



**MÁRCIA REGINA MADEIRA POURCHET**

**“NAS PORTAS DA VIDA”:  
uma experiência em UTI Neonatal Cirúrgica**

**RIO DE JANEIRO  
SETEMBRO 2010**



**UNIVERSIDADE VEIGA DE ALMEIDA**

**MÁRCIA REGINA MADEIRA POURCHET**

**“NAS PORTAS DA VIDA”:  
uma experiência em UTI Neonatal Cirúrgica**

**Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado em Psicanálise, Saúde e  
Sociedade da Universidade Veiga de  
Almeida, como requisito parcial para a  
obtenção do título de Mestre.**

**Orientadora: Profª Drª Vera Pollo**

**Área de Concentração: Prática Psicanalítica**

**RIO DE JANEIRO**

**SETEMBRO 2010**

DIRETORIA DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU*  
E DE PESQUISA

Rua Ibituruna, 108 – Maracanã  
20271-020 – Rio de Janeiro – RJ  
Tel.: (21) 2574-8871 - (21) 2574-8922

### FICHA CATALOGRÁFICA

P872n Pourchet, Márcia Regina Madeira

Nas portas da vida: uma experiência em UTI neonatal cirúrgica /  
Márcia Regina Madeira Pourchet, 2010.  
/ Mônica

93f. ; 30 cm.

Digitado (original).

Dissertação (Mestrado) – Universidade Veiga de Almeida,  
Mestrado Profissional em Psicanálise, Saúde e Sociedade, Rio de  
Janeiro, 2010.

Orientação: Prof. Dr<sup>a</sup>. Vera Pollo

1. Psicanálise. 2. Enfermagem. 3. Tratamento intensivo  
neonatal. 4. Recém-nascidos – doenças. 5. Fala. I. Pollo, Vera. II.  
Universidade Veiga de Almeida, Mestrado Profissional em  
Psicanálise, Saúde e Sociedade. III. Título.

CDD – 150.195



**UNIVERSIDADE VEIGA DE ALMEIDA**

**MÁRCIA REGINA MADEIRA POURCHET**

**TÍTULO**

**“NAS PORTAS DA VIDA”:**

**uma experiência em UTI Neonatal Cirúrgica**

**Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Psicanálise, Saúde e Sociedade da Universidade Veiga de Almeida, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.**

**Área de Concentração: Prática Psicanalítica**

**Linha de Pesquisa: Subjetividade nas Práticas das Ciências e Saúde**

**Data da Defesa: 29 de setembro de 2010.**

**Banca Examinadora:**

---

**Profª Drª Vera Pollo - Orientadora - UVA**

---

**Profª Drª Sônia Borges - UVA**

---

**Profª Drª Rosane Braga de Melo - UFRRJ**

**RIO DE JANEIRO**

**SETEMBRO 2010**

*Para Heber, meu grande amor, desde sempre.*  
*Para Thalles e Thierry,*  
*nossos meninos do amor,juntos tecendo a arte de viver...*

## AGRADECIMENTOS

*“Digo sempre a verdade, não toda, porque dizê-la toda não se consegue.  
Dizê-la toda é impossível materialmente: faltam as palavras”.*  
Jacques Lacan

*“É pela palavra que o desejo inconsciente forma lugar de mensagem”.*  
Sigmund Freud

Durante o percurso desta dissertação, foram múltiplos os olhares, foram grandes e pequenos gestos, movimentos intensos, gente que chegou e outros que foram embora. Assim como no processo de construção da dissertação, foram tantos que passaram, percorreram e permaneceram em minha vida, contribuindo para que o trabalho fosse possível.

À minha família, especialmente a minha mãe Arlete, pela compreensão dos momentos em que não foi possível cuidar de você. Amo você.

Ao meu pai Octávio, saudade eterna. (in memoriam).

Um agradecimento especial à Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vera Pollo, minha orientadora, não só por ajudar na construção da dissertação, mas pelo acolhimento, pela tranquilidade e paciência inesgotável que conduziu a nossa pesquisa, possibilitando transformar o meu desejo em palavras. Possui um vasto conhecimento, do qual espero continuar a usufruir. Tens minha admiração. Com muito carinho, obrigada.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosane Melo e Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sônia Borges, pela atenção e pelo incentivo na viabilização desta dissertação. Obrigada.

Agradeço a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Glória Sadala, pela oportunidade. Obrigada

A todos da coordenação do mestrado. Meus agradecimentos.

Às minhas amigas dessa jornada, tão queridas que, de um modo ou de outro, partilharam comigo as dúvidas, as alegrias e as angústias: Érica Levy, Liliane Carneiro e Cristina Cavalcanti.

À minha amiga Heloene Ferreira, que muito me incentivou, devo revelar minha incapacidade de expressar em palavras o que representou sua acolhida sensível e inesgotável, sobretudo esse sentimento que vai unindo a gente. Obrigada.

Agradeço, ainda, a todos os meus amigos queridos: Eleanor Drolshagen (Sunny), Eliane Domingues, Marcelo Nogueira, Eliane, Patrícia, Simone, Leonardo, Leonora, Tânia Martino... Obrigada!

À minha analista Eliane Augustinis, que com sua dedicação e amor à Psicanálise, me possibilitou usufruir dessa conquista de forma feliz.

À Rosanne Grippi, pela atenção, pela dedicação e pela importante contribuição. Muito obrigada.

À Katiane, minha secretária do lar, pela ajuda com as crianças. Obrigada.

Agradeço aos meus filhos que me ensinam todos os dias a importância do amor, do respeito, do espaço e da busca incessante pelo próprio desenvolvimento.

Ao meu marido Heber, meu grande amor, por fazer parte da minha história.

E aos meus pequeninos pacientes, o meu carinho eterno.

*"Seja qual for o caminho que eu escolher,  
um poeta já passou por ele antes de mim."  
Sigmund Freud*



## RESUMO

Norteadas pelo estudo de caso e assentadas nos postulados da psicanálise, a presente dissertação tem por objetivo elaborar questões surgidas no dia-a-dia do trabalho de enfermagem em uma UTI Neonatal Cirúrgica. Seu foco de discussão é a ação da fala materna sobre o corpo do bebê malformado. O primeiro capítulo descreve o cenário da unidade de tratamento intensivo acima mencionada, assim como as atitudes e expectativas de alguns profissionais que nela trabalham. A discussão teórica se abre com a contribuição de Donald Winnicott, psicanalista e médico pediatra que trouxe sua experiência para o âmbito hospitalar, chamando a atenção para a função materna do *holding* e introduzindo na teoria psicanalítica as noções de “mãe suficientemente boa”, “membrana do eu” e “falso self”. Da obra de Sigmund Freud são extraídos os conceitos de narcisismo primário e secundário, eu ideal e ideal do eu, desamparo fundamental (*Hilflosigkeit*), complexo do ser humano semelhante (*Nebenmensch*) e ação específica. Da teoria de Jacques Lacan, os conceitos de Outro primordial, ordem simbólica e lalíngua. O capítulo se encerra numa breve referência à teoria lingüística de Ferdinand de Saussure. Sob o título “Corpo e Linguagem”, o segundo capítulo analisa primeiramente o exílio do corpo na história do pensamento ocidental e seu retorno na teoria freudiana. Em seguida discorre sobre as relações entre o inconsciente e o corpo, elabora a ideia de corpo pulsional e desenvolve a questão da necessária assunção narcísica do corpo. Um novo recorrido aos conceitos lacanianos serve de mote para a distinção entre o corpo no Imaginário, no Simbólico e no Real. O terceiro capítulo trata do sentimento de estranheza e da dor narcísica causada pelo nascimento de um bebê portador de malformação congênita. No subcapítulo “A fala materna e sua incidência sobre o corpo do bebê malformado”, procura-se elaborar algumas passagens do caso Luana, ponto de partida do trabalho de dissertação como um todo. Conclui-se que a fala materna deve ser considerada um ato de produção que, unindo o olhar e a voz, promovem a ligação do sujeito *infans* com a estrutura da linguagem e, conseqüentemente, com a ordem do desejo.

*Palavras-chave:* UTI Neonatal; bebês malformados; *holding*; narcisismo; eu ideal; corpo pulsional; Outro primordial; lalíngua; olhar; voz.

## ABSTRACT

Guided by the case study and grounded in the tenets of psychoanalysis, this paper aims to elaborate issues that arise in day-to-day work of nursing in a surgical neonatal intensive care unit – NICU. Its focus of discussion is the action of maternal speech on the malformed baby. The first chapter describes the scenario of the Intensive Care Unit mentioned above, as well as the attitudes and expectations of some professionals who work there. The theoretical discussion opens with the contribution of Donald Winnicott, a psychoanalyst and pediatrician, who brought his experience to the hospital, calling attention to the maternal function of *holding* and introducing in psychoanalytic theory the notions of "good-enough mother", "membrane of the ego" and "false self". From work of Sigmund Freud are extracted concepts of primary and secondary narcissism, ideal ego and ego ideal, helplessness fundamental (*Hilflosigkeit*), complex human being similar (*Nebenumensch*) and specific action. From Jacques Lacan's theory, the concepts of primordial Other, the symbolic order and *lalangue*. The chapter concludes a brief reference to linguistic theory of Ferdinand de Saussure. Under the title "Body and Language", the second chapter first discusses the exile of the body in the history of Western thought and its return in Freudian theory. After that, the text discusses the relationship between the unconscious and the body, it draws up the idea of pulsional body and develops the issue of the necessary assumption of the narcissistic body. A new appeal to Lacanian concepts serves as the motto for the distinction between the body in the Imaginary, in the Symbolic and in Real. The third chapter deals with the feeling of strangeness and narcissistic pain caused by the birth of a baby carrier of congenital malformation. The section on "The maternal speech and its impact on the malformed baby", seeks to draw some passages in the Luana case, starting point of the dissertation as a whole. We conclude that maternal speech should be considered an act of production, combining the look and voice, to promote the connection of the *infans* subject with the structure of language and, consequently, with the order of desire.

**Keywords:** NICU; malformed babies, holding, narcissism, ideal ego, pulsional body; primordial Other; *lalangue*; look; voice.

# SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>APRESENTAÇÃO</b>  | 11 |
| <b>INTRODUÇÃO</b>  | 12 |
| <b>1 A UTI NEONATAL E UMA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL</b>                     | 23 |
| 1.1 UM BREVE CENÁRIO DE UMA UTI NEONATAL CIRÚRGICA: UMA ENTRADA PELO REAL  | 23 |
| 1.2 PRIMEIROS CONTATOS COM LUANA E MARIA                                   | 26 |
| <b>2.0 CORPO E LINGUAGEM</b>   | 30 |
| 2.1 O EXÍLIO DO CORPO NA HISTÓRIA DO PENSAMENTO OCIDENTAL                  | 30 |
| 2.1.1 O corpo na Antiguidade   | 30 |
| 2.1.2 Período clássico   | 35 |
| 2.1.3 Dualismo corpo-mente: Descartes e a modernidade                      | 40 |
| 2.1.4 O campo da ciência, o corpo e a linguagem no século XIX              | 42 |
| 2.2 O INCONSCIENTE FREUDIANO E O CORPO                                     | 44 |
| 2.2.1 O corpo pulsional  | 48 |
| 2.2.2 A assunção narcísica do corpo  | 52 |
| 2.3 OS REGISTROS LACANIANOS DO CORPO: IMAGINÁRIO, SIMBÓLICO E REAL         | 57 |
| <b>3 A GESTAÇÃO, O LUTO E O OUTRO MATERNO</b>                              | 62 |
| 3.1 VIVÊNCIA DE ESTRANHEZA: UMA METÁFORA DO PRÓPRIO FUNCIONAMENTO PSÍQUICO | 62 |
| 3.2 A DOR NARCÍSICA DE TER UM BEBÊ COM MALFORMAÇÃO                         | 65 |
| 3.3 A FALA MATERNA E SUA INCIDÊNCIA SOBRE O CORPO DO BEBÊ MALFORMADO       | 68 |
| <b>CONCLUSÃO</b>   | 75 |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>  | 79 |
| <b>ANEXOS</b>  | 85 |
| ANEXO 1: RELATO DA MÃE   | 85 |
| ANEXO 2: PRODUTO DA DISSERTAÇÃO  | 88 |

## APRESENTAÇÃO

Quando utilizo a expressão “nas portas da vida” — título desta dissertação — refiro-me ao momento de uma cirurgia realizada em um bebê que nasceu com malformação congênita, e também ao momento em que os cirurgiões, ao mesmo tempo, trocam instrumentos cirúrgicos.

Este bebê malformado não pesava mais que 2.180 g quando desta cirurgia, e de tão pequeno desapareceu sob tantos equipamentos, campos cirúrgicos, tubos, instrumentos, equipe presente na sala da cirurgia, como médicos, anestesista, enfermeira circulante e instrumentadora. De início, tornou-se “campo”, para depois, cuidadosa e detalhadamente, ser nomeado “estômago”, “intestino”, “fígado”, “rins”, para, finalmente, começar a etapa da cirurgia, em que se saberia o que realmente poderia ser introduzido naquela barriguinha tão pequena. O cenário era estranho. Enquanto pinças, bisturis, fios, compressas, palavras, gestos, barulhos ocultavam cada vez mais o bebê, este se tornava mais e mais presente, tanto por uma complicação e um pedido urgente de medicamento, como na sua história que era lembrada pela equipe, que se preocupava com o pós-operatório imediato, visando à possibilidade de mantê-lo sem dor e alimentá-lo no tempo previsto.

Os bebês com malformações congênitas são muitas vezes submetidos, em um curto espaço de tempo, a numerosas intervenções cirúrgicas.

# INTRODUÇÃO

*“Eu moro dentro de mim mesmo”  
Mario Quintana*

Este estudo foi desenvolvido a partir de observações realizadas no dia a dia do trabalho com recém-nascidos malformados<sup>1</sup>. Nesse trabalho, vi-me sempre assaltada por muitas dúvidas e inquietações, e com o aprofundamento das preocupações foi-se consolidando o desejo de investigar mais profundamente as questões oriundas da prática. O processo como se deu o afloramento de minhas apreensões e a definição do meu objeto de estudo serão relatados a seguir.

Há vários anos, exerço a profissão de enfermeira em uma UTI Neonatal Cirúrgica de um hospital de referência do Rio de Janeiro. Nesse espaço, faço assistência aos bebês que nascem com defeitos congênitos e ficam internados para reconstrução de seus corpos orgânicos. A UTI Cirúrgica é um serviço especializado de alta complexidade tecnológica, caracterizando-se por interações multidisciplinares de profissionais responsáveis por bebês em estado de saúde delicado. Nesse serviço, são admitidos bebês com até 28 dias de vida, e que precisam de uma ou mais intervenções cirúrgicas para sobreviver. Estes vivenciam, logo ao nascimento, um cotidiano bastante incomum e podem permanecer longos períodos hospitalizados, sendo submetidos a várias intervenções cirúrgicas e um acompanhamento clínico mais rigoroso.

O panorama de uma UTI Neonatal Cirúrgica, os aparatos tecnológicos, os avanços científicos e a modernização das técnicas de assistir oferecem, quase

---

<sup>1</sup> "Malformação (med.). O termo vem do inglês *malformation* e este do latim *mal(a)* + *formatio*, donde ser artificial a variante má-formação, pretendida por alguns". (Cf. AULETE, F.J.C., GARCIA, H. - Dicionário contemporâneo da língua portuguesa, 3ª.ed. (5 vol.) Rio de Janeiro, Ed. Delta, 1980). Como termo técnico, no entanto, *malformação* tem significado preciso e acha-se definitivamente integrado no vocabulário biomédico. Artigos científicos em revistas médicas brasileiras, utilizando no título do trabalho, ou *malformação* no singular, ou *malformações* no plural, e nenhum com a palavra *má formação* em qualquer de suas variantes, o que demonstra que *malformação* tem a preferência absoluta dos profissionais da área da saúde e deve prevalecer. (Cf. BIREME. Disponível em: <<http://www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>).

sempre, subsídios para uma assistência dirigida apenas à sustentação orgânica do bebê doente, deixando de lado o aspecto do bem-estar psíquico. Incomodada com a frieza predominante nesse tipo de atendimento, sentia uma lacuna muito grande em meu trabalho e indagava constantemente, a mim mesma, o que poderia ser feito para compensar o desconforto desses bebês e de suas mães. O meu olhar em direção aos bebezinhos despertou o desejo de assisti-los melhor. Intuitivamente, comecei a usar a fala enquanto procedia aos cuidados rotineiros, apostando que o bebê era mesmo um interlocutor que se mostraria sensível às nuances dos sons e das palavras.

O manual do curso “Mãe canguru”, editado pelo Ministério da Saúde, em atenção à saúde da criança, diz que dentro de uma UTI Neonatal os manuseios geralmente são imprevisíveis, podendo acontecer a qualquer hora, dependendo da rotina e da gravidade do caso; também são variados, pelo número de profissionais que os exercem. Quase sempre são contingentes, isto é, não são originados ou modificados a partir das necessidades do bebê. O autor ressalta a diferença entre o ambiente intrauterino e o da UTI: neste, barulhento, com luzes fortes, muitas vezes os bebês ficam impedidos de levar os dedos à boca para sugar. Menciona que um bebezinho é manipulado em média 134 vezes em 24 horas durante a fase crítica, tanto para cuidados de rotinas, como para procedimentos intrusivos e até dolorosos. (BRASIL, 2002, p.119).

Ao cuidar de um bebê na UTI, cada profissional procede de maneira diferenciada, estando ou não atento às suas necessidades e de acordo com a capacidade de envolver-se com ele. Observa-se que mesmo os profissionais atentos às necessidades do bebê podem não dispor de tempo para atendê-los convenientemente devido às múltiplas demandas do trabalho. Mas, pautando-se na teorização de Donald Winnicott (1896-1971), psicanalista e médico pediatra, e que trouxe sua experiência para o âmbito hospitalar, evidencia-se que não é a quantidade de tempo que se dispende ao bebê, mas a qualidade do cuidado oferecido que é essencial em termos de provisão ambiental. Isso porque, para Winnicott (1983a), o ambiente é o sinônimo de cuidados maternos, que são dados pela mãe ou por seu substituto.

Winnicott (idem) foi um dos primeiros autores a hierarquizar o papel da mãe, considerando que ela intervém como ativa construtora do espaço mental da criança. Ele afirma que a mãe, no momento importante do desenvolvimento psíquico do

bebê, precisará ser “suficientemente boa”. Segundo Dias (2003, p.133), “A expressão ‘suficientemente boa’ refere-se à mãe capaz de reconhecer e atender à dependência do bebê, devido à sua identificação com ele, a qual lhe permite saber qual é a necessidade do filho, num dado momento, e responder a ela”. Nesse sentido, a mãe é apenas facilitadora de um processo que pertence ao bebê, portanto, é suficientemente boa porque atende ao filho na medida exata das necessidades deste, e não as suas próprias necessidades, como por exemplo, de ser boa ou muito boa. Na verdade, o que se faz necessário para o bebê é a “preocupação e os cuidados efetivos de uma mãe real, mas que continue sendo ela mesma, falível porque humana, mas confiável exatamente por ser falível” (ibid., loc. cit.).

Em sua concepção da provisão ambiental necessária a um bebê hospitalizado, Winnicott (1991) utiliza o termo *handling*<sup>2</sup> como um tipo primeiro de *holding*<sup>3</sup>, que é determinado pelo autor como toda provisão ambiental que vai além do contato físico com o bebê, incluindo também os cuidados psíquicos. Na psicanálise desenvolvida por Winnicott, o corpo passa a ter maior importância, em particular, a pele. O interesse de Winnicott deslocou-se progressivamente para os envelopes e para o saco cutâneo — conforme veremos a seguir —, o que é confirmado em seus trabalhos sobre o *holding* e o *handling*.

Segundo Winnicott (1990), a partir da pele, e através dela, iniciamos nosso contato com o mundo externo. O momento do nascimento, quando o bebê passa pelo canal vaginal, inaugura a série de contatos que ocorrerá no decorrer do desenvolvimento: a amamentação, os cuidados, os toques e carinhos, até a diferenciação de si e do outro para a estruturação do eu. É importante salientar que Winnicott sublinha a relevância, através do manuseio da pele no cuidado do bebê, da psique dentro do corpo. O papel da pele é como uma membrana limite entre o eu e o não-eu, ainda não reconhecido como o outro, apenas como um objeto fora de mim, denominando-a *membrana do eu*. A partir desse momento, o bebê passa a ter um interior e um exterior, a estruturação de um esquema corporal, tudo contido na

<sup>2</sup> Traduzido como manuseio, é constituído por série de atos físicos, dentre os quais a sensibilidade da pele do bebê, a alimentação e todas as atenções sensoriais que fazem parte da rotina dos cuidados cotidianos. (Cf. WINNICOTT, 1991).

<sup>3</sup> A função do *holding*, em termos psicológicos, é fornecer apoio egóico, em particular na fase de dependência absoluta, antes do aparecimento da integração do eu. O *holding* inclui principalmente o segurar fisicamente o bebê, que é uma forma de amar; contudo, também se amplia a ponto de incluir a provisão ambiental total anterior ao conceito de ‘viver com’, isto é, da emergência do bebê como uma pessoa separada que se relaciona com outras pessoas separadas dele. (Cf. WINNICOTT, 1991).

pele. Para o autor, na normalidade ocorre uma troca constante, à medida que a criança vive e coleta experiências, de modo que o mundo interno é enriquecido pelo que acontece no exterior, e a base disso é a incorporação e a eliminação de experiências através do corpo e da pele.

Didier Anzieu<sup>4</sup>(1985) corrobora a teoria winnicottiana quando diz que existem diversos tipos de envelopes que se constituem e são importantes na relação com o outro. Existem os envelopes visuais, sonoros, olfativos, gustativos, térmicos etc. O que é vivenciado na relação mãe-bebê são sensações que incluem, evidentemente, o caráter libidinal do investimento do outro no corpo do bebê. Ou seja, o registro sensorial está imerso, já inicialmente, no universo simbólico. As mensagens dos adultos, ou melhor, dos pais ou seus substitutos, atingem o bebê e inscrevem-se em sua pele, exigindo metaforicamente a passagem de um eu-corporal para um eu-instância-psíquica. São as sensações corporais e as percepções do bebê, os registros de sua vivência com o outro e a interação de ambos que lhe proporcionam contenção, *holding*, mas ao mesmo tempo propõem-lhe significações que o estimulam, movem o trabalho psíquico, instigam as associações, enfim, sua simbolização.

Um ambiente hostil ou falho no cuidado oferecido ao recém-nascido pode caracterizar o não funcionamento do *holding*. Este, por sua vez, não propicia a integração e a sensação de ser unitário, de ser uma pessoa, levando à sensação de aniquilamento ou mesmo ao estabelecimento do *falso self*<sup>5</sup>. (WINNICOTT, 1983b).

Para Winnicott (idem), o “eu” é baseado na elaboração imaginativa efetivamente vivida como corpo inteiro — que é parcialmente diferente da concepção freudiana que sugere o eu como uma projeção mental da superfície do corpo, e certamente mais próxima da concepção, também freudiana, de um “eu corporal”, que se constitui mediante processos de introjeção e expulsão (FREUD, 1931 [1927]/1996). Sendo assim, se há distúrbio, o bebê não pode se entregar à tarefa de elaborar imaginativamente as funções corporais e precisa reagir às invasões. Quando o ambiente não é satisfatoriamente bom, a continuidade do ser poderá ser interrompida, resultando no enfraquecimento do “eu” e na inexistência psíquica do bebê. O bebê está presente em um corpo orgânico, que até reage aos estímulos do

---

<sup>4</sup>Didier Anzieu nasceu em 1923, em Melun. Foi um dos membros fundadores do "Sindicato do psicólogos psicanalistas", criado em 1953. Deixou uma obra psicanalítica importante, desenvolvendo o conceito de ‘eu-pele’.

<sup>5</sup>Resulta em uma sensação de irreabilidade, distorção do “eu” em termos de falso e verdadeiro “self”. (Cf. WINNICOTT, 1983b).



meio, mas não existe como ser capaz de estar e criar no mundo.

A existência humana, em Winnicott, é essencialmente psicossomática, porém não há uma identidade inerente entre corpo e psiquismo, apesar da tendência à integração. Sempre haverá algo no corpo que não poderá ser agregado ao psiquismo, e isso revela a “opacidade e autonomia do corpo” (WINNICOTT, 1983b, p.21–8), que pode, por exemplo, adoecer. O alojamento da psique no corpo não ocorre de forma automática, porque depende da facilitação do ambiente. (Idem).

A hospitalização de bebês em terapia intensiva por um longo período sugere que pode estar acontecendo uma ruptura do que é desejável em termos de ambiente satisfatório para o desenvolvimento do mesmo. Isso nos remete à prática assistencial que parece, por vezes, voltada meramente ao atendimento de necessidades fisiológicas, sendo que até estas não parecem ser integralmente atendidas, quando, por exemplo, há uma preocupação exclusiva com as técnicas de grande complexidade. Observa-se que muitas vezes não se percebe nada além do corpo que está sendo furado, cortado, contido etc. E a mãe e os familiares, quase sempre, passam por momentos de muita angústia.

