

RESUMO

Este artigo apresenta a súmula de uma pesquisa clínica qualitativa que teve como objetivo investigar as implicações da patologia e da hospitalização do beb ao nascer. Apresenta uma discussão sobre o beb nas perspectivas do desenvolvimento e da psicanálise e expõe uma revisão da literatura que concerne ¢s possíveis repercussões da doença e da hospitalização de bebês, na tica da psicanálise. Em seguida, traz alguns fragmentos das entrevistas realizadas com famílias que vivenciaram a hospitalização neonatal para então discutir sobre contribuições ao tema com base no método clínico e na tica psicanalítica.

Descritores: *psicanálise; beb; internaao neonatal; método clínico.*

IMPLICAÇÕES DA PATOLOGIA E DA HOSPITALIZAÇÃO DO BEB AO NASCER: A CONTRIBUIÇÃO DA PSICANÁLISE E DE SEU MÉTODO CLÍNICO

Liliane Cristina Santos
ngela Maria Resende Vercaro

DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v21i2p282-301>.

Introdução: o beb nas perspectivas do desenvolvimento e da psicanálise

As teorias psicológicas desenvolvimentistas, bem como outros campos de conhecimento, são unânimes em admitir a importância de um agente com função materna para o desenvolvimento da criança e apontam como consequência da falta dessa figura na

■ Psicóloga do Hospital Municipal Odilon Behrens. Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

■ ■ Psicanalista. Professora adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

primeira infância distúrbios muitas vezes irreversíveis na vida do sujeito (Brasil, 2011; Spitz, 1998). A pesquisa e a teoria de Spitz (1998), importante referência daqueles que lidam com bebês, demonstram que oferecer ao bebê condições que o atendam em todos seus aspectos físicos não é o suficiente para que ele se desenvolva ou, em alguns casos, sobreviva. O autor enfatiza a presença materna e sua influência no desenvolvimento do bebê. Partindo de dados empíricos, ele descreve a origem da percepção e do que denomina constituição das relações objetais, percorrendo sobre seus estágios sucessivos observados no desenvolvimento normal e, ainda, sobre seus distúrbios no decurso do primeiro ano de vida.

Nessa perspectiva, no início da vida, é a mãe o parceiro humano do filho, que serve de mediador a toda percepção, ação ou conhecimento. A criança é desprovida de recursos próprios para sua sobrevivência e o que falta a ela é compensado e suprido pela mãe, que provê a satisfação de todas as suas necessidades. Ele elucida que “a existência da mãe, sua simples presença, age como um estímulo para as resposta do bebê” (Spitz, 1998, p. 124). O autor apresenta suas proposições acerca dos distúrbios das relações objetais, associando-as ao que chamou de relação inadequada ou insuficiente entre mãe e filho, quando esta é insatisfatória nos aspectos qualitativo e quantitativo, respectivamente.

Na perspectiva da psicanálise, diferente do que comungam as concepções evolucionistas, o que está em jogo na interação entre pais e filhos, tão fundamental para o desenvolvimento da criança, não é da ordem do estímulo sensorial em si, menos ainda da satisfação das necessidades do bebê, mas relaciona-se a determinadas operações das quais os pais são agentes. A constituição psíquica e o desenvolvimento, nessa visão, não são feitos de puros estímulos sensoriais, mas de sua sujeição ao crivo simbólico, à rede de significante do Outro encarnado na mãe. Nesse ponto de vista, se o bebê, como ser vivo, precisa do alimento, ele o recebe de alguém que o introduz no campo da linguagem, porque esse alguém já está irreversivelmente nesse campo e é só de seu interior que pode atender a criança. Isso quer dizer que a mãe só pode atender ao choro do bebê com uma ação específica – como descreveu Freud (1985, 1900) na vivência de satisfação – se recorrer a um saber consciente e inconsciente, tomando esse choro como a ela dirigido e outorgando-lhe significação. Assim, a ênfase recai não sobre a satisfação das necessidades, mas sobre o circuito de demanda e desejo que se estabelece na

interação dos pais (cuidadores) com a criança (Elia, 2010; Jerusalinsky, 2002).

