; Bradley & cols., 1993; Damman & cols., 1996; Carvalho, Linhares & Martinez, 2001; Piecuch, Leonard, Cooper & Sehring, 1997; Antunha, E. L. G. 1994.

prematuridade a causa desses sintomas? É possível que outros fatores estejam envolvidos juntamente com a prematuridade interferindo na constituição subjetiva, fatores de uma outra ordem, que dizem respeito ao inconsciente parental. Se o sintoma da criança é a expressão da verdade familiar e do fantasma dos pais (LACAN, 2003), então é necessário interrogá-los. Mas, antes disso, veremos como este pequeno ser se insere no jogo familiar.

É no artigo *O Ego e o Id* que Freud (1923/2004d:39) diz que antes de nos tornarmos sujeitos, nosso eu é um eu corporal: “ele é sobretudo um Eu-corpo.” Somos um corpo biológico ao nascermos, um corpo que não distingue seus limites. Confundimos nossas sensações internas e externas. Aos poucos vamos definindo sua superfície, o que pertence a nós e o que é do mundo exterior. Fazemos isso ao sugar nossos dedos, ao brincar com as mãos e pés, o que os especialistas em desenvolvimento chamam de movimentação espontânea do bebê, e ao olhar.

Além de ser apenas corpo, o bebê humano percorrerá um longo trajeto até que constitua seu eu. Antes de tudo é um ser desamparado, nasce em total desamparo, não sendo capaz nem mesmo de satisfazer suas próprias necessidades orgânicas. Dependerá de um adulto para sobreviver. Alguém que lhe irá proporcionar não somente os primeiros cuidados, mas lhe dirigirá uma atenção especial e particular. Utilizando-se do corpo, o bebê capta esta atenção inicialmente através do grito, do choro, posteriormente de expressões faciais, gorjeios, sons guturais, sorriso, olhar, gestos, imitações e, por último, da fala. Usa o corpo também para se relacionar com seu cuidador e esta relação não é fortuita, mas vinculada a uma relação simbólica. A mãe, geralmente o primeiro cuidador, como agente materno, tem função primordial. E é somente através dela, que Lacan (1999) denomina primeiro grande Outro, que a captura pela rede do simbólico ocorre. Essa função materna se realiza através da linguagem, pois não é apenas de fralda e leite que o bebê humano precisa, uma vez que também está mergulhado em um desamparo psíquico, necessitando de palavras que possam tirá-lo dessa posição e de vínculos afetivos que possam sustentar sua constituição enquanto sujeito.

Sendo a função materna o motor que move este estudo, passamos a falar sobre as mães e bebês, objetos desta pesquisa. Temos um público de mães púberes, ou

adolescentes, e adultas. Mulheres que chegam ao hospital com dores que não conseguem explicar e logo depois se veem diante de um filho que, segundo algumas não sentiram “mexer na barriga”; que, além do feto não mexer em sua barriga, afirmam que seu ventre também “não cresceu”; mães que se desorganizam diante do nascimento dos filhos; puérperas que relatam insegurança nos cuidados com o bebê, sentimento muitas vezes reforçado por figuras próximas, que acabam por assumir a maternagem da criança; mães excluídas socialmente; mães de múltiplas gravidezes; mães que se desorganizam psiquicamente diante de um bebê que não reconhecem como seu; mães deprimidas; mães psicóticas; mães desamparadas.

No entendimento lacaniano é a mãe ou cuidador substituto que sustenta para o filho o lugar de Outro primordial. Através de seu desejo, a mãe irá antecipar em seu bebê uma existência que ainda não está lá, mas que poderá ser instalada se for suposta. Escrevendo as primeiras marcas no corpo do bebê através do olhar, palavras e gestos, a mãe proporciona os alicerces de seu aparelho psíquico. Esta primeira relação é base principal para os demais relacionamentos da criança no mundo externo. Sabendo da importância dos primeiros anos na constituição do sujeito, será que essas mães representariam risco para a subjetividade de seus filhos? O que se pode considerar risco para a constituição do sujeito?

Alguns autores¹⁸ consideram que há risco psíquico¹⁹ quando: os bebês são privados do contato de sua mãe ao nascer; apresentam mal-formações; nascem prematuros; não têm nome; têm dificuldade para olhar o rosto humano; não choram; não se acomodam ao colo; não reconhecem a voz materna; apresentam recusa alimentar; têm dificuldade para sorrir, balbuciar, falar. Os autores citados consideram que a função materna está em risco quando as mães são privadas de seus filhos; estão deprimidas; estão em processo de luto; estão comprometidas psiquicamente; estão em condição de miséria; são adolescentes; são submetidas a maus-tratos; não falam com seus bebês; ao se comunicarem com o bebê não utilizam o manhês; não conseguem tocar em seus filhos; não conseguem imaginá-los quando ainda estão em seu útero; não os

¹⁸Bergès & Balbo 2002; Bernardino,2004; Camarotti, 2001; Crespin, 2004; Dolto, 2007; Golse, 2003; Kupfer, & Teperman, 2008; Jerusalinsky, 2002; Laznik-Penot, 2004; Levin, 2001; Mathelin, 1999; Queiroz, 2005; Rohenkohl, 2000; Spitz, 2004; Szejer, 1999; Teperman, 2005; Wanderley, 1999.

¹⁹ Segundo Campanário (2006), esse risco consiste em sinais de dificuldades no estabelecimento de uma relação do bebê com seu agente maternante que venha a restringir a singularização subjetiva.

reconhecem; não são capazes de dar um nome, um lugar simbólico para o filho; não conseguem perder seu lugar de filha; não fizeram luto do bebê imaginário; não conseguem amamentar com prazer.

Podemos dizer então que uma grande parte dessas mães se encontra com a função materna em risco. São mães de prematuros e, em sua maioria, ficam longe de seu bebê por dias, semanas e, às vezes, até meses. A clínica mostra que, em algum momento após o parto, essas mães apresentam sintomas depressivos (irritabilidade, tristeza, desinteresse, choro, desânimo); muitas vivem um luto antecipado pelo risco de morte de seus bebês; a maior parte pertence a uma classe social de baixa renda, algumas são moradoras de rua; muitas ficam paralisadas diante do berço de seu filho e não conseguem falar nada ao seu bebê (como falar do indizível? E em manhês?); não podem tocar em seus bebês, pois algumas acham que eles não podem sentir nada ou quando a tecnologia assistencial os separa de forma fria e cruel; algumas não tinham conhecimento da própria gravidez quando adentraram na sala de parto; boa parte são adolescentes que ainda estão no lugar de filhas; mães prematuras que não tiveram tempo de imaginar seu bebê e tampouco fazer luto de um bebê que não puderam fantasiar; mães que não podem amamentar, pois o filho encontra-se em dieta zero ou em alimentação artificial.

O nascimento prematuro nestas condições pode ter um efeito desorganizador e provocar uma espécie de colapso nas funções parentais, especialmente na função materna, fazendo com que estas mães se sintam impossibilitadas de inserir seus bebês na sua história familiar. O bebê pré-termo surge como um real, desarticulando as amarrações simbólicas construídas pelos pais. A psicanalista francesa Catherine Mathelin (1999:17) nos descreve sobre este momento:

Quando o nascimento precipitado se passa no pânico e na urgência, quando os médicos não podem tranquilizar a mãe, quando o bebê está realmente em perigo, a realidade reencontra o fantasma e surge o trauma. O trauma é sem fala; ele permanece sem palavra porque é por definição impensável.

Não há como nomear o sentimento que advém. Luto antecipado, diz a psicologia. O inominável, o real, o que não tem jeito. Angústia paralisante. Corpos

autômatos a esmo. Pais, mães e bebês desamparados. Lacan nos diz que "o sujeito se constitui no campo do Outro", mas diante de tantos riscos, como essa mãe irá desempenhar a função de Outro primordial? Como, nessas condições, essa mãe poderá tirar seu bebê do caos psíquico em que se encontra? Como investirá narcisicamente no filho se seu próprio narcisismo está ferido? Que imagem especular ela poderá oferecer ao filho se ela também está despedaçada?

Os estudos psicanalíticos em torno do *infans* enfatizam que o tempo que segue após um nascimento prematuro é um período crítico para a mulher. Um tempo em que ocorrem rápidas transformações e reorganizações em seu psiquismo, pois passará por um período de luto pelo bebê imaginário, para que possa acolher o bebê real; uma ferida narcísica se abrirá diante da constatação de que não conseguiu gerar um filho ideal, enfrentando falhas no recalçamento diante do inquietante bebê real, além de enfrentar sérias dificuldades em falicizar seu bebê (olhá-lo, falar-lhe, dar-lhe um nome) (MATHELIN, 1999).

No que se refere aos bebês prematuros, a angústia dos pais diante da vida e da morte desses bebês é muito intensa, uma vez que o risco de perder o filho é iminente, pois são crianças instáveis organicamente, passíveis de infecções oportunistas, a intervenções cirúrgicas delicadas, com alto risco de lesões provocadas por hemorragias e/ou anóxia, sujeitos a procedimentos muitas vezes invasivos. Nos relatos dos pais observa-se que tais circunstâncias provocam uma sensação devastadora nesses pais. Poderiam também destruir-lhes identificações? Sabemos que a vida não depende somente desses recursos, mas principalmente do desejo que lhe é investido. Como se encontra o desejo materno nesta condição?

A criança nascida prematuramente chega ao mundo com uma insuficiência maturativa que a torna vulnerável e, segundo Silva (2004), privada de várias experiências importantes, entre elas, o útero, o colo e a família. É lançado em um ambiente de alta tecnologia, cujo objetivo principal é a sobrevivência de corpos cada vez menores. O autor ressalta que vidas têm sido salvas, mas com um elevado custo para o cérebro e para a relação pais-bebês. Diz: "A experiência na UTI neonatal parece afetar negativamente muitos dos pré-termos. Os efeitos podem já ser evidenciados nas

primeiras semanas em casa e serem confirmados na idade escolar...” (SILVA, 2004:188-189). O recém-nascido prematuro, caracterizado pela imaturidade do seu organismo, que o torna mais suscetível a determinadas doenças e mais sensível a determinados fatores ambientais (luz, ruído, etc.), nos faz pensar que a condição de prematuridade parece colocar o corpo da criança em falha se compararmos com as aquisições de um bebê nascido a termo, que já nasce preparado para o contato direto com o colo da mãe e convívio familiar, com capacidades e competências que irão demonstrar o adequado funcionamento de seu sistema sensorial, percebendo e reagindo aos apelos e estímulos das pessoas e do meio. Um ser completo, capaz de imediatamente começar a encantar os pais, o que irá contribuir para o processo de subjetivação.

Sendo um recém-nascido de risco, o prematuro requer vigilância nos cuidados, pois não teve a oportunidade de completar todo o processo de maturação biológica no útero da mãe. Dada a imaturidade que os caracteriza, podem mais facilmente adoecer. O risco associado a esta situação revela-se mais elevado quanto maior foi o grau de prematuridade e menor for o seu peso, muito em particular nos casos em que apresentam um peso inferior a 1500g.

Ao nascer, a maioria irá necessitar de tratamento especializado intensivo e não se pode dizer que o ambiente das unidades neonatais, com sua infraestrutura de alto nível tecnológico e aparelhos sofisticados, seja um ambiente acolhedor, especialmente para seres tão frágeis. Pelo contrário, é um ambiente que proporciona experiências muito diferentes daquelas vivenciadas pelo bebê dentro do útero. Segundo o Ministério da Saúde (2009), em sua fase mais crítica e no espaço de tempo de vinte e quatro horas, um bebê é tocado e manuseado 130 vezes. São coletas de sangue, punções lombares e do calcanhar, introdução de sondas, intubações, destubações, raios X, aspirações das vias aéreas, uso de medicamentos, entre outros procedimentos. Na maioria das vezes, devido à urgência da situação, as intervenções não são programadas, não existindo um preparo anterior do bebê para estas ações. Os cuidadores executam o manuseio com a precisão da técnica, sem a atenção humana que o caso requer. De acordo com o Ministério da Saúde (2009:128):

Quando o bebê nascido pré-termo é levado para a UTI Neonatal tradicional encontra um ambiente extremamente diferente daquele em que se encontrava no útero. O nível sonoro é alto e as luzes são fortes e contínuas. O meio ambiente nem sempre permite flexão ou limites adequados e a ação da gravidade impede muitos de seus movimentos como, por exemplo, levar o dedo à boca para sugar e se organizar. O bebê passa a ser excessivamente manuseado, tanto para cuidados de rotina quanto para procedimentos intrusivos e até dolorosos, muitas vezes sem cuidados adequados para a diminuição do estresse e da dor. Esse manuseio geralmente é imprevisível – podendo ocorrer a qualquer hora, de acordo com as necessidades da equipe de saúde – e variado, pois são muitos os cuidadores. Após os procedimentos, o bebê continua reagindo por vários minutos, até aquietar-se por estar completamente exausto.