Após alguns anos, mergulhada nessa realidade de corpos malformados, cirurgias, reconstrução, vidas, óbitos, começo a emergir desse lugar que, a meu ver, constitui um real tão aprisionador. Sem negligenciar o necessário, adquiro forças para apostar na singularidade, abrindo mão de seguir os padrões tradicionais impostos pela profissão. Através da observação cuidadosa, pude perceber que a fala endereçada aos bebês ocasionava momentos de alterações revelados pelos monitores de frequência cardíaca e de oxigenação. Os resultados positivos, constatados no meu dia a dia de trabalho, reforçaram a prática constante de conversar com os pequeninos pacientes durante os cuidados. Apesar dessa conduta ter gerado inicialmente uma certa descrença em outros profissionais, como os médicos, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem, vivenciei a situação em que determinado médico, embora com certa hesitação, sentindo-se vencido pelos recursos tecnológicos e medicamentosos, me pedia que falasse com o bebê, afirmando não saber mais o que fazer.

Os fisioterapeutas também perceberam o efeito da fala sobre o organismo biológico. Algumas vezes tem ocorrido que, depois de executarem as manobras de exercícios respiratórios, o bebê cirúrgico não responde de imediato à oxigenação. Posteriormente, entretanto, constatam uma melhora do paciente. Admirados,

perguntam: *O que aconteceu quando você cuidou dele?* Cientes do cuidado prestado tornam a perguntar: *O que você falou para ele?* Respondo que não importa o quê falamos, o importante é explicar ao bebê por meio de palavras tudo que será feito. O resultado, hoje, é que alguns fisioterapeutas, além de executarem eficientemente as técnicas convencionais de manobras respiratórias, têm incluído também a fala como parte da terapêutica.

A partir dessas experiências, passei a incentivar as mães a falarem com seus filhos durante as visitas, tentando lhes mostrar que ao ouvir a sua voz o bebê saberá que ela está ao seu lado, e que isso poderá ser muito importante para sua recuperação. Desse modo, pude vislumbrar a relevância do fato da mãe, ao chegar a uma UTI, ser recebida por alguém que não apenas lhe fala sobre a reconstrução do corpo de seu filho, mas oferece o espaço da UTI como um local de possibilidades de fala. Elas precisam de incentivos para atravessar todo o processo doloroso que é o trabalho de luto pela perda do bebê idealizado. Somente assim poderão reinvestir no bebê real que está comprometido por uma doença.

Em geral, o nascimento de um bebê concretiza a vivência de uma grande gratificação narcísica, porque ele seria aquele que realizaria todos os projetos que os pais não puderam realizar. Ele é “Sua majestade o bebê”, expressão utilizada por Freud (1914/1996) em seu texto “Introdução ao narcisismo”. Neste, Freud atribui ao amor e às atitudes afetuosas dos pais em relação aos filhos uma característica narcísica. Segundo ele, o narcisismo primário dos pais, isto é, o amor pela própria imagem, também chamado “eu ideal”, amor já abandonado, é revivido e reproduzido em seu amor pelo filho, que passa a ocupar para eles o lugar de “ideal do eu”. Portanto, quando ocorre o nascimento de um filho malformado, os pais não se reconhecem no espelho desse filho doente, que pode até morrer, levando-os a uma fratura narcísica através do mecanismo de projeção. Há um impacto pela incidência de uma condição real que trai inicialmente a expectativa do filho saudável. A possibilidade de perpetuação de si e da realização de sonhos através do filho pode ser prejudicada quando o bebê real é impossibilitado de corresponder aos ideais parentais por uma malformação. Ocorre que nem sempre o contexto que envolve a chegada de um bebê ao mundo é passível de uma oferta favorável ao seu pleno surgimento como sujeito desejante.

Com o propósito de orientar minhas observações e articulá-las com a literatura existente, elaborei uma questão primordial, quando a mãe se vê frente a

frente com a dura realidade do corpo do filho marcado por uma malformação, a saber: *será que poderíamos considerar terapêutico o efeito que a fala, a partir do desejo materno, produz sobre o corpo do bebê malformado?*

Alimentando o desejo de fundamentar teoricamente aquela vivência, por questões inconscientes determinantes, encontro uma oportunidade e descubro a teoria psicanalítica. A partir daí, adotei o referencial psicanalítico para pensar as questões emergentes no que se refere à ação da fala materna sobre o corpo do bebê malformado. Pude perceber que se levasse em conta as acepções do senso comum sobre o corpo, ficaria limitada apenas a descrevê-lo como algo físico, concreto, no qual podemos tocar, sentir, e que nos serve como suporte para realização de nossas necessidades. Pois o corpo biológico obedece às leis da distribuição anatômica dos órgãos e dos sistemas funcionais, constituindo um todo em funcionamento, isto é, um organismo. Todavia, o que irá me interessar neste estudo será a questão do corpo na psicanálise. Mais especificamente, buscando uma teoria que aborde uma concepção psicanalítica de corpo ligado à linguagem, pretendo debruçar-me sobre o pensamento de Freud, Lacan e Winnicott. É pelo fato do corpo se fazer tão representativo e, ao mesmo tempo, se constituir como objeto de tantos desdobramentos teóricos, que este estudo tem a sua importância.

Na teoria psicanalítica, tanto Sigmund Freud quanto Jacques Lacan e Donald Winnicott identificaram a importância da presença humana como representante da cultura para o seguimento da subjetivação do *infans*. Para eles, o ponto importante, no que diz respeito aos primórdios da subjetividade do bebê, é sua vulnerabilidade e sua dependência em relação ao outro.

Freud (1950 [1895]/1996), em o “Projeto para uma psicologia científica”, menciona que na origem da vida o bebê se encontra em uma posição de desamparo fundamental (*Hilflosigkeit*), desamparo físico e psíquico. Isso o torna dependente de cuidados alheios, ou seja, de um semelhante humano, um adulto próximo (*Nebenmensch*) que dele se ocupe, fazendo que o estado de desamparo fundamental ceda lugar gradativamente ao narcisismo primordial. Para Freud (1914/1996), tanto o narcisismo primordial quanto o secundário são formações constitutivas do sujeito. O estado de desamparo cria a necessidade do sujeito ser amado, e nele se originarão os “motivos morais” (FREUD, 1950 [1895]/1996, p.336 e 380). Em outras palavras, é tudo que chamamos de sentimentos sociais, que vão do sentimento de culpa, mais ou menos consciente, à responsabilidade pelos próprios

atos e de seus semelhantes.

No estado de desamparo primordial, o bebê precisa encontrar alguém que o adote. Porém, a adoção não se dá apenas por haver um humano desempenhando a função de Outro primordial. O bebê precisa consentir, deixar-se seduzir pela voz materna, e esta “escolha forçada” (LACAN, 1965/2003, p.203) leva-o cada vez mais para o campo da linguagem. O Outro, tal qual Lacan o concebe, abrange “não apenas o adulto próximo de que fala Freud, mas também a ordem que este adulto encarna para o ser recém-aparecido na cena de um mundo já humano, social e cultural”, nos explica Elia (2004, p.39). O que acontece de mais importante neste lugar do Outro primordial é que aquele que adota um bebê no campo da linguagem exerce para ele a função dita materna num processo de alternância entre presença e ausência, característica essencial da ordem simbólica. Nesse exercício, a mãe também precisa se identificar com seu filho, entre outros motivos, para saber que ela não é ele.

Para a psicanálise, um corpo está sujeito a todas as marcas históricas, culturais e sociais que nele se inscrevem. O que antes era apenas carne, organismo, quando atingido pelo significante, transforma-se em corpo. (ELIA, 1995). Este corpo só passa a existir quando ocorre o nascimento pulsional, que corresponde ao rompimento com a natureza e ao ingresso na cultura. E pode-se dizer que a primeira vivência corporal tem lugar quando o bebê dirige sua pulsão a si mesmo.

A satisfação das necessidades exige um agente que com sua assistência, realize, como Freud (1950 [1895]/1996, p.336) denominou, uma “ação específica”. Quem atende a um bebê traz o leite (objeto de necessidade), mas traz também o significante que faz com que ele não possa continuar sendo um simples mamífero. Nesse momento, ocorre a passagem do objeto da necessidade para o objeto da demanda e do desejo. Para Lacan (1953/1998), a mãe, o Outro primordial, conduz as coordenadas que inscrevem no novo ser a experiência de satisfação. Lacan enfatiza que o Outro primordial, que é o agente da linguagem, marca o bebê com seus atos significantes na rotina diária de cuidados maternos e que podem garantir a estrutura para a vida futura do sujeito.

O Outro é definido por Lacan (idem) como o lugar da fala. Não é ali onde o som se emite, mas onde ele assume seu valor de palavra. Assim, a mãe se torna o objeto primordial da satisfação, mas, ao mesmo tempo, o filho ocupa para ela um lugar de desejo, de acordo com a equação inconsciente pênis-falo-bebê. Portanto, a

linguagem é parte integrante do investimento que a mãe faz em seu filho, na medida em que oferece o seio quando ele grita ou chora. Posteriormente, ela vai interpretar qualquer som do bebê como apelo ou demanda, dando significado aos sons emitidos pelo filho. Lacan (idem) menciona que a voz define uma função psíquica, lembrando que ela não é apenas um som. A voz precisa estar acompanhada de um olhar para que o corpo responda.

Um bebê se mostra particularmente interessado na diferença das vozes, de suas tonalidades, enfim, tudo o que pode fazer apelo ou signo. Antes da necessidade de mamar, ele já aprecia a voz do Outro primordial dirigida a ele, mesmo sem entender o seu significado. A entonação e o “jeitinho” da mãe falar com ele — essa linguagem materna eventualmente chamada de “manhês”<sup>6</sup> — são condicionados pelo inconsciente da mãe e incidem diretamente sobre o corpo da criança. Essas curvas melódicas são muito próximas dos elementos musicais, como, por exemplo, da canção de ninar cuja melodia é simples, apresentando sons repetitivos e rítmicos. Portanto, o espaço sonoro distinguir-se-ia como primeiro espaço psíquico, constituindo-se esta corporeidade sonora da linguagem como vetor de todo um prazer para o bebê. Emitindo sons, a partir do balbucio, o bebê, em seu turno, estaria recriando alguma coisa a partir do que ouve da mãe, identificando-se com ela.

Os balbucios do bebê já se encontram estruturados pela língua materna, por essa *lalíngua*<sup>7</sup> que antecede a fala do sujeito, e que já está lá antes de toda organização posterior da fala pela língua como sistema. Pois a *lalação*, a lalíngua, afeta o corpo, fato que tem como consequência um saber que se localiza do lado da pulsão ou, como diz Lacan em seu *O Seminário, livro 23*: “as pulsões são, no corpo, o eco do fato de que há um dizer” (LACAN, 1975–1976/2007, p.18).

Lacan (1953/1998) postulou o inconsciente estruturado como uma linguagem, a partir de Freud e da Linguística estrutural de Ferdinand de Saussure.

Para Saussure, a linguagem tem duas faces interligadas, a social e a

---

<sup>6</sup> A entonação da voz com a qual as mães costumam se dirigir aos bebês, essa musicalização que recebe a denominação de *motheress* — em português, traduzido como manhês — consiste em modificações prosódicas na fala da mãe caracterizadas, principalmente, pela frequência fundamental, pelo prolongamento das vogais e pelas repetições das curvas melódicas. (Cf. PARLATO-OLIVEIRA, 2006).

<sup>7</sup> *Lalíngua* é uma palavra inventada por Lacan que remete ao papel fundamental da linguagem na estruturação do inconsciente, apontando para um nó entre o sujeito do desejo e a língua. *Lalangue* é como Lacan (1972) cunhou em francês, a junção entre *langue* (língua) — “imperfeita e que permite falar para nada dizer, dizer o que não se sabe, e mais ou menos o que se sabe” (MILLER, 2009) — e *lalation*, que segundo Colette Soler (2010, p.19) “é o som separado de sentido, mas como se sabe, entretanto, não separado do estado de contentamento”.

individual. A língua, como sistema de signos, tem um lugar essencial, pois permite o exercício da linguagem entre os sujeitos. A fala é a atualização feita pelos sujeitos falantes da língua como código. Lacan (idem) aponta para distinção saussureana entre língua e fala e se empenha em recuperar o fundamento da fala na experiência analítica, pois os pós-freudianos o haviam abandonado. Para ele, é o auditor que dá sentido à fala, ou seja, o sentido vem do outro.

A função da fala materna é importante para dar ao filho a possibilidade da alienação, operação mediante a qual o sujeito faz uma “escolha forçada”, o que sempre comporta uma perda. Em contrapartida, o poder do silêncio enquanto *silêncio de desejo* pode ser avassalador. Ele abandona o bebê no vazio do real. Ou seja, a inexistência do desejo do Outro não sustenta a função materna para o bebê. Sendo o Outro primordial impedido de desempenhar a função materna, o bebê fica desinvestido libidinalmente e fica impossibilitado de escolher o Outro do sentido. (idem, ibid.). Portanto, não basta que nasça um bebê para que já se tenha um sujeito, no sentido que a psicanálise lhe dá. Só seu acesso ao universo da linguagem fará com que ele possa partilhar dos sentidos que o ligam a tudo que está à sua volta. Há uma série de demandas e desejos que se dirigem a ele e representam o início da sua história no campo do Outro.

Destarte, retomo a minha questão justificando a relevância do meu tema, tendo em vista que se têm as evidências, mas não as respostas, que vêm *a posteriori*. O panorama é uma enfermeira com uma intuição diante de uma mãe com um desejo enorme de ver a filha viva. O bebê tinha tudo para morrer, mas não morreu. Estava nas portas da vida... E entrou. O que fez com que ele entrasse, visto que muitos não entram? A enfermeira detinha o saber de como cuidar de bebês malformados, mas não ocupou essa posição. Disse à mãe: “Você é que tem que fazer...”. Nesse sentido, será o ponto de partida deste estudo: o relato da história de Luana e um breve panorama de uma UTI Neonatal Cirúrgica. Posteriormente, será descrito o conceito de corpo e linguagem para a psicanálise, revelando a mudança de enfoque naquilo que, para mim, até então, era apenas um corpo biológico. Em seguida retomo a questão original sobre o efeito da fala no corpo do bebê malformado à luz da psicanálise.

O presente estudo, norteado pela metodologia da pesquisa qualitativa, terá a seguinte estruturação: no primeiro capítulo, será demarcado como a experiência profissional contribuiu para o surgimento das questões investigadas. O segundo

capítulo procurará fundamentar a relação entre corpo e linguagem lançando mão de conceitos forjados e sustentados por Sigmund Freud, Jacques Lacan e Donald Winnicott. A importância da fala sobre o corpo pelo viés da teoria psicanalítica será a investigação do terceiro capítulo.

Para além das questões que instigaram esta pesquisa, espero contribuir com a interlocução entre a psicanálise e o campo da enfermagem, cada vez mais técnica e correndo o risco de perder a sensibilidade para as questões subjetivas dos sujeitos que necessitam de seus cuidados.



*Figura 1: Ilustração mãe e bebê*

## 1 A UTI NEONATAL E UMA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

*“A mãe deve reconhecer o seu bebê como dela e como ela; só assim o protegerá”.*  
RebecRoweParfitt

Neste capítulo, pretendo destacar a importância da fala materna sobre o corpo do bebê atingido por uma doença de malformação, observada durante a minha prática profissional como enfermeira numa UTI Neonatal<sup>8</sup>. Sendo assim, parto do relato da mãe, registrado durante o período de internação da filha, bem como de todas as transformações dessa fala. Para uma melhor apreensão, trago o relato da mãe na íntegra, em Anexo 1.

### 1.1 UM BREVE CENÁRIO DE UMA UTI NEONATAL CIRÚRGICA: UMA ENTRADA PELO REAL

O mundo contemporâneo nos lança desafios e convoca nossos frágeis saberes para pensarmos a realidade. Assistimos hoje a um aumento de nascimentos de bebês com malformações congênitas recebidos em unidades neonatais, as quais se tornam cada vez mais sofisticadas, no que diz respeito à aparelhagem técnica.

Ansermet (2003), ao considerar a origem da palavra *bebê*, presume que seu uso possa ter se iniciado no século XVIII para designar um anão ou ainda como resultado de uma onomatopéia ou de um anglicismo afrancesado, no século XIX. Bernard Golse<sup>9</sup> (2007, p.17), diz que “foi somente na segunda parte do século XX que os profissionais começaram a falar mais do bebê. Interessar-se pelo bebê era, evidentemente, interessar-se pelas origens”.

No entanto, a preocupação com a sobrevivência e, talvez, o fascínio exercido por essa tecnologia, a UTI Neonatal, possa ofuscar o interesse pela busca da complexa

---

<sup>8</sup> UTI Neonatal: Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

<sup>9</sup>Psiquiatra infantil e psicanalista.



interface entre os fatores biológicos e psíquicos determinantes da saúde mental no desenvolvimento desses bebês. Nos dias de hoje, o bebê no período neonatal com malformação congênita desperta uma atenção maior de diversas áreas profissionais da saúde. Já existem estudos científicos apontando para inúmeras formas de intervenções produtivas em uma UTI Neonatal.

As doenças congênitas são aquelas adquiridas antes do nascimento ou até mesmo depois do mesmo, no primeiro mês de vida, seja qual for a sua causa. Dentre essas doenças, aquelas caracterizadas por deformações estruturais são denominadas usualmente por anomalias ou malformações congênitas. Conforme Ziegel, Cranley e Mecca (1986, p.655): “Malformação congênita é uma anomalia morfológica estrutural definida como defeito na constituição dos órgãos e em qualquer parte do corpo. Pode ser por causa genética, ambiental ou mista”. Essa definição abrange todos os desvios em relação à forma, tamanho, posição, número e coloração de uma ou mais partes do corpo capazes de serem averiguados macroscopicamente ao nascimento ou, por serem discretos, que não tenham sido verificados na ocasião do nascimento, só se manifestando clinicamente mais tarde (OPAS, 1984). As evidências mostram que o nascimento de um bebê malformado não é uma situação tão rara quanto se poderia crer. Corroborando com isso, vários autores, entre eles Moore (1988) e Felix e Giugliani (1997), estipulam uma média de 1% a 3% na possibilidade de ocorrência de malformação importante.

Como seriam então os primeiros dias de um bebê que nasce com malformação congênita em um ambiente mutável tanto quanto os corpos que ocupam as incubadoras? O clima de uma UTI Neonatal pode estar tenso e agitado, agitado e alegre, muito tenso, mal humorado, terno, barulhento, triste etc. As possibilidades de viver ou morrer ficam muito próximos, são, na verdade, momentos considerados infinitos, assim como tantas outras possibilidades. Só não ocorre a neutralidade. Não é possível passar indiferente por esse lugar. O ambiente, eminentemente profissional guarda sua extensão social, podendo também ser um lugar de viver.

A Unidade Neonatal Cirúrgica é um lugar de reconstrução de corpos, de uma transformação da história em particular e de várias outras histórias, se levamos em conta todos os sujeitos que ali se encontram. Como afirma Menezes (2004), causa, num primeiro momento, uma série de impactos sensoriais: olfativos, sonoros e visuais. Os apitos regulares dos monitores cardíacos assustam um pouco.

Complementando, Rabello (2004) destaca como a visão de várias incubadoras — onde permanecem os bebês malformados ligados a fios e aparelhos, sondas, soros, e lutando pela sobrevivência — indica que a vida pode escapar a qualquer momento, transmite uma sensação de estranheza, não só para os pais, mas também para alguns profissionais.

A incubadora, “*cúpula de acrílico*”<sup>10</sup>, é uma máquina eficiente que foi aperfeiçoada por novas tecnologias, promove a manutenção da temperatura corporal do bebê, mas não protege. Esta máquina eficiente evita que os bebês morram por hipotermia, ou seja, de frio, pois promove a manutenção da temperatura corporal do bebê, mas não evita que os bebês fiquem expostos aos barulhos, às luzes e principalmente às infecções que, infelizmente, devido as suas fragilidades orgânicas, os atingem bastante. As mães, por sua vez, sentem bastante dificuldade em tocar em seus filhos quando eles estão dentro de uma incubadora, talvez por relacionar este isolamento à gravidade de sua patologia. Acredita-se que essas incubadoras estão muito mais frequentemente associadas a corpos doentes do que aos próprios sujeitos que estão por advir.

Em uma UTI Neonatal, os bebês ficam necessariamente dentro de uma incubadora, literalmente submetidos a uma enorme quantidade de equipamentos inevitáveis em determinados momentos, como mediadores entre o corpo e a vida. São tubos, respiradores, sondas, aspirações, acessos venosos. Em dieta zero, sem serem amamentados. Não conhecem sabor, nem cheiro e, às vezes, nem o colo materno. Dentro de uma incubadora, o corpo diferente torna-se ainda mais distante da “normalidade”, que está presente nas representações, nesse corpo marcado pela doença. Porque a doença é uma metáfora, não se tem uma doença sem se dar sentido a ela. A boca torna-se o lugar de dor, desprazer, incômodo..., às vezes, por tempo indeterminado. As mãos geralmente ficam com luvas, impossibilitando o bebê de levar os dedos à boca. Este procedimento tem como justificativa técnica da enfermagem: *eles arrancam tudo, sondas, soros etc.* Por isso há bebês que ficam impossibilitados por muito tempo de se alimentarem, de utilizarem a boca, muitas vezes até para sugar e chorar. Isto é ressaltado por Figueiredo (1997, p.115), ao afirmar que “[...] os procedimentos utilizados para cuidar, muitos deles são invasivos e desconfortantes, são frios e objetivos.”.

---

<sup>10</sup>Nome dado por Maria, mãe de Luana.

Nesse contexto, pude perceber que um dos grandes desafios com que mães e pais têm que lidar é a possibilidade ou a impossibilidade de ter que dar conta, de uma só vez, de pelo menos duas crianças: a que é (o bebê real) e a que deveria ser (bebê imaginário) e que agora não existe mais; este bebê imaginário configura um ideal, produto das fantasias parentais construídas durante a gestação, a partir de desejos e antecedentes culturais.

Ao pensar em um caminho mais satisfatório para esses sujeitos, acredito existir uma forma de reorganização da sua história, de modo que a família possa absorver e administrar uma situação tão complexa e, muitas vezes, absolutamente inusitada.

## 1.2 PRIMEIROS CONTATOS COM LUANA E MARIA

Luana<sup>11</sup> nasceu em um hospital de referência do Rio de Janeiro, no dia primeiro de abril de 2008, prematura com 36 semanas, pesando 2.180 g, e com diagnóstico de gastrosquise<sup>12</sup>. Maria<sup>13</sup>, mãe de Luana, uma jovem de 24 anos, no primeiro dia em que visitou a filha, entrou na UTI andando bem vagarosamente devido à cesariana, amparada pelo marido, e apresentando um grande medo de chegar perto da incubadora. O pai, um jovem aparentando menos de 25 anos, olhou aquele cenário e rompeu o silêncio com várias perguntas: *“Como ela está? Para que serve aquele fio no pezinho dela? Tem outro bebê aqui com isso? Quando ela vai melhorar? Vai dar para colocar tudo isso dentro da barriga dela?”* A mãe, chorando um choro abafado pela angústia, faz uma única pergunta: *“Quando ela vai poder mamar?”*. Recebe uma resposta que a situa na gravidade do caso.

Maria, ao visitar sua filha, ficava apática diante do que via. Olhava seu bebê na incubadora sem conseguir tocá-lo, sem falar nada, sem perguntar nada. Em uma dessas visitas, aproximei-me e perguntei se ela tinha alguma dúvida. Maria pergunta sobre o estado de Luana e traz questões familiares: conta que na sua casa todos ficavam cobrando para que ela fosse forte, que deveria ser forte a todo custo. *“Todos me cobram força. Eu sinto certa culpa... não tenho direito de chorar em casa... eu não tenho forças para vir aqui... eles não querem que eu chore, eles não me deixam*

---

<sup>11</sup>Nome fictício.

<sup>12</sup>Este diagnóstico designa defeitos congênitos da parede abdominal durante o período de formação, caracterizados pela exteriorização das alças intestinais, estômago, fígado, rins, etc..

<sup>13</sup>Nome fictício.

*chorar, em casa eu tenho que ser forte...*” Nesse momento, ela olha para a filha dentro da incubadora e lembra-se de sua infância: *“Eu nasci linda e fiquei uma criança bonita e simpática! A minha mãe me arrumava como uma bonequinha, e gostava de dizer para as amigas que as pessoas ficavam me olhando na rua; e na família todos me achavam bonitinha. Estive muito doente quando pequena, peguei uma infecção que demorou a se descobrir o que era, fiquei muito magrinha devido à doença. Agora é Luana que está muito doente”*.

Maria falou rapidamente e voltou a se calar. Assim, os dias foram passando, e Maria, parecendo bastante angustiada, entrava e saía da UTI em um completo silêncio. Comparecia às visitas esporadicamente, e cada vez mais Luana piorava. Eu estava profundamente incomodada com a situação, pois não conseguia incentivar Maria a ficar mais perto de Luana. Durante um plantão mais tranquilo, converso calmamente com Maria, abordando a importância de sua presença, de sua fala, de seu toque... Nesse momento, Maria se emociona e começa a chorar, deixando claro que não entende o que aconteceu para sua filha nascer assim; ela estava confusa, sentia-se culpada.

Observando o que outra mãe fazia, disse que na próxima visita traria o que foi solicitado, como cueiros, sabonete, escovinha de cabelo, luvinha e sapatinho. Após alguns dias, Maria mais próxima, chegou à UTI com cueiros para enfeitar o colchão da incubadora, lacinhos para o cabelo, sapatinhos, luvinhas e sabonete. Pediu que eu colocasse os sapatinhos, a luvinha e o lacinho em Luana, quando eu disse a ela: “Você quem deve colocar”. Ela ficou surpresa, mas, com certo cuidado, começou a calçar os sapatinhos enfeitando Luana, e concluiu: *“Você ficou bonitinha!”*.