Portanto, se Spitz (1998) comprova, por meio de experimentos, a dependência total que o bebê vivencia em relação ao outro nos primeiros meses e anos de vida, é a psicanálise que clareia que tal dependência não se refere à satisfação de necessidades, mas a sua constituição subjetiva, a sua entrada na linguagem. Não se trata aí da presença materna, mas da função materna, cuja resposta transforma o grito do bebê em demanda – pois é a pessoa que assume a função materna que faz o papel de interpretar as manifestações corporais do bebê, dar sentido a seu grito, oferecendo a ele, além do alimento, o signo, dando um lugar para a criança, na medida em que a coloca como alvo ou como causa de seu desejo.

O desejo, nessa perspectiva, tem um papel fundamental na constituição subjetiva da criança, para que o cuidado não seja anônimo, mas particularizado, como apresenta Lacan (1969/2003, p. 369):

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

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

Lacan (1969/2003) destaca a importância do desejo, enfatizando as faltas da mãe e, por conseguinte, sua condição desejante, evidenciando-a em sua função. Vorcaro (1999) salienta, a partir de Lacan, que o Outro primordial, na pessoa da mãe, ou a de quem a substitui, atribui à criança um lugar e uma significação, que a aliena na condição de objeto – que Lacan (1969/2003, p. 369) menciona ao dizer sobre “a identificação com o eu ideal do eu” – e a subjetivação implica que a criança possa se destacar desse lugar de alienação, o que ocorre quando

há a mediação assegurada pela função do pai referida por Lacan. É nesse sentido que a função paterna é fundamental para a criança, de forma a não deixá-la exposta às capturas fantasísticas da mãe, o que faria dela objeto de gozo da mãe. Lacan (1969/2003, p. 369), quanto à função do pai, aquela que faz mediação ao desejo da mãe, apresenta seu nome como “o vetor de uma encarnação da Lei no desejo”. Portanto, a Lei é a barra, a castração que se inscreve no Outro, ou seja, intervenção necessária para haver a dialética da demanda e do desejo no lugar do Outro.

Nessa visão, o que está em jogo na constituição do sujeito não é a mãe adequada em seu comportamento, mas as operações necessárias à subjetivação, relacionadas às funções materna e paterna, não concretamente relacionadas às figuras da mãe e do pai. Ansermet (2003) contrapõe o modelo utilizado por Spitz para compreender a relação mãe-filho à carência simbólica provocada pelo fracasso de uma função. Nesse sentido, a criança rejeitada e abandonada deprime reagindo ao anonimato dos cuidados, quando é considerada um simples objeto manipulado, sendo sua sobrevivência o único objetivo (o que pode ocorrer mesmo com a mãe presente). As crianças carentes sofreriam por não estar marcadas com o desejo do Outro, sofrendo de um excesso de real, seja pela ausência da mãe, seja pelo excesso de uma presença concreta, operatória.

A partir desses pressupostos, podemos levantar algumas questões: no caso do bebê que nasce com patologia e precisa ficar hospitalizado, que impactos a situação tem nesse processo de falicização e antecipação do sujeito na criança? Como pode se dar a circulação do desejo num ambiente de hospital, no qual a mãe se vê desprovida de sua função, sem possibilidade ou com dificuldades de exercê-la, já que o bebê necessita da equipe profissional e cuidados especializados, cujo objetivo é sua sobrevivência, o tratamento de seu corpo? O que está em jogo aí, além das limitações físicas da criança? Propomos refletir sobre tais pontos, para pensar nas contribuições que a psicanálise pode oferecer dentro da temática.

Implicações da doença e da hospitalização neonatal

A literatura aponta, além das consequências físicas a que estão submetidos os bebês doentes e hospitalizados ao nascer, a correlação entre hospitalização ao nascer e os riscos psicossociais, relacionados à possibilidade de sofrer maus tratos, ser violentadas ou ter atraso no desenvolvimento psicomotor (Brasil, 2011; Wanderley, 1999). Mas em que a psicanálise pode nos auxiliar na reflexão sobre esses supostos riscos?

Vorcaro (1998), assim como Lima (2003), discutem sobre a clínica da criança organicamente atingida, propondo pensar em como as ameaças ao desenvolvimento orgânico pleno que a doença provoca

podem incidir sobre a estruturação subjetiva da criança. As autoras consideram a incidência da morbidade sobre o desejo que a criança condensa, uma vez que se configura como uma lesão que atinge o sujeito imaginado e idealizado pelos pais, tendo efeitos em toda rede de significações nas quais a criança se estrutura, se a criança for nomeada e definida pela patologia que possui: “Inserir uma criança no laço social como ‘aquela Rett’, ‘ele é pc’, ‘meu filho é Asperger’ é submetê-la ao registro orgânico, é amputar sua singularidade subjetiva” (Vorcaro, 1998, p. 337). A insuficiência manifestada na doença pode atingir os agentes materno e paterno de tal forma que busquem transferir suas funções ao saber especializado para tratá-la, uma vez que não detêm esse saber, necessário para o cuidado de seu filho.