Para se defender dessas agressões, o recém-nascido se utiliza de três modos de defesa: o fechamento sobre si mesmo, quando não responde aos apelos dos adultos, como a voz da mãe, evitando abrir os olhos; o sono – utilizado como forma de recusa ao contato após período prolongado de cuidados intensivos, e; a fixação adesiva do olhar, quando o neonato manifesta um olhar de modo adesivo em um reflexo sobre determinado objeto, um reflexo sobre a incubadora, por exemplo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Druon (1999) parece concordar com estas observações quando nos fala do ambiente neonatal e da hospitalização precoce de bebês:

A frequência dos cuidados impostos provoca seguramente uma hiperestimulação sensorial quase permanente. Há procedimentos que machucam, que surpreendem o bebê em repouso, impondo-lhe uma grande descontinuidade vinda do exterior. Há também para estes bebês uma grande descontinuidade de pessoas. (DRUON, 1999:44)

Sabemos que estes bebês não podem prescindir dos cuidados das unidades de tratamento intensivos, mas será neste contexto que estabelecerão suas primeiras formas de comunicação. Suas primeiras inscrições psíquicas se farão neste ambiente ameaçador para eles e seus pais. Quais os efeitos disso no desempenho da função materna? A prematuridade, com seu tempo real forçando o orgânico, poderia causar algum efeito perturbador no processo de constituição psíquica dessas crianças?

Salientamos a especificidade deste primeiro tempo de inscrições primordiais, de formação do protoaparelho psíquico (Freud, 1895/1990a). Momento, segundo Mota (2009:29), em que “vão-se construindo caminhos (Bahnung), facilitações, trilhamentos em função das experiências vividas como prazer ou desprazer, pelo bebê e pela Mãe”. A autora ressalta que, embora o desenvolvimento ocorra por toda vida, este é um período em que o cérebro é mais sensível a determinados tipos de construções, como fala, visão, relações sociais e para a montagem do aparelho psíquico e, no que concerne à constituição psíquica, é o tempo da fundação do humano que se dá a partir do encontro entre organismo e linguagem necessitando da intermediação de um outro, o *Nebenmensch*, (próximo assegurado) citado por Freud (1895/1990a:431). Ressalta ainda que quanto maior for a gravidade do estado de saúde do recém-nascido, o mesmo não deve ficar entregue a si mesmo e a solidão das máquinas sem o auxílio da uma presença humana interessada e atenta na rotina dos cuidados.

Na avaliação de Szejer (1999), os progressos da medicina remetem a um paradoxo que pode dificultar os processos que se seguem ao pós-parto: o excesso na medicalização no que diz respeito aos cuidados do bebê e a presença das parturientes, não havendo, neste momento, lugar para a palavra. Na mesma linha de pensamento Mathelin (1999) sugere uma relação de corresponsabilidade entre psicanálise e medicina no sentido de reanimar o desejo de viver nos bebês e nos pais. Refere que o psicanalista pode intervir revelando a tensão entre o saber médico sobre o corpo e os efeitos que podem advir de um outro saber, o saber inconsciente. Conforme Mathelin (*ibidem*:22)

O analista não está mais ali para reparar os estragos de longas hospitalizações, mas para “reanimar” trabalhando com os reanimadores num outro registro. Reanimar a criança e o discurso que a anima. Não se tratava mais, portanto de atendimento por prescrição quando as famílias vão mal, quando os pais estão infelizes ou agressivos e o trabalho dos médicos sofre com isso. Se tal fosse o caso não estaríamos ali para ajudar ao paciente, mas a medicina.

No atendimento diário nos interrogamos sobre como esses corpos pequenos e frágeis, ainda a se constituir orgânica e psiquicamente, podem vir a se tornar sujeitos. Corpos que sobrevivem devido aos recursos tecnológicos. Nos impressiona a angústia com que vivem os pais desses bebês diante da vida e da morte, uma vez que o risco de perder o filho é iminente, pois são bebês instáveis organicamente, passíveis de infecções

oportunistas, a intervenções cirúrgicas delicadas, com alto risco de lesões provocadas por hemorragias e/ou anóxia, sujeitos a procedimentos muitas vezes invasivos que provocam uma sensação devastadora nesses pais, emudecendo-os, calando-lhes os afetos, destruindo-lhes identificações.

Longe de ter o tão sonhado filho perfeito que imaginaram, os pais têm diante de si um bebê com insuficiências orgânicas, algumas muito graves, com uma imagem corporal que não condiz com a fantasia do casal, nem com os traços familiares, um pequeno estranho que os inquietam. O bebê prematuro põe em xeque todos os projetos dos pais, talvez não satisfaça os sonhos e desejos nunca realizados por eles, talvez não se torne um grande homem e herói no lugar do pai, ou, se menina, não desposará um príncipe, recompensando a mãe. O pequeno rei ou princesa encontra-se com o trono ameaçado.

3.1 Mães envoltas com um estranho: será ele um rei?

Como vimos acima, o nascimento prematuro se caracteriza pela urgência e pelo sofrimento tanto para a mãe quanto para o bebê. Após o parto, para que a mulher possa se apropriar de seu filho e se constituir enquanto mãe terá que percorrer um longo e árduo caminho. Sentimentos de perda e fracasso virão em função da separação que se impõe logo ao nascimento, além de todas as dificuldades inerentes à situação de prematuridade extrema.

Neste segmento iremos tratar da função materna na condição de prematuridade, na qual a não concretização do filho imaginário e perfeito interrompe a relação mãe-bebê gerando vários sentimentos de culpa, rejeição e até hostilidade, comprometendo o exercício dessa função. A aceitação do bebê real é um processo difícil, que depende da história individual da mãe, das relações com seus próprios pais e das condições psicológicas que ela apresenta.

Sabemos que a gravidez e o pós-parto são fases na vida da mulher que causam várias alterações, tanto físicas, como psicológicas. São frequentes as dúvidas, medos,

angústias, ansiedade, receios, fantasias e insegurança. Durante o processo de gestação, todo casal, e, em especial a mãe, passa pela vivência de idealização do filho: que será saudável, perfeito, realizará sonhos que ela não pôde concretizar (Freud, 1914/2004b). O que ocorre no parto prematuro? Este interrompe justamente a construção pelos pais do bebê imaginário, confrontando-os com o real orgânico, provocando uma descontinuidade temporal brusca. Os pais não conseguem encontrar suas marcas, vestígios das representações do bebê que tinham durante a gravidez de acordo com seus ideais. O golpe narcísico impede que esses pais possam ver no filho traços que se ajustem ao ideal estabelecido por eles. Seu bebê lhes causa uma sensação da ordem do inquietante.

Freud (1919/1976b) nos conduz, a partir do estudo semântico do termo alemão *Heimlich*, à análise dos contrários, demonstrando que, através do recalque, o familiar, o que é mais íntimo ao sujeito pode tornar-se inquietante, o que lhe é mais estranho, e que o retorno do que é familiar é que provoca a angústia.

Diante do real do corpo, o filho prematuro – fraco, magro, esquelético, pequeno e cansado – muitas mães reagem com estranheza e terror, o que as impedem de fazer correspondência à imagem idealizada, de reconhecê-lo como sujeito. Abre-se um profundo abismo dificultando a representação desse filho para essa mãe, uma grande lacuna entre o bebê sonhado e o que chega. Como ela pode ser mãe de alguém que não esperava, de um estranho?

Algumas mães não conseguem se (re)conhecer nesse estranho, nesse *unheimlich* que nasceu com uma imperfeição, uma falha (ou uma falta?), que talvez não possa concretizar seus sonhos dourados. O termo *Unheimliche* utilizado aqui deve ser compreendido no sentido de *Heimlich/Unheimlich* que Freud (1919/1976b:277) dá em seu artigo *O estranho*. Para ele: “... o estranho é aquela categoria do assustador que remete ao que é conhecido, de velho, e há muito tempo familiar”.

O estranho então não é nada novo, mas algo familiar e há muito tempo instalado na mente, mas através do recalque tornou-se algo alienado. O recalque, algo estranho que deveria permanecer oculto, volta à tona (retorno do recalcado). Bem sabemos que

nas brincadeiras infantis a mulher toma suas bonecas como seu futuro filho, idealizando-o e, posteriormente, durante a gravidez, pode vir a ter fantasias ou sonhos de que terá problemas com o bebê, que este possa ter "defeitos", más-formações. Quando o bebê nasce prematuramente há um retorno destes temores e fantasmas.

O sentido do recalque é o de enfatizar a dificuldade da mãe em lidar com a representação do filho prematuro. A mãe muitas vezes se vê paralisada frente ao berço de seu filho não toca nem fala, apenas olha e chora. Embora reconheça que o bebê é seu filho, é difícil aceitá-lo com esta característica, circunstância que foi recalcada, mas que retorna. Vejamos a fala de uma mãe ao se referir ao momento que viu a filha prematura na unidade de tratamento intensivo pela primeira vez: "... fiquei assim... eu dizia que ela não era minha filha. Dizia que ela era muito feia... achei muito estranho." A circunstância com que esta mãe se depara é decepcionante, pois não se (re) conhece na filha. O bebê tornou-se um objeto de difícil introjeção na sua cadeia simbólica, determinando para ela não só a perda dos ideais, mas a "morte" da filha idealizada. A mãe passa por um processo de denegação (*Verneignung*) ao ver a filha prematura, resultado da defesa do próprio ego. O objeto filha não possui um caráter bom, não merece, portanto, integrar, fazer parte do ego materno, deve permanecer no mundo externo, ser denegado (*ela não era minha filha*). Posteriormente poderá vir a sofrer novas elaborações e ser novamente introjetada, reinserida egoicamente.

Vejamos mais um recorte clínico realizado dois meses após o nascimento de um bebê do sexo masculino: "... a senhora precisava ver ele quando nasceu, parecia um sapo, só barriga e olho!". Essa fala mostra claramente o processo de denegação pelo qual esta mãe sofre ao comparar seu filho a um animal. Tal denegação é compreendida aqui como um mecanismo de defesa, tal como o termo *Verneignung*, utilizado por Freud para caracterizar o mecanismo em que o sujeito exprime negativamente um desejo ou uma idéia cuja presença ou existência ele recalca (Roudinesco, 1998). No exemplo, a mãe defende-se do filho transformado em objeto mau, que lhe provoca uma ferida narcísica, destrói seus objetos internos. Parece haver um abismo entre o filho imaginário e o filho real. O atributo de filho prematuro não se afirma, é negado, deve ser mantido fora do ego, pois este bebê não é capaz de confirmar a história familiar. Neste primeiro momento, essa mãe não vê em seu filho a capacidade de transmissão geracional, não é

capaz de ter por ele o sentimento de continuidade, de imortalidade egóica. Esse bebê não corresponde aos ideais parentais. Vale ressaltar que após esse momento inicial o significante prematuro cola na história do pequeno bebê tornando-se um elemento que pode vir a dificultar o desenvolvimento e a constituição subjetiva do sujeito.

São momentos devastadores os primeiros contatos de algumas mães com seus filhos prematuros. Na vinheta acima a mãe deprimida via no filho a corporização de algo da dimensão do sinistro, uma vez que foi ela que gerou este bebê. Estas mães têm grande possibilidade de desenvolver sintomas psíquicos graves, como tristeza profunda, sentimentos de culpa, alucinações, delírios, entre outros. Não são raros os casos atendidos pela equipe. Algumas sentem medo ao se aproximar do berço do bebê: “... toda vez que eu me aproximava, ficava nervosa.” Outras se acham incapazes de dar colo e realizar os cuidados maternos: “... tenho medo de colocar ele no colo e ele cair... é tão pequeno, tão magrinho!” Algumas estão num nível de sofrimento tão profundo que revelam sentimentos de abandono: “... eu nunca falei pra ninguém da equipe, mas às vezes me sinto tão desesperada que tenho vontade de ir embora e deixar ele aqui sozinho, chorando.” Ou sentimentos de morte: “... tem momentos que penso que não vou aguentar o choro, penso em apertar a boca dele e sufocar...”

Frente a este objeto ominoso, inquietante, sinistro, mas tão familiar, as mães vacilam em sua posição identificatória, acarretando a insurgência da angústia. O estranhamento não se dá apenas porque é algo novo, mas sim porque é a um só tempo estranho e familiar, inscrito no psiquismo há bastante tempo, mas alienado pelo recalque.

Em *Seminário 10 – A angústia*, Lacan (2005) considera o *Unheimliche* como algo que não se pode representar, lugar onde o duplo, embora permaneça no limbo, não comparece, assombra e traz angústia. No contexto em que estamos, a mãe não se vê no filho, não reconhece nele seu duplo e cai nas profundezas do que não pode representar. Utilizando mais uma vez as palavras de Freud: “O duplo converteu-se num objeto de terror” (1919/1976b:295).

Numa situação considerada normal, o bebê percebe que, quando olha, o que vê é o rosto da mãe e esta devolve a ele seu próprio eu. Segundo Laznik-Penot, (2004), algumas mães, aterrorizadas por não reconhecer-se no próprio filho, seu duplo, não consegue banhar seu filho com seu olhar narcísico. Isto contribuirá para o esvaecimento da dimensão subjetiva do bebê, uma vez que esta mãe está impedida de instaurar um circuito pulsional, uma amarração simbólica que lhe permita se reconhecer como mãe desse bebê.

O filho perdido foi o filho idealizado que não se constituiu no real. Esse filho idealizado que não conseguiu ser confirmado na realidade contém o sujeito-bebê (narcisismo) da mãe que não conseguiu ser reinscrito no bebê que nasceu na realidade material, retornando ao ego de cada um dos pais. Esse objeto (filho desejado) se estabelecerá no ego, permanecendo nele como objeto perdido.