Aos poucos, Maria começou a visitar Luana com mais frequência, sentindo-se mais à vontade para tocar sua filha, apesar da gravidade do seu estado. Nesse momento, pediu para que escrevessem o nome de Luana na identificação da incubadora que, até então, só constava o nome dos pais e da patologia. Passou a ficar mais tempo nas visitas conversando com ela e sempre pedindo-lhe para ter forças, repetindo, de certa forma, o que a família fazia com ela e até mesmo o que circulava na equipe dentro da UTI: *“esta menina é muito forte”*. Quando Maria conversava com Luana era visível a resposta do bebê, observada através dos monitores que controlavam seus batimentos cardíacos e sua oxigenação.

Uma infecção hospitalar afetou os pulmões de Luana e seu estado ficou ainda mais grave. A luta da equipe que a assistia era grande, intensificando os cuidados, a

fisioterapia e as medicações. O aparato tecnológico não estava sendo suficiente. Seu nível de oxigenação estava ruim, muito inferior ao que se desejava, parecia que nada mais poderia ser feito<sup>14</sup>.

Diante desse quadro, eu observava a importância da fala da mãe, percebia que, ao ouvir aquela voz, o corpo do bebê respondia. Quando a mãe falava e tocava em Luana, os parâmetros vitais alteravam-se mostrando nos monitores uma melhora significativa, abalando a crença médica de que mexer e falar perto de bebês em estado grave provocaria um estresse a ponto de fazê-lo necessitar de mais oxigênio, ou seja, pioraria seu estado. Abre-se um espaço para a dúvida, e me pergunto: “Por que o bebê melhora com a fala da mãe?”.

Maria foi se dedicando mais intensamente a sua filha e cada vez mais Luana foi respondendo aos seus apelos. Luana, surpreendendo a todos, após quase ter chegado ao óbito por três vezes, foi se recuperando aos poucos e a cada dia a equipe médica foi conseguindo retirar um suporte tecnológico que sustentava aquele corpo doente. Luana conseguiu ir para casa viva, a voz de sua mãe marcou seu corpo.

Num *a posteriori*, a mãe retorna com Luana para uma revisão médica, sempre bastante enfeitada, com os cabelinhos cheios de presilhas coloridas e com um vestidinho combinando. Dirige-se a mim e diz: *“Agradeço a você por ter me incentivado a ajudar Luana quanto ela estava aqui na UTI. Ela pôde ouvir o quanto eu a desejava, o quanto eu queria que ela melhorasse para ir para casa”*.

As peculiaridades reveladas pela mãe de Luana direcionaram a busca de um embasamento teórico para enriquecer as reflexões e sustentar as questões surgidas durante a prática profissional.

Destarte, para o próximo capítulo, proponho uma reflexão: por que utilizar, para além dos cuidados tecnológicos da enfermagem, a palavra com bebês quando estes manifestam algum tipo de sofrimento? Toda sua história constitui as matrizes dos sintomas que o corpo apresenta. Ao conversar com o bebê, pode-se dar nome à memória “instalada” em seu corpo. Como o que existe na vivência do bebê é uma dor<sup>15</sup>, coloca-se em seu lugar um significado, onde antes só existia uma “falta de palavras”. Pois antes de podermos utilizar a fala, o Outro da linguagem já está lá,

---

<sup>14</sup> Há uma quantidade limite de oxigênio a ser fornecido.

<sup>15</sup> É a dor, diz Freud, que dando acesso ao conhecimento de nossos órgãos, permite uma representação de nosso corpo em geral. A ideia que temos do nosso corpo é de órgãos doloridos. (Cf. FREUD, 1923b/1996).

encarnado no corpo de outro semelhante, a mãe ou seu substituto, incluindo o corpo do *infans* (LACAN, 1949/1998) no circuito da linguagem.

## **2.CORPO E LINGUAGEM**

O corpo na visão psicanalítica, atravessado pela linguagem, não condiz com um corpo anátomo-fisiológico. Para a psicanálise, o que está em jogo é o corpo pulsional, corpo habitado pela linguagem, conforme nos diz Lacan (1953/1998). A linguagem é o que inscreve significantes no corpo. A chuva de significantes que cai sobre o bebê desnaturaliza o corpo e o marca com os sons dos fonemas emitidos pela mãe.

Faz-se necessário, neste ponto, inserir algumas considerações das visões do corpo na história do pensamento para seguir em direção ao conceito de corpo e linguagem na visão psicanalítica.

As afecções corporais não são objeto exclusivo da psicanálise, mas de várias especialidades médicas e não médicas. Entretanto, o conceito de corpo tem participado de forma bastante peculiar na construção e desenvolvimento da psicanálise.

### **2.1 O EXÍLIO DO CORPO NA HISTÓRIA DO PENSAMENTO OCIDENTAL**

#### **2.1.1 O corpo na Antiguidade**

Na história das antigas civilizações, — assírios e babilônios, chineses e indianos, egípcios, persas e hebreus —, as questões relativas ao adoecimento do homem inquietavam e despertavam interesse. Na sociedade mais primitiva, o primeiro curador era o feiticeiro. O homem que tinha a tarefa de curar os doentes era o mesmo homem visto pelos outros como aquele que possuía poderes misteriosos: era encarregado dos ritos cosmogônicos que ordenavam o calendário, podia

provocar chuvas, prever a vitória na guerra, fazer as plantações crescerem, entre outros.

Com o nascimento da filosofia, por volta do século VI a.C., a maneira de lidar com as enfermidades e os enfermos vai sofrer uma profunda mutação, pois a forma de pensar a natureza<sup>16</sup> vai se modificar substancialmente. (ALEXANDER & SELESNICK, 1968).

A localização geográfica da Grécia — um diversificado conjunto litorâneo, no cruzamento da Europa, Ásia e África — impulsionava-a para o comércio marítimo e o contato com outras culturas. Provavelmente este contato com outras culturas pode ter sido um dos facilitadores às primeiras especulações filosóficas surgidas na Jônia, na Ásia Menor, pois segundo Marcondes (1998), a filosofia começa a se definir, na Grécia nos séculos VI-IV a.C., como gênero cultural autônomo, com estilo próprio, e objetivos e princípios específicos, quando coincide com todo o início de um processo político-econômico:

Desse modo, inicia-se o período em que a preocupação com o homem assentava-se no reconhecimento de que esse possuía uma *physis* pertencente à *physis* do todo. O universo físico, a natureza das coisas é a maneira de compreender o mundo, e não a natureza do homem. De um modo geral, os filósofos jônicos propunham uma teoria cosmológica racional baseada em um princípio material — o(s) elemento(s) constitutivo(s) da natureza (*physis*). É precisamente neste turno que a medicina é influenciada pelo conceito de *physis* total, da natureza do universo.

Na esfera das influências culturais jônicas, Jaeger (1989) vem elucidar a conexão entre a filosofia e a medicina; a filosofia da natureza faz eco na medicina:

(...) Uma ideia tão estreitamente relacionada com isto é a da *isomoiria*, quer dizer, a ideia de que o estado são e normal depende da proporção idêntica entre os elementos fundamentais de um organismo e da natureza no seu conjunto. (JAEGER, 1989, p.689-90).

A medicina desse período não concebe o problema das doenças e do enfermo isoladamente, como um problema especial, mas com toda a natureza que o

---

<sup>16</sup> A *Physis*— traduzível, precariamente, por natureza —, o mundo natural, foi o objeto de investigação dos primeiros filósofos. Suas teorias buscam dar uma explicação causal dos processos e dos fenômenos do mundo a partir de causas puramente naturais, isto é, encontráveis na natureza, e não fora desta, em um mundo sobrenatural, divino, como nas explicações míticas. Segundo este tipo de visão, portanto, a chave da compreensão da realidade natural encontra-se nesta própria realidade e não fora dela. (Cf. MARCONDES, Danilo, *Iniciação à História da Filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, p.24).



rodeia, com todas as leis universais que regem a doença e com a qualidade individual do enfermo. (idem, *ibid.*).

A ruptura com o pensamento mítico não se dá de forma completa e imediata. O mito sobrevive ainda, mesmo que vá progressivamente mudando de função: passando a ser parte da tradição cultural do povo grego no lugar de ser a forma básica de explicação da realidade. Portanto, ainda encontraremos no período filosófico que se inicia a referência aos deuses nos filósofos gregos, como Pitágoras e Platão, por exemplo. (MARCONDES, 1998).

Destacam-se, nesta fase de transição, quatro escolas médicas na Grécia clássica. Segundo Siqueira-Batista (2004):

(...) duas que já se encontravam consolidadas no final do século VI a.C. — (1) os representantes da Magna Grécia (escola de medicina italiana), e (2) o grupo de Cirene (situada no norte da África) — e duas localizadas na Ásia Menor e que chegaram ao apogeu por volta do século V a.C. — (3) os médicos de Cós e (4) os integrantes de Cnidos. (*ibid.*, 2004, p.16).

Conforme Jaeger (1989), durante o século V a.C., começa a se imbricar as designações da filosofia da natureza e da medicina: os filósofos como Anaxágoras de Clazômenas ou Diógenes de Apolônia assimilam em seu pensamento conhecimentos de medicina, especialmente de fisiologia, ou ainda, Alcmeon, Empédocles e Hípon, os quais são simultaneamente filósofos e médicos. Começa a repercutir entre os médicos as teorias físicas dos filósofos para base de suas próprias doutrinas. Juntamente com a escola siciliana, essas escolas tentavam encontrar explicações racionais e materialistas para as questões do adoecer e do curar. Segue-se um período de ingerências mútuas e flutuações entre a medicina e a filosofia da natureza; as fronteiras entre elas parecem se atenuar ainda que não sem resistências e revezes; por exemplo, no tratado *Da Medicina Antiga*, de Hipócrates, os filósofos são duramente atacados pelo médico de Cós.

Alcmeon de Crotona (500 a.C.), pitagórico, dedicou-se exclusivamente à medicina fundando a escola siciliana. Segundo Jaeger (1989), sua teoria é o império exclusivo de uma só força no organismo a causa das doenças, e o equilíbrio das forças a causa da saúde. Além disso, “pensava que a percepção inadequada era devida a uma obstrução dos canais que iam do ouvido e do olho até o cérebro” (ALEXANDER & SELESNICK, 1968, p.57), pois acreditava que o cérebro era como uma glândula que segregava pensamentos, levando-o a se interessar pelas secreções do corpo. Segundo Alexander & Selesnick (*idem*), esse interesse pelas

secreções do corpo levou-o a sugerir que havia relações humorais que podiam ser causa de doença.

A *doutrina* dos quatro elementos de Empédocles de Agrigento (cerca de 490-430 a.C.), sintetiza as diferentes posições sobre a *arquê*<sup>17</sup> — o elemento primordial — a qual buscavam outros filósofos como ponto de partida na tentativa de evitar uma regressão ao infinito da explicação causal, afirmando que o fogo, terra, água e ar representavam quatro qualidades básicas: calor, secura, umidade e frio. Tornou-se a base das doutrinas fisiológicas de vários tratados hipocráticos: a teoria dos quatro humores do corpo: sangue, flegma, bÍlis amarela e bÍlis negra. Eram encontrados no coração, cérebro, fígado e baço. Um desequilíbrio desses humores era considerado a causa básica da doença e para curá-la empregava-se drogas que tivessem qualidades opostas às quatro qualidades básicas. (JAEGER, 1989).

Nesse momento, cheio de perigo para a existência autônoma da medicina, inicia-se a mais antiga literatura médica dos gregos com Hipócrates de Cós — grego do século V a.C., considerado o pai da medicina por nos legar o nascimento da arte médica e da literatura médica. Conforme Jaeger, “o conjunto da obra de Hipócrates revela para nós não apenas um sistema docente, mas o processo vivo de toda uma ciência, em todas as suas ramificações e contrastes” (idem, *ibid.*, p.693). O *Corpus Hippocraticum* estabelece uma disjunção entre a medicina e a filosofia vigente, enquadra a medicina como profissão, enquanto uma ciência empírica, na medida em que o “método clínico, empírico, se embasa em um ponto de partida que não se remete à especulação”. (SIQUEIRA-BATISTA, 2004, p.17).

Hipócrates aliou as especulações filosóficas de seus antecessores às observações feitas à beira do leito do doente como guia de sintomas. Por conta disso, de acordo com Siqueira-Batista (idem), podemos distinguir duas instâncias do saber da escola de Cós: a *doutrina* e o *método*: “A doutrina tem importantes conexões com a filosofia pré-socrática — especulativa —, enquanto o método pressupõe a observação do enfermo, possuindo assim uma natureza claramente

---

<sup>17</sup> A importância da noção de *arque* formulada pelos filósofos como Tales de Mileto que considerava a água como o elemento primordial, ou Anaxímenes e Anaximandro que adotaram respectivamente o ar e o ápeiron (um princípio abstrato significando algo de ilimitado, indefinido, subjacente à própria natureza), Demócrito o átomo e assim sucessivamente, é a “tentativa por parte destes filósofos de apresentar uma explicação da realidade em um sentido mais profundo, estabelecendo um princípio básico que permeie toda a realidade, que de certa forma a unifique, e que ao mesmo tempo seja um elemento natural. Tal princípio daria precisamente o caráter geral a esse tipo de explicação, permitindo considerá-la como inaugurando a ciência”. (Cf. MARCONDES, Danilo. *Iniciação à Filosofia: dos Pré-Socráticos a Wittgenstein*. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro: 1998, p.25-6).

empírica”<sup>18</sup> (idem, *ibid.*, p.16). Constata-se um momento de transição: novos conceitos são formulados, porém não há um abandono completo dos antigos.

A escola hipocrática dava ênfase ao tratamento e ao prognóstico. Durante o tratamento, dava especial importância às reações dos pacientes. A patologia hipocrática fundava-se sobre o conceito de harmonia entre os humores. Empregava sangria e purgativos, mas só depois de terem falhado outras medidas. Considerava o banho, a dieta e a higiene apropriada como essenciais para a manutenção da boa saúde, o que já estava presente nas recomendações dos sacerdotes de Asclépio. Pela experiência prática, o sábio de Cós considerou que não só os elementos da natureza, mas também o ambiente precisavam harmonizar-se em benefício do enfermo. (ALEXANDER & SELESNICK, 1968).

Os médicos hipocráticos fizeram as primeiras tentativas de descrever a personalidade com base em suas teorias humorais; devemos à escola hipocrática o primeiro reconhecimento de que o cérebro é o órgão mais importante do corpo humano. Diziam ser o cérebro o intérprete da consciência. Dele vinham os sentimentos de alegria e tristeza, risos e lágrimas, gracejos e pesares... “Acreditava [Hipócrates] que se o cérebro estivesse afetado de excessiva umidade, calor ou frio, podia seguir-se a loucura, e que se os humores estivessem perfeitamente equilibrados surgiam pensamentos saudáveis” (idem, *ibid.*, p.60).

Hipócrates substituiu definitivamente as tradições sobrenaturais por uma crença em que fenômenos naturais têm explicações naturais; o racionalismo como tendência sistemática foi aplicado à medicina — mesmo ao estudo de doenças mentais. Hipócrates passará a entender a loucura como desarranjo da natureza orgânica, corporal, do homem. A perda da razão ou o controle emocional constituem efeitos deste desarranjo. Entretanto, segundo Pessotti (1994), o *naturalismo* da loucura tem conotação diversa:

Significa a recusa de uma explicação mitológica da vida e dos estados do homem, incluídas as doenças corporais e mentais. Mas não é uma postura materialista ou rigorosamente determinista: a concepção da loucura, em Hipócrates, exclui o mito, mas não a metafísica. Pois as ideias hipocráticas sobre a fisiologia e mesmo sobre a anatomia do organismo humano são, em grande parte, supersticiosas, mágicas, metafísicas. (*ibid.*, p.47).

---

<sup>18</sup> O método da escola hipocrática na clínica médica é valioso e útil até os dias de hoje, porém, apesar de sua beleza, sua doutrina tornou-se obsoleta. (Cf. SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. “O Nascimento da Clínica: A doutrina e o método na medicina hipocrática”. In: *Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis, Volume 6. Nº 1: Teresópolis, 2004*).

O final do século V e o século IV a.C. representaram na história da medicina um momento culminante de sua contribuição social e espiritual (JAEGER, 1989). O médico aparece neste momento como um homem que possui uma cultura especial de alto grau metodológico, além de representar a personificação de uma *ética* profissional exemplar, inspirando confiança na capacidade de criação teórica para a construção da vida humana. É a primeira vez que a ciência médica ultrapassa as fronteiras de uma profissão como outras, para se converter numa força cultural de primeira ordem na vida do povo grego<sup>19</sup>.

O método racional para compreender a natureza, o homem e a sociedade foi a principal contribuição da cultura grega ao desenvolvimento da nossa civilização. As explicações sobrenaturais foram substituídas por uma crença em que fenômenos naturais têm explicações naturais. Deve-se concordar com Alexander & Selesnick (1968) quando afirmam que “o domínio do homem sobre a natureza começou com esta mudança” (p. 61). A sistematização do racionalismo iniciou-se com os filósofos gregos dos séculos VII-VI a.C., tendo sido aplicado à medicina e mesmo aos estudos das doenças mentais. Dessa forma, “foram os médicos gregos, disciplinados pelo conceito de lei dos filósofos seus precursores, os primeiros a serem capazes de criar um sistema teórico que pudesse servir de base de sustentação a um movimento científico”. (JAEGER, 1989, p.689).

Deve-se reconhecer a influência dos sofistas<sup>20</sup> para entender esta nova tendência — o desvio do interesse do cosmo para o homem, culminando nos ensinamentos de Sócrates, Platão e Aristóteles, seus maiores opositores.

A medicina jamais teria conseguido chegar à ciência, sem as investigações dos primeiros filósofos jônicos da natureza, que procuravam uma explicação natural para todos os fenômenos, sem a sua tendência a reduzir todo o efeito a uma causa e a comprovar na relação de causa e efeito a existência de uma ordem geral e necessária, e sem a sua fé inquebrantável em chegarem a descobrir a chave de todos os mistérios do mundo, pela observação imparcial das coisas e a força do conhecimento racional. (JAEGER, 1989, p.689).

<sup>19</sup> Sobre o momento sócio-histórico-cultural da Grécia neste tempo, e como a medicina ganha um *status* de *Paidéia*, ver: JAEGER, Werner. *Paidéia: a formação do homem grego*. Martins Fontes/UNB: São Paulo, 1989, p. 696–725.

<sup>20</sup> Os sofistas surgem no momento de passagem da tirania e da oligarquia para a democracia. Foram filósofos e educadores, além de mestres da retórica e da oratória. O que os caracteriza é muito mais uma prática ou uma atitude comuns do que uma doutrina única. São responsáveis por preparar o cidadão para a participação na vida pública. Tiveram grande influência na filosofia e estudos da linguagem. As ideias centrais associadas aos sofistas são o humanismo e o relativismo. Enfim, contribuíram para a formação política dos gregos através da instância da opinião para as decisões da vida prática, utilizando-se da retórica e da dialética no processo decisório de superação das diferenças. (MARCONDES, Danilo. *Iniciação à História da Filosofia: dos Pré-Socráticos a Wittgenstein*. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro: 1998.)

### 2.1.2 Período Clássico

É o pensamento de Sócrates (470-399 a.C.) que marca o nascimento da filosofia clássica desenvolvida por Platão e Aristóteles, seus herdeiros mais importantes. Postulava que o homem tinha a capacidade limitada para reconhecer o mundo e que a cosmologia e a metafísica não podem dar respostas certas sobre a natureza do mundo. “A concepção filosófica de Sócrates pode ser caracterizada como um método de análise conceitual, (...) através da qual se busca a definição de uma determinada coisa, geralmente uma virtude ou qualidade moral” (MARCONDES, 1998, p.46). Essa definição só pode ser o resultado de um processo de reflexão do próprio homem que se questiona, e que descobrirá a partir de sua própria experiência o sentido daquilo que busca. O conhecimento reside no homem e pode ser obtido através da assertiva: *Conhece-te a ti mesmo*.

O legado de Sócrates nos chega através de Platão (429-347 a.C.) — por meio de seus *Diálogos*<sup>21</sup> —, na medida em que Sócrates não deixou nada registrado em escrita, pois valorizava, sobretudo, o debate e o ensinamento oral através da dialética. Platão se inspirou na dialética socrática como forma privilegiada do exercício da filosofia. Grande parte da filosofia de Platão, numa segunda fase de elaboração, sofre forte influência dos filósofos eleatas<sup>22</sup> e pitagóricos, formulando a teoria das formas e das ideias. O método de análise socrática, como concepção filosófica, apesar de importante, seria insuficiente para caracterizá-la<sup>23</sup>. Na fase da

<sup>21</sup> Os diálogos de Platão são divididos em diferentes momentos: (1) Diálogos considerados autênticos — diálogos socráticos (399 a.C. morte de Sócrates); (2) Diálogos da fase intermediária, primeira viagem à Sicília, 389-88 a.C. — teoria das formas, elaboração do platonismo, fundação da Academia em 387 a.C.; (3) Diálogos da maturidade — crítica à teoria das formas; (4) Diálogos da fase final — *Timeu*, *Crítias*, *As Leis* e *Epinomis*. Existem diálogos que são considerados de autenticidade discutível: *Alcebiades*, *I e II*, *Hiparco*, *Anterestai*, *Teages*, *Clítofon*, *Mino*, *O filósofo*, *Treze cartas, das quais são consideradas autênticas a III, a VII e a VIII*. (Cf. MARCONDES, Danilo. *Iniciação à História da Filosofia: dos Pré-Socráticos a Wittgenstein*. Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro, 1998).

<sup>22</sup> Os eleatas defendem a doutrina de uma realidade única, se opondo aos mobilistas, sendo Heráclito seu maior representante. Introduzem a distinção entre *realidade* e *aparência*: caracterizam o movimento apenas como aparente, como aspecto superficial das coisas; porém, se formos além da nossa experiência sensível descobriremos, através do pensamento, que a verdadeira realidade é única, imóvel, imutável, sem princípio, nem fim, contínua e indivisível. Sua metafísica caracteriza o Ser como aquilo que é, imutável e permanente. Parmênides afirma “é o mesmo o Ser e o pensar”, o que significa que a racionalidade do real e a razão humana são da mesma natureza, o que permite o homem pensar o ser. Para poder pensar o Ser, o homem deve seguir o caminho da Verdade, isto é, do pensamento, da razão, e afastar-se do caminho da opinião, formada por seus hábitos, percepções, impressões sensíveis, que são ilusórias, imprecisas, mutáveis — crítica aos sofistas e aos filósofos da natureza. (Cf. MARCONDES, Danilo. *Iniciação à História da Filosofia: dos Pré-Socráticos a Wittgenstein*. Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro, 1998, p.36).

<sup>23</sup> Nesta fase Platão escreve o diálogo *Timeu* em que a dualidade, doença do corpo e doença da alma, já pode ser encontrada. (Cf. PLATÃO. *Diálogos de Platão: Timeu, Crítias, O 2º Alcebiades, Hípias Menor*. Tradução de Carlos Alberto Nunes. Universidade Federal do Pará: Pará, 1977).

maturidade, Platão reformula sua doutrina perdendo o caráter dramático e polêmico da fase socrática.

Tudo está relacionado na estrutura da vida grega vislumbrando-se a medida segundo a qual uma pedra se assenta sobre a outra. A medicina, como arte independente, diferencia-se em definitivo da *simples* filosofia da natureza, depois de ter alcançado, com a ajuda dela, a categoria de ciência, e torna-se, a rigor, a ciência médica. A medicina reage às influências que exerceram as concepções físicas da filosofia no seu campo científico. A nova orientação, sob forte influência da filosofia aristotélica que, como Platão — em que medicina tem grande influência no pensamento — era um opositor aos filósofos da natureza, que equiparavam todos os fenômenos a uma explicação pela natureza universal, em tudo teria seu equivalente (*physis*) —, vai se interessar pela *physis* particular de cada coisa.

A medicina estabelece, primeiro que todas as outras ciências, a exigência da exatidão, pois para ela qualquer resultado positivo dependia da observação exata de fatos concretos, e era da vida humana que se fazia questão. Era necessário saber que perturbações um determinado alimento, por exemplo, causa e por que, e com que partes do organismo humano são incompatíveis; o efeito dele no organismo difere completamente conforme a natureza do indivíduo. “Portanto, é ridículo em medicina falar da natureza humana em geral” (JAEGER, 1989, p.702). O problema dos problemas não reside no que o homem é em si, mas sim no “que ele é em relação ao que come e bebe, à sua maneira de viver e aos efeitos que tudo isso produz nele”. (idem, loc. cit.).

Como comentado, Platão ligou-se estreitamente à medicina. Tomou o modelo da arte médica ao fundar sua ciência ético-política. No diálogo *Górgias*, e em outros, é sob a luz da medicina que esclarece sobre o caráter e a forma de uma verdadeira *techne*. No *Fedro*, refere-se ao método da medicina que serviria de modelo para uma retórica autêntica. “A *techne* consiste em reconhecer a natureza do objeto destinado a servir ao homem e, portanto, só na sua aplicação prática se realiza como tal saber” (idem, ibid., p.704). O médico, segundo Platão, é o homem que baseado no que sabe sobre o homem sabe o homem enfermo, e sendo assim sabe encontrar o caminho para restituir-lhe o estado *normal*. Assim seria também o filósofo, “chamado a fazer outro tanto pela alma do homem e pela saúde dela” (idem, loc. cit.).