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

Coriat (1997) discute sobre a atuação do psicanalista em uma equipe de “estimulação precoce”, voltada para crianças com deficiência, principalmente com síndrome de Down. A autora indica: “somos pagos por nada, que o produto mais precioso que vendemos àqueles que nos consultam é... um lugar vazio” (p. 25). Ela explica que

Ao deixar este lugar vazio, sem pretender preenchê-lo com o conhecimento dos preconceitos (populares ou “científicos”) acerca de como deve ser um Down, deixava esse lugar para que esse espaço fosse preenchido de acordo aos desejos dos pais, produzindo uma criança única no mundo. (Coriat, 1997, p. 29)

Coriat (1997, p. 54) considera que o principal problema dos pais que procuram tratamento para os filhos deficientes “não é a falta de amor, mas seus excessos pela via de suprir”. O tratamento do bebê, nesses casos, propõe objetivos a serem cumpridos em função de um plano de trabalho, impondo à criança e a sua família a realização de intensos exercícios, dentro de um programa educativo especial, para tentar suprir o déficit orgânico. Isso, conforme a autora, pode provocar importantes prejuízos para aqueles em quem um aparelho psíquico não está formado. Ela defende que o autismo ou a psicose que se constitui na grande maioria das crianças com problemas orgânicos não se remetem a causas orgânicas, mas ao lugar ao qual foram convocados pelo Outro. Segundo a autora, “não se trata de ignorar os limites que o real do orgânico de seu corpo impõem no desdobramento da vida de um sujeito” (p.95), mas considerar que “o sujeito é efeito da marca do significante no real” (Coriat, 1997, p. 96) e é sob esses aspectos que a psicanálise opera. A autora coloca que o profissional que intervém não pode estar “alheio à direção e firmeza com que a mão do Outro inscreve os traços” (Coriat, 1997, p. 97) e adverte, no que se refere à criança com patologia: “Há marcas que não produzem efeito de corte e isto tem consequências no real muito mais

graves que o real da patologia orgânica, gerando uma estupidez simplória e uma idiotia crônica que são atribuídos a fatores congênitos” (Coriat, 1997, p. 96).

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

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

Muitos autores recomendam, portanto, nessa situação, a escuta aos pais envolvidos, com o intuito de se estabelecer o discurso em torno da criança, impactado e interrompido pela doença e pela internação hospitalar do filho recém-nascido. Mathelin (1999) sustenta ser necessário, além da reanimação do recém-nascido hospitalizado, uma reanimação do discurso em

torno da criança. A autora apreende que a hospitalização não precisa ser necessariamente fonte de complicações psicológicas para o bebê, desde que sejam escutados ele e sua família, o que não se refere à necessidade de manter o laço entre mãe e filho a qualquer custo, mas implica escutar a mãe com todas as ambivalências que a maternidade comporta. Conforme Mathelin (1999), isso quer dizer que, muitas vezes, a situação de patologia e de hospitalização do recém-nascido atualiza as fantasias de desejo de morte que a mãe tem em relação ao filho, explicitando, assim, as ambivalências inerentes à maternidade, a violência, o ódio e a ideia de devoração implícitos no amor materno.

A autora expõe que, “num serviço de reanimação, as mães que acabam de dar à luz um filho doente ou um prematuro estão, mais do que todas as outras, confrontadas em si mesmas com uma imagem de mãe má”, explicando que, se a ambivalência está presente em toda gravidez, “o nascimento sem problema renarcsa a mãe ao lhe oferecer um belo bebê saudável que a tranquiliza e a gratifica” (Mathelin, 1999, p. 17), ao passo que, quando o bebê nasce prematuro, a mãe passa pelo pânico e pela urgência do parto, sem possibilidade de ser tranquilizada pelo médico, tendo um bebê em perigo. Nesses casos, “a realidade reencontra o fantasma e surge o trauma” (Mathelin, 1999, p. 17). Assim, se o saber da mãe é o que “marca o corpo do filho como lugar privilegiado de

uma inscrição”, é isso que deve ser ouvido no discurso materno, para além do “falar com o bebê” com o objetivo de manter o laço entre mãe e filho (Mathelin, 1999, p. 18).