Em um nascimento a termo *a sua majestade o bebê* irá confirmar a potência e a competência materna. O mesmo não ocorre com o nascimento prematuro. Este tem um efeito desorganizador provocando uma espécie de colapso nas funções parentais, especialmente na função materna, fazendo com que essas mães se sintam impossibilitadas de inserir seus bebês na sua história familiar. O bebê pré-termo surge como um real, desarticulando as amarrações simbólicas construídas pelos pais, um estrangeiro, que causa estranhamento aos pais através de seus sintomas e imagem corporal, mas extremamente familiar, pois é a partir da rede de significantes dos pais que irão se recortar de forma inconsciente os traços nos quais o bebê irá instaurar sua filiação. Entretanto, este bebê traz consigo uma aposta, uma dúvida: “será ele um rei?” (BATTIKHA, 2009:136).

Para além do estranhamento causado pelo insurgimento do bebê real colocando em jogo as fantasias arcaicas maternas, Szejer (1999) considera muito importante o que ocorre nos primeiros três ou quatro dias após o nascimento. A autora denomina esse período de *limbo*, um momento incerto em que se decide o nascimento para a vida simbólica. Szejer (*ibidem*:133) refere que neste instante há uma escolha, um limite a ser ultrapassado para que a vida aconteça. Conforme a autora: “[...] é um momento de escolha para o recém-nascido e também para os pais. Escolha de dar lugar ao seu desejo

inconsciente para a criança, escolha de reconhecer essa criança desejante e singular para os pais.”

Na compreensão lacaniana, a mãe, nos momentos iniciais da vida do bebê, desempenha a posição de outro. Sustenta para o filho o lugar de Outro primordial, antecipando em seu bebê uma existência que ainda não está lá, mas ao supô-la, pode vir a ser instalada. A mãe como Outro vai escrevendo as primeiras marcas no corpo da criança e estas marcas iniciais se tornarão o alicerce do aparelho psíquico. Assim, a dependência do bebê ao adulto cuidador constitui o tempo da alienação (LACAN, 1998g) e é estruturante para o sujeito, pois irá estabelecer as condições do laço com seu cuidador primordial.

Sabemos que o sujeito humano não pode engendrar-se a si mesmo. Prematuro e desamparado necessita dos outros parentais para continuar a existir. Imerso nos modos primitivos e arcaicos de satisfação, dependerá de uma presença humana desejante. A mãe, ao exercer a função materna, funcionará em um movimento de antecipação, atribuindo demandas e intenções a partir do que lê e interpreta no corpo do bebê. O bebê, por sua vez, responderá através de suas manifestações e competências à invocação materna.

De acordo Jerusalinsky (1984) a mãe necessita da ilusão da resposta psicológica do bebê, isto é, que o bebê permita ser marcado pela letra que o Outro inscreve em seu corpo, marcas fundantes que possibilitam a entrada do bebê no universo da linguagem. Laznik (2004) também nos lembra que um bebê que não solicita sua mãe, que não é responsivo a ela, poderá diminuir o prazer que ela tem de cuidar dele, o que a impedirá de investir de uma forma singular em seu filho passando a cuidá-lo de forma mecânica. Diante de um bebê impossibilitado de responder, como é o caso da maioria dos prematuros, a mãe, por maior que seja seu esforço, pode desistir de banhá-lo com linguagem, humanizá-lo, havendo assim uma fratura na função materna.

Envolto a aparelhos, medicações e procedimentos clínicos dolorosos, o bebê encontra-se impedido de responder a qualquer demanda da mãe em um momento crucial para o estabelecimento dessa função. Como essa mãe, enquanto *próximo assegurado*,

poderá introduzir o significante mestre, a marca fundamental para que um sujeito venha a se constituir? Se não é a mãe, serão as máquinas? Será a equipe?

A criança está entregue ao serviço médico e este parece impor à mãe algo da ordem da interdição, pois o bebê encontra-se na posição de objeto de tratamento. Além disso, existem as outras mães a lembrar que ela não completou seu trabalho. Envolvida em angústias e cobranças implícitas, não pode ficar a sós com seu filho, nem lhe dar colo. Sentimentos de rivalidades em relação ao serviço podem surgir, mas não poderá expressá-lo, pois não pode ser cruel com um serviço que está lutando para que seu filho sobreviva (DRUON, 1999).

Vorcaro (2010) ressalta outro aspecto importante presente nos serviços intensivos, a coincidência entre o nascimento de um filho e a passagem da posição de mulher para a de mãe que irá colocar em xeque um saber materno ainda não instituído que poderá dificultar a operação da função materna. Quem sabe cuidar de seu bebê é a equipe. Desautorizada em seu saber, à mãe resta esperar imóvel, impotente, sem poder agir. Diz Vorcaro (2010:619): “O saber técnico, com seus imperativos científicos, pode, de acordo com a condição subjetiva materna, imobilizar a função simbólica do saber maternante singular na situação de internação hospitalar.”

A autora alerta que essa imobilização do saber maternante pode perdurar, impedindo que a mãe recubra e ressignifique o saber anônimo das máquinas e procedimentos através da operação transativista.²⁰ O que pode ser um entrave para o exercício da função materna, pois ao se sentir desautorizada do transativismo, que lhe permitiria reconhecer o mal-estar de seu bebê e ressignificá-lo, tranquilizando-o, a mãe poderá dar sustentação ao desamparo do filho, levando-o a não desenvolver recursos simbólicos que o faça enfrentar as situações que o acometem, tornando-o dependente da atenção especializada. Pensamos que este quadro poderia contribuir para o estado de hipervigilância observada nos pais após internação, pois a mãe com dificuldade na

²⁰ Operação descrita por Bergès & Balbo (2002). Uma criança se machuca e a mãe sente por ela. A partir de então, pode devolver sua dor quando vê um acidente ocorrendo com seu filho. Com esta ação, faz com que a criança se envolva em seu discurso e se aproprie de tal evento sob um outro ponto de vista. O ato ganha contornos simbólicos, pois a criança não sente mais como sendo insignificante tal evento.

operação transitivista parece vacilar na diferenciação do que seria um acontecimento que compete aos seus cuidados dos de uma urgência hospitalar.

Ainda em relação às vicissitudes desse período de estabelecimento da função materna, Camarotti, (2001) nos aponta o caráter regressivo dessa fase, uma vez que ter um bebê pode reativar posições infantis e a vulnerabilidade para quadros psicopatológicos, como as depressões maternas, que podem ser um fator de risco para a subjetivação da criança.

As condições psíquicas maternas citadas pela autora remetem às perdas implicadas no trabalho de resignificação que se processa, em vários níveis, durante a gestação e o parto. Uma mãe deprimida dificilmente irá investir narcisicamente em seu bebê. Ela está ocupada demais consigo mesma para poder atender às exigências que os cuidados de um bebê requer. Um bebê pouco pode fazer com o olhar desinteressado da mãe deprimida. A escuta materna permite à mãe dar sentido, no contexto de sua história, àquele sofrimento em particular. O sentido dado pela mãe a essa experiência revela-se fundamental enquanto base constitutiva da subjetividade futura do bebê.

Na mesma perspectiva, Bydlowsky (2004) refere que as angústias e conflitos já estão presentes desde antes do nascimento do bebê, no início da gravidez, e que se a mãe tiver a possibilidade de compartilhar seus fantasmas com um terapeuta, esses fantasmas podem perder sua carga emocional e podem vir a se dissolver com o decorrer dos atendimentos clínicos.

Visando amenizar os efeitos causados pela urgência do nascimento prematuro, Mathelin (1999) nos convoca a criar espaços onde essas mães possam falar de luto, de perda, de separação. Ao conseguirem simbolizar a falta retirando o filho do “puro real”, conseguirão projetar nele um futuro. Esta autora nos ensina que o analista deve trabalhar a equipe no sentido de não permitir que a mesma confunda a criança com aparelhos, fala também da necessidade de se falar da morte para que a “morte psíquica” não prevaleça. Uma intervenção precoce nestes tempos primeiros poderá possibilitar a pais e bebês deslizarem nas significações, ao invés de serem capturados pelo fascínio e estranhamento que a prematuridade produz.

Jerusalinsky (2002) também nos apresenta a necessidade dos pais colocarem em movimento significações e ressignificações sobre seus temores, desejos, fantasias e preocupações em relação ao filho que nasceu ou irá nascer, e que o psicanalista nesta clínica atua em um período em que estão se efetuando as primeiras marcas da constituição subjetiva do bebê, portanto é ele que permitirá que os pais coloquem palavras no que estão vivendo, possibilitando um reencontro com o filho e com eles mesmos, ajudando a instaurar um circuito de demanda e desejo que possa enlaçar o bebê, auxiliando em sua constituição psíquica.

A ética psicanalítica nos ensina que cabe ao analista supor um sujeito quando os pais não podem fazê-lo. Nesse caso particular, quando a mãe encontra-se desamparada, podemos fazer semblante tanto para ela como para o bebê, sustentando para ambos a possibilidade de um vir-a-ser.

Neste capítulo falamos sobre a complexa relação da mãe com seu bebê prematuro e as dificuldades iniciais que enfrenta para tornar-se mãe e exercer a função materna. Vimos que o objeto que a mãe deve investir lhe remete à sua imperfeição e insuficiência ao produzir um bebê falho. Assim, as primeiras marcas subjetivas podem estar em risco, pois, se sentindo culpada e impotente, a mãe pode se ver incapaz de investimentos libidinais, fundamentais para a construção do psiquismo. Passaremos em seguida a articular o exercício da função materna na condição de prematuridade com o sintoma no bebê.

4. Função materna, prematuridade e sintoma: quando o bebê revela o mal-estar dos pais.

Falamos no capítulo anterior sobre as vicissitudes do exercício da função materna na situação do nascimento precoce. Passaremos agora a refletir sobre as dificuldades em operar a função materna na condição de prematuridade, visando estabelecer possíveis ligações com o sintoma no bebê.

Seguindo o entendimento lacaniano, na relação mãe-filho, a mãe é o outro, ou seja, o lugar da linguagem, das palavras, que irá captar e moldar as necessidades da criança. Assim, temos um filho que tem suas necessidades satisfeitas pela mãe e esta, lhe ofertando a linguagem, traduz a ele o que se passa: “você está com fome”, “você quer dormir”. Entretanto a função materna não garante unicamente a satisfação de necessidades fisiológicas do bebê, mas, sobretudo, organiza este funcionamento traduzindo suas reações. Faz isso ao incorporá-lo simbolicamente, interpretando seu grito como apelo, subvertendo o fisiológico, introduzindo-o no esquema pulsional. Os estudos psicanalíticos até agora nos mostra que se a mãe faltar e se não houver um substituto para ela na operação da função materna, a criança pode ficar à deriva, excluída de qualquer circulação simbólica, tornando-se muito difícil para o bebê a construção de uma rede imaginária. Essa exclusão é resultado de como a função materna pode operar, uma vez que essa função não pode ser separada do objeto que a constitui – o filho.

Catão (2004) refere que logo que o filho nasce a mãe tem que se deparar com um outro e constatar esta realidade é muito difícil para ela, pois, mesmo sendo uma gravidez planejada, o bebê real sempre surpreende, porém a função materna implica que a mãe possa acolher o bebê em sua diferença. Para a autora, a competência da mãe reside em permitir-se ultrapassar pelo bebê real, admitindo a própria castração. Assim, o desempenho da função materna supõe uma mulher desejante na condição de mãe, isto é, algo deve lhe faltar e é essa falta que permitirá o gozo do *infans*, sendo que a intervenção da mãe, ao conferir significado ao organismo, irá reduzir o instinto, pois, inserindo o bebê no mundo da linguagem, a mãe proporciona a perda do gozo instintual,

uma vez que, ao introduzir o *infans* na ordem simbólica, a mãe passa a ordenar a economia do organismo da criança.

Para alguns autores pós-lacanianos²¹ um bebê se constitui em um sujeito quando a mãe ou cuidador exerce quatro funções essenciais: suposição de sujeito, estabelecimento da demanda, alternância presença-ausência e função paterna.

A suposição do sujeito requer que a mãe ou cuidador suponha antecipadamente um sujeito psíquico no bebê ainda não constituído subjetivamente. Essa constituição irá depender exatamente de que esse sujeito seja inicialmente suposto ou antecipado pela mãe (ou cuidador). Segundo os autores, essa antecipação proporciona muito prazer ao bebê, pois é realizada com grande alegria pela mãe e acompanhada por uma musicalidade própria da linguagem materna (*manhês*) que induz o bebê a tentar corresponder ao que lhe foi antecipado. Tentando corresponder à mãe, terá de volta o prazer vivenciado quando ela realizou a antecipação. Assim, quando a mãe disse que o sorriso dele era lindo, quando era apenas manifestação reflexa, passará a sê-lo de fato e desse modo o inconstituído pode vir a se constituir. O trabalho com mães e bebês nos lembra uma vinheta clínica em que se pergunta à mãe de um bebê de três meses se ele já sorri. A mãe diz: “ele sorri só por ele mesmo, mas ele não sorri ainda não”. Temos aqui uma vacilação na mãe em supor no filho a possibilidade de apelo, sua atenção, através do sorriso, não consegue supor nele essa intenção. Outra mãe, com sua filha iniciando os balbucios, dizia que tinha dúvidas quanto a sua compreensão do que a bebê pronunciava: “... uma vez ela falou ma... ma, eu acho que eu ouvi mamã. Será que ela tava me chamando de mãe?”.