A correlação feita por Platão trata de “fundir toda a teoria médica sobre a acertada terapêutica do corpo com a teoria socrática sobre o cuidado e a correta terapêutica da alma, para constituírem uma unidade superior”. (idem, *ibid.*, p.708). Engloba tanto o conceito de virtude do corpo como o da alma. Para compreender o que isto quer dizer, deve-se entender a ideia de *arete*(virtude)<sup>24</sup>, conceito platônico e aristotélico. Platão considerava a virtude como inata, como uma qualidade que o indivíduo traz consigo e que, portanto, não pode ser ensinada. “A *arete* é para ele precisamente a simetria das partes ou das forças, que, em linguagem médica, constitui o estado normal” (idem, *ibid.*, p.710). Combinando-se em unidade harmônica as três virtudes físicas, saúde, beleza e força, com as virtudes da alma, a piedade, a valentia, a moderação e a justiça. Todas elas proclamam a simetria do universo refletindo na vida física e intelectual (espiritual) do homem.

Reconhece-se nos empréstimos feitos por Platão da medicina o quanto já se deslindava corpo e alma:

(...) ambas as classes de saber tiram seus ensinamentos do conhecimento objetivo da própria natureza — o médico, do conhecimento da natureza do corpo, o filósofo, da compreensão da natureza da alma — (...) não como um amontoado informe de dados, mas antes como o fito de descobrirem na estrutura natural do corpo ou da alma o princípio normativo para a conduta dos dois, do médico e do filósofo educador. A esta norma da existência corpórea dá o médico o nome de saúde, e é precisamente este o aspecto pelo qual a ética e a política platônicas abordam a alma do homem. (idem, *ibid.*, p. 704–5).

Hipócrates era criticado por Platão, por equipará-lo ao médico típico baseado na filosofia da natureza que não considerava, de modo mais amplo, o todo, pois afirmava que sem considerar a totalidade da natureza não é possível penetrar na alma. Segundo Frias (2001, p.37):

(...) no *Cármides*, como no *Timeu*, Platão estabelece uma relação da parte com o todo. Neste último diálogo, o todo representa o Universo, a totalidade dos seres. O Universo, ele próprio é dotado de corpo e alma, modelo idêntico do organismo humano. (...) não se pode entender a parte isoladamente, é preciso relacioná-la ao todo.

Ainda segundo Frias (idem, p.36–7), no diálogo platônico *Cármides*, o tratamento do corpo não está desvinculado do tratamento da alma. “Corpo e alma constituem um todo indissociável”. É nesse diálogo que Platão, segundo Frias, faz

<sup>24</sup> Do latim, em sentido originário, designa uma qualidade ou característica de algo, uma força ou potência que pertence à natureza de algo. Em um sentido ético, a virtude é uma qualidade positiva do indivíduo que faz com que este aja de forma a fazer o bem para si e para os outros. (Cf. JAPIASSÚ, Hilton & MARCONDES, Danilo. *Dicionário Básico de Filosofia*. Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro, 1996, p.271).

uma crítica aos médicos gregos de sua época: “entre os gregos, a maioria das doenças escapava aos médicos — é que eles negligenciavam o todo a cujo tratamento seria preciso proceder, pois, não estando ele bem, impossível seria que a parte ficasse boa”<sup>25</sup> (idem, loc.cit.). Portanto, Platão propõe a necessidade de se compreender, primeiro que tudo, com exatidão, a função do todo, determinando assim o que é mais adequado ao tratamento da parte.

Aristóteles (384-322 a.C.), discípulo de Platão na Academia, rompe, porém, com este após sua morte, fundando sua própria escola, o *Liceu*. Para ele a *ideia* não possui uma existência separada. Opõe-se ao dualismo platônico, levantando as questões da dificuldade de explicar a relação entre o mundo inteligível, ou das ideias, e o mundo sensível, ou material, realizando as ideias nas coisas; o mundo inteligível e o sensível têm naturezas distintas. Portanto, ou a relação é interna, e não há problema em explicá-las, pois o mundo material e o mundo sensível têm a mesma natureza, e não se trata mais de um dualismo; ou a relação é externa, e aí sim é problemática, pois necessitaremos de um número infinito de pontos externos para explicá-la. Segundo Marcondes (1998, p.71): “É para evitar este tipo de problema que Aristóteles considerará necessário um novo ponto de partida para a sua metafísica, isto é, sua concepção de real, evitando assim o dualismo dos dois pontos”. Como alternativa, Aristóteles propõe, em sua *Metafísica*, uma concepção de real que parte da substância individual, composta de matéria e forma. Seu processo de conhecimento é mais linear do que o de Platão: “é um processo cumulativo, em que passo a passo progredimos da etapa anterior para a seguinte com base no conhecimento já obtido, cada estágio de certa forma pressupõe o anterior”. (idem, ibid., p.80). Os sentidos são o ponto de partida, indispensáveis, do processo de conhecimento, diferentemente de Platão que os considera pouco confiáveis. Valoriza também as questões metodológicas desenvolvendo uma lógica que vai marcar profundamente toda a tradição até o período moderno. Vale lembrar como os sentidos tinham uma importância imprescindível na medicina hipocrática, portanto, conclui-se que sua doutrina, com base na intuição e nos sentidos, é mantida por muitos séculos, como se verá.

Não se trata aqui de aprofundar a filosofia aristotélica, pois requereria um trabalho de outro cunho. Porém, devemos assinalar que Aristóteles marcou (e ainda

---

<sup>25</sup> Cf. PLATÃO. *Cármides*, 156 e. Coimbra: I.N.I.C., 1988.



marca) muitas gerações de pensadores que se seguiram, com o método que vai ser a base de todas as investigações da ciência moderna. Gostaria ainda de ressaltar que Aristóteles tinha grande dedicação às ciências biológicas (como as se entende hoje) e que, portanto, seus esforços voltaram-se em grande medida para o corpo e a alma.

### 2.1.3 Dualismo corpo-mente: Descartes e a modernidade

Deve-se pensar neste ponto no quão marcante foi o pensamento de René Descartes (1596-1650). Suas ideias — “e da qual somos herdeiros até hoje, mesmo que sob muitos aspectos vivamos precisamente sua crise” — vão influenciar essa modernidade que ele tão bem fundamentou. (MARCONDES, 1998, p.159). Alguns dos traços fundamentais que caracterizam esta modernidade são: “(1) a crença no poder crítico da razão humana individual, (2) a metáfora da luz e da clareza que se opõem à escuridão e ao obscurantismo, e (3) a ideia de busca de progresso que orienta a própria tarefa da filosofia”. (ibid., p.160).

Descartes é o pai de uma das mais célebres expressões filosóficas: “*Penso, logo sou*”, o argumento do *cogito*. Tem como o objetivo principal estabelecer os fundamentos do conhecimento, e assim a possibilidade do saber científico, através da refutação do ceticismo. É célebre também o dualismo corpo-mente em Descartes: “Não podemos sequer afirmar a existência do corpo, porque, sendo este material, é de fato um objeto no mundo externo, sobre o qual não podemos ter certeza”. (ibid., p.169). Para Descartes, só se pode ter certeza sobre a existência da substância pensante; não podemos ir além deste pensamento, pois para ir além do pensamento puro, dependeria dos sentidos, da experiência, o que não é permitido pela certeza do cogito (solipsismo). Portanto, segundo Marcondes (idem), Descartes adota uma posição racionalista: “toma a razão natural como ponto de partida do processo de conhecimento, enfatizando a necessidade do método para bem conduzir esta razão em sua aplicação ao real”.(idem, ibid., p.173).

As novas exigências dos séculos XVI e XVII eram tentar traduzir concretamente, pela interpretação rigorosa dos fatos provados e confirmados (não há lugar para a dúvida), as questões que elevavam à ciência aos diversos domínios do saber. Os numerosos pensadores dessa época acreditavam que havia uma uniformidade profunda em todas as manifestações da natureza — quiçá como um

pálido reflexo da concepção aristotélica que “propunha uma ciência do universal, e não do particular e, para isso [utilizava] um método lógico de demonstração de verdades universais e necessárias, enfatizando, no entanto, a importância da pesquisa experimental e da investigação da natureza” (MARTINS, 1999, p.1). Mesmo aqueles que não eram médicos começavam a se interessar pela dinâmica do corpo humano.<sup>26</sup> Segundo Grmek (1997), nos diversos estudos, sobretudo nos de Galileu Galilei, sobre os movimentos das articulações, a ação dos músculos, o equilíbrio e a marcha foram aplicadas leis mecânicas do mundo inorgânico. Os estudos de anatomia passam da descrição galênica para um estudo de análise objetiva dos fatos.

De acordo com Vera Pollo (2004, p.15), o pensamento cartesiano, ao separar a *res cogitans* da *res extensa*, afasta o corpo de sua dimensão simbólica e, sobretudo, de sua dimensão real de gozo: “(...) o corpo cartesiano foi identificado com a *res extensa*, tendo como atributos exclusivos o comprimento, a largura e a profundidade”. Isto condenou o corpo do sujeito da modernidade ao exílio, separado da mente. Tomando-os (corpo e mente) como duas partes de termos independentes, a ciência assumiu então um discurso que procura a eliminação de qualquer ponto que não puder ser mensurado, testado, comprovado, generalizado e representável.

Portanto, Descartes (1978) considera que o indivíduo é formado por duas partes fundamentais: a substância pensante, de natureza espiritual — o pensamento —, e a substância extensa, de natureza material — o corpo.

A partir daí, começa a imperar um novo conceito em relação ao corpo, apresentando a diferença de se tratar de um corpo associado a um pensamento mecanicista do ser humano-máquina. Descartes afirma, segundo Aranha (2003), que “Deus fabricou nosso corpo como máquina e quis que ele funcionasse como instrumento universal, operando sempre da mesma maneira, segundo suas próprias

---

<sup>26</sup> Ressalta-se a magnífica obra deixada pelo pintor Leonardo da Vinci (1452-1519), ‘Trattato della pittura, ridotto alla sua vera lezione sopra una copia a pennino di Stefano della Bella, con le figure disegnate dal medesimo’. “Ele dissecou durante, pelo menos, três períodos diferentes de sua vida: em Milão por volta de 1490, Florença entre 1503 e 1506, e em Milão novamente por volta de 1510-1511 (com a colaboração desta vez do médico Marco Antonio della Torre). De acordo com suas próprias palavras, Leonardo teria dissecado em torno de trinta cadáveres, do feto ao velho centenário. O tratado de anatomia que deveria resultar destas investigações ficou em sua fase preparatória, compreendendo milhares de esboços e de centenas de notas. O desenho anatômico representaria para Leonardo um meio de estudar as funções vitais. A superioridade de sua técnica é impressionante: secções em série e secções em várias orientações, substituindo o lugar dos músculos desde sua origem colocando em evidência a mecânica do esqueleto, modelando em cera as cavidades. A lista de suas descobertas é impressionante, mas os anatomistas dos séculos XVI e XVII não tiveram conhecimento. Sua influência sobre o desenvolvimento histórico da anatomia restou marginal”. (Cf. Grmek, Mirko D. (organizador). *Histoire de la Pensée Médicale en Occident, 2: De la Renaissance aux Lumières*. Éditions du Seuil: Paris, 1997, p. 9-10).

leis” (ARANHA, 2003, pág.328).

Descartes, para responder à pergunta “*o que sou eu?*”, através de suas meditações filosóficas, exclui os sentidos. Afirma dentro da sua filosofia que o quê ele vê, ouve, apalpa ou sente não responderia à pergunta: *o que sou?* Assim, segundo Elia (2004, p.13), “Descartes veio a recorrer a Deus, sua terceira *res*, a *res infinita*. Pela primeira vez na filosofia, o discurso do saber se volta para o agente do saber, permitindo tomá-lo, ele próprio, como questão de saber”.

A exagerada dúvida de Descartes fez colocar em suspenso questões dogmáticas, e ao querer a certeza indubitável ele faz isso através de método. Leva a dúvida nas últimas consequências e usa a própria dúvida para se livrar dela, um paradoxo, e anula todo o seu saber, chegando à única certeza: o pensamento. *Penso, logo sou*. Nesse duvidar de tudo, uma coisa é pelo menos certa: que estou pensando. Diz Descartes (1978 *apud* QUINET, 2003, p.11):

(...) encontro aqui que o pensamento é um atributo que me pertence; só ele não pode ser destacado de mim. Penso, sou. Sou, existo. Isto é certo, mas por quanto tempo? O tempo que eu pensar, pois, talvez, se eu deixasse de pensar eu poderia deixar de existir. Não admito agora nada que não seja necessariamente verdadeiro: não sou senão uma coisa que pensa.

Lacan (1966a/1998) postula que o sujeito definido pelo método cartesiano não é outro senão o sujeito da ciência. É esse mesmo sujeito da ciência sobre o qual opera a psicanálise, eis a tese de Lacan. Sem o advento do sujeito com Descartes, a psicanálise não poderia ter vindo à luz. Pollo (2004, p.15) retoma o escrito de Lacan, “A ciência e a verdade”, e diz que o “cogito cartesiano representa, a um só tempo, ‘um momento do sujeito, historicamente definido e correlato essencial da ciência’ cujo paradigma é a física e o exílio do corpo em relação ao pensamento”.

#### **2.1.4 O campo da ciência, o corpo e a linguagem no século XIX**

No século XIX, a imaginação da literatura naturalista acaba influenciando na evolução da ciência. Com as famosas experiências de Charcot, e posteriormente com Sigmund Freud, sobre a histeria, que representa uma forma de *somatizar* (*soma*, em grego, significa corpo) os conflitos internos que se manifestam no corpo das mais diversas maneiras, o corpo começa a ser pensado de maneira diferente do que vinha sendo postulado até então durante os séculos XVII e XVIII. As realidades das histéricas não se adequavam ao exílio do corpo abordado anteriormente, seus

corpos se recusavam a ser puramente biológicos, assim como suas pernas sãs se recusavam a andar e seus olhos saudáveis se recusavam a ver. Diversas variedades de doenças invadiam seus corpos sem que neles fossem detectados nada de “anormal” organicamente.

Àquela época, surpreendia a todos o quê realmente acontecia com as histéricas, uma vez que, através da técnica da hipnose proposta por Charcot, os corpos doentios das histéricas voltavam à sanidade, evidenciando-se, portanto, a coisa pensante interferir diretamente sobre a coisa extensa. (POLLO, 2004).

Mas, ao término do século XIX, foi pela imposição da cultura da modernidade que se manifestou, de modo súbito e intenso, a partir dos estudos dos sintomas, a identificação do corpo com a *res extensa*. O pensamento cartesiano foi revolucionado pela reflexão freudiana ao perceber que o corpo das histéricas, que eram superinvestidos eroticamente, não eram apenas sintomas de disfunções orgânicas, isto é, fisiológicas. Freud levantou a hipótese que o sintoma tinha em si uma função. Sobretudo uma função em código, esperando ser lida por quem pudesse fazê-lo. A partir daí, o corpo foi muito importante para a teoria psicanalítica, no contexto do tratamento das doenças da alma, pois permitiu que essa mensagem também fosse lida no corpo. Um corpo/sintoma carregado de saber, um saber inconsciente, que é experimentado como verdade através da fala do sujeito. (POLLO, 2004).

Nesse contexto, as observações sobre histeria autorizam que se fale do corpo como sendo um lugar de simbolização, ou representação, já que o sintoma histérico se anuncia muitas vezes pelo corpo.

A concepção freudiana do corpo inaugura uma modalidade corporal diferente daquela que vigorava em sua época, como estipulava o cartesianismo. Freud postula, desde o início de seu trabalho, um corpo erotizado, erogenizado, que é também autoerotizado e pulsional.

## 2.2 O INCONSCIENTE FREUDIANO E O CORPO

*“É pela palavra que o desejo inconsciente forma lugar de mensagem”.*  
Sigmund Freud

Na teoria freudiana, o conjunto das funções orgânicas em atividade habita um corpo, que atravessado pela pulsão e pela linguagem é também o lugar da

efetivação de um desejo inconsciente.

O termo inconsciente, quando empregado antes de Freud, não designava nada importante ou decisivo para a compreensão da subjetividade. A psicanálise não é uma psicologia das profundezas, o inconsciente não é aquilo que se encontra abaixo da consciência. Freud (1923b/1996, p.27) afirma que:

[...] a divisão do psíquico entre o que é consciente e o que é inconsciente constitui a premissa fundamental da psicanálise e somente ela torna possível a esta compreender os processos patológicos da vida mental, que são tão comuns quanto importantes e encontrar lugar para eles na estrutura da ciência. Para dizê-lo mais uma vez, de modo diferente: a psicanálise não pode situar a essência do psíquico na consciência, mas é obrigada a encarar esta como uma qualidade do psíquico, que pode achar-se presente em acréscimo a outras qualidades, ou estar ausente.

Cada evento psíquico é determinado por aqueles que o precederam. Os eventos em nossa vida psíquica podem parecer não estar relacionados com os que os procederam, entretanto estão. Nesse sentido, não existe descontinuidade na vida mental.

O método mais eficiente de que dispomos para estudar os processos mentais inconscientes é a técnica que Freud (1893–1895/1996) desenvolveu durante vários anos. Em seus “Estudos sobre a histeria”, afirmava que o corpo da histérica (ou a própria histérica) só poderia ser definido se fosse considerada não somente a anatomia (as paralisias, as afasias). Constatou, a partir de sua experiência clínica com os neuróticos, o fato de que, quando falamos, dizemos mais do que pensamos dizer. Cria-se então o conceito fundamental de inconsciente. Depois de um trabalho com as histéricas, em que percebe que a fala delas afetavam seus corpos, desenvolve a técnica da associação livre — regra fundamental da psicanálise — afirmando que através da fala pode emergir o sujeito do inconsciente.

Kaufmann (1996) menciona que falar supõe de fato um depósito de palavras disponíveis e comuns aos seres falantes — a língua, sobre a qual a fala repousa e se funda. Ora, essa língua é aquela que necessariamente já ouvimos, ela provém do Outro e cabe a cada sujeito encontrar nela apoio e lugar, a fim de aí reunir seu próprio ser e seu próprio corpo. “O falar constitui um ato singular num tempo dado”, sublinha o autor, “em que a fala se desdobra até o embaraço, supõe uma captação do Outro e espera encontrar nele um retorno que viria completar sua falta a ser”. (ibid., p.189).

Freud (1901/1996) menciona que há possibilidade de percebermos o

inconsciente através das parapraxias que estão agindo o tempo todo. Estas parapraxias seriam os atos falhos, lapsos e chistes. O que estará por trás de um ato falho, o esquecimento do nome de uma pessoa, por exemplo? Mas o principal lugar onde podemos reconhecer o inconsciente é nos sonhos. Estes revelam de modo contundente a existência de um inconsciente. Demonstrou que por trás de todo sonho existem pensamentos e desejos inconscientes presentes e, assim, considerou que quando se sonha, estes são provocados por uma atividade psíquica que é inconsciente para o sonhador. As atividades inconscientes podem influenciar nosso comportamento consciente que acontece no período de vigília. (FREUD, 1915a/1996).

No caso dos sintomas de pacientes mentalmente enfermos, Freud (idem) destacou a importância da atividade mental inconsciente. Se o paciente apresenta um caso de cegueira histérica, naturalmente presumimos que existe algo inconsciente que ele não deseja enxergar, ou que conscientemente está evitando olhar. Vale salientar que nem sempre é fácil perceber o significado inconsciente de um sintoma e que às vezes apresentam-se várias determinantes inconscientes para um único sintoma. Mas, é o sintoma que faz diálogo; o que sobressai desse diálogo, desse discurso, é a ideia da presença de um conflito inconsciente que remete a um desejo sexual. (idem, *ibid.*).

Freud, ouvindo as associações livres dos pacientes — que eram na verdade livres do controle consciente —, percebeu que este estudo poderia ser separado em grupos de elementos psíquico pré-conscientes e elementos psíquicos inconscientes. O pré-consciente compreenderia os pensamentos e as lembranças de acesso fácil à consciência. E os elementos psíquicos inconscientes só poderiam tornar-se conscientes através de um grande esforço, porque são barrados na consciência. A interpretação de sonhos é a via real para o conhecimento das atividades inconscientes da vida anímica. (FREUD, 1900/1996).

A questão que se coloca a Freud (1915a/1996, p.191) é: “Como devemos chegar a um conhecimento do inconsciente?” Ele mesmo responde: “Certamente, só o conhecemos como algo inconsciente depois que ele sofreu transformações ou tradução para algo consciente”. Entretanto, nesta passagem,

(...) algo opera no sentido de fazer com que o material, agora consciente, seja estranho à própria consciência a ponto dela não reconhecê-lo como seu. Tal como um outro que, aderido a ela, insiste em se presentificar de forma sempre surpreendente. Mas de que outro se trata? Uma outra cena.

Neste sentido, os sonhos se oferecem como material privilegiado à investigação psicanalítica. (idem, loc. cit.).

Lacan (1957–1958/1999) complementa dizendo que é lá onde o sujeito não se reconhece que o desejo, atropelando o enunciado consciente, se atualiza como falha, como furo. O conceito de Lacan revela o inconsciente estruturado como uma linguagem, considerando que as leis que regem o inconsciente são leis da estrutura significante, ou seja, leis da linguagem.

Inicialmente Freud (1915a/1996) investiga através de análises dos sonhos as leis que regem esse sujeito do inconsciente. Para Freud, o sonho é a busca da realização do desejo do inconsciente. O inconsciente não é da ordem da realidade submersa, uma camada mais profunda que a da consciência. Ao contrário, sua realidade se mostra não apenas em nossos sonhos e sintomas, mas em nossa fala. Portanto, manifesta-se também na superfície. “O sintoma é, portanto, uma metáfora da estrutura edipiana, na qual se presentifica a articulação da lei com o desejo — desejo que aí se manifesta em suas impossibilidades”. (QUINET, 2003, p.17).

Quando Freud abandonou a hipnose e instituiu a associação livre deu lugar ao sujeito, pois, na hipnose, assim como na ciência e na medicina, não há sujeito. Finalmente, o sujeito foi incluído no campo dos saberes e práticas humanas.

A noção de sujeito humano emergiu pela primeira vez nos discursos e práticas que instituíram a ciência moderna, e a primeira grande ruptura com esta concepção instituída pelo pensamento cartesiano ocorreu a partir do discurso freudiano. Conforme assinala Alberti e Carneiro Ribeiro (2004, p.8): “O cogito freudiano — ‘penso onde não sou, sou onde não penso’ — desvela que, para além da ciência moderna, existe o efeito sujeito, em constante retorno para denunciar que não é possível saber tudo”. Para a psicanálise, o sujeito é também sujeito do pensamento — pensamento inconsciente. Pois Freud descobriu que o inconsciente é feito de pensamento. Para Elia (2004, p.15):

[...] é que a ciência justamente não opera sobre o sujeito ‘que é o seu’. Nós, em psicanálise, operamos sobre um sujeito (e não sobre uma pessoa humana, ou um indivíduo, por exemplo), que é o mesmo da ciência, que justamente não opera sobre ele.

O sujeito está no pensamento como ausente, como pensamento barrado. Lá onde penso eu não estou, eu não sou. “Descartes parte do pensamento e chega na existência e Freud parte do pensamento inconsciente e chega ao desejo, a partir de um lugar branco”. (QUINET, 2003, p.14).

Ao fazer uma oposição entre pensamento e ser, Lacan (1957–1958/1999) postula que não há ser no inconsciente. O inconsciente não tem ser. Se o inconsciente é estruturado como uma linguagem, não vai definir o ser, pois ele está sempre escapando. O sujeito não é algo que se pega, o inconsciente é este deslizamento. O inconsciente aponta, encena, figura, escreve os desejos do sujeito; revela que há um sujeito desejante. O inconsciente é estruturado como desejo e a psicanálise leva o sujeito a perceber seu desejo.

O fundamento da ética psicanalítica é a concepção de criatura humana como um ser de desejo, estruturado em torno de uma falta fundamental. Isso implica em que a relação das pessoas com o mundo não se dá por intermédio de um objeto, mas pela falta de objeto. Objeto para sempre perdido, pois, todos nós, ao adentrarmos na linguagem, tivemos de deixar algo escapar, algo que ficou irremediavelmente de fora, o objeto perdido está fora do campo da representação. O sujeito está sempre buscando algo que não sabe, que julga encontrar. O saber do sujeito dá-se através do trabalho psicanalítico, pois é na experiência psicanalítica que são produzidas as condições de emergência do sujeito do inconsciente. Para a psicanálise, segundo Elia (2004, p.39):

O sujeito só pode se constituir em um ser que, pertencente à espécie humana, tem a vicissitude obrigatória e não eventual de entrar em uma ordem social a partir da família ou de seus substitutos sociais e jurídicos. (...) Sem isso ele não só não se tornará humano (...) como tampouco se manterá vivo: sem a ordem familiar e social, o ser da espécie humana morrerá.