Sobre o limite desse falar com o bebê, citamos Vorcaro (2010a), que especifica o necessário encontro das palavras com o corpo para a entrada do sujeito no simbólico, esclarecendo que este não se reduz a simplesmente expor o neonato à linguagem, tendo em vista que ele já está nela. Trata-se, na verdade, “de banhá-lo dos efeitos que o ato da fala endereçada – mesmo que sem garantias – pode antecipar quanto ao engajamento com um ser de desejo” (Vorcaro, 2010a). Nesse texto, a autora problematiza como se dá o ato de fala na relação com o bebê recém-nascido na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal, procurando interrogar-se sobre as implicações dos procedimentos da internação e do isolamento nos primeiros dias de vida, tomando o próprio neonato como referência.

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

no anonimato. No entanto, a autora desbanca, com Freud, o efeito traumático do nascimento assim cunhado na literatura, com base na posterioridade com que a situação será subjetivada, e argumenta que “as insistentes perguntas sobre os efeitos psíquicos iatrogênicos da internação de neonatos em UTI permitem supor faltarmos a unidade de medida a partir da qual poderíamos fazer avançar uma prática psicanalítica no hospital” (Vorcaro, 2010a). Mesmo diante dessa impossibilidade de medida, a autora traz importantes apontamentos no que concerne aos efeitos do tratamento intensivo sobre o bebê, considerando a importância da fala dirigida à criança para sua subjetivação e os riscos inerentes à imposição de um programa de procedimentos técnicos anônimos ao bebê internado em tratamento intensivo.

Vorcaro (2010a, p. 630) termina seu texto mantendo “a questão do que presidiria o engate dos significantes no organismo em uma UTI, uma vez que o endereçamento da fala por si só não responde ao fato de que ainda será necessária a ‘insondável decisão do ser’”. Isso nos remete à impossibilidade de prever e prevenir o que se passa com o bebê e as marcas que são produzidas com a patologia e a hospitalização do recém-nascido. A autora menciona a demanda social da prevenção que ressoa sobre a clínica com bebês, implicando um debate sistemático entre psicanalistas.

É preciso apontar que o termo e tema “prevenção” é controverso para a psicanálise, tendo em vista a aceção do só-depois tão marcante desse campo. Nesse sentido, a articulação entre psicanálise e prevenção não é uma tarefa fácil e pode levar a equívocos e a desvios de sua ética. Segundo Mariotto (2009, p. 128), “discutir sobre o tema da prevenção nos leva a uma fronteira perigosa entre a ética e a técnica”, considerando que a prevenção técnica é a que se pauta em um ideal de normatização, “descartando o improvável, o imprevisível e o impossível”. Segundo ela,

partimos da ideia de que jamais será possível antecipar o modo pelo qual um acontecimento afetará e será tomado pelo sujeito,

mas que a forma pela qual ele possa se orientar em relação a isso... permita a experiência e sua significação *a posteriori*. (Mariotto, 2009, p. 132)

Podemos dizer, que esse trecho indica a escuta aos pais, em sofrimento, com a vivência da patologia e da hospitalização do filho.

Para Cullere-Crespin (2004), a prevenção na perspectiva psicanalítica não consiste em antecipar ou prevenir a aparição de um sintoma, admitindo que este comporta, além de um impasse, um modo de dizer que fica indizível para o sujeito de outra forma. Por isso, o sintoma não é algo que deve desaparecer para o bem do sujeito, mas um funcionamento que pode ser ouvido. A autora sustenta que se, na clínica, o bebê está ainda num primeiro tempo da possível instauração do trauma ou da configuração do sintoma, os profissionais que acompanham a mãe poderiam ficar “sensíveis à complexidade da situação, sem, no entanto, saber de antemão o que isso vai fazer a esse bebê e à sua mãe” – mas tendo a chance de entender o que vai se produzir. Assim, a intervenção psicanalítica pode adquirir caráter preventivo na medida em que possibilita um espaço de escuta de forma a “acolher o dizer da mãe e do bebê, permitindo a eles captar aquilo dentro do que os dois estão tomados”, o que permite ao bebê “se liberar do lugar de ser o suporte desse dizer” e a mãe “trabalhar sua questão” (Cullere-Crespin, 2004, p.175). Para a autora,

isso não se faz sem um trabalho clínico permanente dos profissionais, para que se coloquem “nesse lugar que acolhe um dizer sem interpretar rápido demais ou sem se defender” (p. 175).