O estabelecimento da demanda diz respeito às reações involuntárias, como o choro do bebê ao nascer que a mãe precisa entender como se fosse um pedido direcionado a ela. Essas reações, o choro, por exemplo, requer da mãe o uso da linguagem, transpondo em palavras as manifestações da criança. Agindo dessa forma, a mãe permite a construção de uma demanda desse sujeito a todas as outras pessoas com quem no futuro se relacionará. Algumas mães de prematuro seguem à risca a

²¹Kupfer, M. C. M.; Jerusalinsky A. N.; Bernardino, L. M. F.; Wanderley, D.; Rocha, P. S. B.; Molina, S. E.; Sales, L. M.; Stellin, R.; Pesaro, M. E. & Lerner, R. (2009).

recomendação de profissionais de saúde de que devem evitar o choro do bebê para que a criança não venha perder peso. Induzidas pelo discurso desses profissionais e por fantasias de perda tentam fazer qualquer coisa para conseguirem cumprir tal recomendação, "... ele fica dia e noite agarrado no meu peito..." diz uma. "Eu não posso deixar ele chorar, senão ele vai perder peso, então ele fica o tempo todo no meu colo...", fala outra. Além de dificultar a compreensão de apelo dos filhos, outras conseqüências como refluxos, regurgitamentos podem advir em decorrência do excesso nos cuidados.

A alternância presença-ausência evidencia as ações maternas que precisam ser realizadas de forma alternada, presente e ausente. Consiste em que a mãe não responda aos apelos do bebê somente com presença ou somente com ausência, mas crie uma alternância, não apenas corporal, mas acima de tudo simbólica. Diante da demanda da criança e a ação específica realizada pela mãe, deverá haver um intervalo onde poderá surgir a resposta da criança, suporte para as respostas ou demandas futuras. Para um sujeito se tornar desejante é necessário passar pela experiência da falta, pois para se tornar um ser de linguagem é imprescindível que as inscrições psíquicas sejam ordenadas de forma descontínua, alternada. É a mãe no cumprimento de sua função que oferecerá essa alternância para que seja produzida essa descontinuidade, permitindo à criança desenvolver dispositivos para simbolizá-la. Desde o início falamos dos temores desses pais que, mesmo depois do filho ter alta, ainda temem por sua vida. O excesso de presença e vigilância é grande.

Na operação função paterna ocorre a renúncia pela criança às satisfações imediatas que anteriormente buscava no próprio corpo e no corpo da mãe ou cuidador. A sua operação consiste que a mãe estabeleça a lei como um terceiro em sua relação com a criança, não o transformando em mero objeto de satisfação. Essa operação permitirá à criança se distanciar do outro materno, utilizando a linguagem, e o conduzirá na busca de outros modos de satisfação.

Essas funções não aparecem de forma separada no decurso do desenvolvimento. Estão entrelaçadas nos cuidados que a mãe realiza junto à criança e nas produções desta, demonstrando os efeitos de inscrição de tais marcas. Não são funções separadas ou autônomas, mas fazem parte e direcionam tanto as funções físicas como as psicológicas,

e na clínica com prematuros percebemos que exercer a função materna e sustentar estas operações exige um esforço psíquico redobrado dos pais.

A clínica de bebês pressupõe uma especificidade. O bebê se encontra atrelado à prematuridade biológica que o deixa à mercê do Outro, que, ao inseri-lo no mundo da linguagem, irá torná-lo humano, e é dessa condição que a criança irá se valer, uma vez que, segundo Jerusalinsky (1984), a prematuridade propicia a ‘permeabilidade ao significante’; permeabilidade verificada nessa etapa da primeira infância, possibilitando que novas inscrições simbólicas possam ser realizadas.

Jerusalinsky (2002) aponta que por volta de oito e dezoito meses, os processos biológicos como a migração neuronal estão em seu limite, mas dependerão das primeiras experiências infantis e da inserção do sujeito na linguagem. Para a autora, a constituição do humano está na dependência dessa apreensão pela língua, da matriz simbólica que configura a sua relação com o Outro. Segundo ela, para que isso aconteça, “... o fantasma materno tem uma incidência direta na configuração do funcionamento cerebral...” (JERUSALINSKY, 2002:84), havendo dependência mútua entre o orgânico e o psíquico.

O bebê prematuro nos primórdios de sua vida, além de ser abruptamente separado do outro primordial, está submetido a tubos, sondas e outros aparelhos, o que ocasiona um corte radical nessa unidade narcísica primária, impondo à criança, por um tempo indefinido (horas, dias, semanas ou meses), uma tecnologia médica destinada a manter sua vida, mas que o afasta do investimento libidinal materno. Os cuidados oferecidos ao bebê são apenas operatórios, reduzindo-se ao ritmo de alimentação, evacuação, sono e a diversos aspectos importantes, mas dentro da perspectiva da medicina. Tudo acontece como se o desejo materno se apagasse diante da condição de risco do recém-nascido, e à mãe resta apenas repetir, sem questionar, as decisões e comunicações dadas pela equipe médica.

A clínica da prematuridade aponta que, de uma maneira geral, o desenvolvimento e a constituição subjetiva das crianças prematuras passam pelas mesmas vicissitudes dos bebês a termo, porém parece haver uma intensificação nos

cuidados que persistem, mesmo quando o bebê deixa de ser considerado de risco pelo corpo médico ou quando atinge o desenvolvimento de uma criança nascida a tempo. Essa intensificação nos cuidados se inicia muito cedo e, por vezes, perdura até a idade escolar. Tais cuidados se revelam na hipervigilância dos pais, especialmente do cuidador primordial, que passa a não permitir que a própria criança realize suas pequenas conquistas. Não é raro na clínica encontrarmos bebês com oito meses que ainda não tiveram experiência no chão. “a lajota é fria, eu tenho medo que se esfrie, a senhora sabe, ele é prematuro”; “ele tem oito meses, mas ainda tem uma idade corrigida de seis, já pode ir para o chão!!?”, dizem os pais, ainda aterrorizados pelo temor da perda. Tais atitudes chegam a comprometer o desenvolvimento das crianças, que passam a apresentar atrasos importantes.

O significante prematuro parece acompanhar a vida dessas crianças por um tempo significativo e tende a justificar as falhas posteriores dessas crianças, pois quando não conseguem realizar certas conquistas, sejam elas motoras, psíquicas ou de aprendizagem, tudo se deve ao fato de terem sido prematuras. A prematuridade torna-se uma sentença perpétua. É possível que os pais tomem pra si essa sentença para justificar as próprias falhas, amenizando assim seus sentimentos de culpa. Se a falha está na criança, esses pais deixam de enfrentar o próprio medo, sua própria prematuridade. Talvez os pais estejam presos a trama inicial que os distanciou do filho, submetendo-os à intermediação hospitalar e a uma gama de profissionais e tratamentos chamados preventivos que permitem olharem o filho apenas como objeto de cuidados.

Durante o tempo que passamos com os pais e bebês, algumas crianças começaram a apresentar algumas manifestações sem causa biológica, como: choro inconsolável, mesmo no colo das mães, extrema dificuldade em separar-se da mãe, dificuldade de fala (ausência ou atraso), refluxo, dificuldades alimentares e de sono, encoprese, evitação do olhar, atraso psicomotor; outros sintomas mais graves como risco para autismo e psicose.

Lacan (2003) articula em uma de suas notas que o sintoma da criança responde ao que há de sintomático na estrutura familiar. Nesse contexto o sintoma se define como representante da verdade. Numa segunda nota, o sintoma pode representar a verdade do

casal familiar, o que o torna mais complexo, contudo mais aberto às intervenções. Quando o sintoma diz respeito à subjetividade materna, a articulação é mais intrigante, pois a criança está envolvida ao fantasma materno, ficando exposta às capturas fantasmáticas, se convertendo em objeto da mãe. Nesse caso a criança tem como função revelar a verdade desse objeto. No caso de filhos prematuros são muitas as fantasias e estas parecem acompanhar os pais, especialmente a mãe, a cada momento. Fantasias de perda e incapacidade de cuidar do filho, alimentá-lo, acalentá-lo, protegê-lo.

Se articularmos com Lacan (*op.cit.*), a criança prematura, enquanto objeto do fantasma materno, parece se perpetuar como puro objeto de gozo para o Outro. Então temos um significante oriundo do saber médico que se infiltra no mito familiar. O fantasma materno e familiar o captam e lhe atribuem os significados que melhor se adequam à história do grupo. Dependendo das significações dadas ao significante prematuro, a criança ocupará diversas posições: “o fraquinho”, “o fragilzinho”, “o magrinho”, “o coitadinho”, entre outras. E assim, o lugar que esse bebê ocupa no fantasma e no desejo dos pais pode se tornar um entrave na sua vida, no seu vir a ser.

A psicanalista franco-argentina Graciela Crespín (2004), sustentada na teoria lacaniana, identifica, a partir de sua experiência clínica, alguns sinais de sofrimento precoce em bebês que, segundo ela, são dependentes do somático e do relacional. Seus estudos são importantes para este trabalho, pois trazem um conhecimento sobre o sofrimento do bebê que nos ajudará na compreensão do sintoma desses bebês e crianças. Crespín (*ibidem*) vincula esses sinais aos três registros pulsionais do primeiro ano de vida: oralidade, especularidade e pulsão invocante.

A autora descreve estes sinais em dois grupos: os sinais positivos ou esperados do desenvolvimento, que confirmam que os processos psíquicos subjacentes estão ocorrendo sem problemas, e os sinais de sofrimento precoce, estes subdivididos em dois: uma série barulhenta e outra denominada silenciosa.

Crespín afirma que esses sinais podem ser identificados no modo como se dão as funções materna e paterna, nas trocas do bebê em seu laço com o Outro primordial. Os sinais positivos indicam certo equilíbrio na relação e os sinais de sofrimento precoce

dizem respeito ao desequilíbrio em uma das partes. Os sinais da série barulhenta alertam os pais e profissionais de saúde, que são frequentemente consultados em função da presença desses sintomas. Revelam, segundo Crespín, a luta ativa do bebê frente ao excesso e intrusividade da mãe e à incapacidade do pai em fazer um corte na onipotência da mãe.

Os sinais da série silenciosa, que Crespín considera mais perigosos, podem ser negligenciados e confundidos como sinais positivos. O bebê se torna passivo, quieto, “fácil” de cuidar, não oferecendo nenhuma oposição ao cuidador, aceitando, de modo complacente, as falhas do ambiente. Parece que desistiu de lutar contra a onipotência materna. Nesse caso, Crespín (2004:50) refere uma falha na função paterna:

Efetivamente, esses sinais parecem corresponder ao momento onde o bebê deixa de lutar para pôr um limite à onipotência materna, e parece se entregar a uma passividade e a uma atonia que podem tornar estes tipos de sinais extremamente *confortáveis* para os cuidados, daí sua periculosidade. Eles revelam uma *falha mais ou menos radical da vertente paterna no laço*, quer essa falha seja consequência de um **abatimento** secundário, ou uma ausência de inscrição primária.

Os sinais positivos do desenvolvimento no registro pulsional da oralidade denotam a satisfação do bebê com que a alimentação que passa do registro da necessidade para o registro do prazer compartilhado com a mãe. Os sinais de sofrimento precoce na série barulhenta na fase da oralidade são expressos pela recusa alimentar, na sua forma simples ou mascarada nos refluxos e vômitos freqüentes e resistentes à maturação do aparelho digestivo e aos tratamentos e exames. A recusa alimentar do bebê põe em xeque a onipotência da mãe ao lhe revelar que ali está um outro sujeito sobre o qual não tem poderes ilimitados. Como diz Crespín (2004:53):

“O bebê é ativo na relação, e pode-se dizer que ele toma para si a garantia da função paterna débil ou ausente: ao se recusar, ele põe um limite à onipotência originária da mãe e dispõe assim do espaço no qual ele pode advir.”

Quanto ao registro pulsional da especularidade, a autora sustenta o direcionamento do olhar do recém-nascido como sinal positivo que propicia contato e diálogo. Para ela, se o olhar está instalado, o risco do bebê desenvolver traços autísticos é descartado. Porém, na série barulhenta ocorre o evitamento do olhar como sinal de

sofrimento. O olhar do bebê se direciona inicialmente para o cuidador primordial. Caso seu sofrimento persista, a recusa se volta para todo e qualquer rosto humano e quando isso acontece abre-se um alerta para um desenvolvimento autista. O sintoma do evitamento do olhar é freqüente na clínica com bebês e denuncia um modo do bebê se defender de investimentos maternos frágeis quando a mãe é impossibilitada de dirigir um olhar que o sustente e o possa ver.

Continuando com a autora, a não fixação do olhar constitui um sinal da série silenciosa do registro da especularidade. É o olhar que se fixa, se “agarra” a um ponto luminoso ou para o vazio, muitas vezes confundindo os profissionais de saúde que suspeitam de problemas visuais. Este comportamento traduz uma relação em que a mãe é pouco presente e está impedida de investir. Crespin (2004) aponta ainda a persistência do estrabismo fisiológico e o nistagmo²², que ao se prolongar além da idade esperada, por volta do terceiro trimestre, em função da maturidade da motricidade ocular, podem indicar a não-fixação enquanto função psíquica vinculada a uma relação e investida libidinal pela mãe ou cuidador.