A essa condição de dependência da ordem familiar e social, Freud (1926 [1925]/1996) deu o nome de desamparo fundamental, que é próprio do ser humano, sinalizando que na realização de uma ação específica é necessária a intervenção de um adulto que garanta a sobrevivência do ser desamparado. Lacan (1957–1958/1999) designa esse adulto como sendo o *Outro da linguagem*, encarnado pela mãe. “Muito antes de o bebê nascer, ou seja, de um ser humano surgir na cena do mundo com a possibilidade de se tornar um sujeito, o campo em que ele aparecerá já se encontra estruturado, constituído, ordenado”, nos explica ELIA (idem, p.42–3). Apenas com a entrada no mundo da linguagem fará com que ser humano possa partilhar dos sentidos circulantes em seu mundo circundante. Mas há um conjunto de demandas e desejos que é dirigido a ele e que representa o início da sua história no campo do *Outro*.



### 2.2.1 O corpo pulsional

O conceito fundamental a respeito da *Metapsicologia* freudiana é a pulsão (*Trieb*), definido como limite entre o psíquico e o somático (ASSOUN, 1948/1999).

Freud (1915b/1996) se dedica à composição de seus escritos e inaugura a *Metapsicologia* com o texto “Pulsões e suas vicissitudes”, debruçando-se sobre o conceito de pulsão. A partir dos seus textos, “Interpretação dos Sonhos” (1900) e dos “Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade” (1905), Freud concebeu o aparelho psíquico sob um ponto de vista tópico e dinâmico, ou seja, em função da descrição de forças já atuantes no psiquismo e de como essas forças se inscreviam nas formas particulares de registros psíquicos: Inconsciente, Pré-consciente e Consciência.

No texto “O Ego e o Id” (FREUD, 1923b/1996) as formulações freudianas adquirem avanços clínicos e teóricos. O pré-consciente é descrito como a camada entre o consciente e o inconsciente. A partir desse momento, nomeou os conceitos de *Id* (*isso*), *Ego* (*eu*) e *Superego* (*supereu*), sendo o *isso* o núcleo dos desejos inconscientes. Para Freud o *isso* é uma sede, um reservatório das pulsões propriamente ditas, que exigem trabalho do aparelho psíquico. Portanto, podemos considerar que toda energia envolvida na atividade humana seria advinda do *isso*. Esta exigência de trabalho leva à positivação do conceito de pulsão de morte, pois é através da compulsão à repetição, que o conceito se formaliza definitivamente. (FREUD, 1920–1922/1996).

Para Lacan (1956–1957/1995), não há pulsão que não seja a de morte, já que o objeto de toda busca, e perdido desde sempre, só pode ser orientado pelo significante. Assim, a pulsão, enquanto exigência de trabalho, tal como Freud (1915b/1996) a definiu, é ressignificada por Lacan como exigência de significação, já que o interessante é perceber que, ao mesmo tempo, a significação é exigência da própria pulsão e a castração<sup>27</sup> é exigência da própria cadeia significante. Portanto, a pulsão implica demanda justamente que o objeto esteja perdido. O objeto da pulsão é definido pelos conceitos lacaniano como presentificação de um buraco, um vazio habitado pelo *objeto a*, enquanto representante deste objeto perdido. O *objeto a*,

<sup>27</sup> Castração (registro real) corresponde, sobretudo, à radical inadequação entre o pensamento e a realidade sexual. A castração real é a operação pela qual, em função da dominância da linguagem, mas também da falta de um significante último para dizer o que é próprio do sexo, o sujeito se torna presa de sua própria fantasia desejante e do enigma do desejo do Outro. (Cf. POLLO, 2010).

pode-se considerar que a pulsão o contorna, sem satisfazer-se, considerada pela teoria lacaniana, “goza-se da falta”, articulando pulsão e gozo.

Nos conceitos de pulsão e gozo, é importante sinalizar o momento que Freud (idem) aborda “*das Ding*”, referindo-se ao objeto que teria correspondido à satisfação pulsional. Portanto, em sua concepção, o objeto já teria existido, apesar de ter sido perdido. Isto significa que “*das Ding*” é algo que falta. Em contrapartida, na teoria lacaniana é postulado que o *objeto a* é a indicação de uma falta, opera como causa de desejo para, num outro momento, assumir-se como condensador de gozo. O *objeto a* é aquilo que “faz falta”. (SANTOS, 2002).

Uma pulsão, portanto, é um constituinte psíquico que estando em ação produz excitação psíquica, impele o sujeito à atividade. Freud (1905/1996) percebeu que a apresentação da pulsão, embora análoga ao conceito de energia física, correspondia à energia psíquica diferente da física. Este conceito ajuda na interpretação dos fatos da vida psíquica.

O investimento (*Besetzung*) foi definido por Freud (1915b/1996) como quantidade de energia psíquica que se dirige ou se liga à representação de uma pessoa ou coisa, sendo a pulsão e sua energia fenômenos intrapsíquicos. Freud usou a palavra alemã *Besetzung*, sendo traduzida como *catexia* ou *investimento*.

As lembranças, pensamentos, fantasias do objeto são chamadas de representações psíquicas. Podemos dizer que para o bebê, a mãe, assim como é esperado, é a principal fonte de gratificação. Com isso, podemos considerar que a mãe é um objeto altamente investido pelo sujeito.

Os pais são os principais agentes de recalque e passam, aos poucos, a ser “introjetados”, isto é, passam a fazer parte de nosso *Eu*; eles passam a existir em nós, ou seja, não havendo mais a necessidade da “mamãe” dizer: “Não defeque nas calças” ou “não urine na cama”, há uma voz interior que nos impede de fazê-lo. Esta voz interior, que se torna inconsciente, é o que Freud chamou de *supereu* ou *ideal do eu*, depósito dos códigos morais e modelo de conduta. O *ideal do eu*, em sua maior parte é inconsciente, embora alguns dos seus aspectos sejam certamente conscientes. É a parte que age contra ao *isso*, representa os pensamentos morais e éticos. Cabe ao *eu* civilizado apaziguar a luta entre as pulsões e o mundo exterior, de um lado, e as lutas entre o *eu* e o *ideal do eu* interior, do outro.

Portanto, Freud (idem) acrescentou um quarto elemento essencial à pulsão: a força (*drang*), estabelecendo uma certa independência em relação à representação.

Quando Freud introduz esse quarto elemento, a pulsão passa a ser definida como “uma medida de exigência feita ao psíquico no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo” (idem, *ibid.*, p.127). O que é analisado nessa colocação de Freud é que a pulsão como força é pura energia, ainda destituída de inscrição psíquica. O aparelho psíquico se constitui então como aparelho de controle das excitações corporais que, através da mediação de um Outro, opera esse processo de simbolização da força pulsional, articulando-a num circuito onde possa encontrar satisfação parcial.

Freud, nos “Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade” (1905) não diferenciava pulsão e seu representante psíquico, porém, em seu artigo sobre o inconsciente considera que “uma pulsão nunca pode tornar-se objeto da consciência — só a ideia que o representa pode. Além disso, mesmo no inconsciente, uma pulsão não pode ser representada de outra forma a não ser por uma ideia” (FREUD, 1915/1996, p.182), demarcando, assim, a exterioridade da pulsão em relação ao psiquismo. A pulsão não é psíquica em si mesma, somente seus representantes alcançam representação no psiquismo.

O corpo sexual, em Freud (1915b/1996), está fragmentado em diversas zonas denominadas por ele zonas erógenas<sup>28</sup>, que são lugares favorecidos onde se instituem as relações entre dentro e o fora do corpo. Nesse momento, surge uma nova teoria para pulsão, em que acaba circunscrevendo a problemática da relação entre os registros somáticos e psíquicos. E através dessa concepção, Freud rompe com o discurso biológico que ainda mantinha em seus discursos anteriores. Nesse ponto, postulou a pulsão como limítrofe entre o psíquico e o somático. E isso é o que lhe deu condição e possibilidade para sustentar tal concepção, é exatamente o que faz a pulsão tocar ambos os registros sem se reduzir a nenhum deles. Todavia, esse conceito contribui para a superação do dualismo cartesiano entre corpo e mente, afastando-o dos empecilhos, surgindo assim novas concepções dentro da teoria freudiana. Quando Freud aproxima e articula corpo e psiquismo ele se afasta dos impedimentos impostos pelo psicofísico. Para tanto, ele teve de opor os registros do organismo e do corpo, porque o corpo pulsional não se identificaria com o conceito biológico e somático. É como corpo pulsional que o corpo pode ser autoerótico e narcísico.

---

<sup>28</sup> “É uma parte da pele ou membrana mucosa em que os estímulos de determinada espécie evocam uma sensação de prazer possuidora de uma qualidade particular” (FREUD 1905/1996, p.187–8).

O texto freudiano aponta para uma dualidade pulsional (FREUD, 1915b/1996), uma oposição entre pulsões sexuais, reportando-se ao campo de objetos, e as pulsões de autoconservação, direcionando-as no campo do eu. Ele passa a considerar que o eu poderia ser regulado através do interesse do sujeito, e não de maneira sexual. A pulsão não se encontrava no corpo somático, ela nasce dele, porém não poderia ser reduzida a ele.

Em seu texto “Introdução ao Narcisismo”, Freud (1914/1996) começa a assinalar as consequências para uma interpretação do eu a partir de um psiquismo fundado nas pulsões. Diz Freud:

(...) as pulsões sexuais apoiam-se, a principio, no processo de satisfação das pulsões do Eu para veicularem-se, e só mais tarde tornam-se independente delas. Esse modo de apoiar-se nos processos de satisfação das pulsões de autoconservação para conseguir veicula-se fica evidente quando se observa que as pessoas envolvidas com a alimentação, o cuidado e a proteção da criança se tornam seus primeiros objetos sexuais, portanto, primeiramente a mãe ou seu substituto. (ibid., p.107).

Pelo fato do bebê nascer desprovido de condições básicas para sua sobrevivência por si mesmo, é importante a presença de um Outro primordial para que cuide dele. Este estado de prematuridade biológica exige cuidados específicos oferecendo-lhe um acolhimento e uma série de instrumentos vitais que lhe faltam. Esses cuidados geralmente são realizados pela mãe (ou seu substituto). No recorte do “relato materno”, apresentado em Anexo 1, nota-se uma sedução entre mãe e filha. Para Freud existe sedução neste investimento inicial da mãe e o bebê, considerando que pelo investimento sexual dessa ligação desemboca na constituição do eu, uma vez que este eu vai se constituir com a presença do Outro.

### **2.2.2 A assunção narcísica do corpo**

A concepção narcísica em Freud (1914/1996) corresponde a uma etapa na assunção do corpo próprio. Uma das manifestações que ocorrem no corpo está inteiramente ligada à questão do narcisismo, que sustenta a ideia de que o sujeito pode tomar seu próprio corpo como um objeto de investimento.

Freud utilizou o termo narcisismo pela primeira vez em 1909, na reunião do Congresso de Psicanálise em Viena. Esse conceito foi criado por Freud a partir do mito grego de Narciso. Na mitologia grega, Narciso era um rapaz jovem e belo, desesperadamente desejado pela ninfa Eco, que é rejeitada por ele. Como punição,

foi amaldiçoado de forma a se apaixonar incontrolavelmente por sua própria imagem refletida na água. Incapaz de levar a termo sua paixão, Narciso se suicidou.

Freud realizou uma elaboração mais profunda sobre o narcisismo, em 1914, no texto *Sobre o Narcisismo: uma introdução*. Constatou na análise de pacientes neuróticos que o componente narcísico não estava restrito à perversão e às patologias narcísicas. Percebeu que as manifestações de seus pacientes eram referentes a algo preexistente, não sendo uma criação atual, portanto, era ligada a uma condição anterior. Freud, então postulou que o narcisismo é um componente inerente ao desenvolvimento libidinal, sendo um complemento da pulsão de autopreservação. (FREUD, 1914/1996).

Anteriormente ao momento estrutural do narcisismo predomina o funcionamento chamado autoerotismo, pois a satisfação não ocorre de modo organizado. O eu incipiente do bebê encontra-se investido por pulsões que, em grande parte, pode satisfazer-se a si mesmo. Por exemplo, na amamentação do recém-nascido, o objeto não é o seio da mãe, mas o leite. É a ingestão do leite, e não o sugar que satisfaz a fome do bebê. Entretanto, paralelamente, ocorre um processo de natureza sexual: a excitação dos lábios e da língua pelo contato com o peito, produzindo uma satisfação que não é redutível à saciedade alimentar, apesar de encontrar nela seu apoio. O objeto da pulsão é o leite e o objeto sexual é o seio materno — externo ao próprio corpo. Quando esse objeto é abandonado, tanto o objetivo quanto o objeto ganham autonomia com relação à alimentação, o que constrói uma satisfação libidinal oral (sucção dos dedos), dando início ao autoerotismo. (idem, *ibid.*).

O termo autoerotismo aparece nos “Três ensaios” (FREUD, 1905/1996) como um estado anárquico da sexualidade, na qual as pulsões parciais procuram satisfação no próprio corpo, uma satisfação não unificada, pura satisfação local. Não há no autoerotismo uma representação do corpo como uma unidade. O que nele falta é o eu. Caracteriza um estado original da sexualidade infantil anterior ao narcisismo, no qual a pulsão sexual, ligada a um órgão ou excitação de uma zona erógena, encontra satisfação sem recorrer a um objeto externo. Nesse sentido, as concepções que estabelecem o autoerotismo têm uma identificação com manipulação dos órgãos (boca, língua, mucosa anal etc.) e isso apresenta a revelação sexual centrada no sujeito, ou seja, estaria presente e se juntariam.

Partindo deste contexto, em que as pulsões sexuais se satisfazem de forma

independente umas das outras, advém um primeiro movimento de organização pulsional, o narcisismo. Para considerar o termo narcisismo há que se admitir um *eu*, e no autoerotismo não há ainda um *eu*, o que há é a pulsão satisfazendo auto eroticamente no próprio corpo. O corpo começa a ser elevado à condição de si pela própria erotização. (idem, *ibid.*).

No narcisismo, o *eu* vem a ser tomado como objeto de investimentos, em torno de uma imagem integrada, coincide com o surgimento do *eu* como unidade psíquica e de representação. *Eu* é o órgão executivo do psiquismo responsável pela tomada de decisões e integrações dos dados perceptuais, entendido como separado das demandas pulsionais. O aspecto inconsciente do *eu* contém os mecanismos de defesa, tal como o recalque, necessários para se contrapor as demandas pulsionais albergadas no *isso* (*id*), que é uma instância intrapsíquica completamente inconsciente. Essa totalidade se ordena em torno de uma imagem que é denominada imagem corporal. (idem, *ibid.*).

O *eu* original está relacionado à imagem corporal conferindo uma primeira unidade ao sujeito: é o estágio *do espelho* (LACAN, 1949/1998). A criança quando se olha no espelho a partir dos seis meses, essa experiência lhe permite formar uma representação de sua unidade corporal, vê o Outro desejante, encarnado pelos pais, adultos significativos e figuras culturais, ideais, sempre atrelado a esta imagem idealizada de completude, tanto física quanto emocional e moral. Esse investimento do outro, sublinha Lacan (idem), fará com que o sujeito utilize a imagem corporal idealizada com o intuito de manter o desejo do outro por si mesmo. Essa passagem da dispersão de unidade, que possibilita a emergência do eu e do corpo, implica a passagem do autoerotismo para o narcisismo.

A experiência não se refere necessariamente à situação concreta da criança frente ao espelho. O que na verdade essa experiência assinala é um tipo de relação da criança com o outro, seu semelhante, constituindo uma demarcação da totalidade de seu corpo. A criança faz uma conquista da imagem de seu corpo e da identidade sustentada de forma imaginária. Lacan (idem) sinaliza que, nesse estágio, constitui-se a identificação promovendo a estrutura do *Eu*. Ela passa da imagem do corpo fragmentado à compreensão da unidade de seu corpo como um todo organizado. Se o corpo pulsional remete a uma dispersão da pulsão, o corpo narcísico se refere a uma unidade do corpo realizada pela presença do Outro.

Freud (1914/1996) distingue dois tipos de narcisismo. No narcisismo primário

a criança toma a si mesmo como objeto de amor, antes de escolher objetos externos. Freud nomeou como *eu ideal* o efeito do discurso dos pais. O amor dos pais na constituição do narcisismo primário equipara-se a seu próprio narcisismo. Trata-se de uma reprodução do narcisismo dos pais ao atribuir aos filhos todas as perfeições e projetar neles todos os sonhos perdidos. É um efeito de uma fala apaixonada, despido de consciência crítica para criar uma imagem idealizada. Freud (idem) diria que esse filho seria “Sua Majestade o Bebê”, a quem caberia o papel de realizar os sonhos de desejos que os pais não efetuaram, tendo assim garantida a imortalidade do seu *eu*.

Portanto, o narcisismo primário representa de certa forma uma espécie de onipotência, poder que se cria no encontro entre o narcisismo nascente do bebê e o narcisismo remanescente dos pais, pois para que o narcisismo se instaure é necessário investimento externo. Na relação primária estabelecida com a figura materna, deve ter havido tanto um investimento pulsional nas zonas parciais, no corpo erógeno, quanto um investimento narcísico em direção ao *eu* da criança, futuro sujeito. O investimento realizado pelos pais deverá ser simultâneo, fazendo coincidir o *eu* do bebê e o seu corpo erógeno. É uma posição preparada pelo desejo e pelo ideal dos pais.

O *ideal do eu* é uma nova forma que toma a libido narcísica, é algo externo ao sujeito, constitui-se por exigências que ele terá que satisfazer e que se situam no lugar da lei. Segundo Freud (1923b/1996), o *eu* se distancia do narcisismo primário e esse é um distanciamento (deslocamento) da libido para um *ideal do eu* imposto de fora. Deslocamento para um lugar fora do imaginário, devido às exigências da lei, portanto para um lugar do simbólico.

A primeira e mais importante identificação de um sujeito é ocultada pelo *ideal do eu*, constituída através de sua relação com os seus pais, em que o sujeito identificado incorpora uma imagem da figura identificada, e esta inicia um processo de construção de ideais e exigências feitas pela absorção desta imagem. Ou seja, o *ideal do eu*, também nomeado por Freud (idem) de *supereu*, se expressa através da fórmula “*você deve ser como*” a figura identificada. O *ideal do eu* em sua maior parte é inconsciente, embora alguns dos seus aspectos sejam certamente de consciência moral, que regula o que o sujeito deve ser ou fazer por intermédio da internalização dos valores sociais e parentais. Assim, nessa instância viriam se inscrever as imagens e as palavras dos pais.

Lacan (1954–1955/1995) também enfatizou que o investimento da mãe, o olhar relacionado à imagem do filho que gostaria de ter, antecipa um sujeito que está por se constituir. O bebê não nasce com um *eu*, se desconhece, ele assume esta imagem antecipada, identificando-se a ela. Esse movimento chama-se suposição de sujeito. Lacan (idem) sublinha a importância da presença do *Outro* que participa por meio do investimento nessa imagem da criança como *eu ideal*, depositário das expectativas e perspectivas dos sonhos dos seus pais.

A criança sai do narcisismo primário porque seu *eu* se vê confrontado com um ideal com o qual tem que se comparar, ideal este que se formou fora dela e que lhe é imposto de fora. A criança é progressivamente submetida às exigências do mundo que se traduzem simbolicamente através da linguagem. Freud (1914/1996) sustenta que o desenvolvimento do *eu* consiste em se distanciar do narcisismo primário. Na realidade, o *eu* quer reencontrá-lo e, para isso, para recuperar o amor e a perfeição narcísica, passa pela mediação do *ideal do eu*. O que fica perdido é o imediatismo do amor. Assim, o narcisismo aqui pode ser pensado como uma defesa, tal como sua função no princípio: o narcisismo organiza as pulsões parciais, dirigindo-as ao eu. O elemento perturbador mais importante do narcisismo primário é o *complexo de castração* e através dele se opera o reconhecimento de uma incompletude que desperta o desejo de recuperar a perfeição narcísica.

Os pais, ao sonharem com o filho ideal, constroem um sujeito imaginário antecipando-o, mesmo antes de seu nascimento. Ao nascer, fica completamente dependente do *Outro*, que possibilita a inserção no universo simbólico. Entretanto, quando o bebê nasce com malformação, a marca da patologia pode alcançar tamanha proporção imaginária que, no tempo inaugural da constituição de sua subjetividade, o bebê é afetado na sua estrutura, identificando-se com essa imagem oferecida pelo *Outro*, mas não podendo ser nada mais além daquilo em que sua malformação o define. O bebê com malformação não é posto no lugar de majestade, tal qual Freud (1914/1996) anuncia, restando uma falha narcísica que macula os vínculos transferenciais entre ele e sua mãe. De acordo com Lima (2003, p.111):

A complexidade subjetiva envolvida na relação mãe-bebê deve ser considerada em sua importância, especialmente quando a gestação de um filho é cercada de angústia pela fratura de ideais narcísicos, mas não podemos deixar de refletir que existe um sujeito que, apesar dos limites impostos, tem questões a colocar sobre o sentido da sua existência, buscando construir seu lugar no mundo.



Ou seja, os *bebês malformados* deveriam ser considerados não apenas de necessidades especiais, mas portadores de um desejo que admirá. Em “Luto e Melancolia”, Freud (1917 [1915]/1996) aborda os aspectos do processo de luto como trabalho que exige do sujeito um empreendimento narcísico e um engajamento em projetos outros que tenham consistência no laço social. Considerando a história de Luana, verifiquei que tal questão, somada ao descompasso entre bebê idealizado e bebê real, convoca a mãe a fazer um trabalho de luto por essa separação. O processo vivido pela mãe de Luana, embora penoso, revelou um esforço subjetivo em simbolizar a perda narcísica e adotar o bebê, demandando um lugar onde pudesse ancorar suas inquietações e ansiedades, visando a incluir o bebê no laço social. Vale ressaltar que o nascimento de um bebê sadio também gera angústia primitiva que, às vezes, causa estranheza aos genitores. O capítulo 3 abordará justamente o sentimento de estranheza.

### 2.3 OS REGISTROS LACANIANOS DO CORPO: IMAGINÁRIO, SIMBÓLICO E REAL

Procurando formular o surgimento do eu, Lacan (1954–1955/1995) retoma conceitos freudianos fundamentais, tais como “eu”, “identificação” e “narcisismo”. De fato, por meio da elaboração do registro do Imaginário e do esquema conceitual proposto pelo Estádio do espelho, Lacan (idem) estabelece uma íntima relação entre o eu e o corpo na constituição do sujeito.

Na teoria lacaniana, o corpo é inscrito pelo significante e ocupado pela libido, corpo erógeno e singular, corpo de desejo e, portanto, de gozo. O conjunto terminológico de concepções fundamentais, chamado tópica lacaniana, corresponde aos registros Imaginário, Simbólico e Real. Portanto, ao longo do seu ensino, esta tópica foi articulada e pensada através de novas interpretações. Vale salientar que por mais que Lacan articule gradativamente os três registros em sua teoria, passando a concebê-los no quadro de uma tópica, os conceitos de Imaginário, Simbólico e Real são inseparáveis e devem ser pensados formando uma estrutura.

Na teorização lacaniana pensar o Imaginário é pensar o corpo, como se constitui a imagem do corpo próprio a partir do outro que funciona como espelho e, simultaneamente, como o Outro do reconhecimento. No simbólico, o corpo é marcado pelo significante, e na concepção do Real há a introdução do conceito de gozo.

ELIA (1995, p.104) diz que, para a psicanálise, o imaginário:

(...) não deve ser entendido, como normalmente, como relativo à imaginação. Ambas as palavras — imaginário e imaginação — devem ser remetidas à sua matriz imagem. Assim, se a imaginação é, grosso modo, uma atividade psíquica que se produz por imagens, Imaginário é o registro da experiência subjetiva em que prevalecem as imagens, nada tendo a ver com a atividade psíquica da imaginação. E a imagem primordial da experiência subjetiva é a imagem do corpo próprio. É porque nenhum elo natural liga o sujeito de ter esta ligação como estabelecida pela natureza, definitiva e harmoniosamente, de uma vez por todas, é por isto que a imagem do corpo próprio é de suprema importância para o sujeito.

O Imaginário é o registro em que se localizam os problemas da imagem, corresponde ao eu narcísico. Há um investimento libidinal no eu (narcisismo). O eu se constitui na “Fase do Espelho”. A criança, a se ver no espelho, estabelece uma relação especular e de totalidade imaginária.

A unidade corporal não é um fenômeno anatômico, não é o real anátomo-fisiológico. Lacan (1949/1998) postula a função de captura que a imagem especular exerce, e suas consequências, a partir do fato de que só se tem acesso ao corpo pela sua forma imaginária. Verifica-se que na sua teoria do *Estádio do espelho* há uma absorção progressiva da imagem na função significante, o que leva à radicalização da relação do significante com o corpo. Se, por um lado, podemos discernir o gozo vinculado ao extremo da imagem no espelho, por outro, temos uma operação adjacente, que inscreve na carne as marcas que serão significadas *a posteriori* pelo sujeito. Lacan (idem, p.41) coloca que, “a relação especular vem a tomar seu lugar e a depender do fato de que o sujeito se constitui no lugar do Outro, e de que sua marca se constitui na relação com o significante”.

No mundo imagético, a criança passa por várias experiências descritas por Lacan (idem). Por exemplo, alegra-se ao se verem refletidos no espelho. O bebê inicialmente vive uma confusão entre si e o outro; a imagem refletida no espelho é percebida como de um ser real e o bebê tenta se aproximar, quando acaba percebendo que o outro não é real, é uma imagem, e que esta imagem que ele vê é dele. Reconhecendo-se através desta imagem, o bebê parte do corpo esfacelado para uma representação de totalidade do corpo próprio. Esta experiência inicial do *estádio do espelho* se dá anteriormente ao advento da imagem especular<sup>29</sup> corporal.