Para nós, essa postura do profissional diante das famílias que vivenciam a hospitalização precoce exige um posicionamento clínico que implica a escuta à singularidade do caso e suporte, portanto, às contingências inerentes ao real, ao vivo da clínica. Segundo Ansermet (2003), a clínica é o método específico de construção de saber da psicanálise e baseia-se sobre a experiência da singularidade como tal, devendo priorizar o único e reencontrar o um em detrimento do múltiplo. O sujeito, nesse sentido, é uma exceção ao universal e resiste a ser universalizável.

Foi nessa diretriz que buscamos basear a escuta que realizamos de pais cujas crianças ficaram internados ao nascer, por meio de entrevistas¹, bem como fundamentar a apresentação dos depoimentos neste trabalho de pesquisa. Apresentemos alguns fragmentos das entrevistas, para trazer contribuições ao debate sobre a hospitalização do bebê ao nascer, partindo do método e da ética psicanalítica.

Fragmentos de casos

Ezequel², nascido prematuro de 29 semanas, ficara internado por 118 dias na Unidade de Tratamento Neonatal, tendo tido muitas intercorrências devido à prematuridade, especialmente relacionadas a dificuldades no padrão respiratório. Realizamos entrevista com Hortência, sua mãe, que trouxe sua vivência com a maternidade, com o impacto de um nascimento prematuro e a evolução difícil do bebê:

A gente sabe do histórico dele. A gente sabe que uma criança que tem displasia pulmonar, o oxigênio é um auxílio pra ela se manter viva... Que o que o meu filho passou aqui foi porque ele não saía do oxigênio.

Na entrevista, Hortência evidencia o sofrimento que viveu e vive com a situação de prematuridade e de hospitalização do bebê, que considera que sejam os motivos de sua grande preocupação com o filho: *“porque eu sou apavorada, ele tossiu ontem à noite, hoje eu já fiz sabultamol nele”*.

Notamos que seu saber de mãe é perpassado pelo conhecimento técnico. Hortência conta que segue todas as recomendações médicas e, ao longo da entrevista, menciona a displasia pulmonar, a atelectasia, o sabultamol, a saturação, o padrão respiratório, o raio X, os cuidados especializados, significantes que marcam sua vivência com o bebê desde seu nascimento: *“Que todo mundo acha que a gente sai daqui uma técnica de enfermagem, uma médica. E a gente é assim mesmo, tá?! Porque a gente sai falando termos técnicos”*. Contudo, esse conhecimento técnico com o qual ela se identificou não tem relação apenas com a situação de prematuridade e de tratamento do filho, mas também com a história da família: *“minha mãe tem esse conhecimento porque ela trabalhou na área de saúde no nosso município muitos anos”*, referindo-se ao fato de sua mãe ter sido técnica de enfermagem, hoje aposentada.

Na entrevista, ela também fala muito dos momentos vividos em casa, após a alta hospitalar, nos quais foi construindo uma rotina de cuidado, que parece ser muito importante para a consolidação de sua função de mãe, sendo que ela fica, inclusive, muito tomada por essa função: *“Eu fui guardando muita coisa... fui cobrando muito de mim. Hoje eu me sinto muito sobrecarregada, sabe?... Eu planejava tudo, não podia sair nada do meu controle, eu que demandava as coisas”*.

As falas que se destacam e se repetem no discurso de Hortência referem-se a estar sobrecarregada, a ninguém entender sua situação, mas só dirigir críticas a ela, a sua preocupação com a saúde do bebê e a seu cuidado com ele. A partir da entrevista e de falas de Hortência, pudemos pensar em como ela foi se arranjando com a maternidade e o cuidado com o filho, e como a situação de prematuridade e de hospitalização em seu nascimento teve efeitos na construção desses arranjos. Notamos também que a forma que ela constrói sua vivência com a maternidade, e o cuidado com o filho depara com sua maneira própria de se relacionar, de funcionar, antes mesmo do acontecimento – ela nos contou como teve que lidar com sua mudança de posição, de filha para mãe, de quem demandava para quem deve responder à demanda. Assim, a forma com que ela busca dar conta da situação revela seu jeito e sua subjetividade (que gostava de ter tudo sob seu controle), o que parece se refletir na preocupação e nas cobranças excessivas em relação ao filho.