Os sinais positivos da pulsão invocante dizem respeito à comunicação em que a função materna ligará às emissões sonoras do bebê a canais significantes, atribuindo sentindo aos sons produzidos pelo bebê, e como diz Crespin (2004:64):

Rapidamente, o bebê se apropria dos significantes que sua mãe lhe devolve, e se torna “lisível” para o entorno: os choros de fadiga não se parecem com os choros de fome, que não se parecem com os choros de cólera, ou de dor, e assim por diante. Numa paleta expressiva cada vez mais diferenciada, da qual desaparecem os gritos indiferenciados da primeira idade, o bebê, nos intervalos de vigília, balbucia sozinho em voz alta. É a *libidinização* da voz, que a eleva de sua materialidade acústica à categoria de objeto da pulsão.

Os sintomas barulhentos desse registro se faz perceber pelos gritos que não se traduzem em comunicação, mas como descarga. O bebê tenta se fazer escutar mesmo que seja apenas pelos gritos. Trata-se de uma dificuldade do bebê se fazer escutar, em ser consolado pelo outro, o som da voz dos cuidadores não o apaziguam como ocorrem com os bebês saudáveis. Diz Crespin (2004:66):

²² Fisiologicamente, o nistagmo é um reflexo que ocorre durante a rotação da cabeça para estabilizar a imagem.

Nos sinais desta série, o bebê é ativo, e eles representam tentativas desesperadas do bebê para se **fazer escutar** pelo Outro da relação. De fato eles alertam sempre o entorno, sendo barulhentos no sentido literal, ainda que nem sempre recebam a resposta esperada – serem escutados –, pois, em geral, a urgência é fazê-los calar!

No sintoma silencioso o bebê desiste de ser escutado, cessa os apelos, passando do choro persistente para o mutismo:

Esses bebês silenciosos podem ser apreciados em instituições-moradia (berçário, abrigo, família de acolhimento), e mesmo em outras modalidades de guarda: se não ficarmos alertas, os profissionais que deles se encarregam podem apreciar a passividade silenciosa, que faz esses bebês serem vistos como “fáceis de cuidar”. (*ibidem*)

O surgimento desses sinais na clínica diária é raro e quando aparecem traduzem sofrimento grave que necessita de intervenção urgente e, segundo a autora, geralmente está associado a tratamentos especializados.

Embora o sono e o desenvolvimento tônico-postural não sejam, necessariamente, registros pulsionais, eles podem ser bons indicadores da qualidade do laço mãe-bebê, diz Crespin (2004). Para ela, a capacidade de adormecer e ter uma boa qualidade no sono parece ligada à capacidade do bebê de separar de seu Outro:

Efetivamente, quando adormece, o bebê deixa seu laço com o mundo exterior que está, portanto, em posição de se ausentar: a representação da presença na ausência deve ser suficientemente elaborada no bebê para que ele possa abordar com calma o processo de separação correspondente ao adormecimento, se que esse processo se transforme em um abandono ou numa queda no vazio. (CRESPIN, 2004:67).

Se o bebê possui dificuldade para adormecer e despertares noturnos, com ou sem choro, parece haver uma dificuldade em lutar contra a separação de uma ausência não elaborada pela mãe, que lhe causa um sofrimento mortífero. Na série barulhenta, os distúrbios do sono indicam problemas na separação, sejam de uma relação fusional ou um risco de desaparecimento, caso ocorra a separação.

O que a clínica mostra, e nesse caso concordamos com Crespin (2004), é que se a mãe consegue estabelecer horários e limites durante a jornada do sono e se é capaz de ser mais presente psiquicamente na relação, os distúrbios cessam sem haver necessidade de intervenção.

Os sinais silenciosos do sono revelam grave sofrimento psíquico, presente na hipersonia e insônia. Crespin (*ibidem*) assinala que a hipersonia é uma forma protetora que o bebê recorre para lidar com a separação dos pais, por períodos determinados. Nesse caso estabelece uma boa relação se ressentindo da separação. A insônia calma, sintoma grave e menos freqüente, é identificada em bebês que, após se alimentar, são colocados em seus berços e não manifestam qualquer reação. Podem ser encontrados olhando fixamente para o teto, sem nenhuma atividade. Não dormem, não gritam, não choram e não brincam.

No registro tônico-postural os sinais positivos se deixam ver no ajustamento recíproco corporal e pelas condutas de antecipação e de resposta articuladas a como o bebê é carregado ao colo.

Atrasos psicomotores, hipertônias e hipotônias podem ser tomados como sinais da série barulhenta do registro tônico-postural. São reflexos da influência no modo da mãe carregar o bebê e a sua posterior resposta postural. Como sintoma silencioso temos os balanceios que, para Crespin, tem a ver com o “auto-ninar” do bebê que pode representar uma carência materna passageira, freqüente ou definitiva (crianças institucionalizadas). Um sinal grave seriam os “detonadores de estereotípias”, que indicam um funcionamento pré-autístico, que podem levar à posteriores auto-mutilações. São sintomas que podem aparecer nos primeiros meses de vida, mas que podem se tornar consistentes e se instalar no segundo ano de vida. Para Crespin, é uma forma de auto-sensorialidade do bebê que revela uma relação deturpada e instável com o cuidador primordial.

Com Crespin (2004) podemos pensar na importância da identificação precoce dos sinais de sofrimento do bebê, seja prematuro ou não, na dimensão de uma prática que possa atuar no sentido de diminuir ou interromper uma evolução que poderá levar a

criança a desenvolver patologias mais complexas na infância. Não que isso possa garantir um futuro adulto sem problemas psíquicos. A psicanálise não trabalha com esta promessa. Podemos apenas apostar em um adulto com conseqüências psíquicas menos grave, mas não há garantias nessas intervenções. Entretanto acreditamos que profissionais de saúde ou até mesmo os denominados operadores da educação com este conhecimento podem estar mais atentos aos sinais que podem indicar uma fratura no laço mãe-bebê e, a partir daí, atuar se antecipando e permitindo, conforme Campanário (2008) aponta, que alguma retificação nas funções materna e paterna possam acontecer.

Após a exposição de alguns aspectos mais relevantes e pertinentes da teoria psicanalítica relacionados com a constituição subjetiva, passaremos a articular os conceitos com a clínica. Trata-se de um número restrito de fragmentos de casos, que não têm como objetivo a ilustração da teoria, mas que são importantes na discussão das questões privilegiadas neste trabalho, uma vez que tratamos de um campo específico em que a pesquisa ainda é muito incipiente, necessitando, portanto, do aporte da prática clínica.

5. Do que se escuta na clínica da prematuridade

A clínica com bebês (prematuros ou não) aponta para um sujeito ainda a advir em sua temporalidade e leva em consideração a relação do *infans* com o grupo parental. Assim a “escuta” de seu sofrimento se dará a partir das articulações entre suas manifestações corporais e as fantasias de seus cuidadores primordiais. Isto posto, como tratamos da função materna na condição de prematuridade, a estrutura psíquica da mãe e o lugar do bebê no discurso materno são aspectos relevantes a serem analisados. Angústia, culpa e desamparo acompanham estas mães, uma vez que, ao nascer, o bebê prematuro lhe provoca uma inquietante estranheza.

Então vejamos. Com o que uma mãe (sendo o filho prematuro ou não) se depara? Com a própria castração. Porém, quando se trata de bebês prematuros está diante de um ser que não consegue simbolizar, como o relato a seguir de uma mãe ao ver o filho pela primeira vez.

5.1. Sara – a mãe “fantasma”

Sara, vinte e nove anos, parto normal. Seu filho, Samuel, nascido com 1.355kg, chega ao ambulatório com dois meses e vinte dias. Em seu relato nos diz que não consegue diferenciar os tipos de choro de seu filho, não sabe identificar ou dar significados às suas necessidades e que a criança tem dificuldade em seguir seu olhar. Por volta de quatro meses a dificuldade para estabelecer contato visual persiste com a mãe durante as avaliações. Contudo, segundo sua fala, em casa o bebê consegue fixar o olhar em seu rosto. É encaminhado para outra instituição para realização de exames e tratamentos mais elaborados. Retorna com dois anos e seis meses, com dificuldade na fala e na interação, com vocabulário muito reduzido, se comunicando mais por gestos. A criança ainda se encontrava em processo de avaliação em outras instituições, pois devido a dificuldade de fala, alguns profissionais suspeitavam de autismo infantil. A vinheta a seguir trata desse momento de retorno aos atendimentos, quando a mesma é novamente encaminhada ao ambulatório:

“Olha, a primeira vez que vi ele, pra falar a verdade, eu não conseguia falar, eu travei de uma certa forma que até hoje eu não sei... (risos). Na verdade eu não acreditava no que estava acontecendo, parece que eu tava ali feito um **fantasma** naquela hora, parece que eu não tava participando da situação, pra mim foi um susto muito grande parecia quando a gente entra em estado de choque... Eu fiquei muito triste porque ele tava naquele estado, **magro**, muito **diferente** das crianças que eu tava acostumada a ver, aquilo me emocionou muito, até hoje, sabe, quando eu falo eu ainda me sinto mal, porque foi muito diferente. E aí eu realmente fui cair na real, eu fiquei pensando na situação. Eu fiquei um tempo bem curto ali dentro porque eu passei mal, eu queria desmaiar, aí eu sentei e me acalmei, aí levantei saí e retornei pra cama e fiquei lá um bom tempo. Aí depois eu não voltei pra ver ele porque eu não estava em condições, aí de noite é que eu fui lá e fui olhar ele de novo... uma coisa **estranha**... Como é que pode, né?”

Sara parece ainda tomada pelos sentimentos iniciais do nascimento do filho em que com medo e insegurança tentava se proteger do sofrimento mortífero de ver o filho naquela situação e não poder protegê-lo. Só podia fazer uma coisa para preservar sua sanidade: deixar de ir vê-lo na incubadora. Quando o real, enquanto corpo do filho, surge como prematuridade, a castração simbólica que causava seu desejo de ter um filho se torna privação real. Então todo significativo ligado à criança (diferente, estranho, magro) conduz a esse real faltante no corpo materno. O filho se torna ferida, corpo incapacitado, restringido a coisa. A mãe ainda tomada por sentimentos de incapacidade se questiona como pode gerar algo tão estranho, que não se assemelha em nada ao filho sonhado.

Parece que não foi possível a Sara estabelecer uma demanda às necessidades de seu filho para que este pudesse construir outras demandas a outros sujeitos, daí provavelmente sua dificuldade de falar ao outro. É possível este sintoma (dificuldade de fala, mutismo), além de estar ligado ao fantasma materno, como diz Lacan (2003), referir-se também ao fato da mãe estar apenas assistindo às manifestações do bebê, ainda como um fantasma, uma vez que, após dois anos e meio, ela ainda se sente mal. Parece que até hoje se sente um fantasma, não participando “da situação”, desse modo não há como olhar verdadeiramente para o filho. O significativo “fantasma” ainda ronda sua vida e a leva a estar ausente, apesar de presente, distanciando-se da criança. Como um fantasma, ainda a observa. Mesmo estando presente foi ausente, não conseguindo

sustentar, de forma consistente, sua função e este bebê, cansado de apelar, desistiu de fazê-lo.

5.2. Fátima e a vaca que não queria mais produzir leite

Temos Fátima, com sua pequena Jéssica de quatro meses, que chega até nós com queixa de irritabilidade e choro persistente e de difícil consolo:

“E aí ela se irrita rápido com uma facilidade que quando... ela sente bastante fome e eu vou insistir em dar o peito **é como se o meu seio não tivesse mais querendo produzir leite**, que ela suga, suga, suga e aí ela começa a chorar e se desesperar e começa a se desesperar eu e aí eu começo a apertar o peito como se tivesse assim... eu não sei a palavra certa... **como que nem a gente pega o peito de uma vaca e fica puxando...**”

Nesse pequeno fragmento temos uma mãe em completo desespero diante do sintoma barulhento descrito por Crespim (2004). Sua filha apela sua presença e parece não ser atendida. A mãe, se colocando apenas na posição de objeto de satisfação de uma necessidade, se identifica tal qual a um animal a alimentar seu filhote. Seu seio não quer mais produzir leite (desejo inconsciente da mãe), porém o bebê parece não querer apenas alimento, mas a mãe não consegue ofertar outro objeto e dá o que não tem – alimento (amor) – o nada.

5.3. Regina – a mãe “bebê”

Falemos de Regina em sua primeira gravidez, que, após o parto prematuro, embora recuperada organicamente, sente-se incapaz de cuidar de seu filho Rodrigo. Encontro Regina deitada na cama em posição fetal colada ao corpo de sua mãe. Era o desamparo em pessoa, invadida por sentimentos de incompetência e culpa. Antes mesmo que eu me apresente, ela estende os braços pra mim, como pedindo mais amparo, dizendo, em uma fala incessante:

“Me ajude, eu não sei o que tá acontecendo comigo, eu tô apavorada, com medo de não saber cuidar do meu bebê, o choro dele me irrita, tô

cansada, não consigo pensar, eu não sei o que faço, eu gosto muito dele, mas tenho medo de fazer mal a ele.”

Após me fazer este pedido de ajuda, Regina diz ser do interior do Estado, mas está residindo na capital com o marido, e que estão passando por uma crise conjugal. A família da mãe nunca concordou com a união do casal, apesar de ter aceitado sua decisão de casar. Para sua família, ele não cuida bem de sua mulher, sendo muito exigente em casa, uma vez que ela trabalha muito para contribuir com as despesas e quando chega em casa o marido não a ajuda com os afazeres domésticos. Além disso, é muito exigente quanto aos cuidados maternos, acha que Regina não demonstra capacidade de ser mãe. Diante do filho Regina se fragiliza, o que me faz pensar estar diante de dois bebês.