A partir de 1933, Lacan (idem) começa a interrogar-se sobre a origem do “eu”.

<sup>29</sup> A imagem especular contribui muito cedo para formação do Eu simbólico e do eu imaginário. Mostra ao bebê que ele tem uma forma humana, fazendo-o sentir que é uma entidade distinta e acreditar que é uma unidade. (LACAN apud NASIO, 2008, p.130).

Com o conceito de *Estádio do espelho*, formaliza a ideia que o “eu” só se forma inicialmente a partir do Outro, da imagem que lhe é projetada pelo semelhante.

Lacan (1949/1998) idealizou a alienação imaginária pelo fato do bebê identificar-se com a imagem de um outro. E a antecipação da imagem corporal completa depende do reconhecimento do adulto de que a imagem que ele olha no espelho é dele mesmo. Sem tal confirmação, nada da ordem da instauração de uma imagem estável de um corpo seria possível. Assim, o estágio do espelho, como fundador do eu, privilegiará o olhar do *Outro* que antecipa o corpo do bebê. É na expressão do rosto materno tomado como espelho que o bebê primeiro se vê. Mediante a sua construção, o corpo não pode se sustentar sem que haja, no simbólico, uma satisfação que vise o sujeito. Assim, o corpo é progressivamente introduzido na teoria lacaniana, mas na condição de ser simbolizado, de ser significantizado.

No corpo simbólico, Lacan (1953/1998) se refere ao corpo do Outro, isto é, o corpo dos significantes. Ele diz respeito ao corpo marcado pelo Simbólico, no qual as diversas partes podem servir de significantes, ir além de sua função no corpo vivo. Este Outro do simbólico é imaginarizado pelo sujeito, encarnado, depositado em um semelhante. A mãe, ou seu substituto, é considerada por Lacan (*idem*) como o primeiro Outro encarnado, um tesouro ou conjunto de vários significantes. A este Outro é atribuído um corpo, e a este corpo uma falta. É a esta falta que o sujeito oferece-se para completar, ao estruturar-se como sujeito, pois trata-se da erogeneização do corpo próprio, que coincide na construção de subjetividade. Toda falicização do corpo na identidade primordial equivale a uma satisfação (gozo fálico, presente no gozo sexual, no gozo do sintoma, na pulsão, na fala), e que está na base que sustenta o eu.

Na concepção da tópica do registro do Real, Lacan (*idem*) marca os limites da linguagem, apontando a importância do corpo com o Real. Fink (1998, p.43) mostra no que consiste o Real na teoria Lacaniana. Ele retoma a afirmação de Lacan de que a “letra mata”: “(...) o real que havia antes da letra, antes da palavra, antes da linguagem. É, na verdade, a letra em si — que, no estágio em que Lacan fez essa afirmação” — em 1956, no seminário sobre “A carta roubada” —, “articula o Real ao corpo”. Ainda, segundo Fink (*idem*, loc. cit.):

O Real é, por exemplo, o corpo de uma criança “antes” do domínio da ordem simbólica, antes de controlar os esfíncteres e aprender os costumes

do mundo. No curso da socialização, o corpo é progressivamente escrito ou sobrescrito com significantes; o prazer está localizado em determinadas zonas, enquanto outras são neutralizadas pela palavra e persuadidas a se conformarem com as normas sociais e comportamentais. O real é um tipo de tecido inteiro, indiferenciado, entrelaçado de forma a ser completo em todos os lugares, não havendo espaço entre os fios que são sua matéria.

É preciso que o simbólico crie a realidade compreendida como aquilo que é nomeado pela linguagem e pode, portanto, ser pensado e falado. No topo de seus conceitos lacanianos, Lacan dá ao corpo a dimensão de sua radicalidade: “um corpo é algo que está feito para gozar, gozar de si mesmo” (LACAN, 1966b/1985, p.92).

Na obra freudiana, a noção de gozo não é muito presente, mas no final de sua obra Freud se refere ao gozo não apenas como sinônimo de prazer, porém articulado com a ideia de repetição — em “Mais além do prazer”, por ocasião do conceito de pulsão de morte. Nesse sentido, Lacan ao desenvolver seu retorno a Freud sustenta que o gozo pode ser ligado ao processo do apoio que leva ao surgimento da excitação sexual. Isto é, no momento em que o bebê, satisfeita a sua necessidade orgânica, já não se entrega tanto à sucção, mas ao “chupar”, observa-se que esta atividade repetitiva é da ordem do gozo. Assim, Lacan (1966b/1985) estabelece mediante essas concepções uma distinção entre o prazer e o gozo, buscando ir além do princípio do prazer. Lacan estabelece ainda que este mecanismo, ligado à busca da coisa perdida que falta no lugar do Outro, é a causa de sofrimento e nunca elimina por completo a busca do gozo. Portanto, a concepção de gozo para Lacan (idem) é repensada, considerando que o gozo absoluto não é atingível, pois todo humano está submetido à castração.

Todavia, Lacan (1972–1973/1998) se revestiu de algumas contradições em relação ao corpo e gozo. Postulou primeiramente que *só existe gozo do corpo* considerando-se que para que este corpo goze é preciso que esteja vivo, mas logo repensou dizendo: *há uma disjunção entre o corpo e o gozo*. Evidencia-se esse fato no seu seminário *O avesso da Psicanálise* (1969–1970), quando aponta exatamente para essas questões, sobre essas disjunções entre o gozo e os “processos naturais”, considerando que só há gozo no humano, pois:

(...) o importante é que, natural ou não, é efetivamente como ligado à própria origem da entrada em ação do significante que se pode falar de gozo. Com que goza o castor, ninguém jamais saberá nada disso porque, faltando significante, não há distância entre o gozo e o corpo. (LACAN, 1969–1970, p.168).

Portanto, o descentramento instituído pela integração da estrutura da linguagem determina uma alteridade que se direciona num arrebatamento do sujeito exilado de um corpo natural, capturado na miragem do espelho, mortificado pelo que o nomeia e vivificado pelas marcas significantes que o inscrevem na economia libidinal.

A partir do estudo do corpo, desde os antigos até a psicanálise, no próximo capítulo estudaremos a relação mãe-bebê, sobretudo o estranhamento que perpassa tal relação. Lembramos que nosso sujeito de estudo é um bebê malformado e a relação que sua mãe pôde constituir com ele justamente a partir do reviver seu narcisismo primário. A importância de ter conseguido investir libidinalmente o corpo de sua filha, através da fala, foi fundamental para a sobrevivência desse bebê.

### 3 A GESTAÇÃO, O LUTO E O OUTRO MATERNO

*“Quem não tem no fundo do coração  
um sombrio castelo de Elseneur?  
Como as pessoas do passado  
construímos em nós mesmos pedra  
por pedra um grande castelo assombrado”.*  
Vicente do Rego Monteiro

#### 3.1 VIVÊNCIA DE ESTRANHEZA: UMA METÁFORA DO PRÓPRIO FUNCIONAMENTO PSÍQUICO

O bebê, antes mesmo do seu nascimento, já existe no imaginário de quem o espera. A partir desse pressuposto, tanto Freud, quanto Lacan e Winnicott sublinham a importante relação entre a mãe e o bebê para o surgimento do sujeito no mundo. Albornoz (2001) destaca que:

Ele ocupa um lugar na família que contém uma série de projeções que pouco tem a ver com ele. O mundo interno dos pais contém projeções — sinais de boas e más experiências interiorizadas — que posteriormente vão ser atribuídas ao bebê real e com as quais ele poderá se reconhecer, dando continuação à história, resultando numa associação, determinando um bom estado mental ou um fardo, a levar consigo. (idem, pg. 46).

Na visão de Winnicott (1983a), o ambiente é fundamental ao nascimento do bebê, pois é sinônimo de cuidados maternos, isto é, a mãe ou seu representante irá ajudar ou dificultar o desenvolvimento deste ser. Portanto, vai ser através dos cuidados maternos e da capacidade que a mãe tem de se adaptar às necessidades do bebê que ele passa a conhecer o mundo. A expressão *mãe suficientemente boa* foi inventada por Winnicott para nomear exatamente essa função. Se a mãe estiver incapacitada de cuidar do bebê ou se não estiver presente ou, pelo contrário, for desregrada ou intrusiva, o bebê pode ter comprometimento psíquico. É importante frisar que a participação do pai nesse momento é de suma importância para dar à

mãe um apoio afetivo, para ampará-la em seu valor pessoal, por ser a encarnação da lei e da regularidade que a mãe introduz na vida do bebê.

A preparação para a chegada de um bebê, durante a gravidez, envolve o desejo por uma criança perfeita. O filho representa o vir a ser, sendo delineado em direção ao encontro dos ideais narcísicos dos pais. Os pais, ao sonharem com o filho ideal constroem um sujeito imaginário, antecipando-o, mesmo antes de sua presença solidificada. Idealizam um bebê *majestade*, perfeito, sem doença, sem renúncia e sem morte.

Durante a gestação, o bebê pode representar no imaginário dos pais a busca de uma imagem idealizada de si mesmos, o desejo de duplicarem-se ou o desejo de realização dos seus próprios ideais através do filho. As carências pré-existentes nos pais serão inscritas em seu filho, revividas, reproduzidas, encobrendo as suas próprias carências. Os pais vão lidar com questões de sua experiência vital, de quando foram crianças, na sua interação com o bebê, envolvendo tudo que está contido no seu inconsciente. Esses conteúdos são reconhecidos através das manifestações dos pais a respeito da criança, a respeito do fato de ser pai ou ser mãe, e sobre a sua vida emocional (BRAZELTON, 1992).

Ao nascer, o bebê traz consigo o futuro da linhagem parental, e vem anunciar a vida podendo também anunciar a morte. No período da gravidez, os exames anteriores ao nascimento são cada vez mais sofisticados, possibilitando diagnósticos fetais através de representação de imagem, já nos primeiros meses de gestação. Com a perspectiva de interrupção do processo regular gestacional, diante do resultado do exame em que pode constar um defeito congênito, uma crise pode instala-se e todo o desejo do nascimento do filho é vivido como um momento de grande angústia materna e familiar. A mãe posiciona-se frente a uma situação difícil, que repercute sobremaneira na vivência da gestação e em suas relações.

Quando o desenvolvimento da gestação não ocorre da forma esperada e no decorrer do período pré-natal é detectada a malformação do feto, e isso poderá gerar uma fratura psíquica em relação à gravidez para a família. Tanto que, segundo Dias (2003, p.138): "(...) em um nascimento de uma criança saudável, os conflitos que afetam o narcisismo parental são atenuados pelos movimentos grupais em torno da mãe da criança". Por outro lado, quando ocorre um nascimento com complicações, "(...) a revalorização narcísica do grupo é interdita e o efeito da fratura psíquica, ocasionada pelo hiato entre a criança real e criança imaginária,

comparece em diversas nuances”.

A observação tem mostrado que a mãe se sente culpada por ter um filho malformado e a família não entende o que aconteceu. A autoestima da mãe pode ser profundamente afetada. O golpe que possivelmente recebe no seu narcisismo é sentido como um trauma de dimensão única para a mãe. Os momentos subsequentes à notícia de uma malformação surpreendem pais e familiares, exigindo que o bebê imaginário dê lugar a uma imagem projetada pela medicina, que não se adéqua aos ideais maternos. Esta situação passa a ser vivida pela mãe como um sentimento de luto diante da perda do filho idealizado.

Em minha prática profissional, observei que os saberes e as práticas médicas se sobrepõem às representações construídas pela mãe, pelo pai e suas famílias, tornando a gravidez de um ser com malformação um objeto de estudo e de interferência da biomedicina. A mãe vê-se situada como personagem secundária em seus afetos, embora privilegiada nos cuidados técnicos da ciência, representados pelas interferências e pela figura do médico. De acordo com Gomes (2002, p.39), a mãe “ensaia ocupar lugares subjetivos frente ao luto do filho idealizado perdido e às necessidades de cuidado do filho, já doente e objeto da ciência”.

O descompasso entre o filho idealizado e o filho que vem ao mundo traz para mãe um sentimento de perda, desencadeado pela distância inevitável entre o bebê imaginado e o bebê real. Entretanto, ao ver-se envolvida com as demandas do bebê e o seu investimento nele, geralmente, depois de certo tempo, a mãe tende a ultrapassar este processo penoso do luto.

Como destaca Freud (1917 [1915]/1996, p. 250) “O luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como os pais, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante”. E segue dizendo que “o luto normal é um processo longo e doloroso, que acaba por resolver-se por si só, quando o enlutado encontra objetos de substituição para o que foi perdido”. Ou seja, a libido precisa sair do objeto lentamente para ser iniciado o processo de trabalho de luto, o objeto precisa ser destituído, desinvestido totalmente para que possa ser substituído.

Segundo Nasio (1997, p. 161): “Não nos enlutamos por um ser que nos foi diferente, mas por um ser que escolhemos e amamos imensamente, objeto eleito pela escolha narcísica”.

Freud (idem) não associava a dor à perda nesse processo doloroso que é o



luto, mas sim ao trabalho de Luto<sup>30</sup>. Na esteira de Freud, Nasio( 1997, p. 164–8) comenta que:

[...] é a retomada de cada um dos vínculos que me ligava ao objeto amado e agora perdido. O Luto concebido como um trabalho nos faz pensar que não perdermos alguém quando morre, mas apenas o perdermos depois de um longo tempo da elaboração. (FREUD, 1917 [1915]).

### 3.2 A DOR NARCÍSICA DE TER UM BEBÊ COM MALFORMAÇÃO

Os pais que têm seus bebês com malformações e, logo após o nascimento, são afastados deles pela internação dos mesmos em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, são atravessados pela insegurança, pela imprevisibilidade e pelo perigo de morte iminente de seus filhos.

A UTI Neonatal aposta num intervalo de tempo, o que pode sustentar a história. O risco de morte, a malformação, a infecção podem ocorrer concomitantemente ao nascimento, podendo desdobrar-se em uma incerteza insuportável. Se o bebê ainda nem viveu, como poderia estar gravemente doente, sinalizando a morte? Nem verdadeiramente nascido, nem verdadeiramente morto...

A relação da mãe com o bebê em uma UTI Neonatal pode se considerada para a vida psíquica um desdobrar progressivo amparado nas funções vitais. Se os cuidados prestados a este bebê são feitos roboticamente, tão somente como a um objeto manuseado, sendo a sobrevivência o único propósito, se o alimento e os cuidados não se colocam na dialética do desejo e da demanda, então o bebê se deixa abater. Se o bebê não é considerado sujeito pela resposta do Outro, em uma espera que transforma as necessidades em demanda, ele pode até se deixar morrer.

Portanto, a internação na UTI Neonatal<sup>31</sup> pode ser assustadora num primeiro momento e, talvez, continue mesmo depois. Com a experiência da internação de seu bebê, os pais vivenciam a incoerência de não se concretizar o que estava em seu imaginário. Uma vez a internação consumada, os pais procuram no corpo de seu filho marcas que apontem a necessidade de cuidados médicos intensivos. Nem sempre essa evidência é conseguida. Muitas vezes o bebê é “grande” e isso, no

<sup>30</sup> De acordo com Freud (1917 [1915]/1996), o trabalho de luto se realiza quando toda libido é retirada das ligações com objeto amado, a realidade mostra que esse objeto não existe mais.

<sup>31</sup> A Neonatologia (do latim: *ne(o)* - novo; *nat(o)* - nascimento; e *logia* - estudo) é o ramo da pediatria que se ocupa das crianças desde o nascimento até 28 dias de idade (quando as crianças deixam de ser nomeadas recém-nascidas e passam a ser lactentes).

senso comum, é sinônimo de ser saudável, não correspondendo à ideia de que no corpo se reflete a doença, o que torna mais difícil a aceitação da internação.

Como abordado anteriormente, os pais percebem sempre ou quase sempre a internação como assustadora. Essa forma de ver está relacionada ao ambiente da UTI. Freud (1919/1996, p. 238) menciona que:

(...) o estranho é aquela categoria do assustador que remete ao que é conhecido, de velho e há muito familiar. Com isso é possível avaliar em que circunstâncias o familiar pode tornar-se estranho e assustador. O estranho seria sempre algo que não se sabe como abordar.

Kaufmann (1996, p.174) explica que:

(...) estranho é esse lugar da Outra Coisa (*das Ding*) que habita o sujeito e permanece fora do seu alcance. A partir disso, até o mais familiar pode voltar a obsedar este último de maneira enigmática e assustadora, suscitando o sentimento da “inquietante estranheza” (*das Unheimliche*, 1919).

Freud (idem) mostra, em seu texto, uma grande variedade de aspectos que podem suscitar o sentimento de inquietante estranheza familiar. As palavras *Unheimlich* e *Heimlich* terão certa ambiguidade, oscilando entre o familiar e o desconhecido:

[...] a palavra alemã '*Unheimlich*' é obviamente o oposto de '*Heimlich*' ['doméstica'], '*heimisch*' ['nativo'] – o oposto do que é familiar; e somos tentados a concluir que aquilo que é 'estranho' é assustador precisamente porque não é conhecido e familiar. Naturalmente, contudo, nem tudo o que é novo e não familiar é assustador; a relação não pode ser invertida. Só podemos dizer que aquilo que é novo pode torna-se facilmente assustador e estranho; algumas novidades são assustadoras, mas de modo algum todas elas. (ibid., p.239)

Em verdade, o *não familiar* seria tudo aquilo que deveria se manter recôndito, mas aparece. O sentimento de estranheza advém, portanto, não da novidade do fato ou porque este nos é alheio, mas sim porque há algo familiar (RABELLO, 2004). Freud (1919/1996) relaciona a ambiguidade entre os significados das palavras alemãs com a sensação de inquietude do sujeito pelo retorno do material recalcado, portanto conhecido, o qual volta sob a forma de algo desconhecido e assustador: o *estranho familiar*.

Os pais ficam fragilizados no momento em que saem do seu universo e ficam, portanto, à disposição das normas e condutas que passam a dirigir os seus passos nesse lugar estranho, desconhecido e assustador que para eles é a UTI Neonatal.

A autora Ângela Rabello, psicóloga e psicanalista de crianças, mestre em

saúde da criança, após visitar uma UTI no Instituto Fernandes Figueira, relata um caso no subcapítulo “A função simbólica da UTI Neonatal”, do livro *O bebê, o corpo e a linguagem*. Trata-se das marcas de um primeiro e de um último encontro antes da alta hospitalar. Transcrevo parte do relato:

Encontro C. próxima à incubadora de seu filho, no quarto dia após o nascimento deste. Muito assustada, olhos arregalados, a mãe me conta que mais cedo o bebê tinha tido uma apneia<sup>32</sup>. Enfatiza que ela é que tinha percebido isso, pelas transformações que observou no corpo do filho. Num sábado, 45 dias após aquele primeiro encontro, vou me despedir dela, pois sua ida para casa com o bebê estava programada para aquele dia. C. estava sentada de frente para o monitor de frequência cardíaca, parecendo alheia ao resto; comenta que não sabe para quem olhar quando for para casa. Sugiro que olhe para o bebê, dizendo-lhe que este também podia lhe enviar sinais, que lhe indicariam seu estado. (RABELO, 2004, p.185).

Confirmando a suposição da autora, observo, através de minha prática, que uma das possibilidades durante a permanência da mãe na UTI é que pode ocorrer um receio ao manipular o bebê, atribuindo uma função fundamental para o monitor de frequência cardíaca. A vivência de estranheza frente a determinadas situações tem levado a crer que estamos diante de uma metáfora do próprio funcionamento psíquico. Assim destaca Rabello (idem, p.180):

Neste trajeto alguns conteúdos são recalcados porque não são mais necessários ao prazer ou se opõem à nossa preservação ou à nossa adaptação, mas diante de determinadas situações reaparecem, dando-nos a sensação de estranheza. O estranho, pois, aponta para o recalçamento e sua permeabilidade. Julia Kristeva, no texto *Estrangeiros para nós mesmos*, de 1994, afirma que “o estranho está em nós, somos estrangeiros em nós mesmos”. Aquilo que parece alheio nada mais é que o nosso próprio inconsciente.

O estranho reativa nossos mecanismos de defesa mais primitivos, como a projeção para o exterior de nossos medos infantis; faz vir à tona o que se subentende em nossa trajetória para a autonomia. Quando algo de muito bom ou de muito ruim incide sobre o eu, como na paixão ou frente à perda de um ente querido, parece ser necessário que a distinção entre realidade e fantasia se esvaneça. Portanto, o sentimento de estranheza seria produzido no momento em que algo familiar, conhecido pelo sujeito, torna-se diferente, adquirindo facetas de desconhecido: o elemento reprimido provocando estranheza.

O bebê na UTI é, como Druon (1996 apud RABELLO, 2004, p.182) afirma,

<sup>32</sup>A apneia central (suspensão respiratória) é a mais prevalente entre os bebês. Ela é definida como um evento com mais de 20 segundos ou está associada com cianose e bradicardia e suas principais causas são prematuridade, anomalia e outros problemas que acometem o bebê”. (Conferência em Exibição Nacional – American Academy of Pediatrics, outubro, 2009. Bibliomed).

“uma vida nas portas da vida”. Sobre a UTI incide ao mesmo tempo o medo da morte e a esperança de vida, é um espaço que sustenta este mistério. Entre um e outro, o pequeno ser se constitui, em busca de sentidos capazes de estabelecer laços.

### 3.3 A FALA MATERNA E SUA INCIDÊNCIA SOBRE O CORPO DO BEBÊ MALFORMADO

O bebê nasce extremamente prematuro e incompleto, sem recursos para garantir sua sobrevivência. É o encontro desse novo organismo ainda inacabado com a linguagem, já encarnada nos agentes responsáveis pelo seu acolhimento, em geral os pais, que cria as condições para a constituição de seu psiquismo. A partir do discurso do Outro que o *eu* se constitui, se estrutura. Este bebê precisa ser falado, constituído através do Outro (a mãe ou substituto), para que este corpo despedaçado se transforme em unidade. Ele sai do autoerotismo e passa ter uma unidade. O Outro é aquele que diz “tu és ...”. Esse *eu* fica então alienado, hipotecado ao Outro, porque é ele que fala em seu nome. O bebê quando falado é desejado. Portanto, é fundamental que o narcisismo seja estruturante, constitutivo, que dê uma unidade ao corpo, mesmo que esta unidade seja imaginária como teorizou Lacan, para que posteriormente essa criança venha se separar do discurso materno através da castração escolhendo outro objeto de amor.

O bebê está preso na matriz simbólica da língua desde que nasce, como diz Lacan (1957–1958/1999) em seu quinto seminário. O bebê recebe um nome (S<sub>1</sub>)<sup>33</sup> — e se ele tem uma função simbólica no discurso parental, ele é o ponto de articulação de uma rede infinita de significações possíveis. Por exemplo: “Minha filha se chama Luana”. O que é Luana?

Luana quer dizer que nasceu uma pessoa, no dia tal, na hora tal etc... Escrito na certidão de nascimento, seu registro é um dado demográfico. O nome, primeiro marca uma posição, mas não produz nenhum saber, tem que haver um deslizamento para que se produza um saber. A produção de saber é um efeito *après coup*, assujeitado ao ato (o registro civil), ao campo da linguagem. A entrada na

<sup>33</sup> S<sub>1</sub> é aquele significante que se situa na intersecção da cadeia significante com o discurso. O nome, à medida que vai se deslocando, produz o efeito de retorno, de saber. O sujeito se representa pelo S<sub>1</sub>(nome) na sua relação impossível com o objeto, e o saber sobre esse objeto se estabelece pelo S<sub>2</sub>, para produzir um saber, fazer um percurso de linguagem. Lacan (1957–1958/1999).

ordem da linguagem é tão importante quanto qualquer componente fundamental que precisa existir em nossas veias para nossa sobrevivência.

A criança é falada, é constituída pelo Outro, uma vez que a voz faz corpo pela convocação da pulsão invocante: “É pelo desejo do Outro que podemos nos tornar sujeitos, pela incorporação da voz. É preciso aceitar o convite do Outro para entrar na linguagem, lhe dizer sim e não, ter um ponto de surdez a esta voz presente do Outro para dele se separar”. (Azevedo, 2007, p.3).

De acordo com Jerusalinsky (2007, p.42), “o olhar, o toque, a voz e sua modulação, ou seja, a variação de tom melodiosamente, especificamente dirigido aos bebês são sinalizadores insubstituíveis do lugar ao sujeito em uma época da vida”. Nesse sentido, tomando como reflexão o que a psicanálise articula acerca da constituição subjetiva, em que a linguagem é anterior ao sujeito, penso que Luana mesmo estando “grave” foi sendo capturada pela mãe (Outro), que passa a lhe significar seus estados tensionais e, mais ainda, quase predizer o seu futuro, numa conduta de antecipação.

Lacan (1953/1998) não deixa de enfatizar que o *Outro primordial*, agente da linguagem, marca o bebê com seus atos significantes na rotina diária de cuidados que garantem a manutenção da vida. Sem essa rotina, o bebê não conseguiria sobreviver, dada a insuficiência constitucional do sujeito humano. O *Outro (l’Autre)* é definido por Lacan como o lugar da fala. Não é ali onde a palavra se emite, mas onde assume seu valor de palavra. Isso porque:

[...] o falar constitui um ato singular num tempo dado, em que a fala se desdobra até o embargo; supõe uma captação do Outro e espera encontrar nele um retorno que viria completar sua falta a ser. No emprego da língua desenvolve-se o ato analítico, do qual surge o sujeito cujo “inconsciente é estruturado como uma linguagem”; o como indica “uma estrutura pela qual há efeito de linguagens, múltiplas, abrindo o uso de um entre outras que dá a meu como seu alcance muito preciso, o do como uma linguagem, pelo qual justamente o senso comum diverge do inconsciente. As linguagens tombam sob o golpe do não-todo, da maneira mais certa pois, a estrutura não tem aí outro sentido”. (KAUFMANN, 1996,p.189).