A segunda entrevista da pesquisa foi realizada com Cristiane e Marcius, pais de Hélio, que ficara internado por 89 dias na Unidade de Tratamento Neonatal, devido à prematuridade e às complicações dela decorrentes. Nas falas do casal, é possível perceber que o diagnóstico e as notícias médicas, tanto durante quanto após a internação, no acompanhamento pós-alta, não parecem ter um peso ou impacto grande para eles, que iam lidando com tranquilidade com a situação, não dando tanta importância ao saber dos especialistas no sentido de interferir de maneira

significativa no modo de cuidado. Por mais que eles levem Hélio às consultas e sigam as indicações do tratamento em certa medida, exercem os cuidados a sua própria maneira – o que tem muito mais relação com o estilo do casal do que com a situação de prematuridade, hospitalização precoce ou cuidados especializados necessários em consequência da evolução da criança nos primeiros meses.

Isso pode ser evidenciado nas falas do casal sobre a rotina de cuidados em casa. Por exemplo, o pai, quem assumiu os cuidados do bebê, nos disse: *“A gente dá quando ele tá com vontade (referindo-se à alimentação)... Começou a colocar a mão na boca demais e salivar, pode saber, aí eu vou lá preparar uma fruta, um pãozinho, uma coisa pra ele comer”*. Cristine enfatiza em relação a forma de cuidado de Hélio: *“Porque a gente não cria filho não é pra ficar dependente, né?”*. Então, as indicações que seguem são aquelas que vão de encontro à maneira deles de pensar, ver, viver e conduzir suas próprias vidas, ou seja, seu modo de funcionamento e seus valores: *“quando a gente tava aqui, um dos enfermeiros falou: olha, o meu primeiro filho eu criei no silêncio, o segundo eu já criei na bagunça, assim, é melhor criar na bagunça do que no silêncio é tenso”*.

Na entrevista, Cristiane e Marcius ressaltaram como adaptaram sua vida com a chegada do filho, com o máximo de esforço para que ele não ficasse com *“frescuras”*, como dizem. Eles buscam não criar expectativas pré-determinadas com relação ao filho, o que diz da posição que assumem com ele, do lugar o que colocam, como surge na fala:

ai a Cris virou e falou que o Hélio poderia ser gay, ela (mãe de Cristiane) chorou tanto, ficou nervosa. Se for vai ser, fazer o quê? Não tem como mudar e... não importa. Não vai fazer dele menos ou mais pessoa.

O casal fala na entrevista como é importante criá-lo dando liberdade para que ele tenha as próprias escolhas, o que eles mesmos não tiveram com seus pais. Quando contam sobre o relacionamento deles com suas famílias de origem, relatam as expectativas que depositam na relação com o filho:

Tô tendo a oportunidade de não fa... de não errar onde os meus pais erraram. Eu vejo muito assim, eu quero poder fazer diferente. Eu quero poder... eu espero poder acertar e ele não ter os problemas que eu tenho.

Marcus, por sua vez, também atualiza no relacionamento com o filho sua relação com o pai, podendo fazer novos arranjos, em alguma medida “fazendo diferente”, buscando repetir o que tinha de bom e melhorar o que entendeu ter dado errado: “*Eu queria um filho porque a relação com meu pai era muito forte*”.

O que mais aparece na entrevista de Cristiane e Marcus são os arranjos que fizeram e estão fazendo em sua história, tanto antes quanto depois do nascimento do bebê. Dessa forma, eles não dão ênfase à prematuridade de Hélio ou às complicações dela decorrentes, diferentemente de Hortência.

Trazemos apenas fragmentos de dois casos, mas ressaltamos que o que se evidenciou com os relatos dos pais participantes das entrevistas é como a situação de doença e de hospitalização do bebê marca cada família de uma maneira única,

dependendo da história e do modo de funcionamento de cada um, o que faz que a vivência tenha um significado singular para cada sujeito, relacionando-se ainda com as amarrações que são feitas. Assim, é impossível prever quais significações serão produzidas – o que não impede de pensarmos intervenções que possibilitem ou auxiliem os envolvidos nesse processo.