Quatro meses depois chegam para acompanhamento ambulatorial. Mãe e filho encontram-se separados desde a alta do bebê. Ela recomeçou no trabalho e a criança recebe os cuidados da avó materna no interior. Aos sete meses o filho retorna para a casa dos pais. Aos nove meses os pais se separam. A criança retorna para casa da avó materna com a mãe, que deixa o trabalho. É cuidado por quatro mulheres (avó, duas tias maternas e a mãe), e o pai visita esporadicamente. Aos dois anos e onze meses passa a apresentar dificuldades alimentares, recusa-se a ingerir sólidos, alimentando-se apenas de alimentos pastosos. Quando a mãe insiste, ele mastiga e joga fora o alimento e, não raro, provoca vômitos, o que nos remete aos sinais de sofrimento precoce do registro da oralidade dos quais nos fala Crespin (2004). Os exames médicos não apresentam nenhuma alteração.

É possível que essa criança esteja querendo revelar que não está mais suportando engolir a ausência da mãe ou talvez o excesso de cuidados das mulheres que o rodeiam. É provável que seu sintoma seja uma forma de fazer um corte neste excesso. Além disso, vem sofrendo diversas perdas ao longo de sua história: foi separado da mãe quando teve que ir para a unidade de cuidados, nesta unidade teve pouco sua presença, pois ela não se sentia capaz de exercer a maternagem. Quando tem alta segue para casa da avó materna (nova separação da mãe) e ainda bebê perde a presença do pai. Uma fratura ocorreu na função dessa mãe, que não permitiu a instauração da lei e talvez

também esteja realizando a fantasia delirante inicial, cumprindo a profecia paterna de sua incompetência.

5.4. Ana – a mãe que não percebeu a ficha (filho) cair

Vimos no início deste estudo que alguns pesquisadores tentam relacionar prematuridade e sintomas autísticos. Não por acaso, alguns casos foram observados no decorrer do acompanhamento do desenvolvimento destas crianças. Exponho um dos casos, não para sustentar tal afirmação, mas por considerar importante seu estudo pelo viés psicanalítico.

Tomemos um caso de gêmeos idênticos, que na época dos atendimentos apresentavam sintomatologia de risco para autismo. As crianças vêm sendo acompanhadas desde os três meses de idade com uma interrupção de doze meses. Ao retornarem para avaliação, observa-se atraso na linguagem, dificuldade para se relacionar, pouco contato visual com os pais, nenhum contato visual com a terapeuta; movimentos estereotipados, balanceio de mãos, gritos. Os gêmeos, segundo relato da mãe, foram esperados, especialmente pelo pai, que, desde o início, desejava ter gêmeos do sexo masculino. Para a mãe, o sexo dos bebês era irrelevante. Embora o casal concordasse com o momento de ter filhos, quando a mãe engravidou o pai passou a se relacionar com outra pessoa, o que veio provocar sérios problemas na vida do casal, influenciando na gravidez. A mãe se queixa de uma gravidez de muita solidão e sofrimento, chegando a propor a separação do casal. Ao saber que teria gêmeos, no terceiro mês de gravidez foi desolador, estava se preparando para apenas um filho. Fala da dificuldade de aceitar até hoje que é mãe de gêmeos:

“Porque pra mim também **“cair a ficha” que eu tive dois, foi um pouquinho difícil. Até agora eu fico olhando assim pra eles e digo não, mas são meus mesmos. Porque **pra mim custava cair a ficha se eram meus mesmo.**”**

Ao nascerem, as crianças foram para a Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) do hospital. Tiago, o primeiro gemelar, ficou internado por uma semana, Filipe, o segundo gemelar, quatorze dias. Ambos tinham irritabilidade e insônia quando bebês,

mas Filipe sempre foi mais “problemático” que Tiago. Ela percebia isto desde o hospital, mas os médicos diziam pra não se preocupar.

Eu acho que o Filipe já apresentava desde aqui do berçário, porque a diferença era muito grande, a gente não sabia o que era. Isso é que é, que as enfermeiras mesmo falava, “égua mãe esse teu filho não sossega um minuto” e eu falava na época pra doutora que acompanhava ele e ela dizia “não mãe, é porque o seu filho é um bebê adulto” ela só falava assim.

Nicolau (2011), baseada na leitura de Lacan, refere que o corpo é um organismo erogeneizado, marcado pela pulsão e pela linguagem, ambas inseparáveis, como numa banda de Moebius, e, que mesmo antes do nascimento, já existe na fantasia dos pais, que lhe atribuem significantes e significados, introduzindo na economia do gozo pela imagem a assunção jubilatória. A autora evidencia ainda a função de captura exercida pela imagem especular ao dizer que só se tem acesso ao corpo pela sua forma imaginária. Algo ocorreu durante a captura destas crianças pela estrutura de linguagem, quando a mãe não acreditava que eram dois. Se a mãe conseguia ver apenas um, seriam dois despedaçados em um? Parece ter sido esta imagem que os gemelares viram refletida no espelho, uma imagem despedaçada, um duplo sem uma imagem unificada.

5.5. Graça e seu pequeno rei.

Graça é mãe de João, dois anos e meio. Queixa-se que o filho não a obedece, nem ao pai e que, se deixar, ele destrói tudo em casa:

“...tudo que ele quer tem que ser na hora que ele quer e do jeito que ele quer senão ele se joga no chão, começa a gritar, a bater na gente. E o pior de tudo, ele faz isso em qualquer lugar, eu tenho até vergonha de sair com ele... a senhora sabe não se pode bater mais no filho...”.

Em seu relato, Graça nos diz que João é seu único filho homem e que, devido ter nascido “com problemas”, sempre teve medo de que “algo” lhe acontecesse e assim sempre fez todas as suas vontades. Tudo pra ele tinha que ser o melhor e nada lhe foi negado. A mãe diz que não sabe mais o que fazer, não consegue controlá-lo. A criança na época dormia com os pais e todos na família ainda o tratavam como prematuro, frágil, dando-lhe um tratamento especial.

O caso de Graça e seu filho João não é isolado na clínica da prematuridade. O ambulatório realiza o acompanhamento destas crianças até o quarto ano de vida e não são raras queixas como esta. A experiência do nascimento precoce vivenciada pelos pais parece se refletir no modo como lidam com a criança quando chega o momento de interditá-la. Aqui, “sua majestade o bebê” é soberano. A criança impõe suas vontades, que lhe são obedecidas. Para alguns pais, agir com firmeza e decisão com o filho é muito difícil, pois como já foi visto anteriormente a prematuridade fragiliza-os em função do narcisismo ferido e pelo risco envolvido, o que pode vir a prejudicar as relações primordiais gerando sentimentos de culpa e incapacidade intensos e um clima de vigilância constante às menores mudanças no filho, levando algumas mães ao excesso, impossibilitando-as de inserir a operação função paterna. Porém, sabemos que é a Lei, a inscrição do Nome-do-Pai, que permite à criança aceitar as regras sociais e a possibilidade de lidar com a falta de forma menos angustiante. Nada faltando a esta criança, ela parece estar à deriva, entregue às pulsões.

5.6. Verônica: dando o que não tem – sobre o amor materno

A função materna está atrelada à condição de desejo da mãe. Freud (2004b) refere que o olhar amoroso dos pais para com o bebê o preenche com atributos de perfeição, fazendo-os reviver o narcisismo infantil. Assim, a função de amor é o ponto de partida na estruturação psíquica da criança. O amor materno dá início à produção de um corpo, de uma subjetividade a partir da inscrição dos significantes parentais. E é desse amor que trata este último recorte clínico.

Trata-se de uma jovem mãe que colocou sua vida em risco ao se recusar separar-se do filho para ser reinternada em função de complicações cirúrgicas do parto. O primeiro encontro com Verônica, vinte e um anos, aconteceu na noite do nascimento de seu filho Daniel, quando se encontrava em trabalho de parto. Na ocasião, não houve palavras, mas apenas troca de olhares entre paciente e psicóloga. Segundo sua mãe, que a acompanhava, estava sofrendo há horas as dores do parto. O descolamento de placenta, diagnosticado tardiamente pela platonista, além de causar grande sofrimento impossibilitava o parto normal. Verônica e seu bebê corriam risco de vida. Sua mãe,

aflita, dizia que era seu primeiro filho, sendo uma criança muito esperada pelo casal e que não sabia o que seria da sua filha se algo de ruim lhe acontecesse.

Após sua alta, Verônica retorna à maternidade. Uma atendente invade a sala trazendo-a agarrada ao filho. Diz que ela teria que ficar internada, mas seu filho não poderia ficar. Durante o atendimento soube que teria de ser reinternada, pois sua cirurgia estava infectada. Começou a chorar e a dizer que não podia deixar seu filho, que ele precisava mamar, que “só ela sabia o que ele queria”. Relata que ficou internada por cinco dias no hospital e que está retornando devido a complicações durante a cirurgia. A cirurgia cicatrizou, mas o local lesionado não. Diz que durante a cesariana foi queimada, mas não sabe como. Sempre com o filho colado nos braços, mostra a cirurgia aberta, dizendo: “Como eles foram capazes de fazer isso comigo? Eu não mereço passar por isso! Eu deveria estar em casa cuidando do meu filho. Eu já disse pra todo mundo que eu não fico neste hospital sem ele!”

Freud (1933/1976e:152), em sua conferência *A feminilidade* diz: “As exigências de amor de uma criança são ilimitadas; exigem exclusividade e não toleram partilha”. A mãe vive um impasse, pois como primeiro objeto dessa demanda de amor, impossível de ser atendida por ser incondicional, opera como o Outro que irá instaurar essa demanda através da operação da frustração, portanto, tendo que ser um objeto decepcionante para o filho, tirando o *infans* do pleno gozo.

No Seminário da Ética, Lacan (2008) diz que o gozo²³ é a satisfação de uma pulsão e esta possui íntima relação com a lei. A partir do momento da instauração da lei, toda transgressão implicará gozo. A ordem do gozo passa então pela transgressão. Mas ao gozar-se na transgressão, o sujeito assume uma dívida. Gozar tem seu preço. Para Nicolau (2008b) o gozo se apresenta como satisfação de uma pulsão e esta só pode se tratar de uma pulsão particular: a pulsão de morte. Esta mãe em seu gozo mortífero diante da possibilidade de separação temporária de seu bebê recém-nascido transgride o imperativo institucional. Que preço está disposta a pagar por este gozo?

²³ Conforme nota explicativa, Nicolau (2008b) em seu artigo *Pathos, Corpo e Gozo*, refere que a noção de gozo em Lacan passa por diversas configurações em sua obra. No entanto, a autora esclarece que numa concepção geral, Lacan toma o conceito de gozo como um prazer que comporta um sofrimento consubstancial a um masoquismo primário.

Lacan (1992:41) nos diz no Seminário sobre a Transferência: “amar é dar o que não se tem.” O que essa mãe supõe ter para dar ao filho? Para Lacan, o recém-nascido seria um pedaço de carne vivo que precisa de investimentos, de atravessamento de significantes para tornar-se um ser-de-cultura. E inicialmente quem fará essa travessia será a mãe, que lhe dará um banho de linguagem. No início o recém-nascido não é nada. O sujeito advirá. Advirá a partir do investimento amoroso do Outro primordial que dará... o quê? O que não tem, pois há muito foi perdido. Será que um dia teve? Se não tem, faz de conta que tem? Ama como se tivesse algo a dar – uma promessa? Ou profecia? Recorremos novamente a Lacan (1998a:633): “O que é assim dado ao outro preencher, e que é propriamente o que ele não tem, pois também nele o ser falta, é aquilo a que se chama amor...” O que essa mãe supõe que esse bebê tem que possa vir a preencher sua falta nesse momento? “Eu não fico sem ele?” Sem o quê? O que está disposta a dar para obtê-lo? Esta mãe, tal qual *érôn*, aquele que ama, não sabe o que lhe falta. Seu filho, como *érôménos*, aquele que é amado, não sabe o que tem, pois ainda não é. O que ama, sente que algo lhe falta e, sem saber o quê, supõe que o amado possa lhe completar. O amado, neste caso, o bebê, não tem nada a dar, pois ainda não é um ser falante (faltante) e mesmo que fosse, algo também lhe faltaria. Então o que ambos têm para dar é um nada.

Ainda no seminário sobre a Ética, Lacan (2008) afirma que o gozo é um mal e uma transgressão, propondo a pulsão de morte como vontade de destruição e como uma força de criação. Citamos Lacan (2008:254):

Vontade de recomeçar com novos custos. Vontade de Outra-coisa. (...) Pulsão de destruição, uma vez que ela põe em causa tudo o que existe. Mas ela é igualmente vontade de criação a partir do nada, vontade de recomeçar.

Nesta noção de gozo como transgressão, a pulsão de morte seria um excesso, como o mais além do princípio do prazer. Nicolau (2008) toma o gozo como satisfação de uma pulsão singular, a pulsão de morte. Temos esta mãe determinada a não receber tratamento adequado que a faça recuperar sua saúde, caso seu objeto de desejo (o filho) não permaneça com ela, colocando em risco a própria vida e sofrendo as dores de sua lesão orgânica. Como diz Freud (1926/1976d), é a pulsão de morte efetuando seu

trabalho discretamente. Verônica parece querer retornar a um estado anterior de coisas, o que caracteriza a vontade de destruição da pulsão de morte. Ao mesmo tempo, tenta ficar com o filho, seu objeto de gozo, tomando-o como força de criação a partir do nada. Como diz Lacan (1998g:228): "não há mal sem que dele resulte um bem, e quando o bem está aí, não há bem que se mantenha sem o mal." O que nos remete a um paradoxo. Não há prazer sem angústia, nos ensina no seminário 10. Neste Seminário, Lacan (2005) nos propõe os tempos lógicos da constituição do sujeito passando por gozo, angústia e desejo. Não há como atingir o desejo sem um atravessamento pela angústia. E aqui o risco de se retornar ao gozo. Para se defender da angústia o sujeito abre mão de seu desejo.