Nas cadeias significantes em que Luana vai sendo falada, ela já é tomada por alguém que sabe o que quer. O bebê “exige” reconhecimento de “suas” demandas: “Ela não gosta da luz em seu rostinho”, “Dengosa...”, “Ela reage às complicações”, “Ela é forte” etc. O bebê então é suposto. E exatamente nesta situação de supor um sujeito que os pais articulam a posição do bebê em função de suas histórias, expectativas, desejos e medos em relação à filha.

Quando um bebê é tomado pelo discurso do Outro, quando ele encontra uma mãe que o interpele como sujeito, pode-se observar da parte do bebê reações.

Françoise Dolto (1908-1988), inscrevendo-se na mesma fileira de Freud e Lacan, afirma que o ser humano é um ser de linguagem, antes mesmo de saber falar. No ventre da mãe, no feto, a função simbólica já está sendo operada. Essa certeza permitiu-lhe escutar e ouvir, descobrindo que uma palavra dirigida ao bebê que ainda não fala pode ter efeitos terapêuticos. Dolto (2002), referindo-se à sua experiência, destaca que é por isso que sempre sugeriu aos pais que falassem com o bebê sobre tudo o que lhe dissesse respeito, recomendando *falar a verdade*, desde o nascimento. Fazendo uma releitura de Freud e Lacan, faço uma refutação à orientação de Dolto quando recomenda “falar a verdade”, pois a realidade de cada um é essencialmente *realidade psíquica* e, nessa medida, *verdade histórica desejante* (FREUD, 1939 [1934–1938]). Por esse motivo, Lacan (1973b, p.508) irá afirmar em *Televisão*: “digo sempre a verdade, não toda, porque as palavras faltam”. Desde seu décimo sétimo seminário, *O avesso da psicanálise*, Lacan emprega a expressão “o semi-dizer da verdade” para acentuar que ela só pode ser dita pela metade, meio-dita, pois a verdade é, também, “irmã do gozo” (LACAN, 1969–1970/1992, p.51).

Donald W. Winnicott (1987/88) diz que a mãe, ao tocar seu bebê, manipulá-lo, aconchegá-lo, falar com ele, acaba promovendo um arranjo entre o soma (o organismo considerado fisicamente) e a psique, e principalmente, ao olhá-lo, ela se oferece como espelho no qual o bebê pode se ver. Lacan (1949) na releitura de Freud, ao descrever o estágio do espelho como fundador do eu, privilegiara o olhar do *Outro* que antecipa o corpo do bebê. É na expressão do rosto materno tomado como espelho que o bebê primeiro se vê. Na visão winnicottiana, já nos primórdios da existência, é fundamental para a constituição do *self*<sup>34</sup> o modo como a mãe coloca o bebê no colo e o carrega.

Lacan (1953/1998) complementa que a linguagem humana difere dos comportamentos animais por não se resumir apenas a um código que serve de comunicação e que se adquire com a maturação do organismo e o desenvolvimento das diversas funções corporais. A linguagem preexiste a cada novo ser que chega

---

<sup>34</sup> O bebê nasce na concepção winnicottiana, com uma estrutura sélfica que é pura potencialidade, uma tendência à integração, mas para que essa tendência se realize é fundamental a presença de um ambiente favorável. (WINNICOTT, 1988).

ao mundo, o qual deve submeter-se a uma dada gramática que, embora regulada por uma sintaxe definida, é assimilada individualmente segundo uma recriação singular de equívocos, ambiguidades e ambivalências, ligados a contínuas ressignificações de que só a criatura humana é capaz.

Portanto, é só no encontro do bebê com o *Outro* materno que todos esses elementos prévios ao bebê passam a existir, assim como os contatos com o outro materno, através da voz, do olhar e do toque que o ser humano vai se constituindo. Esse é o primeiro passo dado na constituição de um sujeito. A mãe — genitora ou não — é o ser de linguagem que vem atender às necessidades desse bebê, pois de outro modo o bebê morre, devido a não estar possibilitado a realizar o que Freud denominou de “ação específica”. Nesse momento tão primordial ocorre a passagem do objeto da necessidade para o objeto do desejo. O sujeito da psicanálise, o sujeito do inconsciente é sinônimo do sujeito do desejo. (ELIA, 2004).

O sujeito é impulsionado pela busca do objeto que um dia lhe deu uma satisfação plena, mas que nunca mais encontrará. Então, passará a vida toda procurando, de objeto em objeto, e sua satisfação estará exatamente nessa busca, pois a ideia que o bebê teve dessa satisfação plena é mítica, a demanda é impossível de ser satisfeita, e o que existe é uma mentira estrutural da demanda que leva à crença de que ela existe para ser satisfeita.

Para Lacan (1954–1955/1995), o sujeito se constitui no campo do *Outro*. Chega ao bebê um conjunto de marcas naturais e simbólicas que dão origem aos significantes, sendo a mãe quem encarna a ordem dos significantes. Os significantes introduzidos pela mãe suscitam no corpo do bebê um ato de resposta que se chama desejo.

O princípio do prazer estará o tempo todo agindo nesse processo, pois como ele demanda prazer, é ele também que vai proporcionar o sentimento de desprazer, pois não é sempre que o objeto estará a serviço do bebê. O grito do bebê para ser mais do que movimentos musculares, precisa do *Outro*, que transforma o grito em falta, necessidade, que caracteriza um desamparo. Freud (1950 [1895]/1996) considera o desamparo primordial um momento de grande importância na constituição do sujeito, pois o empurra para o amor na medida em que cria uma necessidade vital, qual seja: ser “adotado” afetivamente para que sobreviva. Nos primórdios de sua existência, o grito do recém-nascido não é apelo ou chamamento, mas somente expressão vocal de um sofrimento. É pelo grito que o bebê acalma sua

tensão e que a mãe vai interpretar como demanda, introduzindo, dessa maneira, a criança na comunicação significativa.

Portanto, a linguagem é parte integrante do investimento que a mãe faz em seu filho, na medida em que traz o seio quando ele grita ou chora. Posteriormente, ela vai interpretar qualquer som do bebê como apelo ou demanda. Ela vai significantizar os sons do filho. Outras manifestações do bebê, tais como, certas expressões, o sorriso e outras, são trocas significantes desde uma idade muito precoce. Pode-se ver, assim, como o bebê entra na linguagem. Estas modificações corporais juntamente com o grito e os sons, são tomadas pelo *Outro* como mensagens. Pela palavra do *Outro* o bebê recebe suas mensagens de volta, o que implica em ser reconhecido como sujeito de desejo.

Nesse sentido, o conceito lacaniano de pulsão articula o significante e o corpo. O corpo não é o organismo, mas sim uma construção imaginária, em que o olhar do *Outro* desempenha um lugar fundamental. Por meio da articulação entre a linguagem e organismo advêm as condições de haver um corpo e haver sujeito, e a pulsão responde por esta articulação. Colette Soler (2010, p.11) esclarece: “(...) “corpo falante”, isso desloca o campo da linguagem do Simbólico para o Real, pois o corpo do qual se trata não é o do estágio do espelho, o corpo da imagem, da forma. É o corpo substância que “se goza” e se situa no espaço da vida”.

Lacan (1956–1957/1995) retoma o conceito de pulsão em Freud para redefinir-lo em termos de significante. O significante barra a necessidade e produz pulsão, ou seja, a pulsão é o resultado da operação do significante sobre a necessidade, o que produz um resto, algo que escapa, que constitui o desejo. Assim, a pulsão é definida por Lacan como o resultado do funcionamento do significante, isto é, da demanda, demanda do *Outro*.

Quando o bebê tem o primeiro contato de satisfação, por exemplo, ao mamar pela primeira vez, vai buscá-la para o resto da vida, porque significou um momento de satisfação plena. Nesse sentido, Elia sublinha que o bebê não visa somente o leite, o objeto de necessidade, “(...) mas ela é instada a querer a presença daquele que, como tal, trouxe o objeto”. (ELIA, 2004, p.52). Assim, a demanda é demanda da presença do *Outro*, demanda de amor. O objeto que habita é sempre de amor, é faltoso, perdido, pois o sujeito jamais o conheceu. Lacan (1956–1957/1995) denomina esse objeto como *objeto a*, objeto causa de desejo e de angústia.

Para Freud, o leite que o bebê solicita é desejo, e para Lacan (idem) é



demanda. O desejo e a demanda se articulam no nível do inconsciente a uma escolha ativa do sujeito. O momento da necessidade não faz parte da história do sujeito. O bebê ao conviver com o *Outro* já está na linguagem. A demanda articulada no *objeto a* é de algo que me falta e que sempre vai faltar. Esta falta é necessária, para que nos impulse para uma outra coisa e para que um desejo metonímico possa ir de um lugar para outro.

No entanto, pelo fato de a linguagem não ser natural, mas obtida, o encontro do bebê com ela só pode se dar por meio de um agente: um *Outro* encarnado que enlaça, que assujeita esse bebê à ordem simbólica. Portanto, a linguagem é condição da subjetividade, porque é na linguagem, dirigida desde sempre ao *Outro*, que o sujeito se constitui. O desenvolvimento da sensibilidade do pequeno *outro*, a partir da mãe que o introduz no código da linguagem, representante do *Outro*, vão transformar o pequeno ser de carne e osso em um ser desejante de olhares e palavras. Através da palavra, a mãe vai introduzir o pequeno fruto de seu corpo no mundo dos símbolos. Isso se realiza na textura dos enunciados. É na fala, isto é, no uso singular das leis que regem as combinações dos elementos próprios a cada língua, que o sujeito produz muito mais do que uma expressão. (LACAN, 1953/1998).

Os cuidados que Maria voltou para Luana dentro da UTI, as palavras que lhe foram endereçadas, assim como os gestos e as mímicas, são reflexos do que este bebê representa para seus pais, ou seja, seu lugar simbólico no imaginário dos pais. “O simbólico está, portanto, inteiro na fala como efeito de um sujeito” (KAUFMANN, 1996, p.191). Naqueles momentos, pude observar que Maria utilizava o “manhês”<sup>35</sup> para se dirigir a Luana, aumentando a entonação, utilizando alguns fonemas. Luana pode receber seu banho de língua materna mesmo quando ainda estava sendo representada como um corpo que precisava ser introduzido para poder se fazer existir. Mas ela já estava lá, desde antes, de muito antes no desejo de seus pais e no campo da linguagem. E foi a partir desse lugar que hoje Luana ri e fala algumas palavras.

Lacan em suas *Conférences etentretiens dans des universités nord-américaines* corrobora minha hipótese quando diz: “Desde a origem há uma relação com a língua, que merece ser chamada, com toda razão, de materna, porque é pela

---

<sup>35</sup> Ver nota 6.

mãe que a criança — se assim posso dizer — a recebe. Ela aprende *lalíngua*” (LACAN, 1973a/1975, p.42–5).

## CONCLUSÃO

Desde o término da minha graduação como Enfermeira, trabalho na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal Cirúrgico. Muitas histórias foram vivenciadas, muitos casos foram assistidos. De alguns, pouco recorde. Outros, ao contrário, estão pungentes na minha lembrança, como se pudessem reviver com grande atualidade. Posso recordar momentos importantes dessas histórias. E, por fim, há aquele que, definitivamente, despertou o meu desejo, revelando-se como motivo da presente dissertação.

Historicamente, as pessoas que nasciam com algum tipo de malformação congênita eram entendidas e associadas aos fenômenos naturais atribuídos aos deuses. Via-se nelas um significado especial. Assim como os terremotos, as inundações e os outros eventos celestiais, esses defeitos teriam sido criados pelos deuses com o intuito de se divertirem. Mas os deuses puderam usar “malformações” para enviar mensagens de guerra ou de outras catástrofes da natureza, tanto quanto as expressões de prazer, implicando que se evitasse a presença de pessoas com tais defeitos em sociedade. Conexões linguísticas podem ser encontradas em aspecto dessa interpretação, o termo *monster* (na língua inglesa) historicamente associado à criança malformada, pode ser derivado da palavra *monstrare* (*to show*) — mostrar ou *monero* (*to warn*) — advertir, prevenir. A influência de tais interpretações divinas resultou que crianças com anomalias genéticas fossem eliminadas, seguindo uma prática comum de algumas civilizações. (SILVA, 1986).

As variações dos conceitos imaginários em relação às malformações se manifestam até os dias de hoje, representando, por exemplo, o descontentamento e a punição divina. Quando se diz que “foi vontade de Deus” ou que, “Deus quis assim”, como disse Maria em seu relato, ocorre um processo em que o sujeito procura se eximir de sua responsabilidade e/ou de seu sentimento de culpa

relacionados à malformação.

No sentido da doença, pode-se considerar que ela é manifestação de pura corporeidade. Há doenças hereditárias, defeitos congênitos, tudo isso parece distante da consciência, portanto a facticidade nunca se separa da transcendência, que resulta do sentido que a pessoa dá a doença ou no uso que faz dela. Na verdade, a doença pode ser levada em vários sentidos, ao despertar a atenção do outro, até ao sadismo pela qual sacrificamos os que nos rodeiam.

Portanto, pensando no bebê malformado, a hospitalização além de poder oferecer efeitos fantasmáticos maternos, proporciona a estes bebês por dias e meses um amontoado de objetos médicos destinados à sobrevivência, mas mantendo-o em certos casos, excluído do campo do investimento libidinal materno.

Ao defrontar com a ideia de uma malformação no filho, os sujeitos podem responder a esse evento com manifestações de medo, culpa, fantasia etc. Um recorte ao relato de Maria: *“Saber que o bebê estava malformado foi horrível, angustiante, fiquei com medo, muita culpa, culpa da minha alimentação ou algo que possivelmente fiz e atingiu o bebê”*. Freud postula que o sentimento de culpa é expressão da tensão entre o eu e o supereu. Culpa é o complemento erótico do sentimento moral da inferioridade. (FREUD, 1923b/1996).

Para concluir, farei três reflexões. A primeira é sobre as evidências que não tiveram respostas precisas. Porque há uma concepção na teoria da psicanálise de que a verdade é uma construção subjetiva da qual só se pode ter algum acesso através dos relatos do sujeito e das formações dos inconscientes, presentes nas sessões de análises através do seu discurso, tais como: lapsos, atos falhos, sonhos e sintoma. Logo, ao trazer a minha experiência profissional na borda da psicanálise, pude apenas sustentá-la pelos autores que discorrem na teoria psicanalítica, assuntos relevantes ao tema em questão. Portanto, têm-se as evidências, mas não as respostas. As respostas vêm *a posteriori*. Com o real, nós humanos, nada podemos fazer a não ser ligá-lo às suas representações simbólicas para falar dele. (JERUSALINSK, 2007).

A segunda reflexão é quanto a minha intuição diante de uma mãe com um desejo enorme de ver a filha viva. Foi por razões inconscientes que incentivei a mãe a falar com sua filha, e talvez devido à característica de sua vida pessoal anterior, a mãe de Luana necessitasse de incentivos para passar a conversar com a filha e ficar presente todo o tempo que lhe era possível. Maria as poucas foi atribuindo

significados às alterações de sua filha e assim dando sentido a sua história. A produção de um sentido para a causa desse nascimento “diferente” passa por diversas vias, implica atributos e atribuições para esses bebês, e nesta busca de ordenamento situa-se a possibilidade de re-historização, ou seja, resignificação desse filho e da própria subjetividade da mãe, como um mapeamento em que o afeto vai podendo ser constituído e o sujeito tendo possibilidades de advir. Desse modo, mãe e bebê construirão seu próprio mundo representacional. Para Winnicott a díade é uma unidade indivisível e “não há um bebê se não houver uma mãe”, sugerindo que sem uma interação não emerge um sujeito.

Assim, pode-se colocar a interrogação: Como nasce uma mãe? Freud (1915b/1996) dizia que é necessário, para ter um filho, amar o que somos, o que fomos e o que gostaríamos de ser, assim como aqueles que de nós cuidaram, para poder investir narcisicamente uma criança. Mas buscando centrar sobre o desejo de Maria, o que fez Luana entrar nas portas da vida? Foi o efeito da fala sobre o corpo de Luana? Lacan, em inúmeros trabalhos escritos, assim como em seus seminários, diz que é fundamental, ou seja, imprescindível que a linguagem incida no corpo, circule ao seu redor, dando-lhe posições diversas até que, dele, um sujeito possa advir.

Muitos bebês com malformação e que passam pela UTI Neonatal não passam pela porta da vida. Os bebês que não são investidos libidinalmente podem vir apresentar uma ausência ou pobreza de respostas, seja no olhar, pelas vocalizações ou pelo sorriso à demanda do Outro. Quando um bebê dentro de uma UTI Neonatal é tomado apenas pelas pesquisas diagnósticas de sua doença, isso pode repercutir na relação mãe-bebê. Este bebê pode encontrar uma mãe fisicamente presente para cumprir todos os mandatos médicos, mas que fica impossibilitada de falar com ele. Sem ser falado, ambos parecem esbarrar numa dificuldade de armar uma cadeia significante que o situe na ordem do discurso.

Como terceira reflexão, retomo o título da dissertação “Nas portas da vida”, dizendo que Luana hoje tem 2 anos e 5 meses, já fala, sorri, olha, interage com seus pais. Sabe-se que o bebê da fantasmática parental — tecido pelo desejo e pelo imaginário dos pais, através dos quais se estabelece — determina a existência do bebê real. Um bebê se constitui enquanto tal através do desejo, da imaginarização de seus pais, das marcas que o Outro imprime em seu corpo e no seu psiquismo. Nesse sentido, “a fala é um ato e também uma produção de desejo, pois ela articula

assim o sujeito à sua estrutura, que se sustenta ao mesmo tempo pelas leis da linguagem e pelo saber da língua do inconsciente” (KAUFMANN, 2006. p.190).

Para concluir, falo do desejo de levar para prática profissional a contribuição da psicanálise, visando à assistência de enfermagem ao bebê portador de malformação.

Com este estudo pretendeu-se iniciar uma reflexão acerca da importância da fala materna sobre o corpo do bebê malformado, buscando saber melhor como a psicanálise define o corpo e a linguagem. Em bibliografias destinadas aos cuidados desses bebês, lêem-se instruções, orientações e explicações passo a passo de toda anatomia fisiológica, rotinas de cuidados e protocolos. Porém, o entendimento de que a fala é fundamental na construção de cada sujeito, não havia sido visto ainda na instituição da minha experiência profissional como enfermeira. Dessa forma, um novo afazer durante os cuidados de enfermagem pôde ser descoberto e continuará sendo, se não pensarmos apenas na reconstrução dos corpos, mas no sujeito que irá se constituir.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERTI, Sonia & CARNEIRO RIBEIRO, Maria Anita (Orgs.). **Retorno do Exílio**: o corpo entre a psicanálise e a ciência. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.
- ALBORNOS, Ana. A Infância roubada. **Revista da Saúde**, Bagé, v.5, n.2, p.39-45, jul./dez.2001.
- ALEXANDER, Franz Gabriel. (1959). **Psiquiatria dinâmica**. Buenos Aires: Ed. Payot, 2002.
- \_\_\_\_\_. & SELESNICK, Sheldon T. **História da Psiquiatria**: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente. IBRASA: São Paulo, 1968.
- ANSERMET, François. **Clínica da origem**: a criança entre a medicina e a psicanálise. Tradução: Daysi de Ávila Seidl. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003.
- ANZIEU, Didier. **Le moi peau**. Paris: Dunod, 1985.
- \_\_\_\_\_. (Org.). **Os envelopes psíquicos**. Paris: Dunod, 2003.
- ARAGÃO, Regina Orth de. (Org.). **O bebê, o corpo e a linguagem**. Coleção 1ª infância. Dirigida por Claudia Mascarenhas Fernandes São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- ARANHA, Maria Lúcia de Arruda & MARTINS, Maria Helena Pires. **Filosofando**: introdução à filosofia. 3ª edição revista. São Paulo: Moderna, 2003, pp. 328–33.
- ARISTÓTELES. **Metafísica**. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultura, 1978.
- ASSOUN, Paul-Laurent. (1948). **O Olhar e a voz**: lições psicanalíticas sobre o olhar e a voz: fundamentos da clínica à teoria. Tradução: Celso Pereira de Almeida. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.
- AZEVEDO, Renata Mattos. **A voz como objeto a e a separação do sujeito frente ao Outro**. III Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental/ IX Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, 2007.
- BERNARDINO, Leda Mariza Fischer. **As psicoses não-decididas da infância**: um estudo psicanalítico. Coleção 1ª infância. Dirigida por Claudia Mascarenhas Fernandes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- \_\_\_\_\_. & ROHENKOHL, Cláudia Mascarenhas Fernandes (Org.). **O bebê e a modernidade**: abordagens teórico-clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- \_\_\_\_\_. & LICHT, Rosane Weber (Org.). "A entrada do bebê no mundo da linguagem e sua relação com o Outro parental". **Revista Psicanálise e Clínica de Bebês**. Curitiba: Associação Psicanalítica de Curitiba, ano IV, n. 4, dez. 2000. (Publicação interna).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizadora ao recém-nascido de baixo peso**: método mãe canguru: Manual de curso/ Secretaria de Políticas de Saúde - 1ª edição; - Brasília: Ministério da Saúde/ 2002.
- BRAZELTON, Thomas Berry & CRAMER, B. G. **As primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

- CANGUILHEM, Georges. **Escritos sobre a medicina**. Tradução Vera Avelar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- CHAUÍ, Marilena. **Introdução à história da filosofia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.
- CONFERÊNCIA EM EXIBIÇÃO NACIONAL- American Academy of. Pediatrics, outubro, 2009. Bibliomed.
- COSER, Leda Maria Souza de Araújo. **Reconstruindo crianças**: Estudo etnográfico em um departamento de cirurgia pediátrica para bebês e crianças com anomalias congênitas. Rio de Janeiro: [IFF], 2001.
- COSTA, Teresinha. **Psicanálise com crianças**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.
- COUTINHO JORGE, Marco Antonio. **Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.
- DESCARTES, René. **Princípios da filosofia**. 3ª ed. Lisboa: Guimarães Editores, 1978.
- DIAS, Elisa Oliveira. **A teoria do amadurecimento de Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago, 2003.
- DIAS, Mariângela Maximo. "Uma escuta psicanalítica em neonatologia". In: MELGAÇO, Rosely Gazire (Coord.). **A ética na atenção ao bebê**: psicanálise, saúde, educação. Coleção 1ª Infância. Dirigida por Claudia Mascarenhas Fernandes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- DOLTO, Françoise. **Tudo é Linguagem**. Tradução: Luciano Machado. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- DRUON, Catherine. **Ouvindo o bebê prematuro**: Uma vida, às portas da Vida. A l'écoutedu bébé prématuré: une vie aux portes de la vie. France: Aubier, 1996.
- ELIA, Luciano. **Corpo e sexualidade em Freud e Lacan**. Rio de Janeiro: Uapê, 1995.
- \_\_\_\_\_. **O conceito de sujeito**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.
- FELDSTEIN, Richard; FINK, Bruce; JAANUS, Maire (Orgs.). **Para ler o Seminário 11 de Lacan**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Tradução de Dulce Duque Estrada. Revisão técnica de Sandra Grostein. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.
- FELIX, Têmis Maria & GIUGLIANI, Roberto. "Abordagem do recém-nascido com anomalias congênitas". In: MIÚRA, Ermani & PROCCIANOY; SOIBELMANN, Renato. **Revista HCPA**. Coleção Neonatologia – Princípios e Práticas. Cidade: Porto Alegre. Porto Alegre: Editora gráfica/ HCPA / Hospital de Clínica de Porto Alegre, 1997.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Ed. Positivo/Nova didática. 2010.
- FIGUEIREDO, Nara Miranda de. **A mais bela das artes... o pensar e o fazer enfermagem**: bases teóricas e práticas para uma teoria do cuidado/ conforto. 1997. Tese (Professor Titular) - Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.
- FINK, Bruce, 1956. **O sujeito lacaniano**: entre a linguagem e o gozo. Tradução: Maria de



Lourdes Sette Câmara. Consultoria: Miriam Aparecida Nogueira Lima. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

- FREUD, Sigmund. (1893–95) “Estudos sobre a Histeria”. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**, vol. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- \_\_\_\_\_. (1950 [1895]). “Projeto para uma psicologia científica”. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**, vol. 1. Op. cit.
- \_\_\_\_\_. (1900) “Interpretação dos sonhos”. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**, vol. 4. Op. cit.
- \_\_\_\_\_. (1901) “Sobre a psicopatologia da vida cotidiana”. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**, vol. 6. Op. cit.
- \_\_\_\_\_. (1905) “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**, vol. 7. Op. cit.
- \_\_\_\_\_. (1914) “Sobre o narcisismo: uma introdução”. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**, vol. 14. Op. cit.
- \_\_\_\_\_. (1915a) “O inconsciente”. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**, vol. 14. Op. cit.
- \_\_\_\_\_. (1915b). “Os instintos e suas vicissitudes”. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**, vol. 14. Op. cit.
- \_\_\_\_\_. (1915–1916). “Conferências introdutórias sobre psicanálise. Partes I e II”. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**, vol. 15. Op. cit.
- \_\_\_\_\_. (1917 [1915]) “Luto e melancolia”. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**, vol. 14. Op. cit.
- \_\_\_\_\_. (1919). “O ‘estranho’”. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**, vol. 17. Op. cit.
- \_\_\_\_\_. (1920–1922). “Além do princípio do prazer”. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**, vol. 18. Op. cit.
- \_\_\_\_\_. (1923a). “A negativa”. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**, vol. 19. Op. cit.
- \_\_\_\_\_. (1923b). “O ego e o id”. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**, vol. 19. Op. cit.
- \_\_\_\_\_. (1926 [1925]) “Inibição, sintoma e angústia”. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**, v. 21, ob. cit.
- \_\_\_\_\_. (1931 [1927]). “O Futuro de uma Ilusão”. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**, v. 21, ob. cit.
- \_\_\_\_\_. (1939 [1934–1938]). “Moisés e o monoteísmo”. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**, v. 23, ob. cit.