Considerações finais: sobre a contribuição da psicanálise e de seu método clínico

Consideramos que o mais importante neste trabalho, especialmente no que se refere à condução e à discussão das entrevistas, foi pensarmos no caso em sua singularidade, no modo de funcionamento dos sujeitos, com atenção ao que se repete em cada caso, considerando os mecanismos inconscientes em jogo no discurso, porque isso tem impacto direto no bebê, e vai além de uma observação padronizada de situações semelhantes. Nessa perspectiva, não se trata de utilizar o caso para levantar categorias e ilustrar a teoria, aplicando-o a um saber geral e apagando sua manifestação singular por meio do domínio da aplicação de uma técnica. Trata-se, ao contrário, do caso servir para “problematizar a generalização necessária à teoria, explodindo a imaginarização de

universalidade da teoria sempre avessa à presença do singular surpreendente implicado no inconsciente” (Vorcario, 2010b, p. 17). Esse ponto de vista implica a posição de não saber e considera a solução de cada um como uma amarração única, não universalizável, não presumível e que excede a qualquer arcabouço teórico.

Assim, a partir dos casos, salientamos a importância de se evitar uma correlação determinativa entre os riscos da situação de doença e hospitalização do bebê para sua subjetivação, posto que a situação de prematuridade, em vez de ser tomada a priori como entrave, pode favorecer e mesmo franquear tal constituição. Afinal, a constituição subjetiva não tem relação com o insabido (o real) de seu organismo, mas diz respeito à resposta a esse real impossível de ser alçado ao conhecimento. Essa resposta depende do significante, mas não é determinada por ele, e, no caso da criança afetada organicamente, ela não precisa, necessariamente, ser definida por sua patologia. Há a possibilidade de construção de outras significações que não apenas relacionadas à doença.

E interessa constatar que a impossibilidade de prevermos como serão as implicações da vivência para cada família, para cada sujeito nela incluída e envolvido com a situação, não contraindica e nem mesmo inviabiliza pensar em intervenções. Pelo contrário, ela exige uma intervenção ressoante ao fato clínico que evidencia

a impossibilidade de antever o que se passará, na medida que indica que a significação só pode se dar em um momento posterior (o que demarca também a temporalidade própria à tal perspectiva). Consideramos, então, que não é preciso predizer os efeitos e os riscos de transtornos futuros para prevenir os problemas.

Já há, aí, um sofrimento pela irrupção do real para os pais, pela intervenção técnica no corpo da criança que a priva do encontro com a palavra. Mas, se a resposta a esse encontro com o real é singular, quer dizer que a intervenção só pode ser pensada a partir da clínica, que considere cada caso em sua singularidade e, por conseguinte, compreenda e suporte as surpresas, as incertezas e as contingências.

Assim, é possível oferecer à criança uma permeabilidade à palavra, para além da tecnicidade que sustenta a vida de seu corpo, pois, se a técnica do tratamento neonatal é necessária para sustentar a sobrevivência do organismo, ela não é suficiente para sustentar a vida do sujeito. E se buscamos pensar na contribuição da psicanálise no que se refere à patologia e à hospitalização precoce, acreditamos que tal contribuição só possa ser articulada passando pela clínica, pois, se a resposta do sujeito ao que lhe ocorre é singular, sendo particulares os efeitos da situação de prematuridade e internação neonatal, então também nessa diretriz deverá ser a intervenção.

IMPLICATIONS OF BABY'S PATHOLOGY AND HOSPITALIZATION AT BIRTH: THE CONTRIBUTION OF PSYCHOANALYSIS AND ITS CLINICAL METHOD

ABSTRACT

This study presents a summary of a qualitative clinical research and aimed to investigate the implications of the condition and the baby's hospitalization at birth. It presents a discussion about the baby in the prospects of development and psychoanalysis and sets out a review of the literature concerning the possible repercussions of the disease and hospitalization of infants from the perspective of psychoanalysis. Then bring some fragments of interviews with families who experienced neonatal hospitalization and then discuss contributions to the subject based on the clinical method and psychoanalytic ethics.

Index terms: *psychoanalysis; baby; neonatal hospitalization; clinical method.*

IMPLICACIONES DE LA PATOLOGÍA Y LA
HOSPITALIZACIÓN DEL BEBÉ AL NACER:
LA CONTRIBUCIÓN DEL PSICOANÁLISIS Y
SU MÉTODO CLÍNICO

RESUMEN

En este trabajo se presenta un resumen de una investigación clínica cualitativa, la cual tuvo como objetivo investigar las consecuencias de la enfermedad y la hospitalización del bebé al nacer. Se presenta una discusión sobre el bebé en las perspectivas del desarrollo y del psicoanálisis, y establece una revisión de la literatura sobre las posibles repercusiones de la enfermedad y la hospitalización de los lactantes, desde el punto de vista del psicoanálisis. A continuación, muestra algunos fragmentos de entrevistas en los hogares que experimentaron hospitalización neonatal y luego discute las contribuciones a la materia sobre la base del método clínico y la ética del psicoanálisis.

Palabras clave: psicoanálisis; bebé; hospitalización neonatal; método clínico.

REFERÊNCIAS

- Ansermet, F. (2003). *Clínica da origem: a criação entre a medicina e a psicanálise* (D. A. Seidl, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Contra Capa.
- Brasil (2011). Ministério da Saúde. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru*. 2ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Coriat, E. (1997). *Psicanálise e clínica de bebês: a psicanálise na clínica de bebês e crianças pequenas*. Porto Alegre, RS: Artes e Ofícios.
- Cullere-Crespin, G. (2004). *A clínica precoce: o nascimento do humano*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Elia, L. (2010). *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Freud, S. (1996). Projeto para uma psicologia científica. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 1, pp. 381-520). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1895)
- Freud, S. (1996). A interpretação dos sonhos. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão,

- trad., Vol. 5). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1900)
- Jerusalinsky, J. (2002). *Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês*. Salvador, BA: Ágalma.
- Lacan, J. (2003). Nota sobre a criança. In J. Lacan, *Outros escritos* (pp. 369-370). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1969)
- Lima, N. L. (2003). A clínica psicanalítica de crianças com problemas orgânicos. In A. M. C. Guerra & N. L. Lima (Orgs.), *A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental* (pp.105-112). Belo Horizonte, MG: Autêntica/ FUMEC.
- Mariotto, R. M. M. (2009). *Cuidar, educar e prevenir: as funções da creche na subjetivação de bebês*. São Paulo, SP: Escuta.
- Mathelin, C. (1999). *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro, RJ: Cia. de Freud.
- Spitz, R. A. (1998). *O primeiro ano de vida* (E. M. Barros da Rocha, trad.). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Vorcaro, A. M. R. (1998). Doenças graves na infância. *Anais do Congresso Internacional de Psicanálise e suas Conexões "Trata-se uma criança?"* (Tomo 1, pp. 333-340). Rio de Janeiro, RJ: Cia de Freud.
- Vorcaro, A. M. R. (1999). *Crianças na psicanálise: clínica, instituição e laço social*. Rio de Janeiro, RJ: Companhia de Freud.
- Vorcaro, A. M. R. (2010a). Urgência subjetiva do neonato em UTI. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(4), 617-634. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142010000400006>
- Vorcaro, A. M. R. (2010b). Psicanálise e método científico: o lugar do caso clínico. In F. Kyrillos Neto & J. O. Moreira (Orgs.), *Pesquisa em psicanálise: transmissão na universidade* (pp. 11-23). Barbacena, MG: EdUEMG. Recuperado de <http://bit.ly/2fosIaa>.
- Wanderley, D. B. (Org.). (1999). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador, BA: Ágalma.

NOTAS

1. Os participantes das entrevistas foram famílias (acompanhante/cuidador e bebê) que vivenciaram a internação neonatal e são acompanhados por alguma especialidade após a alta hospitalar no ambulatório do Hospital Odilon Behrens, da prefeitura de Belo Horizonte. Foram realizadas entrevistas com cinco famílias, mas trazemos neste artigo fragmentos de apenas dois casos.
2. Os nomes dos participantes da pesquisa foram alterados para preservar sua confidencialidade.

lilianecsantos@hotmail.com
Rua Custódio de Melo, 268
31270-790 – Belo Horizonte – MG – Brasil.

angelavorcaro@uol.com.br
Rua Paul Bouthillier, 353
30315-010 – Belo Horizonte – MG – Brasil.

Recebido em março/2016.
Aceito em julho/2016.