Freud, ao ligar maternidade e castração, diz que o filho é um substituto do falo. O estatuto da relação mãe-bebê, atravessado pelo drama edipiano e da castração, é de uma dramática separação entre sujeito e objeto. Não há relação de completude (ficção do amor de constituir UM a partir do dois) entre a mãe e o filho, pois é uma relação estruturada entre um a menos, a falta fálica, e o outro lado da moeda, o excesso, o mais de gozo. Amor e gozo. Desencontro. O limite, a dor. O encontro mãe-criança não é um encontro harmonioso, sem mal-entendidos, pois o encontro com a falta, com a castração é inevitável, tanto do lado da mãe como do lado do filho.

Lacan (2005) refere que para gozar é necessário um corpo, um corpo tomado como objeto, como algo capaz de satisfazer a pulsão. O corpo dessa criança, que é tomado pela mãe como meio de gozo em nome do amor, irá necessitar da ajuda de um terceiro para não ser engolido pela "boca do jacaré"²⁴. Mas esta é outra história. Por enquanto, é tempo de concluir, mas talvez alguns queiram saber que, apesar de tantos desencontros, Verônica não ficou sem Daniel!

²⁴ Lacan (1995) compara o desejo materno à boca aberta de um crocodilo devorador. A função paterna seria o pedaço de pau, a barra que impede a boca do jacaré de se fechar e devorar sua presa.

Considerações finais

A psicanálise aponta que o bebê humano nasce prematuro, o que o torna completamente dependente de um humano adulto, necessitando de sua proteção para sobreviver, pois não é capaz de realizar a ação específica que pode apaziguar as tensões advindas de suas necessidades vitais. O estado de desamparo do recém-nascido, mobilizando a atenção do próximo assegurador (*Nebenmensch*), a pessoa que lhe cuida, dá início ao exercício de uma função – a função materna, que, deflagrada pelo desamparo da criança, leva o cuidador primordial a traduzir suas manifestações orgânicas como mensagens de apelo dirigidas a ele, conferindo-lhe um sentido. Ao realizar a ação específica necessária para satisfazer a necessidade da criança, o organismo volta ao estado de apaziguamento.

Este estudo se desenvolveu partindo da questão sobre a função materna interrogando como ela operaria no caso particular da prematuridade, isto é, do nascimento precoce. Pretendeu examinar os efeitos da prematuridade no exercício desta função, uma vez que o nascimento prematuro causa muita angústia aos pais, que se veem impactados com a separação brusca do bebê e com a expectativa de vida da criança. Questionamos se a condição de prematuridade afetaria o exercício da função materna e, se isso ocorre, que efeitos pode haver quando o laço entre o bebê e o Outro primordial é perturbado e em que medida os sintomas apresentados por esses bebês estão relacionados com alguma fratura na função materna.

Vimos no nascimento precoce que algumas mães encontram uma série de obstáculos para se apropriarem do direito de maternar o seu bebê, em um lugar onde a tecnologia e o discurso organicista reinam soberanamente. O estudo aponta que tais nascimentos exigem um tempo de inscrição e elaboração para os pais, especialmente para a mãe, decifrar esse bebê, que chega de forma diferente e dramática, e que lacunas psíquicas impostas ao psiquismo parental em decorrência dos riscos de morte que acompanham esses bebês requerem um aumento na atenção a eles para que não corram o risco de existirem para os pais apenas aderidos ao trauma do nascimento.

Com o nascimento prematuro os pais são atingidos por uma fratura em seu narcisismo, uma vez que a imagem corporal do bebê e sua fragilidade não permitem que se reconheçam no filho. Vimos no decorrer do trabalho que o investimento desejante proporcionado pelo olhar da mãe recebe o impacto da separação, o bebê é entregue a pessoas estranhas, a máquinas, medicamentos e procedimentos invasivos. Ela precisa ultrapassar a barreira do saber médico para poder se endereçar ao bebê. Resta-lhe a incerteza se seu filho sobreviverá ou não e, se sobreviver, sob que condições. Então, uma inquietante estranheza se debruça sobre a mãe, pois o filho vem lhe atualizar antigos fantasmas.

Nesta condição, exercer a função materna pode apresentar algumas dificuldades, pois a prematuridade traz consigo graves repercussões emocionais e a construção dessa função se inicia permeada de sentimentos de intenso fracasso, incapacidade e medo. Os cuidados a serem ofertados pela mãe ao bebê podem vir a ser prejudicados, pois em comparação com uma criança nascida a termo, a prematuridade parece marcar o corpo destes bebês com uma falha que perdura por um tempo considerável. Na prematuridade, esses cuidados e a atenção concedida ao bebê parece extrapolar o plano da imediatez determinada pela fragilidade da criança prematura, que exige uma ação imediata conforme a emergência da complexidade orgânica.

Essa perturbação no laço mãe-bebê pode ter efeitos no psiquismo do bebê, dificultando a instauração de algumas operações fundamentais para a constituição psíquica dessas crianças, incluindo a operação da função paterna que, embora saibamos com Lacan (1995) que a função fundante é a função do pai, ela somente se inicia no centro da relação primordial do bebê com sua mãe. Como o Outro primordial, a mãe insere a criança na ordem simbólica, na série discursiva, tornando-se mediadora do pai interditor, mas diante de uma fratura no laço as coisas tendem a se complicar, como vimos nos sinais de sofrimento precoce no bebê apresentado por Crespin (2004).

Vimos, em alguns casos, um superinvestimento materno obstacularizando a autonomia e independência do sujeito, sendo a prematuridade o ponto crítico que ordenará a relação mãe-bebê. O significante prematuridade ordena a dinâmica familiar.

As referências simbólicas de algumas mães parecem estar mal alicerçadas, o que pode diminuir sua capacidade de identificar os sinais advindos dos filhos. Isto pode favorecer efeitos desorganizantes no bebê que podem vir a se tornar sintomas, como vimos no fragmento de Sara com seu filho Samuel. A mãe, presa ao fantasma materno, não conseguia atender aos apelos do filho, dando a ele apenas o que a necessidade do corpo pedia.

A função materna, em algumas situações, não opera, pois há um transbordamento, um excesso materno na forma de superproteção, inviabilizando que a falta seja instalada e que o simbólico surja. É o caso do pequeno Rodrigo, filho de Regina, que, juntamente com a avó materna e as tias, proporcionam cuidados em excesso, entupindo a criança de papinha, como diz Lacan (1998d:634), que o levam a transbordar e a pedir socorro através de seus vômitos. A relação é vista apenas pelo registro do real, o que dificulta a função da alternância presença-ausência. A onipresença da mãe e das figuras parentais que o rodeiam não permite que a função materna se instaure. A prematuridade convoca a mãe a uma presença insistente e a criança não é ouvida no registro do desejo, apenas no registro da necessidade, o que dá abertura para que alguns sintomas se instalem.

Assim, não conseguindo se defender dos excessos que lhe são dirigidos, algumas crianças prematuras chegam a somatizar, pois não conseguem transformar as excitações advindas do corpo em representação psíquica. Não é possível à pulsão atuar psiquicamente.

Pensamos que confrontar com a prematuridade é confrontar com o real, com o que é impossível nomear, com o que gera angústia nessa mãe, a angústia da castração. Algumas mães se desestabilizam, sentem-se impotentes diante das situações de cuidado e das reações do filho, pois se deparar com o real do corpo da criança é também entrar em contato com a própria falta-a-ser. É o que acontece com Fátima, que, satisfazendo apenas as necessidades orgânicas da filha, se desorganizava diante de seus apelos, não conseguindo transformá-los em demanda dirigida a ela.

Em outros casos a função materna falha quando a mãe ou cuidador não consegue imaginar o filho, realizar a ilusão antecipatória necessária para que a criança possa ser inserida no mundo simbólico e, assim, ocupar um lugar na sua subjetividade. É o caso dos gêmeos. Aceitar dois filhos, quando a mãe idealizava apenas um, fez abrir uma ferida, dando espaço para a angústia materna. Ao tentar imaginar o filho, deparava-se com o nada, pois a “a ficha” (o filho) ainda não havia caído.

O cuidador primordial, não tolerando a frustração dos problemas que envolveram o nascimento precoce do filho, o mantém protegido sob atenção exagerada, numa hipervigilância que o impede de realizar conquistas e aquisições que lhe permitiriam alcançar autonomia e independência. Por outro lado, o excesso na proteção pode revelar a dificuldade dessa mãe de suportar a manifestação de qualquer tentativa da criança de alcançar sua própria subjetividade. Se a criança capitula, permitindo os exageros maternos, renunciará ao próprio desejo. Resta a ela uma única saída – a função paterna. Contudo, essa função também irá depender do que esta mãe faz da fala e da autoridade paterna, ou seja, do lugar atribuído por ela ao Nome-do-pai no estabelecimento da lei.

Sabemos que a lei é um importante constituinte do sujeito psíquico, uma vez que para que o desejo surja é necessária a interdição. Assim, os limites impostos pela cultura, pela sociedade e pela família irão constituir a criança enquanto sujeito de desejo. O significante prematuridade, ao colar na criança, pode favorecer uma inoperância na função paterna. Para interditar, há que se desejar. Desejo movido pelo amor. Aquele sentimento que Freud (2004b) diz estar presente no olhar dos pais no nascimento de um filho.

Para concluir, enfatizamos que neste estudo optamos pela análise de manifestações singulares, não pretendendo qualquer generalização ou verdades absolutas. A complexidade que envolve o tema aqui pesquisado convoca-nos a novos questionamentos como o da transferência na escuta desta clínica, o discurso médico que dá um sentido ao sintoma do bebê (“é de risco”) levando a mãe a justificar seus excessos, o trabalho interdisciplinar, a função do pai nesta condição, entre outros desdobramentos, e aspectos relevantes que necessitam maiores investigações.

Referências

1. ANTUNHA, E. L. G. *A avaliação neuropsicológica na infância (O a 6 anos)*. Em: V. B. de Oliveira & N. A. Bossa (Orgs.), *Avaliação psicopedagógica da criança de zero a seis anos* (pp. 89-122). Petrópolis: Vozes, 1994.
2. ARAGÃO, R. O. (org.). *O bebê, o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004.
3. BATTIKHA, E. C. *A inscrição do estranho no familiar*. In KUPFER, M. C. M. & TEPERMAN, D. (Orgs.). *O que os bebês provocam nos psicanalistas*. São Paulo: Escuta, 2008.
4. BERGÈS, J. *O corpo e o olhar do outro*. In *Escritos da Criança*. Centro Lydia Coriat. Vol.2, 1988a.
5. _____. *Os transtornos psicomotores na infância*. In *Escritos da Criança*. Centro Lydia Coriat. Vol.2, 1988b.
6. _____. *O corpo na Neurologia e na Psicanálise: Lições clínicas de um psicanalista de crianças*. Porto Alegre: CMC, 2008.
7. BERGÈS, J. & BALBO, G. *Jogo de posições da mãe e da criança: ensaio sobre o transitivismo*. Porto Alegre: CMC Editora, 2002.
8. BERLINCK, M. T. *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2008.
9. BERNARDINO, L. M. F. *As Psicoses não-decidas da infância: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
10. _____. (Org.). *O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição*. São Paulo: Escuta, 2006.
11. BERNARDINO L.M.F. & KUPFER M.C.M. *A criança como mestre do gozo da família atual: desdobramentos da 'pesquisa de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil'*. Rev. Mal-Estar Subj. v.8 n.3 Fortaleza set. 2008
12. BYDLOWSKI, M. *O olhar interior da mulher grávida: transparência psíquica e representação do objeto interno*. In *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os três anos*. Brasília: L. G. E Editora. 2002.
13. BRAZELTON, T. B. *O Desenvolvimento do Apego*. Porto Alegre: Artes Medicas, 1988.
14. _____. *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil*. São Paulo: Martins Fontes. 1994.

15. BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
16. BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B.; KREISLER, L.; SCHAFF, R.; SOUFLE, M. *A Dinâmica do Bebe*. Porto Alegre, Artes Medicas, 1987.
17. BUSNEL, M.C. *A linguagem dos bebês*. São Paulo: Editora Escuta. 1997.
18. CALIL, V. M. L. T. *Caracterização do recém-nascido pré-termo*. In Leone, C. R. & Tronchin, D. M. R. *Assistência integrada ao recém-nascido*. São Paulo, SP: Ateneu, 1996.
19. CAMAROTTI, M. C. (org.) *Atendimento ao bebê: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001.
20. CAMPANARIO, I. S. *Espelho, Espelho Meu: A Psicanálise e o tratamento precoce do autismo e outras psicopatologias graves*. Salvador-BA: Ágalma, 2008.
21. CAMPANARIO, I. S.; PINTO, J. M. *O atendimento psicanalítico do bebê com risco de autismo e de outras graves psicopatologias. Uma clínica da antecipação do sujeito*. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 11, n. 21, dez. 2006. Disponível em <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?> Acesso em 11 set. 2011.
22. CARTA de Jacques Lacan a Donald W. Winnicott, 05 de agosto de 1960 *Natureza Humana*. v.7 n.2 São Paulo. 2005.
23. CARVALHO, A. E. V.; LINHARES, M. B. M. & MARTINEZ, F. E. *História de Desenvolvimento e Comportamento de Crianças Nascidas Pré-Termo e Baixo-Peso (< 1.500g)*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2001, 14(1), pp.1-33.
24. CATÃO, I. O bebê tomado ao pé da letra. In ARAGÃO, R. O. (org.). *O bebê, o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
25. _____. *O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo*. São Paulo: Instituto Langage, 2009.
26. CORIAT, L. F. *Maturação Psicomotora no Primeiro Ano de Vida*. São Paulo: Ed. Moraes, 1991.
27. CORIAT, E. *Psicanálise e clínica de bebês – a psicanálise na clínica de bebês e crianças pequenas*. Porto Alegre: Artes e Ofícios. 1997.
28. CRESPI, G. *A clínica precoce: o nascimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
29. DERRIDA, J. *A escritura e a diferença*. 3ª ed. São Paulo: Perspectiva. 2002.

30. DOLTO, F. *Quando surge a criança*. Campinas, SP: Papyrus, 1996.
31. _____. *Tudo é linguagem*. São Paulo: Martins Fontes. 1999.
32. _____. *As etapas decisivas da infância*. 2ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
33. _____. *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva, 2007.
34. DRUON, C. Ajuda aos bebês e aos pais em terapia intensiva neonatal. In WANDERLEY, D. B. (org.) *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador-BA: Ágalma, 1999.
35. ELIACHEFF, C. *Corpos que gritam – a psicanálise com bebês*. São Paulo: Editora Ática. 1993.
36. ELUARD, P. *Donner à voir*. Paris: Galimard. 1978.
37. FERREIRA, S. S. Por que falar ao bebê se ele não compreende? In *Atendimento ao bebê: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
38. FREUD, S. *História e uma neurose infantil*. Obras Completas de Freud, vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1976a [1919].
39. _____. *O estranho*. Obras Completas de Freud, vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1976b [1919].
40. _____. *Além do princípio do prazer*. Obras Completas de Freud, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976c [1920].
41. _____. *Inibições, sintomas e ansiedade*. Obras Psicológicas Completas, vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1976d [1926].
42. _____. *A feminilidade*. Obras Completas. Ed. Standard. Bras. Rio de Janeiro: Imago, 1976e [1933].
43. _____. *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranoides)*. Obras Completas de Freud, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1980a [1911]
44. _____. *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*. Obras Psicológicas Completas de Freud, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1980b [1912].
45. _____. *Mais além do princípio do prazer*. Obras Completas, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago. 1980c [1920].
46. _____. *Três Ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Obras Psicológicas Completas, vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1989 [1905]

47. _____. *Projeto para uma psicologia científica*. Obras Completas de S. Freud, vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1990a [1895]
48. _____. *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos*. Obras Psicológicas Completas, vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1990b [1896]
49. _____. Formulações sobre os dois princípios do acontecer psíquico. In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Vol. 3 Rio de Janeiro; Imago, 2004a [1911].
50. _____. À Guisa de Introdução ao Narcisismo. In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Vol. 1 Rio de Janeiro; Imago, 2004b [1914].
51. _____. Pulsões e destinos da pulsão. In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Vol. 1 Rio de Janeiro: Imago, 2004c [1915].
52. _____. O Eu e o Id. In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Vol. 3 Rio de Janeiro; Imago, 2004d [1923].
53. _____. *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos*. Obras Psicológicas Completas, vol. X. Rio de Janeiro: Imago, 2009a [1909].
54. _____. *Notas sobre um caso de neurose obsessiva*. Obras Psicológicas Completas, vol. X. Rio de Janeiro: Imago, 2009b [1909]
55. GOLSE, B. *Sobre a psicoterapia pais-bebê: narrativa, filiação e transmissão*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
56. GUEDENEY A., LEOVICI S. *Intervenções psicoterápicas pais/bebês*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
57. GUIMARÃES, R.M. & BENTO. *O método do “Estudo de Caso” em Psicanálise*. Psico. Vol.39, n.1, pp.91-99, jan-mar, 2008.
58. JERUSALINSKY, A. N. *Psicanálise e autismo*. Porto Alegre: RS: Artes Médicas. 1984
59. _____. *A Psicanálise e Desenvolvimento Infantil*. Porto Alegre: Artes e Ofícios. 1999.
60. _____. *Como a linguagem é transmitida?* Associação Psicanalítica de Curitiba. Em Revista: Psicanálise e Clínica de Bebês. Ano IV. Nº 4. Dez de 2000.
61. JERUSALINSKY, J. *Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês*. Salvador-BA: Ágalma, 2002.

62. _____. *Leitura de bebês*. Rev. Estilos da Clínica. v.13 n.24, São Paulo: jun. 2008.
63. KAMERS, M. *Do universal da maternagem ao singular da função materna: reflexões acerca da educação primordial*. Pulsional Revista de Psicanálise. Ano XVII, n. 180, dezembro/2004.p. 38-45.
64. KLAUS, M.H; KENELL, J.H.: *Pais e Bebês*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
65. KLEIN, M. *A Psicanálise de Crianças*. Rio de Janeiro: Imago, 1997.
66. KUPFER, M. C.M. *Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância*. Psicol. USP, 11(1), p.85-105, 2000.
67. KUPFER, M. C. M. & TEPERMAN, D. (Orgs.). *O que os bebês provocam nos psicanalistas*. São Paulo: Escuta, 2008.
68. KUPFER, M. C. M.; JERUSALINSKY A. N.; BERNARDINO, L. M. F.; WANDERLEY, D.; ROCHA, P. S. B.; MOLINA, S. E.; SALES, L. M.; STELLIN, R.; PESARO, M. E. & LERNER, R. *Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica*. Latin American Journal of Fundamental Psychopathology. On line, v. 6, n. 1, p. 48-68, maio de 2009.
69. LACAN, J. *O seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985 [1954-1955].
70. _____. *O Seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1986 [1953-1954].
71. _____. *O Seminário. Livro 08. A Transferência*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992 (1960-1961).
72. _____. *Televisão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1993.
73. _____. *O Seminário 4: A Relação de Objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995 [1956-1957].
74. _____. *O estádio do espelho como formador da função do eu*. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998a. [1949].
75. _____. *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998b. [1953].
76. _____. (1957-1958) *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose*. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998c [1957-1958].

77. _____. A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998d [1958].
78. _____. Observação sobre o relatório de Daniel Lagache. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998e [1960].
79. _____. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998f [1960].
80. _____. *O Seminário: Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998g [1964].
81. _____. *O Seminário 5: As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999 [1957-1958].
82. _____. *O seminário, livro 3: As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002 [1955-1955].
83. _____. Nota sobre a criança. In *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003 [1969].
84. _____. *O Seminário 10: A Angústia*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed., 2005 [1962-1963].
85. _____. *O Seminário. Livro 07. A Ética da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008 [1959-1960].
86. LAPLANCHE, J. & PONTALIS J.-B. *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1988.
87. LAZNIK-PENOT, M. C. *A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito*. Salvador-BA: Ágalma, 2004.
88. LEOVICI, S. *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Medicas, 1987.
89. LERNER, R. & KUPFER, M. C. M. (Orgs.) *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo: Escuta FAPESP, 2008.
90. LEVIN, E. *A função do filho: espelhos e labirintos*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2001.
91. MATHELIN, C. *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com bebês prematuros*. Rio de Janeiro, RJ: Companhia de Freud, 1999.
92. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas da Saúde. Área de Saúde da Criança. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru: manual do curso*. 1ª Ed. Brasília, 2009.

93. MOREIRA, M. E. BRAGA, N. A., MORSCH, D. S.(orgs.). *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
94. MOTA, S. Psicopatologia e clínica no primeiro ano de vida. In: OLIVEIRA, E.F.L; FERREIRA, S.S. & BARRETO, T.A. *As Interfaces da Clínica com Bebês*. Recife: NINAR Núcleo de Estudos Psicanalíticos, 2009.
95. NICOLAU, R.F. *A psicossomática e a escrita do real*. Revista Mal-Estar na Subjetividade. Fortaleza. Vol.9. nº 4. 2008a, pp.959-990.
96. _____. *Pathos, Corpo e Gozo*. In: Anais do III Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e IX Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, 2008, Niterói/R.J. III Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e IX Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, 2008b.
97. OLIVEIRA, E.F.L; FERREIRA, S.S. & BARRETO, T.A. *As Interfaces da Clínica com Bebês*. Recife. NINAR Núcleo de Estudos Psicanalíticos, 2009.
98. PIECUCH, R. E.; LEONARD, C. H.; COOPER, B. A. & SEHRING, S.A. (1997). *Outcome of extremely low birth weight infants (500 to 999 grams) over a 12-year period*. Pediatrics, 100 (4), 633.
99. QUEIROZ, T. C. N. *Do desmame ao sujeito*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- 100.ROHENKOHL C. M. F. (Org.). *A Clínica com o Bebê*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- 101.ROUDINESCO, E. PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- 102.SALES, L. (Org.). *Pra que essa boca tão grande? Questões sobre a oralidade – Salvador, BA: Ágalma, 2005.*
- 103.SILVA, R. N. M. Percepções do bebê pré-termo na UTI neonatal. In *O Corpo do Outro e a Criança*. Revista da Escola Letra Freudiana — Ano XXIII – nº 33, 2004.
- 104.SZEJER, Myriam. *A escuta psicanalítica de bebês em maternidade*. São Paulo: ABREP. Casa do Psicólogo, 1999.
- 105.SPITZ, R. A. *O primeiro ano de vida*. 3ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- 106.SUASSUNA, A.M.V. *Diagnóstico pré-natal: o impacto psicológico profundo*. Curitiba: Honoris Causa. 2011.

107. TEPERMAN, D. W. *Clínica psicanalítica com bebês: uma intervenção a tempo*. São Paulo: Casa do Psicólogo; FAPESP, 2005.
108. VORCARO, A. M. *Crianças na psicanálise: clínica, instituição, laço social*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.
109. _____. *A criança na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.
110. _____. *Urgência subjetiva do neonato em UTI*. Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. Vol.13 no.4 São Paulo, Dec. 2010.
111. WANDERLEY, D. B. *Palavras em torno do berço: intervenções precoces bebê e família*. Salvador-BA: Ágalma, 1997.
112. _____. (org.) *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador-BA. Ágalma, 1999.
113. _____. *O Cravo e a Rosa: a psicanálise e a pediatria: um diálogo possível*. Salvador-BA: Ágalma, 2008.
114. WINNICOTT, D.W. *Os Bebês e suas Mães*. São Paulo. Martins Fontes, 1999.
115. _____. *Objetos transicionais e fenômenos transicionais*. In: *Da Pediatria à Psicanálise*: Rio de Janeiro: Imago, 2000.
116. ZEN E. T. & MOTA S.P. P. *Intervenções precoces com recém-nascido de risco*. In *O Cravo e a Rosa: a psicanálise e a pediatria: um diálogo possível*. Salvador-BA. Ágalma, 2008.
117. ZUGAIB, M. (1999). *Prematuridade eletiva: aspectos obstétricos e perinatais*. Ginecologia & Obstetrícia. Vol. X, ano 10, n- 2.

ANEXOS



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a)

Vimos através deste, convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada *Função materna e constituição subjetiva na condição de prematuridade*, a qual tem por objetivo compreender melhor o exercício da função materna junto aos bebês prematuros. O estudo envolverá entrevistas com os pais e observações das mães com seus bebês. Através desse trabalho, esperamos contribuir para o esclarecimento de algumas questões sobre o bebê prematuro e seu cuidador.

A participação é voluntária e só os pesquisadores envolvidos neste projeto terão acesso a estas informações. Quando o estudo for publicado, dados como nome, profissão, local de moradia não serão divulgados.

As perguntas e observações que iremos fazer não pretendem trazer nenhum desconforto ou risco, já que são somente acerca de suas experiências sobre a relação pais-criança. Informamos que a qualquer momento você poderá desistir da participação da mesma. Pode, também, fazer qualquer pergunta sobre a pesquisa aos nossos pesquisadores.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e aceitar participar do estudo, solicitamos a assinatura do mesmo em duas vias, ficando uma em seu poder. Qualquer informação adicional ou esclarecimentos acerca deste estudo poderão ser obtidos junto aos pesquisadores, pelo telefone 4009-2349.

Eu, Sr(a)

pelo presente consentimento, declaro que fui informado (a), de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente Projeto de Pesquisa. Tenho o conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa; terei total liberdade para retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação dos cuidados e tratamento recebidos neste hospital.

Entendo que as informações oferecidas serão mantidas em caráter confidencial e que nem eu nem minha criança seremos identificados, e que qualquer publicação deste material deverá excluir toda informação que possibilite minha identificação ou da criança por parte de terceiros.

Concordo em participar do presente estudo, bem como autorizo a utilização dos dados coletados para fins deste estudo.

Os pesquisadores responsáveis por este Projeto de Pesquisa são a Dr^a. Roseane Freitas Nicolau e a mestrandia Madalena Gonzaga de Oliveira.

Data: __/__/__

Participante do Projeto: _____