FRIAS, Ivan Miranda. **Platão de Hipócrates**. Londrina: Editora UEL, 2001.

GARCÍA-ALIX, Alberto & JIMÉNEZ, J. Q. Asistencia del recién nacido con malformaciones congénitas centrada em la familia. Uno modelo alternativo de intervencion pediátrica. **Revista Dismor y Epidemiologia**. Boletín Del ECEMC, serie III (5), p. 3-16, 1994.

GOLSE, Bernard. **O ser-Bebê**. Coleção Fio d’ouro. Lisboa: Climepsi Editores, 2007.

GOMES, Ana Lúcia Henrique. A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: possibilidade de intervenção da equipe multiprofissional. **Psicologia Hospitalar**. São

Paulo, v.2, n.2, dez 2002.

GRMEK, Mirko D. (organizador). **Histoire de la Pensée Médicale en Occident**, vol. 2: De la Renaissance aux Lumières. Paris: Éditions du Seuil, 1997.

JAEGER, Werner. **Paidéia**: a formação do homem grego. São Paulo: Martins Fontes/UNB, 1989.

JAPIASSÚ, Hilton & MARCONDES, Danilo. **Dicionário básico de filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.

JERUSALINSKY, Alfredo. **Psicanálise e desenvolvimento infantil**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2007.

KAUFMANN, Pierre. **Dicionário enciclopédico de psicanálise**: o legado de Freud e Lacan. Tradução: Vera Ribeiro; Maria Luiza X. de A. Borges. Consultoria: Marco Antonio Coutinho. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.

LACAN, Jacques. (1949). "O estágio do espelho como formador da função do eu". In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

\_\_\_\_\_. (1938). **Os complexos familiares na formação do indivíduo**: ensaio de análise de uma função em psicologia. Tradução: Marco Antonio Coutinho Jorge; Potiguara Mendes da Silveira Júnior. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

\_\_\_\_\_. (1953). "Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise". In: **Escritos**. Op. cit.

\_\_\_\_\_. (1954–1955). **O Seminário, livro 2**: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise. Tradução: Marie Christine LasnikPenot; Antônio LuisQuinet de Andrade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.

\_\_\_\_\_. (1956–1957). **O Seminário, livro 4**: a relação de objeto. Tradução: Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.

\_\_\_\_\_. (1957–1958). **O Seminário, livro 5**: as formações do inconsciente. Tradução: Vera Ribeiro. Revisão de Marcus André Vieira. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

\_\_\_\_\_. (1958). "A significação do falo". In: **Escritos**. Op. cit.

\_\_\_\_\_. (1962–1963). **O Seminário, livro 10**: a angústia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

\_\_\_\_\_. (1964). **O Seminário, livro 11**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

\_\_\_\_\_. (1965). "Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise". In: **Outros Escritos**. Tradução: Vera Ribeiro. Versão final: Angelina Harari e Marcus André Vieira. Preparação de texto de André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

\_\_\_\_\_. (1966a). "A ciência e a verdade". In: **Escritos**. Op. cit.

\_\_\_\_\_. (1966b). "Psicoanálisis y medicina". In: **Intervenciones y Textos**. Buenos Aires: Manancial, 1985.

\_\_\_\_\_. (1969–1970). **O Seminário, livro 17**: o avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

\_\_\_\_\_. (1970). "Radiofonia". In: **Outros Escritos**. Op. cit.

\_\_\_\_\_. (1972–1973). **O Seminário, livro 20**: mais, ainda. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1982.

- \_\_\_\_\_. (1973a). "L'Étourdit". In: **Scilicet**, n.6/7: Conference et entretiens dans des universités nord-américaines, 1975.
- \_\_\_\_\_. (1973b). "Televisão". In: **Outros Escritos**. Op. cit.
- \_\_\_\_\_. (1975–1976). **O Seminário, livro 23: o sinthoma**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.
- LE BOFF, Jacques. **Uma história do corpo na Idade Média**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.
- LIMA, Nádia Laguárdia de. **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.
- MARCONDES, Danilo. **Iniciação à História da Filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- MARTINS, André. "Novos Paradigmas e Saúde". In: **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Volume 9, Nº 1. Rio de Janeiro: IMS/EDUERJ, 1999.
- MENEZES, Rachel Aisengart. "Díficeis decisões: uma abordagem antropológica da prática médica em UTI". In: RABELLO, Ângela. **A função da UTI neonatal**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- MILLER, Jacques-Alain. **Perspectivas do Seminário 23 de Lacan: O Sinthoma**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2009.
- MOORE, Keith. **Embriologia básica**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.
- NASIO, Juan-David. **A dor física: uma teoria psicanalítica da dor corporal**. Tradução de André Telles; Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.
- \_\_\_\_\_. **O livro da dor e do amor**. Tradução de Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Grupo de consulta da Prevenção e Controle das Enfermidades Genéticas e dos Defeitos Congênitos. Brasil: Publicações Científicas n. 460, 1984.
- PARLATO-OLIVEIRA, Erika Maria. **Os aspectos constitucionais do bebê na constituição do sujeito**. In: Colóquio do LEPSI IP/ FE - USP, 5, São Paulo, 2006.
- PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas**. São Paulo: Editora 34, 1994.
- PLATÃO. **Diálogos de Platão: Timeu, Crítias, O 2º Alcibiades, Hípias Menor**. Tradução de Carlos Alberto Nunes. Pará: Universidade Federal do Pará, 1977.
- \_\_\_\_\_. **A República**. Introdução, Tradução e notas de Maria Helena da Rocha Pereira. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2001.
- \_\_\_\_\_. **Timeu**. Tradução Edson Bini. São Paulo: EDIPRO, 2007.
- POLLO, Vera. "Exílio e Retorno do Corpo: Descartes e a Psicanálise". In: ALBERTI, Sonia & CARNEIRO RIBEIRO Maria Anita (Orgs). **Retorno do exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência**. Op. cit.
- \_\_\_\_\_. **A interpretação psicanalítica da sexualidade**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/textos\\_comp/tc\\_](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/textos_comp/tc_)

is.html>Acesso em: 18 Ago. 2010.

PORTUGAL, Ana Maria et al. **O porão da família**: ensaios de psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

QUINET, Antonio. **A descoberta do inconsciente**: do desejo ao sintoma. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

RABELLO, Ângela. "A função simbólica da UTI Neonatal". In: ARAGÃO, Regina Orth de (Org.). **O bebê, o corpo e a linguagem**. Op. cit.

SANTOS, Eder Soares. "Angústias impensáveis: mudanças na psicanálise tradicional". **Anais do X Encontro Nacional de Filosofia – ANPOF**. São Paulo, 2002.

SILVA, Otto Marques da. **A epopeia ignorada**: a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje. São Paulo: CEDAS, 1986.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. **Deuses e Homens**: mito, filosofia e medicina na Grécia antiga. São Paulo: Landy Editora, 2003.

\_\_\_\_\_. "O Nascimento da Clínica: A doutrina e o método na medicina hipocrática". In: **Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis**, Volume 6. Nº 1. Teresópolis, 2004.

SOLER, Colette. O "corpo falante". Edição bilíngue. **Caderno Stylus**. São Paulo: Internacional dos Fóruns do Campo Lacaniano/Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano.

TEIXEIRA, Enéas Raquel. A crítica e a sensibilidade no processo de cuidar na enfermagem. **Revista da Escola Ana Nery**. Rio de Janeiro, n 8, v.3, p. 361-369, dez. 2004.

VOLICH, Rubens Marcelo. **Psicossomática**: de Hipócrates à Psicanálise. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2000.

WINNICOTT Donald Woods. **A família e o desenvolvimento individual**. Trad. de Marcelo Brandão Cipola. São Paulo: Martins Fontes, 1983a. (Título original: The Family and Individual Development. London: Tavistock Publications, 1965).

\_\_\_\_\_. "Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro "self"". In: Winnicott DW. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983b. (Título original: The Maturation Processes and the Facilitating Environment. London, Hogarth 1965).

\_\_\_\_\_. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1988. (Título original: Babies and their Mothers. Eds. C. Winnicott/R. Shepherd/M. Davis. Reading, Mass. Addison-Wesley, 1987)

\_\_\_\_\_. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990. (Título original: Human Nature. Eds. L. Bollas/ M Davis/ R. Shepherd London, Free Association., 1988. (Trabalho original publicado 1988).

\_\_\_\_\_. **Holding e interpretação**. São Paulo: Martins Fontes, 1991. (Título original: Holding and Interpretation. Fragment of an Analysis. London, Hogarth, 1986).

\_\_\_\_\_. **Da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. (Título original: Collected Papers: Through Pediatrics to Psycho-Analysis. London, Tavistock 1958).

ZIEGEL, Erna E.; CRANLEY; MECCA, S. **Enfermagem obstétrica**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

## ANEXOS

### ANEXO 1: RELATO DA MÃE

Este relato foi tomado como ponto de partida para reflexão da fala materna sobre o corpo do bebê malformado. Baseado em observações informais, anotações espontâneas e registro escrito um pouco mais formalizado no momento da conversa livre com Maria (mãe de Luana).

*Aos 3 meses de gestação eu fiz uma ultrassonografia onde foi detectado que algo estava errado, o médico diagnosticou uma patologia chamada gastrosquise, onde tudo na barriga fica para fora, e informou que não existia um tratamento com bom resultado. Fiquei desesperada, procurei a médica que estava fazendo o meu pré-natal e fui encaminhada para este hospital que é considerado especializado para malformação congênita.*

*Os médicos explicaram a situação do bebê no útero, e ficou claro que vários casos existiam no hospital, porém, a qualquer momento, poderia ocorrer um falecimento do bebê. Fiquei com muito medo de perder a minha filha. E o pré-natal passou a ser frequente.*

*Saber que o bebê estava malformado foi horrível, angustiante, fiquei com medo, muita culpa, culpa da minha alimentação ou algo que possivelmente fiz e atingiu o bebê. E não conseguia entender. Logo, o médico que opera esses bebês com problemas explicou que a patologia é genética e ainda não se sabe a causa. Mesmo assim, sentia muita culpa. Deus quis assim.*

*Ouvi o médico atentamente e fiquei pensando: por quê? Nunca aconteceu isso na família. Tinha medo de retardo mental, síndrome de Down e outras coisas que comecei a observar no hospital. Cada coisa, feia!*

*No dia primeiro de abril de 2008, Luana nasceu somente com a patologia que foi detectada anteriormente no pré-natal. Agradei a Deus. Ela ficou internada na UTI Neonatal Cirúrgica. O cirurgião conversou comigo e falou que era preciso fazer a cirurgia em etapas, porque o bebê não suportaria introduzir tudo que estava exteriorizado de uma só vez na barriguinha, mas que logo Luana ficaria recuperada para mamar. Eu queria muito pegar ela no colo, mas não podia porque ela precisava ficar com tudo esterilizado, até fechar a barriguinha.*

*Tudo diferente! O estado de Luana após fechar a barriguinha foi se*

*arrastando e com 20 dias ela piorou muito, pegou infecção, nem dava para reconhecer de tão inchada, o pulmão ficou ruim, a barriga ficou enorme porque o intestino não funcionava e o quadro geral de Luana era muito grave. E ela não mamou no meu peito. Para os médicos, praticamente estavam chegando ao limite dos recursos para salvar a vida dela. Foi horrível!*

*Um dia marcante e muito triste: eu ainda me recuperando do parto, em casa, meu marido recebeu uma ligação do hospital para que comparecêssemos com urgência na UTI, porque Luana estava muito grave, já não mais respondia aos aparelhos e medicamentos como os médicos desejavam. Isso com 20 dias de vida! Cheguei à UTI e me deparei com minha filha horrível, muito inchada, irreconhecível, cheia de sondas, aparelhos, bombas com diversas medicações e eu sem poder fazer nada. Uma médica aproximou-se e disse que apesar da Luana está sendo muito forte era para que eu e meu marido nos preparássemos para o pior, porque as chances do bebê eram mínimas, ela estava muito grave. Essa piora aconteceu três vezes, foram três telefonemas. Desesperada, eu e meu marido chegávamos ao hospital achando que havíamos perdido Luana. Nesses momentos ficava parada, olhando para ela e para a divisória que nos separava: “uma cúpula de acrílico”. Eu não tocava nela devido à gravidade, não falava porque não sabia se podia e se era importante, só ficava ali, sem saber o que fazer. Até que um desses momentos, a enfermeira Márcia aproximou-se e começou a conversar comigo e com o meu marido, pedindo para que nós ficássemos mais perto de Luana. Falou sobre a importância da nossa presença, do toque no corpo de Luana e da fala dirigida a ela. Pediu que eu conversasse com ela contando tudo que estava acontecendo, que trouxesse novidades de casa e falasse o quanto todos estavam à sua espera. Isso me fez acreditar que eu poderia ajudar de alguma forma, ficando mais perto da minha filha.*

*E os dias arrastados foram passando. Um dia, ao escutar a minha voz, ela mexeu os olhinhos, Luana parecia que queria me dizer algo, uma resposta..., parecia que queria mostrar que estava me ouvindo, sei lá, que estava viva... Nesse momento eu cantava, rezava e falava o quanto nós a amávamos. E eu olhava tanto para ela como para os monitores e sempre notava uma melhora na oxigenação. Eu ficava preocupada, porque tinha medo de tocar nela e ela piorar. Como já tinha ouvido dizer.... Eu falava tantas coisas, que estava tudo pronto e que o quartinho dela era lilás e rosa, cheio de bichinhos e que nós estávamos esperando por ela em*

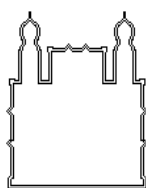
*casa. Eu, papai, vovó, vovô, títias, todos lá em casa. Ela tinha que melhorar logo, porque as roupinhas estavam ficando pequenas. Falava para ela ter muita força e que papai do céu a estava ajudando a ficar boa e que ela ia para casa. Quando chegava a hora de ir embora, eu sempre dizia: Luana, mamãe vai embora, mas amanhã eu volto para ficar com você!*

*Assim, eu comecei a visitar com mais frequência Luana. Eu ficava falando, cantando musiquinhas e sempre dizendo para ela ter forças. Nesses momentos eu sentia a sua melhora e visitava Luana sempre. Ela foi melhorando muito lentamente e eu comecei ficar cada vez mais próxima. Eu acho que a minha conversa com ela ajudou em algo, sei lá, criou uma força, e ela começou a responder aos aparelhos e às medicações. Foi muito bom estar mais perto de Luana, poder falar e tocar nela, sem ficar com tanto medo.*

*Com a melhora parcial, mas ainda com o soro e aparelhos, pude colocá-la no colo. Fiquei muito emocionada, pude sentir o seu cheirinho. Ela foi transferida para outra unidade porque já tinha passado do período neonatal (0 a 28 dias de vida), já tinha crescido. Nesse momento, tornei a ficar insegura, mas continuei a falar muito com ela, até sobre a própria mudança da UTI e ela foi admitida na Unidade de Pacientes Graves onde permaneceu por 14 dias. Lá, ela continuou com os cuidados dos médicos e enfermeiras e eu sempre presente nas visitas.*

*No dia vinte e cinco de maio de 2008, Luana foi transferida mais uma vez, mas agora para uma Unidade Intermediária, onde era permitido acompanhante e, a partir daí, pude ficar com ela. Luana começou a tomar o leite humano do banco de leite, porque, infelizmente, meu leite acabou secando. Tomava o leite especial por uma sonda que ia da boca até o estômago, porque ela ficava cansada para sugar. Depois de algumas semanas Luana passou a tomar o leite na mamadeira, foi necessária estimulação oral pela fonoaudióloga. A partir daí, fiquei todo tempo ao seu lado e, com a melhora do seu problema respiratório e intestinal, ela recebeu alta no dia dezenove de junho de 2008, após 2 meses e 18 dias de internação e de vida. Hoje, Luana está com 2 anos, já fala algumas palavras, está bonitinha, sapeca e só vem aqui para fazer acompanhamento de rotina!*

## ANEXO 2: PRODUTO



Ministério da Saúde  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
Instituto Fernandes Figueira

I Jornada de Enfermagem em UTI Neonatal Cirúrgica:  
*“Os sentidos de cuidar”: Um olhar psicanalítico para os profissionais de enfermagem*

## ORGANIZAÇÃO

Enf<sup>a</sup>. Márcia Madeira Pourchet e  
Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Vera Pollo

Novembro de 2010  
Centro de Estudos Olinto de Oliveira – IFF- Auditórios A

APOIO  
CENTRO DE ESTUDOS  
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA



## INTRODUÇÃO

A enfermagem tem sido associada ao termo cuidado e, no Brasil, mais comumente, ao termo assistir. O *assistir* é originário das traduções dos livros importados da América do Norte. O termo *to assist* passou a ser traduzido e introduzido na enfermagem brasileira sob a conotação de assistir. Em inglês o termo, predominantemente, significa ajudar, sentido com o qual as enfermeiras norte-americanas o utilizavam. Em português, assistir também inclui ajudar, porém o termo adotou significado mais forte de estar presente, socorrer, ou seja, estar por perto de alguém que necessita de ajuda.

Parece que o sentido que cada enfermeiro atribuirá à tarefa de assistir também dependerá de suas histórias de vida, de suas experiências, especialmente daquelas vividas no seio familiar, na sua relação com pais e irmãos e pelo incentivo que recebe no envolvimento de seu trabalho. O conceito de assistir, que o enfermeiro constrói contribui para o desenvolvimento de suas tarefas profissionais, mas o incentivo é fundamental para todo processo de cuidar.

## OBJETIVO

A Jornada tem como objetivo transmitir a importância dos aspectos subjetivos do paciente em UTI Neonatal, implicados no trabalho do dia a dia dos enfermeiros, e contribuir para um novo olhar sobre o corpo desses sujeitos, a partir da visão psicanalítica sobre o corpo.

## HIPÓTESE

Durante a atividade profissional da enfermeira, são notáveis os aparatos tecnológicos, os avanços científicos e a modernização que as técnicas de assistir oferecem. Entretanto, quase sempre, são subsídios para uma assistência dirigida apenas à sustentação orgânica do bebê doente, deixando de lado o aspecto do bem-estar psíquico. Ao cuidar de um bebê na UTI, cada profissional procede de maneira diferenciada, estando ou não atento às suas necessidades e de acordo com a capacidade de envolver-se com ele. Observa-se que mesmo os profissionais atentos às necessidades do bebê podem não dispor de tempo para atendê-las convenientemente, devido às múltiplas demandas do trabalho. Portanto, essa atividade científica tem a sua importância para dar uma oportunidade aos

profissionais de enfermagem de obterem um conhecimento psicanalítico e de serem conduzidos ao interesse de saber mais a partir do despertar do desejo de fazer diferente, como, por exemplo, falar com os bebês durante os cuidados prestados. Devido à novidade da temática para os profissionais de enfermagem, se faz necessária uma avaliação da Jornada científica, apresentada abaixo.

## METODOLOGIA

Para promover uma reflexão e até mesmo uma mudança de paradigma na maneira de olhar o corpo pela enfermagem, a Jornada contará com aulas expositivas; apresentação de trabalho; leituras; socialização do conhecimento através de discussão de experiências profissionais, estudo de casos, entre outros.

O público-alvo são enfermeiros, técnicos, residentes e acadêmicos de enfermagem, e acadêmicos de outros cursos da área de saúde interessados pela temática.

## PROGRAMAÇÃO

**08h00min às 08h30min – Entrega do material e credencial.**

**08h30min às 10h00min:**

Abertura do Evento: “Nas portas da vida: uma experiência em UTI Neonatal Cirúrgica” - apresentação da Dissertação de mestrado profissional em Psicanálise, Saúde e Sociedade, defendida na UVA por Márcia Pourchet.

**10h00min às 10h30min – Coffee-Break**

**10h30min às 12h00min:**

Palestra: “O corpo na visão psicanalítica”. Convidada: Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Vera Pollo, psicanalista membro da Escola de psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano e professora do Mestrado em psicanálise da UVA.

**12h00min às 13h00min:**

Abertura para debate livre

**13h00min às 14h00min: Almoço**

**14h00min às 15h30min:**

Palestra: “O impacto para os pais no nascimento de seus bebês com malformação congênita”. Márcia Pourchet.

**15h30min às 16h30min:**

Debate: “A enfermagem da UTI Neonatal e o trabalho com a família”.

**16h30min às 17h20min:**

Dinâmica de avaliação

**17h20min às 18h00min:**

Oficina bibliográfica: serão disponibilizados textos para leitura dos autores Sigmund Freud, Jacques Lacan e Donald Winnicott, tais como:

### **Referências bibliográficas:**

FREUD, Sigmund. (1950 [1895]). “Projeto para uma psicologia científica”. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**, vol. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. (1905) “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**, vol. 7. Op. cit.

\_\_\_\_\_. (1914) “Sobre o narcisismo: uma introdução”. In: **Edição**

**Standard Brasileira das Obras Completas**, vol. 14. Op. cit.

\_\_\_\_\_. (1917 [1915]) “Luto e melancolia”. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**, vol. 14. Op. cit.

\_\_\_\_\_. (1919). “O ‘estranho’”. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**, vol. 17. Op. cit.

\_\_\_\_\_. (1920–1922). “Além do princípio do prazer”. In: **Edição Standard Brasileira das**

\_\_\_\_\_. (1926 [1925]) “Inibição, sintoma e angústia”. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**, v. 21, ob. cit.

\_\_\_\_\_. (1931 [1927]). “O Futuro de uma Ilusão”. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**, v. 21, ob. cit.

LACAN, Jacques. (1949). “O estádio do espelho como formador da função do eu”. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

\_\_\_\_\_. (1938). **Os complexos familiares na formação do indivíduo**: ensaio de análise de uma função em psicologia. Tradução: Marco Antonio Coutinho Jorge; Potiguara Mendes da Silveira Júnior. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

\_\_\_\_\_. (1953). “Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise”. In: **Escritos**. Op. cit.

WINNICOTT Donald Woods. **A família e o desenvolvimento individual**. Trad. de Marcelo Brandão Cipola. São Paulo: Martins Fontes, 1983. (Título original: *The Family and Individual Development*. London: Tavistock Publications, 1965).

\_\_\_\_\_. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1988. (Título original: *Babies and their Mothers*. Eds. C. Winnicott/R. Shepherd/M. Davis. Reading, Mass. Addison-Wesley, 1987)

\_\_\_\_\_. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990. (Título original: *Human Nature*. Eds. L. Bollas/ M Davis/ R. Shepherd London, Free Association., 1988. (Trabalho original publicado 1988).

## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO: Inventário/ Escala

Composta por perguntas, para que os participantes assinalem o conceito para cada atividade desenvolvida na I Jornada de Enfermagem em UTI Neonatal Cirúrgica como avaliação da Jornada científica.

### INVENTÁRIO / ESCALA

Marque nas assertivas abaixo o quanto cada uma delas corresponde ao grau de seu entendimento sobre cada palestra ministrada na jornada, complementando, no espaço disponível, com suas observações quanto ao aproveitamento, às dúvidas, às sugestões e propostas para a próxima Jornada.

- 1- Excelente
- 2- Muito bom
- 3- Bom
- 4- Razoável
- 5- Nada a acrescentar

**Palestra nº1:** Apresentação da dissertação do mestrado, como experiência profissional da enfermeira:

Conceito: ( )

Observações:

- Aproveitamento:
- Dúvidas:
- Sugestões e propostas:

**Palestra nº 2:** “O corpo na visão psicanalítica”.

Conceito: ( )

Observações:

- Aproveitamento:
- Dúvidas:
- Sugestões e propostas:

**Debate:** qual assunto considerou mais relevante:

Resposta:

Observações:

- Aproveitamento:
- Dúvidas:
- Sugestões e propostas:

**Palestra nº 3:** “O impacto para os pais no nascimento de seus bebês com malformação congênita”.

Conceito: ( )

- Observações:
- Aproveitamento:
- Dúvidas:
- Sugestões e propostas:

**Debate:** “A enfermagem da UTI Neonatal e o trabalho com a família”.

Conceito: ( )

Observações:

- Aproveitamento:
- Dúvidas:
- Sugestões e propostas:

**Oficina Bibliográfica:**

Avaliação quanto à relevância da disponibilização de referência bibliográfica.

Conceito ( )

Observações:

- Aproveitamento:
- Dúvidas:
- Sugestões e propostas: